DOCTORADO EN PSICOLOGIA

IMPACTO FAMILIAR DE NIÑOS DE 6 A 15 AÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

RELACION ENTRE SEGURIDAD DE APEGO Y TDAH.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR

EN PSICOLOGIA

H. Oscar Barbosa

Director: Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio

2020

Agradecimientos

A la Universidad de Flores, Facultad de Psicología Y Ciencias Sociales.

- A los docentes y coordinadores del Doctorado en Psicología, Universidad de Flores, por los conocimientos aportados
- A mi Director de tesis, Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio por su gran apoyo y sabiduría.
- Un agradecimiento enorme a mi esposa Nora, compañera de toda mi vida, por su ayuda y acompañamiento incondicional.
- A mis hijos Federico y Gonzalo y a mis amados nietos Jano y Nilo.
- A mis compañeros de Doctorado, por su paciencia, compañía y empatía.
- A todos aquellos que de una u otra manera colaboraron para que este trabajo pudiera ser realizado.

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un Sindrome que se presenta durante la infancia cuya etiología es desconocida, cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales.

El TDAH es uno de los problemas de comportamiento de índole crónico más común en la infancia, especialmente en el periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño desde todas las esferas del desarrollo y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida.

El ámbito familiar es un contexto clave para tener en cuenta en el abordaje del niño con TDAH debido a las características que presenta y a la doble función que puede desempeñar: como factor de protección si se trata de un ambiente adecuado en el que existen normas, organización, afecto, comunicación; o como un factor de riego, relacionado con el desarrollo de trastornos asociados, si es un entorno de conflicto, desorganización, falta de lazos afectivos y comunicación.

La familia puede promover el desarrollo socioemocional y comportamientos adaptativos de sus hijos con TDAH a través de diferentes herramientas (terapia familiar, programas de intervención) que fomenten la salud psicoemocional familar.

Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Para poder entender la complejidad del funcionamiento de cada familia es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la

relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios.

Bowlby (1969) fue el primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la teoría del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué razón los niños se convierten en personas emocionalmente sostenidas desde el apego con el contacto a sus amores primarios. El apego consiste en "un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna".

La comunicación interpersonal es condición de la vida de cada ser humano, siempre se inicia desde lo biológico, pero ya se establece una relación interpersonal que se funde con la existencia psíquica confiriendo a su vida otra dimensión. Los fenómenos biográficos nacen de una misma situación básica primordial. Las interacciones moleculares y los intercambios celulares que se establece entre el hijo y la madre durante la gestación crean una íntima convivencia de dos vidas.

Las experiencias de apego son selladas afectivamente en el cerebro derecho en rápido desarrollo del niño, imprimiendo un modelo de trabajo interno que codifica estrategias de regulación del afecto que actúan en niveles implícitos no conscientes.

En este trabajo ha resultado de interés evaluar cuál es el impacto sobre las familias de 31 niños de entre 6 y 15 años con TDAH de la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires y su relación con el apego de sus progenitores/cuidadores. Para ello se han utilizado dos instrumentos, los cuales han sido aplicados a los padres/madres de niños/adolescentes con TDAH diagnosticado: el Cuestionario de Impacto Familiar de Donenberg y Baker, y el CaMir-R, un autoinforme que permite analizar las representaciones de apegos en adultos.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de que los niños con diagnóstico de TDAH ejercen repercusión sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar.

El cálculo del punto de corte en la dimensión Seguridad del apego en la muestra de los padres de niños y adolescentes con TDAH permitió establecer que un 30,8 % de los padres/madres de niños o adolescentes con TDAH a los que se les aplicó el cuestionario CaMir-R presentan apego seguro, y un 69,2 % apego inseguro. Estos resultados están de acuerdo con los reportados por la literatura, y confirman la hipótesis planteada: existe una relación directa entre la de apego en madres/padres y el Impacto familiar de niños/adolescentes con TDAH diagnosticado.

Palabras claves: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH, apego, funcionamiento familiar, impacto familiar.

INDICE

INDICE GENERAL

Sección Página

Agradecimientos…….. ii

Resumen……...iii

Indice General…… vi

Indice de Tablas……x

CAPITULO 1. INTRODUCCION……1

CAPITULO 2. TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION

E HIPERACTIVIDAD……..7

2.1. Definición del trastorno de déficit de atención e hiperactividad……7

2.2. Evolución histórica del Síndrome TDAH……10

2.3. Diferencias entre el DSM-IV y el DSM-V…….. 23

2.4. Etiología ……..24

2.5. Prevalencia de TDAH……. 29

2.6. Comorbilidad…….32

2.7. Criterios diagnósticos y TDAH ……. 33

2.8. Presentaciones en el TDAH……..41

2.9. Tratamiento del TDAH …….. 41

2.9.1. Tratamiento farmacológico ……...42

2.9.2. Tratamiento cognitivo conductual……. 50

2.9.3. Enfoque terapéutico cognitivo conductual…… 54

2.10. Rol del pediatra…….. 56

CAPITULO 3. FAMILIA DE NIÑOS CON TDAH…….. 57

3.1. Generalidades…….……57

3.2. La familia de niños con TDAH……..58

3.3. Estilos parentales……60

3.4. Dificultades en la educación de niños con TDAH…….62

3.5. Relaciones familiares…….65

3.6. Influencia del tratamiento en el sistema familiar……...68

CAPITULO 4. APEGO…….70

4.1. Introducción……70

4.2. Desarrollo del vínculo temprano en la estructuración de un psiquismo adecuado……..…….72

4.3. Regulación del Apego……74

4.4. Funciones del hemisferio derecho en la adaptación de conductas personales y sociales ……83

4.5. El apego y el desarrollo límbico en las emociones y conductas……....84

4.6. Anatomía y fisiología del apego. Regulación del afecto……. .88

4.7. Reguladores ocultos, genética del apego y cuidado……. .93

4.8. Apego en adultos ……...95

CAPITULO 5. APEGO Y TDAH…….. 99

5.1. Generalidades……99

5.2. Medición del apego……..102

5.3. Apego, TDAH e Impacto Familiar…….107

5.4. Intervención en el fomento del apego …… 108

5.5. Antecedentes en aspectos metodológicos……110

CAPITULO 6. OBJETIVOS E HIPOTESIS……..115

CAPITULO 7. DISEÑO METODOLOGICO……116

7.1. Población de estudio ……. .116

7.2. Muestra……116

7.3. Instrumentos…….. .117

7.4. Identificación de las variables…….. ..117

7.5. Definición conceptual de las variables……117

7.6. Definición operacional de variables……118

7.7. Consideraciones éticas…….120

7.8. Limitaciones del estudio……..121

7.9. Procedimiento……..121

7.10. Análisis de datos……122

CAPITULO 8. RESULTADOS……..…123

8.1. TDAH……..123

8.2. Representaciones de Apego en los padres…… 131

CAPITULO 9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS……136

9.1. Discusión resultados TDAH……...136

9.2. Resultados Apego……142

9.3. Relación Impacto Familiar y representaciones de apego

en padres/madres de niños/adolescentes con TDAH diagnosticado……143

CAPITULO 10. CONCLUSIONES……146

CAPITULO 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS……149

CAPITULO 12. ANEXOS……..…168

Anexo 1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

(Extraído de DSM-5, 2013) dentro de los Trastornos del desa-

rrollo neurológico……168

Anexo 2. Criterios de investigación CIE–10 para el trastorno hipercinético……174

Anexo 3. Cuestionario Impacto Familiar …….. 176

Anexo 4. Cuestionario CaMir-R para padres/madres/cuidadores……183

Anexo 5. Documento de Consentimiento Informado…….. 187

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad……..21

Tabla 2. Prevalencias por país……. …..30

Tabla 3. Fármacos con eficacia en el tratamiento del TDAH y mecanismo de acción implicado ……..43

Tabla 4. Aspectos positivos y negativos de las terapias comportamentales y cognitivas……25

Tabla 5. Características de las familias de niños con TDAH……..……123

Tabla 6. Percepción de los padres del Impacto en Familias con niños TDAH ……125

Tabla 7. Información de los padres de niños con TDAH sobre Sentimientos y actitudes. ……126

Tabla 8. Resultados otros ítems Sentimientos y actitudes ……127

Tabla 9. Información de los padres de niños con TDAH sobre vida social……..……128

Tabla 10. Información de los padres de niños con TDAH sobre economía……..……128

Tabla 11. Información de los padres de niños con TDAH sobre la relación de pareja……129

Tabla 12. Resultados otros ítems Relaciones de pareja ……129

Tabla 13. Información de los padres de niños con TDAH sobre las relaciones de ese niño con sus hermanos. ……..……130

Tabla 14. Inform..ación de los padres de niños con TDAH sobre cuestiones de convivencia e influencia en la familia…….…..131

Tabla 15. Puntuaciones medias y desviaciones de la muestra
de padres de niños con diagnóstico de TDAH referidas
a las representaciones de apego del Cuestionario CaMir-R….……..132

Tabla 16. Puntuación T ≥ 50 como límite de apego seguro……..134

Tabla 17. Comparación percepción de los padres del
Impacto en Familias con niños TDAH……..137.

Tabla 18. Comparación información de los padres de niños
con TDAH sobre Sentimientos y actitudes……138

Tabla 19. Comparación información de los padres de niños
con TDAH sobre vida social……..139

Tabla 20. Comparación información de los padres de niños
con TDAH sobre economía……139

Tabla 21. Comparación información de los padres de niños
con TDAH sobre la relación de pareja…….……140

Tabla 22. Comparación información de los padres de niños
con TDAH sobre las relaciones de ese niño con sus
hermanos……..140

Tabla 23 Comparación información de los padres de niños con
TDAH sobre cuestiones de convivencia e influencia
en la familia. ……..... 141

Tabla 24 Datos Impacto Familiar y Seguridad, disponibilidad
y apoyo a las figuras de apego (madres). ……..... 143

CAPITULO 1

INTRODUCCION

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un Sindrome que se presenta durante la infancia cuya etiología es desconocida, cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales. La sintomatología nuclear y los trastornos asociados al TDAH afectan a todas las áreas de la vida del niño, es por eso que debe evaluarse sobre todos los síntomas y contextos en los que se desenvuelve.

La interacción entre los niños y su entorno es cada vez más compleja, el estímulo durante la etapa preescolar y la integración de actividades apunta a mejorar sus habilidades sociales, intelectuales, cognitivas y motoras, especialmente en esa etapa de la vida.

El desarrollo normal de los niños se manifiesta principalmente a través del juego: aprenden explorando desde pequeños a través de actividades lúdicas e incentivos de sus madres/padres y/o cuidadores.

Al ingresar a la etapa preescolar comparten actividades con otros niños, desarrollando y adquiriendo habilidades y destrezas para enfrentar al mundo. En esa etapa aparecen las primeras luces de alerta en relación a déficits en algunas áreas. Las madres/padres y/o los educadores, comienzan a notar características de cada niño a medida que se enfrenta al proceso educativo, momento en que es posible ver el nivel de desarrollo de las distintas áreas (motora, cognitiva, social, psicológica y emocional), las cuales son fundamentales para la interacción con sus pares

En etapas tempranas también son comunes los accidentes y conflictos entre compañeros, habiendo niños que se destacan por su hiperactividad y poca concentración

en las tareas escolares tanto en el colegio como en casa, presentando rasgos de impulsividad.

El aumento de la frecuencia de consultas a psicopedagogos y médicos pediatras comprueba el hecho de que estos niños inquietos, presentan menor atención a las actividades escolares. En la literatura se referencia el aumento en la prevalencia del Trastorno TDAH en estos niños (entre el 3% al 7% de la población escolar). Este porcentaje ha aumentado de acuerdo a estudios de los últimos años. Guifeng Xu et al, 2018, han demostrado que la prevalencia ha aumentado de 6,1 % a 10,2 % en el período 1997-1998 al 2015-2016. Estos datos si bien corresponden a Estados Unidos, se entiende que son extrapolables a otros países de América y Europa.

La respuesta a las inquietudes familiares y de los educadores ante las conductas mencionadas del niño, frecuentemente es la misma, y el diagnóstico de TDAH se vuelve una condición con la que el niño se ve marcado frente a sus compañeros al recibir un trato diferente debido a su situación, como los sistemas de premios por objetivo logrado dentro de una jornada escolar. Durante la etapa escolar, estos problemas se tornan más identificables, las consultas a los padres se vuelven frecuentes, la poca disciplina en la sala de clases y el bajo rendimiento en algunos casos, conducen a los padres a consultar a un especialista que pueda responder a las interrogantes acerca del estado y conducta del niño.

El diagnóstico se hace en base a la presencia de inatención e hiperactividad-impulsividad que persiste por al menos 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente con el desarrollo normal y que sea evidente al menos en dos de los ambientes donde se desenvuelve el niño.

La torpeza, hiperactividad, timidez, frustración y otras actitudes y cualidades de algunos niños, son explicadas por una alteración de la integración sensorial, que indica

una alteración en los sistemas centrales que no le permite desarrollar una respuesta adecuada según la información aferente del medio, por medio de su integración y modulación.

El ámbito familiar es un contexto clave para tener en cuenta en el abordaje del niño con TDAH debido a las características que presenta y a la doble función que puede desempeñar: como factor de protección si se trata de un ambiente adecuado en el que existen normas, organización, afecto, comunicación; o como un factor de riego, relacionado con el desarrollo de trastornos asociados, si es un entorno de conflicto, desorganización, falta de lazos afectivos y comunicación.

La familia puede promover el desarrollo socioemocional y comportamientos adaptativos de sus hijos con TDAH a través de diferentes herramientas (terapia familiar, programas de intervención) que fomenten la salud mental familar.

El TDAH se define como un síndrome neurocomportamental frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales afectan el desarrollo integral del niño (American Academy of Pediatrics, 2011). Es uno de los problemas de comportamiento de índole crónico más común en la infancia, especialmente en el periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño desde todas las esferas del desarrollo y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (García-Pérez, A., Expósito-Torrejón, J., Martinez-Granero MA, Quintanar-Rioja A, Bonet-Serra B., 2005, Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, Carrizosa J, Sanchez G, Grisales H, 2005 y Roselló, B. Amado L, Bo RM, 2000).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) identifica tres síntomas nucleares, inatención, hiperactividad e impulsividad, pero además se pueden sumar otras manifestaciones asociadas como comorbilidad. Estas dificultades llevan a los niños a

continuas experiencias de fracaso, las cuales pueden ser más generalizadas en el ámbito familiar, educativo y social, y se convierten en limitaciones en la actividad diaria funcional y en restricciones en la participación social que afectan el funcionamiento personal y en sociedad.

El TDAH ha sido abordado para su diagnóstico básicamente desde la clínica, con un mayor énfasis en el aspecto biológico y en consecuencias de la enfermedad desde las clasificaciones CIE-10, DSM-V y fenómenos de comorbilidad, los cuales no están enmarcados directamente en la conceptualización actual del modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, OMS), en base al cual se califican las condiciones de salud (World Health Organization, 1992 y 2001; American Psychiatric Association, 1994). Desde 2013 se atiende al DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, el cual incluye al TDAH en el capítulo de Trastornos del desarrollo neurológico. (DSM V, 2013, Anexo 1).

El interés científico y social del TDAH se fundamenta en varios puntos esenciales: sus elevados índices de prevalencia, las repercusiones que acarrea a largo plazo y su carácter crónico.

El fracaso escolar, constituye una de las causas más comunes de consultas a médicos de familia, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles. Las conductas adictivas y los problemas con la justicia se encuentran entre los resultados más preocupantes que se asocian con el TDAH. Su carácter crónico hace que el problema persista en proporciones alarmantes en la adolescencia y en la etapa de vida adulta. Es así que, aunque los problemas de los niños hiperactivos suelen reducir su severidad, muchas de sus dificultades en el ajuste socio- personal, sobre todo cuando no se han tratado, se mantienen en la juventud y en la adultez.

La mayoría de las veces, los padres no logran explicarles a los maestros lo que le pasa al niño, ya que no cuentan con información adecuada sobre la conducta en el contexto aúlico donde se desenvuelve (González Acosta, 2006).

Otros autores (Lawrence y Nohria, citados en Colón, 2003) sostienen que los seres humanos vienen al mundo con una marcada urgencia innata de aprender, de conocer, de comprender, de apreciar la naturaleza de las cosas. Esta distintiva cualidad humana ha sido entendida como el impulso de aprender, y lo consideran como uno de los cuatro impulsos humanos básicos que ya vienen pre-programados genéticamente en nuestra herencia biológica. La investigación en las ciencias genéticas ha demostrado que muchas de las características medulares de los seres humanos son heredadas al momento de nacer (Colón, 2003).

Así como se hereda el color de los ojos, la capacidad de aprender es también una de esas características humanas medulares que se heredan genéticamente. El deseo heredado de aprender no comienza en el hogar ni en la escuela, sino que viene ya programado en nuestra herencia biológica al momento de nacer (González Acosta, 2006).

Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (Miranda, García y Presentación, 2002). Así, los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí que mantienen e incluso amplifican la sintomatología de este en el curso del desarrollo.

Según lo reportado por la literatura, el efecto de los padres sobre el desarrollo y la evolución del TDAH parecen claros.

Un tema menos estudiado es el impacto que se produce en el seno de la familia en la cual se inserta un hijo con este trastorno, y las representaciones de apego de los padres/madres de esos niños.

Surgen así numerosas preguntas, a saber:

- ¿Cómo influye el TDAH sobre el niño?
- ¿Existe relación entre apego seguro y TDAH?
- ¿Cómo se extiende la influencia del niño con TDAH en el sistema familiar?
- ¿Cómo se evalúa el efecto del impacto familiar en los sistemas familiares con niños que padecen síndrome de hiperactividad con déficit de atención?.
- ¿Hay situaciones familiares y/o ambientales comunes en la población en estudio?.

Es por ello que ha resultado de interés en este trabajo evaluar cuál es el impacto sobre las familias de 31 niños de entre 6 y 15 años con TDAH de la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires y su relación con el apego de sus progenitores/cuidadores.

CAPITULO 2

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

2.1 Definición del trastorno de déficit de atención e hiperactividad

El Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales en sus distintas ediciones (DSM IV, 1995, DSM-IV TR, 2000 y DSM V, 2013), es el orden que los especialistas en el comportamiento humano y la ciencia utiliza para establecer y regular el trastorno. Define el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad.

Establece que debe tener un mayor grado de frecuencia y gravedad en niños/adolescentes/adultos. El patrón persistente debe causar malestar o interferir con el funcionamiento adecuado en su dimensión física, social, académica y psicológica. Esta definición también la utiliza la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) para mantener uniformidad con el DSM IV. La definición más reciente la tenemos del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM V, 2013; Torres Montalvo, 2015).

El diagnóstico se basa en el criterio DSM V, el cual habla de un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que lo observado habitualmente en individuos de nivel de desarrollo similar. Se describe como un trastorno de carácter crónico: de acuerdo con esto, la sintomatología se mantiene en el tiempo llegando a manifestarse durante la edad adulta hasta en un 75% de los casos. Cabe destacar que la definición del DSM V agrupa a niños con inteligencia normal y no es atribuible a retraso mental, déficit neurológico mayor y a otras alteraciones emocionales (American Psychiatric Association (APA), 2013). Los síntomas fundamentales son:

- *Trastorno (déficit) de atención*: El niño se distrae muy fácilmente, no puede concentrarse en una tarea, ni finalizar actividad alguna. Le cuesta prestar atención y a menudo parece no escuchar ni enterarse de lo que se dice, no sigue las instrucciones y mantiene una actitud despistada, con "olvidos" muy frecuentes.

Es la deficiencia en la inhibición del comportamiento. Está relacionado con la hiperactividad y es la fuente de la impulsividad. Se manifiesta en las dificultades en el comportamiento y la adquisición de conocimientos. Se les hace difícil parar y pensar antes de actuar. La atención e impulsividad son de naturaleza multidimensional. Los niños con el trastorno tienden a ser más activos, inquietos y ansiosos que los que no sufren el trastorno (Mash y Barkley, 2007).

- *Hiperactividad*: Movimiento constante sin objetivo concreto, tiende a tocar y manipular todos los objetos sin una actividad organizada. Inquietud excesiva, en especial cuando debe estar quieto o sentado. A menudo corre, salta y habla en exceso, o más bien cuando no le toca o no debe. Característica que se hace notar más en los niños traviesos y malcriados. Siempre están en movilidad. Esto les provoca problemas en la escuela y en su entorno. Tienen dificultad para conservar amigos.

- *Impulsividad*: Interrumpe bruscamente su actividad, y la de los demás, pasa constantemente y de forma imprevista de una actividad a otra. Interviene y responde intempestivamente. Necesita control constante por su tendencia a ignorar el peligro y el riesgo. No respeta normas habituales (de esperar su turno, de no inmiscuirse en otros espacios o conversaciones, del orden de intervención en el juego). Es la deficiencia en la inhibición del comportamiento.

A estas conductas habituales se añaden con frecuencia:

– *Labilidad emocional***,** con oscilaciones frecuentes de la tristeza a la euforia, y una débil tolerancia a la frustración, que genera actitudes de irritabilidad y de oposición, y puede

llegar a reacciones de alto descontrol de la impulsividad. En casos extremos puede llegar a plantear la necesidad de un diagnóstico diferencial con los llamados "trastornos disociales y del comportamiento caracterizados por conductas agresivo-destructivas, actitudes desafiantes y retadoras y la transgresión y violación de normas e imposiciones sociales y familiares: robos, fugas, ausentismo etc.

– *Trastornos específicos del desarrollo,* que afectan al aprendizaje y adquisición del lenguaje, lectura, ortografía, cálculo etc. Esta asociación puede entenderse desde la perspectiva de la "comorbilidad" (suma de procesos patológicos sobre una fragilidad "mórbida") o desde la de la "continuidad" (manifestaciones diversas derivadas de una misma falla en la organización precoz que afecta a los esquemas básicos sensorio-motores y a las funciones cognitivas y de simbolización).

– La *alteración* secundaria *del rendimiento escolar*, asociada a la del comportamiento, provoca problemas de adaptación al medio, tanto escolar como familiar, que además los refuerzan al reaccionar frecuentemente con actitudes punitivas y de rechazo, que generan en el niño hiperactivo una baja *de la autoestima y desvalorización* a menudo mezclados con *sentimientos de marginación injusta y comportamientos de sometimiento-pasividad agresiva* (si predomina el humor depresivo) o *actitudes desafiantes y de negación de sus dificultades* (si predomina la euforia hipomaníaca).

Son numerosos los autores que incluyen como síntomas frecuentemente asociados una gran variedad de los llamados *"signos neurológicos menores"*, que tradicionalmente eran considerados la "prueba" de la "etiología neurológica" del síndrome de "lesión-disfunción cerebral mínima". Otros autores, que cuestionan su etiología neurológica, estiman que deben atribuirse a la particular organización psicomotriz precoz de muchos de estos niños, alterada por razones plurifactoriales complejas de orden familiar disfuncional.

2.2 Evolución histórica del Síndrome TDAH

La hiperactividad tiene un desarrollo histórico más bien próximo al siglo XXI, ya que la preocupación por este trastorno surgió a comienzos del siglo XX, aunque es muy probable que desde siempre existieran niños con este problema, tal cual lo confirman ~~diferentes trabajos desde el año 1867, como trastorno hipercinético.~~

En su aparición como trastorno clínico, al contrario que sucedió a la mayoría de los trastornos, pesaron más los factores ideológicos que los puramente científicos o clínicos.

Con el auge de la revolución industrial en Inglaterra, a finales del siglo XIX, la agricultura y la ganadería tradicionales fueron sustituidas por determinadas industrias y fábricas de productos manufacturados. Como consecuencia, quienes encontraban trabajo debían invertir muchas horas en el mismo, cobrando unos salarios muy bajos y realizando su actividad en unas condiciones hoy en día infrahumanas.

Gran parte de la población quedó sin trabajo, y permaneció desocupada durante largos períodos de tiempo. Estas condiciones supusieron un notable incremento de los conflictos laborales y sociales, lo que alarmó a las clases dirigentes pues veían en estos disturbios un claro factor de perturbación social. Se pensaba que la nueva clase social desocupada era la causante de todos los males sociales. A quienes integraban esta nueva clase social se les describía como personas errantes, que vagaban por el campo, escasamente inteligentes, superficiales, delincuentes, y con falta de atención. Se fue estableciendo así un agrupamiento de conductas desordenadas que con el tiempo constituirían el núcleo de lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad. Si bien es cierto que alcanzar el alto grado de consenso que hoy

existe en torno a este trastorno no ha sido tarea fácil, pues el trastorno fue muy controvertido desde sus orígenes, resulta muy significativa, la opinión de McBurnett, Lahey y Pfiffner, 1993, en Navarro González (2009a) para comprender la dificultad existente a la hora de calificar determinados síntomas y constituirlos como trastorno. A juicio de estos autores, el problema de la terminología y la clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad es una cuestión algo desconcertante en el ámbito de la salud mental, pues cada nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) ha incluido una profunda revisión de los criterios acerca del trastorno. Esta es la razón por la que a muchos niños con las mismas características clínicas se les haya asignado algo así como una media docena de rótulos diagnósticos diferentes. En la corta historia de la clasificación de los trastornos mentales, se ha observado una gran movilidad experimentada por los diversos criterios de diagnóstico, pues los criterios presentes en una edición, se modificaban en la siguiente y se retomaban en la última (McBurnett et al., 1993, en Navarro González, 2009b).

Aunque en la actualidad el TDAH configura un cuadro diagnóstico muy conocido y difundido, no siempre ha sido así. De hecho, estos trastornos son relativamente recientes en el panorama contemporáneo de la psicopatología del desarrollo. Una prueba de esta afirmación es que los manuales de psiquiatría infantil más reconocidos apenas tomaron en consideración este trastorno. El clásico manual de Kanner (última edición de 1957, no incluía esta patología como entidad diagnóstica. En otro texto de psicopatología infantil (Johnson y Medinnus, 1969), el término aparece citado en sólo dos de un total de 657 páginas. Un texto muy prestigioso de psicología experimental infantil (Reese y Lipsitt, 1970) no citó los déficits de atención, a pesar de que dedicó un capítulo a los procesos atencionales. La primera referencia formal al problema en Europa apareció en 1956 con el nombre de Trastorno Hipercinético en el Manual de Psiquiatría general de Hoff (1956).

Así, lo que actualmente se conoce como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha sido fuente de múltiples denominaciones (ver Tabla 1) en dos frentes: el europeo, con claro predominio de la psicopatología francesa y el anglosajón, que incluye a todos los países de lengua inglesa, aunque con alguna distinción entre la escuela americana y la inglesa.

En primer lugar, se considera el ámbito europeo donde muchos investigadores visualizaron síntomas de lo que después se conocería como TDAH.

Tanto en Francia como en Alemania, siguiendo la tradición de la psicopatología descriptiva decimonónica del período romántico, predomina el tono moralista y la descripción de los síntomas se hace desde el punto de vista pedagógico, con mayor énfasis en la comprensión del problema que en su explicación científica.

Hay constancia de que los síntomas típicos del TDAH fueron descritos en 1846 por el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman. Hoffman (1876) reflejó sus ideas en la obra "Struwelpeter", formada por 10 historias breves sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. Algunos de los problemas tratados son: la agresión y el comportamiento disocial, la piromanía, el comportamiento disocial racista y los trastornos de la alimentación. Los síntomas típicos de la hiperactividad y los déficits de atención están tratados en "The Story of Fidgety Philip", primera historia publicada en la segunda edición de 1846. Una de las ilustraciones del libro muestra a un niño que no puede mantenerse quieto en la mesa pese a las indicaciones de sus padres; la descripción que Hoffman realizó de este niño están reflejados algunos de los síntomas que hoy en día se contemplan en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS,1992) para el cuadro de TDAH (en el manual de la OMS se contempla como Trastorno Hipercinético): Philip, el protagonista, no consigue atender y mantener la atención sobre una tarea *(tomar la cena*) y no escucha lo

que se le dice. Los síntomas de hiperactividad son evidentes: él se mueve sin parar y se retuerce en su asiento y muestra una persistente actividad motora que no es sustancialmente modificada por los llamados de atención de los padres. Finalmente, su comportamiento impulsivo causa nerviosismo significativo en la familia.

Hoffman publicó estas manifestaciones en un libro para niños, lo que pone de relieve que el autor no consideraba estos síntomas como un trastorno en sí mismo, si bien observó muchos detalles que actualmente pueden aclarar el establecimiento de un diagnóstico. Probablemente la descripción de estos comportamientos no pretendía más que ejemplificar a los niños como no debían comportarse (Thome y Jacobs, 2004, en Navarro 2009b).

En Alemania, Demoor (1901), en sus obras sobre educación infantil, esta identificación se corresponde con los criterios que establece la OMS para el diagnóstico del Trastorno Hipercinético dio el nombre de “Corea Mental” al problema que presentan algunos niños caracterizados por: (a) Cambios bruscos en el estado de ánimo, (b) déficits en los mecanismos de inhibición conductual y atención sostenida, (c) necesidad constante de movimiento y de cambios en su entorno inmediato. En estos trabajos no se diferencia la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como síntoma.

Bourneville (1897), describió en su libro sobre tratamiento médico-pedagógico a un tipo de niños con déficits importantes a nivel cognitivo e intelectual. Se trataba de niños con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, aunque susceptibles de manejar correctamente por las personas de su entorno con las que mantenían relaciones de afecto.

Siguiendo esta línea centrada en los aspectos conductuales adaptativos, se destacan los trabajos de Boncour (1905) y de Durot (1913), ambos en Francia. Boncourt describió al escolar inestable como aquel estudiante con dificultades de aprendizaje

debido a su incapacidad para fijar su atención sea para escuchar, responder y comprender. Este autor introdujo el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos cuando afirma que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras. Hay que tener presente que en estos casos iniciales no sólo se incluía a niños con retraso mental sino, igualmente, a niños con síndrome autista y con otros trastornos del desarrollo. Durot, (1913), uno de los pioneros en diferenciar síntoma y síndrome, sostuvo que la hiperactividad es un síntoma propio de los niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardiacas, epilepsia y corea. Boncourt (1919), retomando los planteamientos anteriores, clasificó a los alumnos inadaptados en la escuela en: (a) Los indisciplinados simples sin defecto físico ni moral, (b) los indisciplinados pervertidos, (c) los indisciplinados inadaptados sin perversión y (d) los indisciplinados inestables y pervertidos.

Dupré (1909), consideró la hiperactividad como algo constitucional, manifestación de un desequilibrio motor congénito y que formaría parte del espectro de otros trastornos como la debilidad motora, el temblor esencial, la corea, la epilepsia, el tartamudeo, los tics y las estereotipias motoras.

El primer autor que atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome es Heuyer (1914), en su tesis “Los niños anormales y los delincuentes juveniles”. Heuyer habla de la asociación de un determinado número de síntomas como el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso, así como de un pronóstico que conduce a estos niños hasta la delincuencia.

El estudio pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo es el de Vermeylen (1923). Este autor propuso dos categorías de niños: los armónicos y los disarmónicos. Los niños hiperactivos (dentro del grupo de los disarmónicos) obtendrían unos resultados más pobres en las pruebas que miden concentración, y algo mejores en las que miden memoria, razonamiento e imaginación.

Kramer-Pollnow (1930) describe, en una muestra de 15 niños, un síndrome caracterizado por problemas de articulación en el habla, distraibilidad e inquietud extrema. Lo denominó “Trastorno Hipercinético” y lo clasificó dentro de la psicosis infantil que usualmente tenía un origen desconocido. Este trastorno era susceptible de distinción de otros trastornos como la esquizofrenia o el infantilismo demente.

Wallon (1979) describe cuatro síndromes psicomotores relacionados con el síntoma común de la hiperactividad:

1. Síndrome de asinergia motora y mental, consecuencia de una afectación cerebelosa.
2. Síndrome psicomotor, con hipertonía, consecuencia de una alteración extrapiramidal.
3. Síndrome de automatismo emotivo-motor, debido a una alteración del aparato opto-estriado.
4. Síndrome de insuficiencia frontal, causado por una hipofunción prefrontal.

Este síndrome sería el más cercano a lo que hoy se entiende por hiperactividad. En él cabría un niño con hiperactividad y grandes dificultades atencionales, incapaz de desarrollar la capacidad de pensamiento y de la percepción.

En el ámbito científico anglosajón, y sobre todo en Estados Unidos, el concepto de TDAH que se conoce actualmente evolucionó más desde el punto de vista médico y biológico que desde la perspectiva psicopedagógica más propia del estilo europeo. A continuación, se realiza un análisis detallado de esta evolución.

Las perturbaciones conductuales de los niños se referencian en los escritos de Clouston (1899) y de otros autores de mediados del siglo XIX. La hiperexcitabilidad como posible precursora de la hiperactividad fue descrita por Clouston (1899). Este autor argumentó que el Trastorno de Hiperexcitabilidad surge de una excesiva reactividad cerebral a los estímulos emocionales y mentales; e hipotetizó que este trastorno es debido a alguna disfunción en el Córtex cerebral.

Sin embargo, las descripciones más precisas son las de Still y Tredgold. En 1902, Sir Still un pediatra y primer profesor de pediatría del King's College Hospital de Londres, definió, en una serie de tres conferencias pronunciadas en su lugar de trabajo, un síndrome caracterizado por elevada agresividad, conducta desafiante, resistencia a la disciplina, exceso de actividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y una reducida capacidad de control inhibitorio, en referencia a las historias de 20 casos clínicos por él consultadas. Still atribuyó esta conducta desordenada a un "defecto del control moral" causado por alguna alteración biológica bien sea innata o adquirida durante el período prenatal o postnatal. Claro está que estas ideas no hay que separarlas del contexto social de la Inglaterra de finales del siglo XIX descrito al comienzo de este capítulo. Tredgold (1908) continuó con esta línea de argumentos al señalar que la causa de estas conductas desordenadas reside en el daño cerebral adquirido durante el periodo perinatal. Pasamanick, Knobloch y Lilienfeld (1956) adoptaron también la teoría del daño en las etapas tempranas del desarrollo del individuo. En cualquier caso, con estas manifestaciones Still y Tredgold sellaron el comienzo de la historia moderna de la hiperactividad infantil.

Considerando la evolución histórica, en esta corriente anglosajona se pueden distinguir cinco etapas: la época del daño cerebral (hasta los años cincuenta), la edad de oro de la hiperactividad (los años 50 y 60), el auge del déficit de atención (los años 70), el apogeo de los Criterios diagnósticos (los años 80) y la época de la Neuroimagen, la Genética y los Modelos explicativos (los años 90).

Los años 30 terminaron con un descubrimiento que aún en nuestros días nos sigue siendo útil. En el Emma Pendleton Bradley Home (Rhode Island, EE.UU.) Charles Bradley descubrió que derivados anfetamínicos (*benzedrine)* resultaban eficaces para mejorar la atención y el comportamiento de los niños hiperactivos.

Desde el punto de vista etiológico hay que apuntar los hallazgos de Kahn y Cohen (1934). Estos autores describieron a tres pacientes cuya condición clínica estaba marcada por unos movimientos voluntarios bruscos y torpes, hipercinesia e incapacidad para permanecer quietos. Según ellos, estos síntomas fueron secundarios a uno central de anormalidad comportamental e hiperactividad que podía ser atribuido a un defecto congénito en el sistema de modulación de la actividad del tallo cerebral. Fernier (1876) observó que la ablación del lóbulo frontal en los monos produce excesiva inquietud motora y pobre concentración. En el mismo sentido, Levin (1938) observa, en los niños hiperactivos, un comportamiento similar al que muestran los primates que han sufrido una ablación en el lóbulo frontal.

La encefalitis letárgica es una enfermedad neurológica con una variedad de presentaciones clínicas que incluyen las formas somnoliento-oftalmopléjica, hiper-cinética, parkinsoniana y de afasia, entre otras. Hasta 1950, el TDAH se asociaba al "daño cerebral infantil". Entre los niños que sobrevivieron a la epidemia de Encefalitis letárgica de los años 1917 y 1918.

En norteamérica y Europa, los clínicos observaron un "trastorno conductual postencefalítico" que vincularon al síndrome de Still. Disfunciones cognitivas, especial-mente de memoria; problemas atencionales, impulsividad, dificultad para regular el comportamiento eran algunos de los síntomas asociados a este trastorno.

Apoyados en los trabajos que se fueron realizando con estos niños y otros con lesiones cerebrales o enfermedades del sistema nervioso central (SNC), Strauss y Lehtinen (1947) acuñaron el término "Síndrome de daño cerebral infantil". Los problemas atencionales y comportamentales que sufrían estos niños estudiados eran debidos a discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales evidentes. Pronto empezaron a diagnosticar a niños sin estas lesiones y que manifestaban problemas atencionales y

comportamentales con una etiqueta similar, aunque algo más suave: “Daño Cerebral Mínimo” que, con el tiempo, a falta de evidencias en la exploración neurológica se convirtió en “Disfunción Cerebral Mínima” (DCM; Mackeith y Bax, 1963).

Barkley consideró el periodo entre 1950 y 1970 como la *edad de oro de la hiperactividad*. En el campo médico, durante la década de los 50, el término DCM se afianzó, pero los avances técnicos permitieron concretar el daño estructural.

Con la llegada de la psicobiología, la hiperactividad es vista como un problema psicobiológico que requiere tratamiento psicofarmacológico. Laufer, Denhoff y Solomons (1957), administrando metrazol e induciendo a través de estímulos luminosos (flashes) la presencia de estados cuasi-epilépticos en niños normales y con alteración clínica, concluyeron que los niños hiperactivos presentaban un déficit en el área talámica del SNC: fallaba el sistema de filtraje de la información sensorial y las áreas corticales de estos niños recibían excesiva estimulación. Debido al incumplimiento de la normativa ética, este estudio no ha sido replicado. Por otra parte, hoy en día se tiende a considerar una infraactivación cortical en la hiperactividad. Aun así, este trabajo ha tenido una gran influencia en posteriores teorías de base médica.

En los años 60, el término DCM se convierte en un cajón de sastre, donde más de 100 trastornos tienen cabida. En la “escuela norteamericana” el término cae en desuso y cada vez es más evidente que los signos neuropsicológicos menores detectados en trastornos de conducta y de aprendizaje están ampliamente distribuidos entre la población normal. En concreto, Herbert (1964) y Birch (1964) cuestionan el hecho de que si el daño cerebral causa problemas de comportamiento, entonces todos los niños con problemas de comportamiento deberían tener daño cerebral, aunque no haya evidencia psíquica que apoye la presencia de dicho daño.

A partir de la publicación de un trabajo de Chess (1960), el exceso de actividad pasó a primer plano y se perfiló claramente el Trastorno Hipercinético. Chess redefinió la hiperactividad como el trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambos. La acentuación de la hiperactividad hizo que se olvidase la DCM y, dejando atrás los postulados psicoanalistas, se alejara a los padres de la culpabilidad de la conducta de sus hijos. Chess difiere de sus predecesores en que considera el pronóstico de la hiperactividad como razonablemente bueno, creyéndolo resuelto en la pubertad en la mayoría de los casos. Propone que, en prácticamente la totalidad de los casos, este trastorno es debido a una "hiperactividad fisiológica" y añade que la hiperactividad puede estar asociada con retraso mental, esquizofrenia o daño cerebral orgánico. La "escuela británica" sigue más reticente a los cambios y continua bajo la influencia del modelo médico (Sandberg y Barton, 2002).

En la década de los 70, los déficits de atención pasaron a ocupar el primer plano. Es una década muy fructífera en investigaciones, edición de manuales, aparición de publicaciones especializadas, etc. El concepto se popularizó y se extendió al ámbito social y escolar, se difundió en los medios de comunicación, se crearon muchas asociaciones de padres afectados, etc. La esencia de este periodo es que los trastornos que hasta ahora se habían considerado asociados: limitada capacidad atencional, baja tolerancia a la frustración, distraibilidad e impulsividad pasan a primer plano en detrimento del exceso de actividad motora, la torpeza, las disfunciones cognitivas graves o incluso las posibles lesiones o enfermedades asociadas. En este sentido, los trabajos de Douglas y de su grupo de la Universidad de McGill fueron decisivos para acuñar los términos de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad (Douglas, 1972). Durante este perío-

do se popularizó la idea de que la hiperactividad era debida a una reacción alérgica a determinados alimentos, particularmente aditivos (Sandberg y Barton, 2002).

La década de los 80 arrancó bajo la influencia de los trabajos de Douglas. Los términos que ella acuñó son asumidos por el DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980). Así se ingresa al periodo de desarrollo de los criterios de investigación y procedimientos de evaluación estandarizados. El DSM-III reconoció ya una subdivisión del trastorno en "Déficit de Atención con o sin Hiperactividad". Sin embargo, en la edición revisada (DSM-III-TR) del año 1987 sólo se estipularon criterios diagnósticos para el "Déficit de Atención con Hiperactividad" y, el "Déficit de Atención sin Hiperactividad" no se reconoció como entidad clínica, quedando relegado a una categoría mínimamente definida ("Déficit de Atención indiferenciado"). Al DSM-III se le acusó de presentar dos trastornos diferenciados de manera apresurada, el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDA+H y TDA-H). Probablemente por ello, el DSM-III-TR mantuvo el TDAH como una categorización unidimensional, precisamente en un momento en el que había datos consistentes que avalaban la presencia de un TDA sin hiperactividad diferenciado (Barkley, Grodzinsky y DuPaul, 1992).

La fuerte polémica suscitada por estos diferentes criterios diagnósticos sirvió para promover sistemas más fiables de diagnóstico. Su predecesor, el DSM-II (1968), hablaba de la "Reacción Hipercinética de la Infancia" haciendo énfasis en el aspecto motor del cuadro. No se contemplaban los aspectos cognitivos, contrariamente a lo que sucederá con el DSM-III. La OMS, en la novena versión de su propio sistema taxonómico, la CIE-9 (1975-1977) continúa con el término de "Trastorno Hipercinético de la infancia" no queriendo recoger la reconceptualización de la hiperactividad que asume el manual de los psiquiatras americanos. Los subtipos de TDAH, al final de este periodo, trascienden la polémica centrada en atención e hiperactividad e incluyen la agresividad, el negativismo,

el déficit cognitivo y las alteraciones en el lenguaje, la memoria, la inteligencia, etc. (Anastopoulos, 2001).

Una síntesis del desarrollo histórico del concepto de hiperactividad se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad.

PRIMERAS EXPLICACIONES MEDICAS		
Año	**Autor**	**Referencia**
1902	Still	Defecto del control moral.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática.
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito.
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica.
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal.
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal.
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC.
TRASTORNO HIPERCINETICO		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales.
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales.

1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales.
1901	Denoor	Corea mental.
1905	Boncourt	Escolar inestable.
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome.
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome.
1923	Vermeylen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo.
1930	Kramer-Pollnow	Trastorno hipercinético.
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica.
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil.
1956	Hoff	Trastorno Hipercinético.
1960	Chess	Trastorno Hipercinético.
1968	DSM-II	Reacción hipercinética de la Infancia.
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1975	CIE-9	Trastorno Hipercinético de la infancia.

1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad.
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en trastornos hipercinéticos).
1994/2012	DSM-IV	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
2013	DSM-V	TDAH como Trastorno de Neurodesarrollo.

Actualizado de Navarro, 2009b.

2.3 Diferencias entre el DSM-IV y el DSM-V

Los criterios diagnósticos del DSM-V (Anexo 1) son muy similares a los del DMS-IV. Se mantienen los 18 síntomas divididos considerando dos categorías principales: inatención e hiperactividad-impulsividad. Las novedades más importantes que se han incorporado son:

1. - Se han incluido ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida.

2. - Los criterios deben estar presentes antes de los 12 años en lugar de los 7.

3. - Los subtipos de TDAH han sido reemplazados por “Presentaciones” que se corresponden con esos subtipos anteriores.

4. - Incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista.

5. - Se ha limitado a 5 la presentación de síntomas en la edad adulta, en lugar de los 6 que se exigen para la infancia, tanto en déficit de atención como en hiperactividad-impulsividad.

6. - Se ha incluído el TDAH dentro del capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo”.

2.4 Etiología

En la etiología del TDAH se han hallado factores genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas.

Los estudios genéticos muestran que existe mayor susceptibilidad de padecer el trastorno en familiares de primer orden (5-6 veces más frecuente), concordancia en gemelos monocigóticos (51-86%) y dicigóticos (29-33%; Cornejo, Cuartas, Gómez-Uribe y Carrizosa, 2004). En su origen se señala la combinación de factores genéticos y ambientales tempranos (por ej., consumo de alcohol, tabaco, drogas, estrés durante el embarazo), intoxicación por plomo, alergias alimentarias. En el 50% de los casos se encuentran alteraciones en genes, pero debemos tener en cuenta que la base genética es modulada en muchos casos por el ambiente (Epigenética). Neuroanatómicamente se ha observado que existe menor volumen cerebral (2,7- 3,2% menor) y cerebeloso (-3,5%) en niños con TDAH, que correlaciona positivamente con la sintomatología (Castellanos y Acosta, 2002). El circuito anatómico implicado incluye regiones cerebrales prefrontales derechas, estriada, ganglios basales y el Vérmix cerebeloso (Castellanos y Acosta, 2002). Existe mayor activación frontal y menor activación estriada que en los controles (Vaidya *et al*., 1998). El área prefrontal organiza la información, inhibe la respuesta, planifica la conducta y selecciona la atención. Hace de *director de orquesta* de la

información que le llega, dando sentido a pensamiento, emociones y conducta. Los ganglios basales están asociados al control motor y el Cerebelo a la coordinación motriz.

A nivel Neurobiológico, en el TDAH parece existir una inmadurez en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos: existe menos dopamina en las sinapsis (asociada al comportamiento motor y al sistema de refuerzo de recompensa), noradrenalina (asociada a la atención, vigilancia y funciones ejecutivas), serotonina (regulador del estado de ánimo), y GABA, que participa en la regulación del circuito atencional subcortical. Estudios realizados con Potenciales Evocados Cognitivos muestran que los niños con TDAH tienen alteradas etapas del procesamientos cognitivo de la información Idiazabal-Alecha, M.A., Rodríguez-Vázquez, D., Guerrero-Gallo, D. y Vicent-Sardinero, X. (2005).

El TDAH está asociado a déficits de funciones ejecutivas: inhibición de las respuestas, planificación, memoria de trabajo, capacidad de retrasar la gratificación y la flexibilidad mental, de manera que estarían implicados el Córtex pre frontal, el cuerpo estriado y la dopamina (The Royal College of Psychiatrists, 2004). Los hallazgos neuroanatómicos y neuropsicológicos destacan el déficit en las funciones inhibitorias, ejecutivas y atencionales mediadas por el lóbulo frontal.

Debido a estas alteraciones, los estímulos son difíciles de organizar, por lo que se producen alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales.

Entre los *indicadores de hiperactividad* tempranos destacan:

- Descargas mioclónicas durante el sueño.
- Alteraciones en el ritmo circadiano.
- Elevada reactividad ante estímulos auditivos.
- Resistencia a los cuidados cotidianos.
- Actividad motriz excesiva.

- Poca conciencia del peligro.
- Dificultades en la adaptación social.
- Un estilo cognitivo irreflexivo, falta de control motriz, fluctuaciones atencionales y agresividad (Risueño, 2001).

En resumen los estudios biológicos muestran que existen:

1) Alteraciones neuroanatómicas en las regiones Frontal, Estriada y Cerebelosa,

2) Alteraciones en los neurotransmisores, especialmente dopamina y noradrenalina,

3) Activación cerebral anómala asociada a las funciones ejecutivas.

Entre los factores involucrados se cuentan:

- *Factores exógenos o no genéticos*

- Anterior, durante, y posterior al nacimiento: Estudios sugieren que la presencia de anormalidades durante la gestación y el parto aumentan la posibilidad de desarrollar problemas de conducta e hiperactividad. Se han relacionado con un número de factores de riesgo, como son:

- Prematurez,
- Bajo peso al nacer,
- Tabaquismo materno,
- Angustia prenatal materno,
- Hipoxia peri y neonatal,
- Infecciones,
- TEC, entre otros.

- Ambientales: Se habla de la influencia de colorantes artificiales y salicilatos naturales, y del alto consumo de azúcar o edulcorante en niños, pero no hay evidencia que avale estas teorías. También se culpa al aumento de la contaminación ambiental, especialmente

por plomo, exposición a tóxicos (tabaco, alcohol, etc.), deficiencias nutricionales, entre otros.

- *Factores genéticos*

Como ya se comentara numerosas investigaciones han tratado de establecer un factor genético responsable con distintos resultados en los porcentajes obtenidos. El peso del componente genético parece ser preponderante.

De las múltiples causas, se reconoce una vía final común, hay bastante unanimidad en que existen bases neurobiológicas donde interactúan factores heredados, alteraciones neuroanatómicas y disfunción de sistemas de neurotransmisión, sobre los que finalmente influirían factores psicosociales. Aun así, actualmente no están definidos los precursores biológicos específicos que en interacción con el ambiente determinan la expresión de este cuadro.

- *Factores neurofisiológicos*

La aparición temprana y consistencia de los síntomas asociados al TDAH, según las investigaciones se focalizan hacia un sustrato en el SNC. En la patogénesis del TDAH subyacen varios sistemas cerebrales que incluyen estructuras del tronco, subcorticales y corticales. Esto sugiere que la médula de este trastorno, la constituiría la perturbación morfo-funcional de un conjunto de redes neurales interconectadas, que realizan computaciones de alta complejidad, y que están encargadas de servir funciones adaptativas críticas como la atención, el control motor y el planeamiento y la exterio-rización de la conducta.

Mattes (1980) fue el primero en hablar de una disfunción en el lóbulo frontal del cerebro, desde ahí surgen distintas teorías sobre los posibles sustratos dañados en este trastorno. Estudios sustentan la hipótesis de la existencia de un circuito específico, distribuido en varias estructuras cerebrales, que estaría implicado en algunas de las

manifestaciones del TDAH. Este circuito incluiría las regiones cerebrales prefrontales derechas, el núcleo caudado, el globo pálido y una subregión del vermix cerebeloso.

- *Factores familiares y sociales*

Más que factores etiológicos, se ligan al curso del cuadro, intensidad, duración y pronóstico. Pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para el sostén del problema y el desarrollo de trastornos reactivos. El pronóstico, puede empeorar en forma significativa si no se cuenta con el soporte emocional de la familia, o si asisten a establecimientos educacionales que tienen una actitud poco receptora a sus dificultades. La modificación de estos factores psicosociales ha demostrado influir significativamente en el pronóstico. Este aspecto será tratado más adelante en profundidad.

- *Epigenética*

Se entiende por Epigenética las modificaciones químicas del ADN o de las proteínas histonas asociadas físicamente a él para formar la cromatina. Esas modificaciones son generalmente transitorias y fácilmente reversibles. Las proteínas histonas son indispensables para el inicio del análisis y la explicación de los efectos de la influencia ambiental simultánea. La epigenética a su vez ha expuesto cómo las modificaciones fenotípicas tienen impacto en la conducta social, además de la influencia de la alimentación de la madre en estado de gestación estos hallazgos dan cuenta de que “en el proceso epigenético se inducen modificaciones fenotípicas que pueden ser heredadas, y algunos de estos cambios heredados inducidos por el ambiente pueden beneficiar o perjudicar a las generaciones subsiguientes” (Ramírez Restrepo, Luna Gutiérrez y Betancur, 2014).

2.5 Prevalencia de TDAH

Estudios en diferentes partes del mundo arrojan resultados variables, ello se puede atribuir a la definición del concepto y a las distintas formas de evaluar el TDAH. A principios del siglo XXI, las cifras que mostraban el mayor acuerdo son las del DSM IV-TR, iban desde un 3% a 5% de la población escolar, con una mayor frecuencia en varones que en mujeres, en una proporción de 4:1 (American Psychiatric Association, 2003).

La American Psychiatric Association (2013) indicó en el DSM V que el 5% de los niños tienen TDAH, basada en estimaciones mundiales de los últimos años.

El Primer Consenso Latinoamericano sobre TDAH del año 2007, lo ha definido como el *trastorno neuropsiquiátrico* más común a nivel mundial en la población pediátrica. Algunos autores mencionan la existencia de prevalencias distintas de niños con diagnóstico de TDAH en distintos países del mundo. Las cifras mencionadas van de un 4,5 % a un 16,6 %.

Revisión de los consensos y guías clínicas de TDAH:

- Consenso Internacional (2004)
- Algoritmo de Texas (2006)
- Parámetros Clínicos de AACAP (2007)
- Guías Clínicas Europeas (2004)
- Consenso Español (2006)
- Guía Clínica del NICE (2006)
- Consenso Latinoamericano (2007), México (Tabla 2, Primer Consenso Latinoamericano),
- Consenso Latinoamericano (Segundo, 2008), Mendoza, Argentina, y
- Consenso Latinoamericano (2013, Colonia, Uruguay)

En la literatura se ha informado sobre la prevalencia de TDAH en niños escolares en Venezuela (10%), Puerto Rico (8%), Brasil (9%), Colombia (11%), y Argentina (9%).

Tabla 2. Prevalencias por país[1]

Lugar	Diseño	Edad	N (muestra)	Resultados TDAH
Qatar	Prevalencia	6-12	1541	9,4%
Isla Mallorca	Prevalencia	6-11	1509	4,6%
Grecia	Prevalencia	7	1285	6,5%
Italia	Prevalencia	6-7	1891	7,1%
Estados Unidos	Prevalencia	18-44	3188	4,4%
Venezuela	Prevalencia	3-13	394	10,5%
Colombia	Prevalencia	4-17	341	17,1%
Nigeria	Prevalencia	7-12	1112	8,7%
Uruguay	Prevalencia	6-11	1374	4,7%

[1] Consenso Latinoamericano de TDAH, México, Junio de 2007.

A pesar de que estos estudios sugieren que la prevalencia de TDAH en América Latina es mayor que en Norteamérica (aproximadamente 6%), un meta-análisis realizado hace menos de una década encontró que al controlarse las variaciones en las metodologías, la prevalencia de TDAH en niños escolares a en diferentes naciones en el mundo es del 5,29%. Aunque hay reportes que indican que la prevalencia en los varones sería mayor que en muestras de mujeres en estadounidenses; estudios de Brasil y Argentina (pero no de Venezuela y Colombia) no arrojan números más altos para los varones (Weiss, *et al*, 2011).

Weiss *et al*, 2011 estudiaron la prevalencia y epidemiología de TDAH en niños escolares en Costa Rica, utilizando el instrumento SNAP-IV, una herramienta de tamizaje de TDAH muy usada. Encontraron que la prevalencia de TDAH en la muestra (5%), que, a pesar de ser más baja que otras reportadas en América Latina, es consistente con la prevalencia mundial (5,3%).

En contraste con estudios norteamericanos, encontraron una proporción mayor de mujeres afectadas que de hombres afectados en la muestra. Este resultado lo atribuyen a diferencias culturales en la expresión del TDAH, ya que es consistente con hallazgos de al menos dos estudios llevados a cabo en otros dos países latinoamericanos: Argentina y Brasil (Michanie C, Kunst G, Margulies DS, Yakhkind A., 2007). También se podrían atribuir estos resultados a que la observación sistemática de aulas mejora la identificación de niñas con TDAH.

Scandar (2003) realizó un estudio en siete escuelas del Gran Buenos Aires, Argentina, con casi 900 estudiantes del nivel primario, concluyendo que la prevalencia era del 5%.

Rodríguez González, González, Arroba Basanto y Cabello Ballesteros (2017) reportaron los resultados en una muestra de niños de 6 a 14 años, de un Centro de salud de Madrid, España, encontrando que de una prevalencia del 2,28 %, un 23,15 % correspondía a niñas, y el 76,85 % correspondía a niños. El motivo de consulta más frecuente en el Centro de Salud son los problemas de aprendizaje (39,82%). El diagnóstico y seguimiento lo realizan Neuropediatras en el 48,15 y 50% de los casos respectivamente. En el 64,8% de los casos el diagnóstico se realiza según los criterios del DSM-IV combinado con escalas y valoración psicológica y psicopedagógica. El 63,9% recibe tratamiento farmacológico, siendo el fármaco más utilizado (88,88%) es Metilfenidato.

Xu, Strathearn, Liu, Yang, Bao (2018) reportaron un muy completo estudio en los Estados Unidos de América, realizado a 186457 niños y adolescentes La prevalencia ponderada de diagnóstico de TDAH fue de 10.2% (IC 95%, 9.6% - 10.8%) en el período 2015-2016. Hubo disparidades étnicas y raciales / étnicas significativas en la prevalencia del TDAH diagnosticado. La prevalencia fue de 14.0% (IC 95%, 13.1% -15.0%) en niños y 6.3% (IC 95%, 5.6% -7.0%), 6.1% (IC 95%, 5.2% -7.0%) en individuos hispanos, 12.0% (IC 95%, 11.1% -12.9%) en individuos blancos no hispanos, y 12.8% (IC 95%, 11.0% -14.5%) en individuos negros no hispanos. Durante un período de 20 años, la prevalencia estimada de niños diagnosticados en niños mayores de 6 años pasó de 6,1% en 1997-1998 a 10.2% en 2015-2016 .Todos los subgrupos por edad, sexo, raza / etnia, ingresos familiares y lugar de residencia.

2.6 Comorbilidad

En la literatura ha sido informado (Condemarín, Gorostegui y Milicia, 2004) que más del 50% de los niños con TDAH presentan algún tipo de comorbilidad con otras psicopatologías, y esto tiende a aumentar con el tiempo. Los rangos de comorbilidad presentes en la literatura varían dependiendo de la edad, sexo y la fuente de donde se obtengan.

A continuación se exponen algunos de los problemas comórbidos más consensuados entre los diversos estudios revisados (a) trastornos de aprendizaje, (b) dificultad lectora, (c) trastornos TDAH, Trastorno Negativista Desafiante y trastornos de conducta del lenguaje, (d) problemas de control motor, (e) trastornos de conducta y trastorno Negativista Desafiante.

La identificación y delimitación de estos problemas es una cuestión prioritaria tanto para la configuración de un diagnóstico diferencial adecuado como para la aplicación de un tratamiento eficaz y amplio que cubra todas las necesidades del niño. La consideración de los problemas comórbidos es fundamental para mostrar que los perfiles cognitivos de los sujetos con TDAH son independientes de dichos problemas.

El análisis de la comorbilidad trata de definir los límites entre los trastornos que están relacionados, examinando los síntomas comunes y el papel potencial década uno de ellos. De esta forma, se pueden encontrar trastornos "puros" y trastornos comórbidos. Igualmente se puede dar el caso de niños con el mismo trastorno pero cuyos síntomas difieren en su etiología. Son pocos los estudios que han considerado un determinado trastorno comparando formas puras y formas comórbidas en términos de implicaciones en la clasificación, diagnóstico, respuesta al tratamiento y pronóstico. Es precisamente en el caso del TDAH donde estos estudios son más numerosos.

2.7 Criterios diagnósticos y TDAH

A continuación se detallan los criterios que actualmente se utilizan para el establecimiento del diagnóstico del TDAH y se revisan brevemente algunos de los criterios empleados con anterioridad.

En la actualidad, los sistemas más importantes para el diagnóstico de los Trastornos del Comportamiento son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Estos sistemas coinciden en los criterios diagnósticos del TDAH: inatención, impulsividad e hiperactividad. Como se ha visto en la evolución histórica, es en estos últimos años cuando los investigadores manifiestan gran interés por establecer criterios de diagnóstico fiables. Barkley ha propuesto desde el *Center for Attention Déficit Hiperactivity Disorder,* de la Universidad de Massachussets, la necesidad de desarrollar protocolos más complejos que no sólo incluyan entrevistas psiquiátricas y escalas para padres y maestros, sino que también contengan pruebas de evaluación neuropsicológica, test atencionales o test de valoración de la impulsividad.

En el marco de las perspectivas de la medicalización y biomedicalización, y atendiendo al riesgo como elemento de análisis de las transformaciones de la biomedicina en el siglo XXI (Bianchi, 2016), se destaca la modalidad de creciente uso en la salud mental infantil, y se proyecta de formas diferentes en diagnósticos específicos.

La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Es un manual diagnóstico en salud pública elaborado por la Organización mundial de la Salud (OMS), a diferencia del DSM que es editado por una asociación privada de psiquiatras estadounidenses, la American Psychiatric Association (APA).

La CIE es una nosografía que describe el conjunto de los problemas de salud-enfermedad, y la inclusión de un ítem para problemáticas de salud mental a partir de la edición en el año 1952. Ese mismo año aparece publicada la primer edición del DSM, que tiene en común con el CIE la orientación epidemiológica y los fines estadísticos (Faraone, 2013 en Bianchi, 2016).

A través de las sucesivas ediciones, una de las principales variaciones que ha sufrido el DSM de la APA ha sido la consideración o no de subtipos dentro del TDAH. Es en 1980, con la edición del DSM-III, cuando la APA introduce por vez primera

subtipos en el Trastorno por Déficit de Atención. El DSM III incluye subtipos de "Trastorno por Déficit de Atención" con y sin hiperactividad. Los sujetos afectados por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad exhibían síntomas de inatención caracterizados por el trabajo descuidado y la distraibilidad. Aquellos con Déficit de Atención sin Hiperactividad mostraban puntuaciones más altas en los índices de inatención que miden la ensoñación, la tendencia a estar confusos, la hipoactividad psíquica y el estado de alerta mental bajo, un grupo de síntomas que se identifican con los del Tempo Cognitivo Lento (TCL).

Ante la ausencia de evidencia científica que apoyara estos subtipos, en 1987 con la edición del DSM-III-TR, el trastorno fue conceptuado de forma diferente y denominado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El trastorno se ve entonces como un único trastorno de inatención, hiperactividad e impulsividad. La presencia de cualquier combinación de al menos 8 de los 14 síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad durante al menos seis meses de evolución se consideraba suficiente para establecer el diagnóstico, que ya no estaba clasificado en los tipos con o sin hiperactividad.

En general, los criterios del DSM-III-TR fueron menos restrictivos que los del DSM-III y consecuentemente aplicados a una mayor parte de la población infantil.

Asimismo, se modificó el énfasis dado a los diferentes tipos de síntomas. Por ejemplo, en el DSM-IV hay un menor número de síntomas referentes a la impulsividad que en el DSM-III-TR. Parece probable que el cambio en el énfasis de los síntomas sea debido a la importancia dada a la impulsividad y a la desinhibición en las teorías sobre hiperactividad. Además, los criterios del DSM-IV parecen incrementar la prevalencia del trastorno (11,4%) en comparación con los del III-TR (7,3%), aunque el DSM-IV puede caracterizar mejor esta heterogeneidad de síntomas.

En la clasificación del DSM-IV-TR (2000), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se encuentra dentro del grupo de Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (Eje II), concretamente en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Como se ha visto, otros trastornos incluidos en este grupo son el Trastorno por Déficit de Atención no especificado, el Trastorno Disocial, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado.

El DSM no es el manual de diagnóstico de trastornos mentales más utilizado en el mundo. Una encuesta realizada a nivel mundial en 2011 por la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA, World Psychiatric Association) y la OMS, arrojó que el 70,1% de los profesionales psiquiatras encuestados emplea la décima versión vigente de la CIE. Sin embargo, la mayoría de los psiquiatras que no utilizan la CIE refirió emplear el DSM (Reed, Correia, Esparza, Saxena & Maj, 2011 en Bianchi, 2016). En su análisis de la medicalización del TDAH como fenómeno globalizado, Conrad y Bergey (2014) señalan que la Psiquiatría estadounidense está en franca expansión, y remarcan que una consecuencia de este fenómeno es el uso cada vez más extendido del DSM, en oposición a los criterios de la CIE.

La expansión para los diagnósticos infantiles, estrictamente hablando, no se inaugura con el DSM-5. Según Frances (2014) en Bianchi (2016) ya a partir del DSM IV se desarrollaron sobrediagnósticos de cuadros como autismo, TDAH y la denominada bipolaridad infantil. El DSM-5 elaboró tipificaciones como el TDAH y el TEA en las que se identifican factores de riesgo que no coinciden exactamente con el trastorno que se manifestaría a futuro, sino que estas tipificaciones pincelan una condición psiquiátrica en el presente que es diferente de aquella sobre la cual pesa el riesgo futuro, y que reviste menor severidad en la actualidad. Los problemas metodológicos suscitados por estos

constructos incluyen, entre otros aspectos, que “a) la mayoría de las personas con ‘factor de riesgo’ finalmente no desarrollan la enfermedad temida; b) la mayoría de las personas con ‘factor de riesgo’ son indistinguibles de los ‘normales’; c) actualmente no hay intervenciones eficaces para evitar un inevitable estigma de rotulación en psiquiatría”.

Para lograr identificación de factores de riesgo, y poder intervenir, la publicación del DSM-5 reposiciona a la infancia como blanco gobernable (Bianchi, 2016), al que los procesos de biomedicalización tienen entre sus objetivos dialécticos.

En el TDAH el riesgo se relaciona con los futuros posibles de los niños que han podido ser diagnosticados, y con el presente de los adultos que no fueron diagnosticados. Asimismo, el riesgo en el trastorno de espectro de autismo (TEA) se expresa por el énfasis en la gradualidad con la que se supone que puede manifestarse el cuadro.

La publicación del DSM-5 en mayo de 2013 supuso una reactualización de controversias, a la luz de la incorporación, tanto de nuevas nomenclaturas como de nuevos criterios diagnósticos.

Los cambios en el DSM-5 impactan en varios aspectos: la reducción de los subtipos “no especificados” de trastornos; la clasificación dimensional y su mixtra con el paradigma categorial, centrando la definición del trastorno en la intensidad de su expresión, y no en presencia o ausencia de síntomas (con la consecuente multiplicación de comorbilidades); la desaparición o reagrupamiento de categorías diagnósticas poco precisas; y la definición de síndromes de riesgo (manifestaciones leves o mild) para prevenir trastornos graves que si no son detectados pueden desarrollarse en la adultez (APA, 2013).

La tipificación inmediatamente anterior al actual TEA (en inglés Autism Spectrum Disorder, ASD) fue el TGD (en inglés Pervasive Developmental Disorder, PDD) definido en el DSM-IV. Se dividía en cinco categorías, e incluía como nosologías predominantes

al Síndrome Autista y Síndrome de Asperger, junto con el Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la infancia (o autismo secundario), y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (APA, 1994).

El DSM-5 no reconoce los diferentes subtipos que conformaban al TGD. En su lugar, divide a los TEA en dos categorías: Trastorno de la Comunicación Social, y Patrones repetitivos de Comportamiento, Intereses y Actividades. Los criterios diagnósticos incluyen antecedentes conductuales y comportamientos actuales. El nivel de severidad ocupa un lugar destacado, englobando en un mismo conjunto de dificultades del desarrollo a las limitaciones sociales y de la comunicación, y la presencia de patrones comportamentales repetitivos y restringidos (APA, 2013).

En el DSM-5, la tipificación del TDAH mantiene la estructura en torno a síntomas y subtipos, aunque añade aclaraciones ampliatorias de la importancia en cada síntoma. Además, eleva la edad de manifestación de algunos síntomas de 7 a 12 años. También cobra relevancia el diagnóstico de TDAH en adultos. Se contempla además la comorbilidad entre TEA y TDAH, e incluyen índices de severidad (APA, 2013).

En el caso del TDAH, la integración argumentativa y clínica entre la lógica del riesgo, la prevención, la intervención, y la consideración de factores de riesgo respecto de un padecimiento futuro adquiere ribetes particulares. Una de las consecuencias de la ampliación de las categorías diagnósticas derivada del despliegue de procesos de medicalización de la sociedad, consiste en el caso del TDAH, en el sostenido incremento del diagnóstico en adultos (Batstra & Frances, 2012). De hecho, el TDAH en el DSM-5 ha dejado de considerarse un trastorno de inicio en la infancia, adolescencia y juventud, para incluirse como un trastorno del neurodesarrollo, abriendo la posibilidad de un diagnóstico en la adultez (APA, 2013).

En el TDAH se identifican dos tipos de factores de riesgo, que habilitan a considerar al TDAH como un diagnóstico presente en la infancia, o que siendo diagnosticado en la adultez, puede rastrearse en los años de infancia. Por un lado, aquellos factores que suponen una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas (depresión, trastornos de alimentación, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno de ansiedad); y por otro aquellas dificultades manifiestas para el desenvolvimiento en la vida social (delincuencia, fracaso escolar o académico, dificultades familiares, afectivas o laborales; Bianchi, 2015). Sobre las comorbilidades, Scandar (2009) listó el trastorno de personalidad antisocial y trastorno de abuso de drogas psicoactivas, trastornos de ansiedad y trastornos de humor. La lógica del riesgo en el TDAH también opera en las argumentaciones que aluden a disímiles factores, cuya interacción establece trayectorias a futuro. Algunos de los factores que integran esas trayectorias posibles suponen un incremento de riesgos, y otros conducen a morigerarlos.

Sobre las dificultades futuras para el desenvolvimiento social, en el TDAH estas se manifestarían en la vida académica, laboral, social y afectiva, constituyendo nuevos riesgos, susceptibles a su vez de nuevas políticas preventivas, que incluyen tanto peligros internos al individuo como amenazas externas inmanejables (Castel, 2004 en Bianchi, 2016). Para el TDAH abarcan cambios permanentes de intereses, inconsecuencia laboral, cambios en la vida en pareja y las tareas hogareñas, empleos en puestos de baja calificación, dificultades académicas y financieras, automedicación, consumo de drogas y alcohol, accidentes automovilísticos y exacerbación de fantaseos y ensoñaciones (Tallis, 2007 en Bianchi, 2016).

En la CIE-10 (OMS, 1992), el TDAH se denomina Trastorno Hipercinético. Este trastorno se incluye en el grupo de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia. En este grupo están también

incluidos otros Trastornos Hipercinéticos y el Trastorno Hipercinético sin especificación. El Trastorno Hipercinético tiene un comienzo precoz (por lo general, durante los primeros 5 años de vida) y está caracterizado por un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado y por una marcada falta de atención. Estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo si bien en la edad adulta pueden atenuarse.

Actualmente, la OMS y la APA centran sus diferencias en tres aspectos: (a) sus algoritmos diagnósticos (el número de criterios de cada dominio requeridos para el diagnóstico), (b) la relevancia de los síntomas de inatención y (c) el tratamiento de las condiciones comórbidas. En la CIE-10, para efectuar el diagnóstico, se requiere la presencia tanto de déficit de atención (al menos seis criterios) como de hiperactividad (al menos tres criterios) mientras que en el DSM-V, los síntomas de hiperactividad-impulsividad no tienen por qué coexistir con los de inatención, dando así lugar a los subtipos inatento e hiperactivo-impulsivo. En cuanto a la presencia de otros trastornos, mientras que en el DSM-V se contempla la posibilidad de comorbilidad, en la CIE-10 se emplea el criterio de exclusión. Independientemente del sistema taxonómico utilizado, es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial y por lo tanto descartar, mediante las pruebas pertinentes, los siguientes problemas:

1. Defectos visuales o auditivos.
2. Enfermedad médica tal como anemia, trastornos tiroideos, enfermedades neurodegenerativas.
3. Uso o abuso de fármacos (antihistamínicos, o drogas en caso de adolescentes).
4. Trastornos del sueño (apneas, hipersomnios, etc.).
5. Epilepsia (ausencias, crisis parciales complejas).

6. Trastornos del aprendizaje, retraso mental ligero o trastornos generalizados del desarrollo.

7. Trastornos emocionales (ansiedad, depresión).

8. Problemas sociales (entorno familiar caótico, abusos psíquicos o físicos).

2.8 Presentaciones en el TDAH

En el DSM-5, la tipificación del TDAH mantiene la estructura en torno a síntomas y subtipos, aunque añade aclaraciones ampliatorias de la importancia en cada síntoma. Además, eleva la edad de manifestación de algunos síntomas de 7 a 12 años. Los subtipos de TDAH han sido reemplazados por "Presentaciones" que se corresponden con los subtipos descriptos en el DSM IV, a saber:

- *Presentación combinada:* Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- *Presentación predominante con falta de atención:* Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- *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.*

2.9 Tratamiento del TDAH

El tratamiento del TDAH debe ser multimodal e incluir:

1. Información a los familiares, docentes y al niño.

2. Apoyo psicopedagógico en el colegio.

3. Tratamiento farmacológico, si la sintomatología lo requiere.

4. Tratamiento psicológico, si es necesario (individual, familiar y grupal).

Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo social y emocional del niño con el TDAH. Diversos autores se han preguntado si el trastorno se resuelve mediante una intervención terapéutica centrada exclusivamente en el niño, o si, por el contrario, es necesario llevar a cabo intervenciones específicas sobre la familia y la escuela para implicar a los padres y los maestros en la terapia.

Las terapias que combinan medicación, métodos conductuales y terapia sistémica familiar pretenden que los efectos conseguidos por los fármacos y técnicas que trabajan con la conducta por separado se sumen para lograr que el niño mejore globalmente, siendo su conducta estable y mantenida a través del tiempo Orjales (2002).

2.9.1 Tratamiento farmacológico

Se debe aclarar que no es necesario medicar a todos los TDAH. Si los tres grupos de síntomas (inatención, impulsividad e hiperactividad) no tienen un impacto negativo de cierta importancia, pueden ser suficientes las intervenciones psicopedagógicas en familia y escuela, para ello es necesaria una colaboración estrecha de padres y colegio.

Debido a que en algunas ocasiones es necesaria la medicación, a continuación se detallan aspectos importantes informados en la literatura (Montañés Rada, Gangoso Fermoso y Martínez Granero, 2009).

La aparición de nuevos fármacos para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) está generando constantes revisiones y guías de consen-

so para poder seleccionar, entre los fármacos disponibles, el más adecuado a cada situación. De entre ellas destacan la del grupo de Taylor y Banaschewski, denominada EUNETHYDS, las revisiones de los grupos NICE y SIGN, las de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) y los meta-análisis de Faraone et al (2003, 2004 y 2006).

El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión médica de un especialista en alteraciones del comportamiento en la infancia. El diagnóstico ha de efectuarse según el criterio del DSM-IV o las directivas de la ICD-10. Al respecto cabe recordar la tendencia de la ICD-10 a generar falsos negativos para inatentos puros y de la DSM-IV para dar falsos positivos en casos leves. A continuación se mencionan los fármacos más relevantes según su mecanismo de acción (Tabla 3).

Tabla 3. Fármacos con eficacia en el tratamiento del TDAH y mecanismo de acción implicado.

Fármacos	Mecanismo de acción
Psicoestimulantes	
Anfetaminas	↑Liberación de DA y NA
	↓Recaptación de DA y NA
	↓Monoaminoxidasa
Metilfenidato	↓Recaptación de DA y NA
Pemolina magnesio	↓Recaptación de DA
	↑Liberación de DA
Modafinilo	↑Adrenérgica
No Psicoestimulantes	
Antidepresivos tricíclicos (Imipramina)	↓Recaptación de NA
Atomoxetina	↓Recaptación de NA

Bupropión	↓Recaptación de DA y NA
Reboxetina	↓Recaptación de NA

↑Estimulación; ↓Inhibición; DA dopamina; NA noradrenalina

El tratamiento farmacológico tiene sus beneficios, los cuales pueden ser observados a corto plazo en el 70 al 80 por ciento de los niños con TDAH, Benito y Alonso (2004). Estos beneficios se relacionan con una reducción significativa en la falta de atención, la impulsividad e hiperactividad y una mejoría en el funcionamiento motor, social y emocional del niño con TDAH. Años de investigación permiten pensar que la utilización de fármacos estimulantes produce un incremento de las catecolaminas, lo que provoca que los niños hiperactivos aumenten su nivel de atención y se reduzca su hiperactividad motriz. Los estimulantes por otro lado son los medicamentos más utilizados en el tratamiento farmacológico del TDAH. Se estima que en los Estados Unidos un millón y medio de niños y adolescentes reciben estimulantes como parte de su tratamiento para esa condición (Haber, 2003).

Es necesario aclarar que de ninguna manera los fármacos eliminan la condición TDAH. No obstante, reducen las manifestaciones de la hiperactividad, aumentan el nivel de atención, facilitan la adaptación social y escolar del niño, logrando así un mejor aprovechamiento académico y conductual. Sólo un psiquiatra, neurólogo o pediatra del desarrollo puede medicar un niño luego de ser diagnosticado.

Son varios los fármacos que son utilizados para el TDAH, aunque se sabe que el más recomendado por los profesionales de la salud, es el metilfenidato. Entre un 70 a 80 por ciento de los niños tratados con estimulantes mejoran y responden favorablemente, sobre todo, en cuanto a su atención e impulsividad (Orjales, 2002).

En muchos de los casos, a los padres les cuesta creer que un estimulante actúe como relajante y que pueda aumentar el nivel de atención de sus hijos. Las evidencias clínicas y los estudios neurológicos han demostrado que su eficacia facilita los progresos

conseguidos con otros tipos de intervenciones en el que se podría incluir la modificación de conducta. El niño, cuyo diagnóstico ha sido realizado por un grupo interdisciplinario y que usa medicamentos, puede responder a las exigencias de la escuela mucho más rápido, puesto que su nivel de atención aumenta considerablemente. Es el niño que está más abierto a aplicar las estrategias de aprendizaje que los maestros han puesto en función y es más receptivo y cooperador con las tareas que se le asignan en la escuela y el hogar (Orjales, 2002).

Esta motivación es provocada por los progresos visibles que tiene el niño y que pueden ser reconocidos por los adultos significativos en la vida de éste. Para cuando los tratamientos farmacológicos terminen, el niño se sentirá mucho más capacitado para realizar esfuerzos por sí sólo, encaminados a ser más tolerante con la frustración, desarrollar hábitos de estudio y utilizar las estrategias para el aprendizaje reflexivo, hábitos que son de gran importancia en nuestros días. Como parte del proceso de tratamiento del trastorno, los medicamentos optimizan el rendimiento de los planes educativos individualizados que se desarrollan para el niño.

La utilización y eficacia del tratamiento farmacológico favorece el aumento de la atención y concentración del niño, generando una participación proactiva en lo que implica su tratamiento congnitivo conductual y en la terapia familiar sistémica, logrando una interacción productiva a lo largo de las intervenciones.

En enero de 2003 la revista *Pediatrics*, de la Asociación Americana de Pediatría, publicó un estudio longitudinal de Barkley, en el cual le dio seguimiento a 147 niños con TDAH por 13 años. Este estudio demostró que en la adultez esta población no registró aumento en el uso o abuso de drogas (Haber, 2003).

Taylor (1999) al igual que Orjales (2002) sostienen que por sus escasos efectos secundarios, el estimulante más comunmente utilizado es el Metilfenidato.

Se tiene información de que sólo en algunos casos causa falta de sueño y apetito. Las dosis varían en función del grado en que se presenta el trastorno, el peso corporal del niño y la tolerancia, que en algunos casos es nula, por lo que el profesional de la salud se ve precisado a descartar la medicación. En su mayoría los medicamentos tienen un efecto a corto plazo (3-6 horas); debido a ello la administración del medicamento se realiza en la mañana (a veces también al mediodía según el caso) y únicamente en los días en que el niño está en la escuela, por tener sus efectos una clara incidencia sobre la atención y concentración.

Orjales (2002), apoya la idea que en muchos de los casos, el profesional de la salud a cargo recomiende que el niño no tome el medicamento los fines de semana ni en los períodos de vacaciones, para que pueda descansar de la rutina de ingerir los mismos.

Algunas de las características del tratamiento con fármacos son los que se mencionan:

- ✓ Reduce la hiperactividad motriz, la agresividad y mejora considerablemente la atención y concentración del niño.
- ✓ Su efecto es limitado pues sólo dura un número de horas, pero facilita la implantación de tratamientos psicológicos de forma paralela.
- ✓ Su facilidad de administración y sus efectos inmediatos le permiten al niño mantener un ritmo de aprendizaje para que no pierda su año escolar o que fracase en la materia.

Si la administración del medicamento no se efectúa como es recomendado por el profesional de la salud a cargo, los padres podrían atribuir las mejoras del niño al proceso de la medicación, dejando el esfuerzo que este hace por mejorar en un segundo lugar, por lo que es importante saber que el medicamento no tiene atributos mágicos. Los objetivos del tratamiento farmacológico son:

- ✓ Promover y facilitar el aprendizaje escolar
- ✓ Reducir las conductas hiperactivas
- ✓ Favorecer la relación social
- ✓ Mejorar la autoestima
- ✓ Tratar los problemas coexistentes
- ✓ Disminuir el estrés familiar.

El tratamiento farmacológico, debe elaborarse siempre de manera individualizada. Los psicoestimulantes como se mencionara son, habitualmente, los fármacos de elección porque reducen el umbral de los sistemas de alerta y facilitan y agilizan las respuestas, efectos que se producen por diversos mecanismos de acción: liberación de catecolaminas, bloqueo de la recaptación de dopamina y de noradrenalina, inhibición de la monoamino-oxidasa, activación directa de los receptores noradrenérgicos y dopaminérgicos, activación del sistema reticular activador ascendente y estimulación de los circuitos de recompensa.

El metilfenidato es el medicamento que por lo general que se aconseja a los niños con TDAH, en los que se considera necesario el tratamiento farmacológico. Se absorbe rápidamente por vía oral, comenzando a actuar 20-30 minutos después que se ingiere, se elimina con relativa rapidez, de modo que sólo se mantiene el efecto durante 3 ó 4 horas.

Los especialistas consideran que en aquellos niños en cuyo efecto el medicamento se prolonga por más de cuatro horas, es debido a factores de tipo psicológico y no al fármaco propiamente. El metilfenidato, a diferencia de otros medicamentos, carece de efectos secundarios importantes; tan sólo se han registrado en algunos estudios ciertos problemas al conciliar el sueño y disminución del apetito (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997).

Para que el tratamiento con metilfenidato sea efectivo y que se logren todas las metas propuestas con el niño, los profesionales de la salud deben considerar los siguientes aspectos de importancia:

- ✓ Discutir con los padres el diagnóstico de TDAH y, separadamente, sobre el tratamiento.
- ✓ Investigar qué conocimientos poseen los padres sobre el TDAH y sobre la administración de psicoestimulantes.
- ✓ Algunos no aceptan el tratamiento porque rechazan el diagnóstico, y viceversa.
- ✓ Ofrecer a los padres el tratamiento farmacológico como parte de una terapia multimodal o multiprofesional intensiva, en el que la participación del niño es imprescindible.
- ✓ Identificar los principales síntomas que van a mejorar con la medicación, como la atención, la concentración y el rendimiento escolar, para que sirvan como referencia para valorar la evolución del niño.
- ✓ Informar de los efectos adversos potenciales del fármaco y de la probable cronología de los mismos durante el tratamiento: somnolencia, insomnio, trastornos del sueño, anorexia, molestias abdominales, cefaleas, “tics”, mareo, depresión, menos espontaneidad, entre otros.
- ✓ No aconsejar el tratamiento cuando hay conflictos entre padres y maestros, drogodependencias en la familia, rechazo de la medicación por parte del niño, desacuerdo entre los padres respecto a la medicación, o psicopatología en los padres.
- ✓ Ser especialmente cautelosos al indicar tratamiento con metilfenidato en niños menores de 5 años, o en los que padecen epilepsia, “tics”, retraso mental severo, labilidad emocional e hipertensión arterial.

- ✓ Comenzar con una dosis baja de metilfenidato, de 0,2-0,3 mg /día, en el desayuno, decidiendo la dosis diaria y la ausencia de tratamiento en los días no lectivos.
- ✓ Mantener el niño bajo observación el primer mes luego de ser medicado ya que, los diferentes síntomas del TDAH responden a dosis distintas de metilfenidato, mejorándose la atención con dosis bajas, y la impulsividad e hiperactividad con dosis más altas que, si se continúan incrementando, pueden condicionar el empeoramiento de las conductas, la perseverancia y la depresión.
- ✓ Considerando lo expuesto se debe ajustar la dosis, identificando en cada niño una "dosis diaria", que es la dosis de metilfenidato más eficaz y mejor tolerada, dosis que suele ser inferior a 1 mg /día, y que se suele repartir en 2 tomas, en el desayuno y en la comida, con la intención de que actúe durante las horas lectivas y que no repercuta negativamente en el sueño nocturno.
- ✓ La dosis del mediodía se elimina o retrasa para cuando el niño está en el hogar, porque todavía se encuentran maestros que muestran rechazo a la medicación en la escuela, ya sea por miedo o por falta de conocimientos.
- ✓ Una vez concretada la dosis, se mantiene durante varios meses, habitualmente durante todo el curso escolar, en los que los padres informan sobre la eficacia y tolerabilidad del fármaco. Además, cada 3-6 meses se deben realizar controles clínicos en los que se valoran la talla, el peso, la tensión arterial, la presencia de “tics”, entre otros.
- ✓ Suspender el tratamiento farmacológico al concluir el curso escolar, y comenzar el curso siguiente sin medicación, valorando 3 o 4 semanas después si ésta es necesaria de nuevamente.

- ✓ El metilfenidato es eficaz en 75 por ciento de casos. Cuando el fármaco no es eficaz debe valorarse si se incumple con el tratamiento, si la dosis de metilfenidato es inadecuada, si el diagnóstico de TDAH es incorrecto, o si existen conductas acompañantes que no responden o que empeoran con metilfenidato.

En los casos en los que se observa en el niño la ineficacia del metilfenidato, muchos médicos recurren a fármacos antidepresivos como segunda opción terapéutica. Al contrario de los estimulantes, los antidepresivos son la primera alternativa en los niños con TDAH que presentan "tics", depresión o riesgo de drogadicción. El fármaco más experimentado es la imipramina, por lo general aplicado inicialmente en dosis pequeñas en el desayuno y en la cena. Luego se establece la dosis definitiva para cada niño, tomando en consideración la eficacia y tolerabilidad del niño al medicamento. Los efectos adversos suelen ser el insomnio y los trastornos cardiovasculares. La cafeína es otra de las sustancias que se utiliza con algunos niños con TDAH. No obstante, se sabe que sólo ayuda algo en fijar la atención y concentración. Por lo tanto, se recomienda solamente para los niños que evidencien responder a este estímulo y a los que no rechazan tomar café en el desayuno (Haber 2003).

2.9.2 Tratamiento cognitivo conductual

La finalidad del tratamiento del niño con TDAH es lograr que éste sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento en todos los aspectos (Orjales, 2002). Se define autonomía como las destrezas y aptitudes que desarrolla el niño para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive. Existen tres tipos de autonomía:

- ✓ la física,
- ✓ la cognitiva y
- ✓ la emocional.

La autonomía física se define como los hábitos que desarrolla el niño para la vida diaria, entre otros, el orden y la colaboración. La autonomía cognitiva es la capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, la autoevaluación, la auto-corrección y la selección de las estrategias de actuación favoreciendo su actuación ejecutiva. Por último, la independencia, una autoestima sana y unas relaciones satisfactorias con las personas del medio ambiente se consideran como la autonomía emocional. Las técnicas comportamentales están enfocadas en lograr que el niño se concentre en las tareas que tiene que realizar en el hogar y la escuela, para poder completarlas y aumentar sus habilidades sociales, al mismo tiempo que reduce la hiperactividad motriz. El niño necesita que los adultos responsables estén pendientes de sus actos para poder aplicar el refuerzo según la tarea realizada. Estas técnicas se fundamentan en la aplicación de refuerzos o reafirmación por las conductas positivas o negativas que demuestra el niño. Tanto las técnicas comportamentales como el tratamiento farmacológico requieren poco esfuerzo del niño, ya que están reguladas básicamente por los adultos.

A continuación se presentan (González Acosta, 2006) los aspectos positivos y negativos de las terapias comportamentales y cognitivas éstas se mencionan a continuación (Tabla 4).

Tabla 4. Aspectos positivos y negativos de las terapias comportamentales y cognitivas.

Aspectos Positivos o Exitosos
✓ Progresos verificables en algunos de los síntomas del TDAH. ✓ Los objetivos que alcanzan exitosamente las técnicas comportamentales suelen ser, en especial, la falta de control de los impulsos, la hiperactividad, la desobediencia y la inatención, aunque en menor medida. ✓ Los objetivos que se alcanzan exitosamente mediante las técnicas conductuales suelen estar encaminadas a mejorar la ejecución del niño en la solución de problemas, manejo de la intoleracia a la frustración y mejoramiento en las habilidades sociales. ✓ Las mejorías son rápidas y a corto plazo, disminuyen los efectos secundarios y se alivia el estrés familiar. ✓ Disminuye la interacción desfavorable entre el TDAH y los eventuales trastornos comórbidos. ✓ Disminuye la interacción desfavorable entre el niño con TDAH y sus familiares y su medio social ✓ Las terapias pueden establecerse para resolver los problemas más urgentes y concretos verificando con facilidad su eficacia. ✓ Tampoco se observa sustitución de síntomas. La relación entre el costo medido en tiempo, dinero y estrés es altamente económica comparada con otros abordajes.

Aspectos Negativos

- ✓ El nivel de recaída evaluado es alto en las técnicas comportamentales basadas en el denominado condicionamiento operante cuando se suspenden los refuerzos.
- ✓ Los resultados obtenidos en un contexto estructurado e incentivado, por ejemplo, la escuela y el hogar, no se transfieren con facilidad a los ambientes no incentivados.
- ✓ Resulta difícil utilizar estas técnicas fuera de los contextos mencionados en el ítem anterior. Por ende, si el niño presenta dificultades en su vecindad o en la casa de los amigos, las intervenciones comportamentales pueden ser poco eficaces.
- ✓ Aunque las intervenciones de origen cognoscitivo son más eficaces y transferibles a otros contextos que las comportamentales puede presentarse cierta dificultad, cuya explicación quizás se halle en la teoría de los estados relacionados.
- ✓ Puede resultar agotador para docentes y padres mantener en el largo plazo los programas de modificación comportamental.
- ✓ Las terapias de predominio cognitivo, tienen mucha menor eficacia cuando se centran exclusivamente en el niño y/o en su problema.
- ✓ Las técnicas de entrenamiento cognitivo que usan las terapias no logran, sin auxilio de la medicación, mejorar adecuadamente el funcionamiento académico, atencional y cognitivo conductual.
- ✓ Fomentan, aún sin quererlo, el estereotipo que se tiene del niño cuyo comportamiento no está dentro de los límites esperados.

2.9.3 Enfoque terapéutico cognitivo conductual

El enfoque conductual postula que los síntomas del TDAH son patrones de conducta inadecuados que pueden modificarse, como cualquier otro desorden de conducta, a través de la variación de estímulos ambientales (antecedente y consecuente de una determinada conducta), según el principio del Condicionamiento Operante. La modificación conductual es un conjunto de técnicas y un método de investigación, que intenta producir cambios en el comportamiento del niño diagnosticado con TDAH, basados en los principios de aprendizaje. Esta técnica postula que cada acción es producto de variables ambientales, por lo tanto, la terapia se enfoca en la conducta del niño y en el refuerzo positivo que se le ofrece a éste cada vez que asume una conducta positiva o deseada. Esta práctica hace menos probable que una respuesta inadecuada de parte del niño se repita. Este proceso se logra mediante la alteración de las variables ambientales a las cuales está expuesto el niño y su familia. El enfoque terapéutico cognitivo conductual está formado por una combinación racional del enfoque conductual basado en las teorías del aprendizaje y un enfoque cognitivo que enfatiza el rol de los aspectos mediacionales en el aprendizaje y la conducta de las personas (Kendall, Howard y EPPS, 1988).

Los procedimientos de intervención, que se sustentan en la postura cognitiva-conductual, están basados en ciertos principios que se describen a continuación:

- ✓ El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.
- ✓ Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje, ya que, los procesos cognitivos - mediacionales, están involucrados en todo aprendizaje humano.

- ✓ Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionadas; de este modo, el programa de tratamiento actúa en estas tres áreas.
- ✓ Las actividades cognitivas, como por ejemplo: expectativas, autoafirmaciones, atribuciones, etcétera; son importantes en la comprensión, predicción psicopatológica y en el cambio psicoterapéutico.
- ✓ Las cogniciones y conductas son compatibles, lo que hace posible que los procesos cognitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas conductuales y las técnicas cognitivas pueden combinarse con procedimientos conductuales.

Los programas basados en la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas han logrado resultados favorables en alguno de los aspectos relacionados con el TDAH, sobre todo en mejorar el nivel de atención. Sin embargo, queda pendiente la modificación de los comportamientos antisociales y el aumento en el nivel de atención en tareas que requieren tiempo sostenido y concentración. La combinación de procedimientos conductuales y cognitivos con el tratamiento farmacológico y la utilización de la terapia familiar sistémica es una de las opciones más aceptadas y defendidas por los profesionales de salud.

No obstante, la decisión última sobre el tratamiento depende de factores como el estado clínico del niño, las posibilidades ambientales de aplicar las técnicas y el grado de aceptación de los adultos respecto a las alternativas terapéuticas y farmacológicas disponibles.

2.10 Rol del pediatra

El Médico Pediatra atiende al niño desde el nacimiento hasta la edad de por lo menos 14 años, extendiéndose el patrón de edad en nuestra cultura. Es el encargado de asegurar el bienestar no sólo físico sino también psíquico, emocional, intelectual y social de ese niño hasta la adolescencia. Tiene por ello la oportunidad de contactar con el niño, la familia, la escuela y el resto de la comunidad durante un amplio período de tiempo.

Habitualmente, es el primero en identificar algún signo de alarma durante las revisiones de los primeros años de vida o es alertado por los propios padres o educadores una vez que el diagnóstico de TDAH es probable. Por otra parte, el tratamiento del niño con TDAH requiere un amplísimo equipo multidisciplinar (pediatras, psiquiatras infantiles, terapeutas familiares, psicólogos cognitivos conductuales, docentes y psicopedagogos), por lo que a la familia se le hace necesaria la figura de un coordinador que establezca una interrelación adecuada –y sobre todo ágil– entre todos ellos.

CAPITULO 3

FAMILIA DE NIÑOS CON TDAH. IMPACTO FAMILIAR

3.1 Generalidades

El enfoque de la psicopatología del desarrollo se sitúa en una posición muy cercana a la teoría ecológica desarrollada por Brofenbrenner (1986), según la cual la familia es el eje principal del proceso de desarrollo infantil, es el entorno más inmediato al niño, y al mismo tiempo es mediadora ante los demás entornos sociales y educativos en los que se desenvuelve. La familia es el microcosmos donde se desarrolla el niño en la primera etapa evolutiva, donde recibe las primeras lecciones acerca de las normas sociales, de lo que puede hacer o no y sobre su valía y la importancia que tienen sus acciones.

Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Cada familia es única y tiene un estilo propio de funcionamiento diferente al de otras familias.

Para poder entender la complejidad del funcionamiento de cada familia es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios.

Así, existen características del ambiente familiar que se pueden considerar factores de riesgo ya que aumentan la vulnerabilidad del niño a desarrollar patologías como son: unas relaciones familiares frías o conflictivas, una disciplina familiar inconsis-

tente o con ausencia de criterios (Baumrind, 1983), prácticas autoritarias de educación, relaciones muy tensas o estrictas, interacciones verbales hostiles, castigo corporal y otras estrategias punitivas. En cambio, existen otras variables familiares que posibilitan un buen funcionamiento psicológico del niño, como son: una aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno-filial con una definición clara de los límites de las conductas y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos.

Los modelos de educación en la familia entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores, no se desarrollan de forma unilateral en los padres sino que se dan en un marco de relaciones en donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y, con ello, modulan sus estilos de crianza.

Padres e hijos reciben el *feedback bidireccional* que va configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o patologicas), influirán sobre los propios modelos de crianza que se lleven a cabo en el entorno familiar.

3.2 La familia de niños con TDAH

La familia es uno de los pilares fundamentales para el niño con TDAH; el contexto familiar es el lugar donde desarrolla su personalidad de forma completa y donde adquiere valores, normas y comportamientos.

Durante la infancia se establece una relación positiva o negativa entre los miembros de la familia; esta relación va a favorecer o dificultar el desarrollo de niño. En niños con TDAH este contexto debe ser lo más adaptado posible a las características de cada niño; es por ello que el ambiente más adecuado es aquel en el que existan pautas y

modelos de referencia positivos, seguridad, tranquilidad, comprensión y afecto. Este contexto integra un importante número de factores que podrían proteger al niño con TDAH frente a las dificultades que se le presentan, pero también puede ser un núcleo en el que aparezcan factores de riesgo que influyan en el desarrollo, mantenimiento y/o manifestación de síntomas del TDAH.

En algunos niños el TDAH aparece en edades tempranas y está determinado por factores de riesgo biológico en los que el ambiente contribuye de manera menor. Por otro lado, existen otros casos en los que el entorno familiar se convierte en el principal determinante de los síntomas, combinado con la predisposición del niño.

En otros niños la combinación de importantes factores biológicos y ambientales lleva a la manifestación del trastorno. También puede considerarse la existencia de niños en los que el predominio de factores ambientales protectores permite un desarrollo y adaptación al entorno más adecuado.

La Disfunción familiar puede entenderse como un factor de riesgo que interactúa con la naturaleza biológica del niño en la presentación, potenciación y evolución de los síntomas del TDAH (Johnston y Mash, 2001, en Montañez Gómez, 2014). El entorno familiar se considera un importante predictor de la salud mental de los niños. Por ello la comprensión de los múltiples factores del contexto que influyen en la expresión de los síntomas que presentan los niños con TDAH permite entender las contribuciones ambientales que influyen en las vías individuales del desarrollo del trastorno.

La calidad de la interacción padre/madre-hijo durante la primera infancia afecta las relaciones sociales y al ajuste del comportamiento del niño (Scaramela y Leslie, 2004 en Montañez Gómez, 2014).

La interacción temprana entre padre-hijo influye en la capacidad de autocontrol desarrollada por los hijos.

Los padres de niños con TADH presentan menos confianza en sí mismos, menos afecto en la interacción con sus hijos y son más reactivos a menudo que los padres de niños sin TADH.

Los resultados de estudios que evaluaron la competencia y calidad de las interacciones padre-hijos de niños con TDAH y niños sin problemas durante la ejecución de actividades de resolución de problemas y juegos, señalan diferencias significativas entre los grupos de niños con TDAH y control durante la resolución de problemas en medidas sobre la calidad de la interacción, afecto, compromiso y comunicación con los padres y/o cuidadores. Se encontró que la interacción de las familias del grupo control fue más cálida, comprometida y con una comunicación más eficaz que las familias de niños con TDAH.

3.3 Estilos parentales

Entre los factores del ambiente que pueden influir en el curso del trastorno se destacan, los estilos parentales que promueven efectos determinantes en el comportamiento infantil y en el desarrollo de la personalidad. Es de destacar que la calidad de la relación afecta el desarrollo de la personalidad infantil sólo en función de la forma en que la percibe el niño, esto es, según la creencia que él tiene acerca de lo que sus padres piensan o sienten. Depende de la atribución que el niño hace del comportamiento de sus padres, por lo que estará más relacionada con su capacidad de adaptación que el comportamiento “real” de los mismos (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, MarcoTaberner & Roselló, 2007). Las experiencias tempranas de vínculos de apego se constituyen como reguladoras de las experiencias de estrés del niño, respondiendo a sus necesidades y proporcionando estimulación y sostén emocional (Richaud, 2007).

La percepción del niño de una relación contenedora por parte de los padres es uno de los mayores recursos con los que cuenta; cuando se siente aceptado por sus padres le es más fácil adaptarse a nuevas situaciones ya que el apoyo de los mismos reduce los efectos negativos de los estresores sobre la salud mental, mejora la autoestima, el sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de los afrontamientos; mientras que cuando percibe relaciones inapropiadas desarrolla afrontamientos desadaptativos y experimentan sentimientos de soledad y depresión (Richaud, 2007).

Los niños con TDAH perciben la relación parental como predominantemente rechazante, provocado por una baja aceptación y un control patológico (agresivo o ansiógeno) de ambos padres, el cual influye sobre la inhibición generalizada, la evitación cognitiva, autoinculpación, autovaloración negativa y soledad (Miranda-Casas et al, 2007). Se alejan así de lo que se denominan familias democráticas, caracterizadas por la aceptación y el control normal de ambos padres, facilitando los afrontamientos adaptativos como, el análisis lógico de la situación, la reestructuración cognitiva y la acción sobre el problema. Y se diferencia de las familias autoritarias, en donde el niño percibe aceptación por parte de sus padres pero acompañado de un control patológico, basado en el castigo, la ansiedad o la frialdad. Esto aumenta la estrategia de búsqueda de apoyo que indica falta de confianza en los padres. Así, los padres de niños con TDAH suelen utilizar un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad, menos nivel de comunicación y mayor sobreprotección. Los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia y suele provocar frustraciones en los padres utilizando una disciplina más negativa e ineficaz (Miranda-Casas *et al*, 2007).

Gonzalez, R., Baker, R. y Rubiales, J. (2014), analizaron y compararon los estilos parentales en niños con y sin TDAH, concluyendo que tanto los niños con TDAH como sus padres perciben al estilo parental más rígido e indulgente y menos inductivo,

caracterizado por una tendencia a manifestar mayor crítica y menor aceptación y afectuosidad por parte de los padres. Este estudio se realizó con una muestra control conformada de manera intencional con 102 participantes: 34 niños y niñas (23 varones y 11 mujeres) escolarizados, residentes en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con edades comprendidas entre 8 y 12 años, La muestra clínica estuvo compuesta por 18 participantes: 6 niños y niñas (2 varones y 4 mujeres) con diagnóstico de TDAH derivados por médicos neurólogos pertenecientes a Centros de Salud de la ciudad, con el mismo rango etario que la muestra control.

3.4 Dificultades en la educación de niños con TDAH

Donenberg y Baker (1993) analizaron el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacaron el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. Estos autores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños autistas y niños normales), y concluyeron que los padres de los niños hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH.

Según los antecedentes mencionados, el efecto de los padres sobre el desarrollo y la evolución del TDAH parece estar claro (Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro, Jara-Jiménez, 2006).

Roselló, García Casteñar, Tárraga – Minguez y Mulas (2003) realizaron un trabajo con 36 familias y han analizado el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo,

que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Estos autores también han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos.

Por ejemplo, el mencionado autor que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incomoda a sus hermanos a la hora de participar en actividades. Estudios similares han evaluado cómo perciben los mismos hermanos la convivencia con el hermano hiperactivo. El estudio realizado por Kendall (1998) con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano de tres formas: como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de 'cuidadores' o 'guardianes' de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

En la literatura se reporta que el TDAH es un trastorno que raramente se presenta de forma aislada, por lo que hay que considerar hasta qué punto los conflictos podrían obedecer a los problemas asociados al trastorno (Wells, 2000). Así, por ejemplo, los estudios de Anastopoulos (1992), además de encontrar niveles elevados de estrés en los padres de los niños hiperactivos, hallaron que estos niveles aumentaban hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y oposicionistas-desafiantes. Otro autor (Johnston *et al*, 2000) han evaluado la interacción madre-hijo en 136 familias de niños con TDAH de 7 a 10 años en cuatro situaciones de laboratorio.

Los investigadores encontraron un factor de 'sensibilidad' de la madre hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Curiosamente, este factor mostró una correlación negativa con los problemas de conducta (PC) de los niños, pero no con la gravedad de los síntomas de TDAH, lo cual indicaría que las dificultades de los padres con sus hijos podrían estar más ligadas a los PC que a la sintomatología propia del TDAH y que los niveles de estrés se incrementan, no sólo

por la gravedad de la sintomatología del TDAH, sino especialmente por la posible comorbilidad que lo puede acompañar.

Los escasos trabajos que han analizado el funcionamiento familiar según los distintos subtipos del TDAH indican que las familias de los niños del subtipo combinado (TDAH-C) parecen tener más problemas de relación con sus hijos que las familias de niños con TDAH del subtipo inatento (TDAH-I) y del subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), Paternite, Loney y Roberts., 1996. Lewis (2000) encontró que las familias de los hijos con TDAH-I presentaban un mejor funcionamiento general que las familias de los hijos TDAH-C o que el grupo comórbido TDAH más problemas de agresividad. Por consiguiente, parece que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención en solitario.

Los trabajos reportados sugieren que las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (por ejemplo, temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva, etc.). También parecen apuntar que este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres –incluidos estilos de educación desadaptativos–, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares.

En general, suelen ser los padres quienes valoran si existe o no un problema en sus hijos, y quienes deciden si necesitan ayuda profesional. No todos los niños con TDAH se derivan o consultan a profesionales, con lo que una aspecto interesante, sobre todo de cara a la actuación temprana y eficaz, se relaciona con las posibles circunstancias que empujan a una familia a buscar la ayuda de un experto. Un aspecto bien bastante estudiado

se relación con el hecho que los síntomas de depresión materna desempeñan un importante papel en las relaciones madre-hijo con TDAH, de forma que los niveles de depresión materna predicen prejuicios negativos en los informes de las madres sobre los síntomas de los hijos (Chi TC y Hinshaw SP., 2002 en Rosello et al, 2003).

En el estudio "Convivir con el TDAH: desafios y esperanzas" realizado por la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) (Brody, 2004), se planteó como objetivo incrementar la conciencia y comprensión internacional sobre el impacto del TDAH en los niños y sus familias. Se entrevistaron 930 padres de niños con TDAH de 9 países: Australia, Alemania, México, Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Italia, España y Reino Unido. Los resultados referidos al impacto familiar fueron los siguientes: el 88% de los padres a menudo están estresados y preocupados acerca del TDAH de su hijo; el 87% está preocupado por su éxito académico; el 58% considera que su hijo ha sido excluído de actividades sociales debido a los síntomas de TDAH; el 39% piensa que causa problemas con otros en el vecindario, el 60% cree que se ven alteradas las actividades familiares, el 50% considera que su matrimonio se ha visto negativamente afectado, y el 43% advierte que es difícil ir a lugares con su hijo.

En todos los estudios referenciados se pone de manifiesto la dificultad que experimentan los padres para hacerse cargo de la crianza del niño con TDAH, sobre todo por sus comportamientos difíciles e imprevisibles: no sigue las normas, discute con los padres y hermanos, tiene problemas académicos y sociales en la escuela y no está integrado socialmente.

3.5 Relaciones familiares

En general, se puede afirmar que los hallazgos sobre el tema reflejan un

mayor riesgo de interacciones negativas entre los miembros de la familia y el niño, problemas de relación con los hermanos, tensiones e incluso rupturas de la pareja. No obstante, la respuesta de la familia ante un hijo con TDAH no es una respuesta homogénea y no es aceptable pensar que toda familia con un hijo con TDAH es una familia patológica.

En la literatura (Córdoba y Verdugo, 2003 en Graw Sevilla, 2007) se han informado acerca de estudios sobre la calidad de vida de las familias con TDAH en una muestra de Colombia, de los que participaron con 24 familias de niños diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 6 y 12 años, de las que participaron 33 cuidadores primarios y 5 hermanos.

Se realizó una entrevista semiestructurada y grupos focales. En este estudio cualitativo encontraron que las características del niño TDAH que repercutían en la calidad de vida de la familia eran la desobediencia, impulsividad y fluctuaciones en su comportamiento. Algunos padres reconocieron estar insatisfechos con su rol parental debido a las fluctuaciones en el comportamiento del niño/adolescente y las expectativas de cambio o de normalidad.

Es de destacar que se identificó muy poco apoyo de la familia extendida, principalmente de los abuelos y muy poco apoyo social. Con respecto a la interacción familiar, se observó que, en general hay vínculos afectivos estrechos y apoyo mutuo entre los diferentes subsistemas familiares. Estos datos no se encuentran en la línea de otros estudios que manifiestan que las características de las familias con niños TDAH poseen una menor intensidad en la relación, baja cohesión familiar y menos libertad de expresión (Wells, Eppstein, Hinshaw, Conners, Klaric y Abikoff, 2000).

Diferentes estudios sobre el impacto del TDAH en los hermanos, evidencian que éstos mantienen una relación más problemática, menos íntima, con menor grado de

compañerismo y con más resentimiento con su hermano con TDAH. Asimismo, los hermanos (sobre todos los más grandes) se sienten responsables por su hermano, y consideran que sus padres dedican más tiempo a su hijo con TDAH.

En la literatura se ha informado acerca de cómo se ven afectadas las relaciones con la familia extendida, principalmente se señala que son más frecuentes los conflictos con los abuelos y esto puede llevar al grupo familiar a aislarse de su familia extendida, lo cual genera estrés especialmente al progenitor que es pariente directo. En cambio, en otras familias de niños con TDAH, contrariamente a lo esperado, han logrado el apoyo y la aceptación de su familia extensa.

Weiler (2000) en Graw Sevilla, 2007 realizó un estudio para analizar los procesos interactivos que se producen entre las conductas problemáticas que presenta un niño con TDAH y las características de bienestar familiar. A partir de una muestra de 52 familias en la que controlaba la administración de medicación y la comorbilidad. Así, concluyó que las dificultades familiares más frecuentes en núcleos de convivencia con niños con TDAH eran: dificultades en la resolución de problemas, en la comunicación, en la claridad de los roles, y en las relaciones afectivas; lo cual producía un nivel de funcionamiento familiar poco satisfactorio. El análisis correlacional identificó como relaciones significativas la relación afectiva entre los miembros de la familia y los problemas conductuales (hiperactividad y conducta oposicional) y, por otra parte, la salud/patología familiar en general y las conductas oposicionistas.

En los últimos años se han reportado numerosos estudios acerca de la relación del apego y TDAH, por lo que este tema será abordado más adelante.

Las posibles diferencias entre niños con TDAH derivados a profesionales y niños con las mismas características, pero que no recibían ayuda profesional, se ha detectado que los factores relativos a la manera que tenían los padres de enfrentarse con el compor-

tamiento problemático del niño y, en particular, con las dificultades emocionales y sociales que el niño experimentaba en la escuela, eran los factores con un mayor peso. Es más, la gravedad de la conducta hiperactiva parece tener menos importancia para la derivación clínica que el trastorno de conducta o el desequilibrio emocional del niño.

Los padres suelen pasar gran cantidad de tiempo con sus hijos, por lo que, al menos cuantitativamente, las interacciones padres-hijo ejercen una notable influencia en el moldeado de su comportamiento. Estas relaciones, en el caso de los niños con TDAH, suelen marcarse por el conflicto, probablemente porque éstos son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños Miranda y Presentación, 1994.

Los adolescentes con TDAH tienen significativamente más problemas en sus interacciones familiares que otros jóvenes, más enojos durante las discusiones de sus conflictos, una comunicación más negativa y usan tácticas de solución de conflictos más agresivas.

3.6 Influencia del tratamiento en el sistema familiar

En lo que respecta al tratamiento de niños y adolescentes con TDAH, es importante que los profesionales de la salud interesados en esa patología comprendan claramente su papel psicoeducativo en el asesoramiento a las familias en una serie de aspectos, entre los que se incluyen estrategias específicas de manejo del comportamiento, habilidades de comunicación y desarrollo de expectativas apropiadas sobre los resultados.

Existen numerosas publicaciones que se han desarrollado sobre factores psicosociales y contextuales (meso sistema) ponen de manifiesto la influencia qué estos ejercen en la evolución del trastorno hiperactivo: apoyos institucionales, relación con su grupo de

iguales, que ejercen una poderosa influencia sobre cualquier niño, como medios de comunicación, modas, influencias del contexto inmediato (barrio, ciudad, etc.). Sin embargo, es central el papel de la familia (microsistema), especialmente de los padres, ya que el TDAH no se da en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en el que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del hijo.

El sistema familiar interviene en el desarrollo y expresión del TDAH; quizá sea más importante conocer cómo el tratamiento constituye otro elemento tremendamente influyente sobre el síndrome; pero, además, cómo esta influencia se extiende al propio sistema familiar. Parece lógico pensar que al introducir un tratamiento cabe esperar resultados de mejora en el niño, y esta mejora va a repercutir en nuevos cambios en las relaciones con la familia, tanto porque en muchas ocasiones será la familia la encargada de implementar los tratamientos, como porque los cambios en la conducta del niño les afectarán directamente en el día a día (Roselló, *et al*., 2003).

Los resultados de las investigaciones sobre el tema señalan, en términos generales, que las relaciones familiares en familias con niños con TDAH mejoran con el tratamiento (Well *et al*, 2000).

En la experiencia personal del tesista como Médico Pediatra, llega una etapa en la cual el impacto positivo parece detenerse, y el niño entra en un período a partir del cual no parece seguir mejorando

.

CAPITULO 4

APEGO

4.1 Introdución

Las neurociencias indican que el neurodesarrollo representa la conformación a través de la experiencia del potencial genético y que las experiencias tempranas con el ambiente social son fundamentales para la maduración del tejido cerebral.

Se han identificado tendencias innatas que regulan el modo en que una persona responde a las amenazas, a las pérdidas, y que están estrechamente relacionadas con la forma en la que los seres humanos se vinculan con personas significativas, para asegurar la adaptación y como una manera de perpetuar la especie. La familia nuclear es el mejor contexto dentro del cual es posible prever las necesidades específicas de cada uno de sus miembr*os.

Los factores genéticos expresados en forma temprana, que determinan procesos neuroquímicos y neurobiológicos del cerebro y la vulnerabilidad genética para la expresión de una enfermedad (epigenética) son fundamentales en los estudios actuales, pero es evidente que los genes no determinan la conducta de manera absoluta.

John Bowlby (1969) fue el primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la teoría del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué razón los niños se convierten en personas emocionalmente sostenidas desde el apego con el contacto a sus amores primarios. Bowly en esa época trataba ya de integrar la psicología y la psiquiatría con la biología. Según ese autor el apego, consiste en "un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo

mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna" (sea esta la madre o su principal cuidador). Se refiere a un sistema motivacional que es común también a otros animales y el cual tiene su base neuro-psicológica en el cerebro, por ello los bebes están predispuestos a desear acceso a una figura vincular, que le proporciona confort, protección y sincronía psicobiológica entre bebé y cuidador.

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que integra, por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley y Cafferty, 2001).

Es muy importante la figura del primer cuidador, en general la madre, pues el tipo de relación que se establezca (madre/cuidador-hijo) será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. Cabe aclarar que otras figuras representativas como el padre y los hermanos ocupan un lugar secundario y complementario y permiten establecer una jerarquía en las figuras de apego.

El desarrollo del cerebro ha sido estudiado evidenciando la importancia de los efectos y la formación del vínculo del recién nacido con la figura vincular, depende de interacciones externas o cambios con el medio ambiente que moldean las redes neuro-nales, que se desarrollan en función de niveles sucesivos de integración. Los adultos, según hayan sido sus relaciones formadas, crean condiciones especiales para diferentes predisposiciones de respuestas fisiológicas en condiciones adecuadas durante su vida temprana, llevarían a diversas predisposiciones tales como enfermedades psíquicas y psicosomáticas en individuos adultos.

La seguridad del apego del niño, se relaciona con la existencia de una alta sensibilidad materna durante los primeros años de vida, pero no es exclusiva para un

apego seguro, también otras dimensiones parentales juegan un rol importante, en el desarrollo emocional.

4.2 Desarrollo del vínculo temprano en la estructuración de un psiquismo adecuado

La maduración de las estructuras corticales y límbicas se relaciona con la regulación de los afectos.

En un primer momento el recién nacido posee dos estados básicos: un estado de relajación o satisfacción y un estado de tensión o insatisfacción. Las más primitivas formas de comportamiento afectivo son generalmente reacciones automáticas, tales como las respuestas a estímulos internos o ambientales mediados por el sistema nervioso autónomo (SNA). Estas reacciones fisiológicas proporcionan el sustrato para las diferentes experiencias afectivas. Cuando nace, el niño está notablemente mal preparado para hacer frente a los estímulos de su medio ambiente. Es una criatura sub-cortical que está en riesgo permanente de descompensarse por su alta sensibilidad debido a la falta de medios para modular sus respuestas. Por este motivo, la función materna constituye una ayuda esencial a las capacidades inhibitorias todavía inadecuadas. El rol de las estructuras superiores es juzgado por la madre: ella hace las veces de la corteza auxiliar que el niño aún no ha desarrollado.

La comunicación interpersonal es condición de la vida de cada ser humano, siempre se inicia desde lo biológico, pero ya se establece una relación interpersonal que se funde con la existencia biológica confiriendo a su vida otra dimensión. Los fenómenos biográficos nacen de una misma situación básica primordial. Las interacciones moleculares y los intercambios celulares que se establece entre el hijo y la madre durante la gestación crean una íntima convivencia de dos vidas.

Esta comunicación biológica predispone para la primera interrelación o encuentro afectivo madre-hijo que abre a las demás relaciones familiares y sociales.

El llanto de los recién nacidos reproduce las pautas sonoras del idioma materno que han oído durante su vida fetal y la imitan.

Durante el primer año de vida el objetivo fundamental del lactante es la creación de un vínculo de apego, de comunicación emocional con el principal responsable de su cuidado y el desarrollo de la autorregulación; recurriendo a sus crecientes capacidades para enfrentar y resolver dificultades para interactuar con el medio social.

En las primeras experiencias de "proto-apego", el olor, el gusto y el tacto se ponen en juego; a las ocho semanas sus capacidades sociales y emocionales progresan de manera notable. En el intercambio de miradas se entabla una comunicación facial, vocal y gestual, consciente o inconsciente de la madre que llega al niño favoreciendo un enorme caudal de información social y cognitiva.

La díada sincroniza la intensidad de su conducta afectiva como primera expresión de juego social y genera niveles crecientes de alegría y excitación. La sensibilidad materna actúa como organizadora externa de la regulación conductual.

La sincronía del afecto que crea estados de estimulación positiva y la reparación interactiva que modula los estados de estimulación negativa son los componentes básicos fundamentales del apego y sus emociones asociadas.

La madre sintónica crea sensación de seguridad y curiosidad que alimenta la exploración del niño a ambientes socios emocionales y físicos nuevos. Esta capacidad es un indicador de la salud mental adaptativa del lactante.

Aprender cómo comunicar los estados emocionales es un proceso esencial del desarrollo, que siendo no verbales y subjetivas es difícil de abordar experimentalmente. Los estudios de la psicobiología del desarrollo han hecho aportes importantes a través de

abordar con datos neuroendócrinos, de Sistema Nervioso autónomo y Sistema Nervioso Central (SNC), estados de regulación y organización en la interacción de la díada.

4.3 Regulación del Apego

La madre funciona a corto plazo como reguladora de las modificaciones homeostáticas del niño y a largo plazo influye sobre la capacidad del niño de afrontar de forma adaptativa el ambiente emocional.

El niño que recibe respuestas adecuadas a lo largo del tiempo, se ve a si mismo como seguro, valioso y gratificado de atenciones y de cuidados. Estos modelos de vinculación suelen mantenerse constante durante toda la vida y se transmite de generación en generación.

Los niños con *apego seguro* muestran ansiedad durante la separación y buscan proximidad con sus madres cuando vuelven a reunirse, pero rápidamente vuelven a sus actividades de exploración y juego.

La regulación afectiva es adecuada cuando el niño se recupera fácilmente del estado sobreexcitado de ansiedad.

El comportamiento *evitativo* es manifestado por niños que aparentan estar menos ansiosos por la separación y no buscan a su madre cuando regresa. Además, no demuestra más preferencia por la madre que por un extraño.

Los niños ansiosamente ambivalentes demuestran una angustia considerable por la separación, pero en el encuentro tienen un comportamiento oscilante y tenso, están enojados pero manifiestan necesidad de acercarse.

En el *apego inseguro*, el comportamiento es desorganizado – desorientado, aparentan no tener una estrategia coherente, tales como evitativa o resistente al enfrentarse

con la experiencia de la separación. Este estudio fue realizado a través de la prueba de la “situación extraña” diseñada por Ainsworthv Blehar, Waters y Wall (1978).

En la actualidad se definen cuatro tipos principales de apego, estudiados inicialmente por medio del procedimiento de "la situación extraña" creado por Ainsworth *et al*, 1978:

a) *Apego Seg*uro: Estos niños confían en que sus padres o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradores si ellos se encuentran en una situación difícil o atemorizante; con esta seguridad se atreven a explorar el mundo. Cuando se relacionan con otros niños en la edad escolar, tienen respeto y empatía con los niños afligidos, son menos susceptibles a los rechazos y si están en grupos grandes mantienen lealtad y confianza respecto a sus amigos más cercanos.

Este patrón de apego se ve favorecido por el/los progenitor/es cuando se muestra/n fácilmente accesible/s y atento/s a las señales de su hijo y amorosamente sensible cuando éste busca consuelo y cariño.

b) *Apego Inseguro-Evitativo*: Estos niños no confían en que cuando busquen cuidados recibirán una respuesta servicial; por el contrario, esperan ser desairados e intentan volverse autosuficientes. En su relación con otros niños en la edad escolar parecen tener menor probabilidad de mostrar aflicción y dependencia cuando se lastiman o desilusionan, tienden a victimizar a los otros y pueden dar la falsa impresión de ser emocionalmente maduros; sin embargo son menos capaces de disfrutar la proximidad y la intimidad.

Este patrón de apego suele ser el resultado de una actitud de rechazo de la figura de apego cuando el niño se acerca a ella en busca de protección y consuelo (probablemente relacionada, a su vez, con sus propias dificultades de apego), aquí el conflicto suele estar más oculto y es una forma relacional de adaptación a experiencias dolorosas y

desbordantes para las capacidades psicológicas y emocionales del niño en la edad temprana.

c) *Apego Inseguro-Ambivalente o Ansioso*: Estos niños están inseguros de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite, pero a la vez hay una abundante expresión de las emociones entre el niño y la figura de apego, aunque poco adecuadas a la experiencia que comparten en la realidad. Debido a esta incertidumbre, el niño siempre tiene la tendencia a la separación ansiosa y a aferrarse, y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo. En la edad escolar estos niños suelen tener más posibilidades de ser influenciables. Tienen una tendencia a mostrar falta de estabilidad, ser irritables y perder el control con facilidad.

Esta pauta de apego, en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras, y por las separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

d) *Apego Inseguro Desorganizado*: Esta categoría se estableció posteriormente (Main y Solomon, 1990), al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías anteriores pero presentaban características en común. Estos niños muestran comportamientos desorganizados e incoherentes. Los movimientos en muchas veces presentan conductas estereotipadas.

Este patrón de apego se ha encontrado con mayor frecuencia en poblaciones de niños de alto riesgo (por ejemplo niños sometidos a maltrato o abusos) y resulta predictivo de problemas de conducta en la infancia (Solomon, George y DeJong, 1995).

Brisen (2002) ha informado la distribución de los mencionados patrones de apego en población no clínica, surgidos de estudios realizados en Estados Unidos y Europa: 67% de la población clasificada como teniendo un vínculo seguro, 21% como inseguro evitativo y 12% inseguro ansioso. El porcentaje de niños que presentan conductas desorga-

nizadas es más alto en muestras clínicas. Mientras más altos sean los niveles de riesgo del niño (incluyendo riesgo biológico) y de los padres (por ejemplo psicopatología parental), con mayor frecuencia y claridad se encuentra con desorganización en el niño.

Los niños con un modelo de apego seguro tienen considerable ventaja en su desarrollo cognitivo y emocional, según estudios, y a pesar de las diferencias entre investigaciones, los niños con apego seguro en general son más saludables en expresión emocional y en sus relaciones con pares (socialmente hablando), desarrollan el lenguaje más hábilmente y con mayor cantidad de logros. Tienen una imagen más positiva de sí mismos que niños con apego inseguro. El apego es fuertemente influido por el contexto social ya sea directa o indirectamente; las diferencias sociales son un elemento para predecir la seguridad del apego el que en forma constante se relaciona con ventaja social.

El apego inseguro tiene correlatos fisiológicos que podrían, a largo plazo, implicar vulnerabilidad a las enfermedades relacionadas con el stress.

Algunas investigaciones realizadas con filmaciones en relación a la díada que son estudiadas minuciosamente, indican que la sintonía fina – empatía no es constante en la díada sino que se encuentra presente en un tercio del tiempo. Aparentemente sería la posibilidad de “reparar” exitosamente este vínculo, reestableciendo la sintonía perdida, lo que favorecería el desarrollo del niño, ya que refuerza los mecanismos de afrontamiento, el control de la situación, la internalización de la relación y los sentimientos de confianza. Por otro lado la falta de reparación no solo promueve estas características sino que se asocia a la falta de control, a la desesperanza, al alejamiento del otro y al intento de autocontrol. La falta de reparación se traduce en un conflicto que exacerba la ansiedad originada por la ruptura de la relación.

La internalización de un patrón de reparación no exitoso llevaría a producir una alteración en las relaciones interpersonales en forma duradera.

Es importante considerar en este desarrollo de las emociones y su intersubjetividad con el otro, la importancia de la incorporación y mantenimiento de la figura paterna, favoreciendo la tríada.

Aquí se juega un rol fundamental y considerable en la aparición de este sujeto esencial por su propia presencia o su carácter no presente. Su actitud perisférica, su ausencia por hacerlo voluntariamente o porque la madre no favorece o no permite por mecanismos conscientes o inconscientes el desarrollo de la tríada, es un aspecto no demasiado estudiado.

Desde la psiconeuroendocrinología, algunos investigadores como Schore (1996) consideran que estas experiencias tempranas de establecimientos de lazos afectivo-ruptura-reparación de los mismos, producirían alteraciones cerebrales como secreción de Dopamina y β-endorfinas que se han medido en el lactante en forma previa y posterior constatando con estudios de resonancia magnética nuclear (RMN) que ha demostrado la estimulación del crecimiento sináptico a nivel de regiones prefrontales y límbicas. Estos cambios serían persistentes y estarían relacionados con la capacidad del niño de regular sus afectos. El déficit en su maduración sería responsable de la mayor vulnerabilidad a los trastornos emocionales.

En esta misma línea Gabbard (2001) sostiene que los procesos neuroquímicos que subyacen a la actividad mental en los trastornos psiquiátricos no son necesariamente agentes causales sino mediadores químicos influidos por estímulos internos y externos que en gran medida depende de sus relaciones objetales.

Hofer y Sullivan (2001 han afirmado que las experiencias emocionales traumáticas que posean una significación subjetiva importante, pueden alterar el equilibrio en la neurotransmisión del sistema límbico – diencefálico y constituir un factor de riesgo para la aparición o gravedad de la psicopatología.

La regulación emocional es un elemento clave de la conducta emocional. Más aún, los estudios de la neurociencia afectiva y la psicología del desarrollo han develado que la labilidad de regulación emocional es una fuente importante de la psicopatología.

En la etapa temprana del desarrollo, un adulto proporciona gran parte de la modulación de los estados del lactante especialmente después de una ruptura de estado o una transición entre estados, y esta intervención permite el desarrollo de la autorregulación. La clave para esta interacción sana es la capacidad de la madre o cuidador de controlar su propio afecto (en especial el negativo).

El cuidador sin sintonía induce a una repuesta de estrés en su hijo, y el adulto lo puede modificar en la reparación interactiva, esto le permite al niño aprender que se puede tolerar el afecto negativo y que se puede regular el estrés en la relación.

La capacidad de r*esiliencia* del lactante surge de un contexto interactivo en el cual el niño y el progenitor hacen la transición juntos del afecto positivo al negativo, y nuevamente al positivo.

La capacidad reguladora adaptativa de la resiliencia ante el estrés se considera como un patrón fundamental de apego seguro y es indicador de una óptima salud mental. Así, a lo largo de la vida, el apego es un mecanismo fundamental para la sincronicidad psicoemocional.

Para Trevarthen (1990) los reguladores intrínsecos del crecimiento del cerebro del niño están adaptados de forma específica para acoplarse por comunicación emocional, a los reguladores del cerebro del adulto. Por consiguiente las comunicaciones de apego se introducen en el sistema nervioso, induciendo cambios importantes en el cerebro en desarrollo.

El hemisferio derecho comienza su desarrollo más temprano que el hemisferio izquierdo, desde la semana 25 de gestación hasta el segundo año de nacimiento.

La mayor parte de las experiencias de aprendizaje temprano de las emociones de un lactante, se guardan o procesan de forma desproporcionada en el hemisferio derecho durante las etapas de formación de la ontogenia cerebral.

Los estudios de neuroimágenes muestran que la masa cerebral aumenta con rapidez durante los primeros dos años después del nacimiento, observando a esa edad y todos los haces principales se pueden identificar hacia los tres años

Aunque el hemisferio izquierdo que se desarrolla más tarde, interviene en la mayoría de las funciones del lenguaje, el hemisferio derecho que se desarrolla primero es más importante para los aspectos más amplios de la comunicación a lo largo de todas las etapas de la vida.

A los dos meses de edad, y utilizando tomografía por Emisión de positrones (PET), los lactantes cuando son expuestos a la cara de su madre muestran activación del hemisferio derecho. También frente al llanto del hijo, una conducta de apego fundamental se produce como una respuesta la activación del hemisferio derecho de la madre. Los engramas relacionados con las voces emocionales demuestra mayor actividad del mismo y una maduración más temprana del niño.

Durante las interacciones cara a cara, sincronizadas, los patrones de información que emanan de la cara materna o del cuidador, especialmente frecuencias visuales y auditivas bajas, son procesados por el hemisferio derecho del lactante.

Hay estudios que demuestran que el desarrollo de la capacidad de procesar eficazmente la información de la cara requiere aferencias visuales hacia el hemisferio derecho (y no hacia el izquierdo) durante la lactancia.

Durante el primer año de vida, las comunicaciones emocionales se imprimen lateralizadas a la derecha en las redes en desarrollo que están especializadas para evaluar caras familiares y la dirección de la mirada.

La corteza cerebral derecha es dominante en el procesamiento por parte del lactante de distintas caras, el reconocimiento de las expresiones faciales maternas y la respuesta a la voz de la madre.

El hemisferio derecho maduro de la madre es más rápido que el izquierdo para apreciar expresiones faciales emocionales; responder a los aspectos positivos de las expresiones faciales, los estímulos visuales, el tacto y el olor y evaluar las señales emocionales visítales o auditivas.

Otros estudios revelan que la respuesta al llanto de un niño, una conducta de apego fundamental, es acompañada por la activación del cerebro derecho de la madre.

Con respecto a las comunicaciones táctiles, la mayoría de las mujeres tienden a acunar a sus hijos sobre el lado izquierdo del cuerpo. Esta tendencia de acunar al niño del lado izquierdo facilita el flujo de señales afectivas maternas al oído y el ojo izquierdo del niño así como su procesamiento en el hemisferio derecho en desarrollo y las consiguientes comunicaciones auditivas y visuales del lactante son enviadas como retroalimentación al centro de decodificación emocional en el hemisferio derecho de la madre (Manning y col., 1997).

En este contexto de acunar al niño en el lado izquierdo, se produce la máxima retroalimentación somato afectiva dentro de la díada y que el papel del hemisferio derecho es fundamental en relación con las más preciadas necesidades de madres y niños" (Sieratzki y Woll, 1996).

Desde una perspectiva neuropsicoendócrina, cuando se sostiene y abraza al niño, se activan y fortalecen las redes cerebrales y las descargas se propagan a redes asociadas; cuando se le canta una canción al niño, se le fortalecen aún otras redes para recibir los sonidos e interpretarlos como una canción.

La aparición repetida de la madre proporciona un objeto de fijación como una huella mnémica en la memoria. Los sistemas corticales y subcorticales del cerebro derecho del niño se ponen en sintonía con la autoorganización dinámica al percibir ciertos patrones de información social externos que emanan del rostro de una madre de expresión feliz. Estas experiencias que imprimen huellas son circuitos límbicos en desarrollo marcados a fuego afectivamente en el cerebro derecho del niño, aumentando intensamente su mielinización en los 18 meses después del nacimiento.

Por lo tanto a un nivel fundamental, la madre funciona como reguladora del ambiente socioemocional del niño, y sus interacciones reguladoras desempeñan un papel crítico durante el establecimiento y el mantenimiento de los circuitos límbicos procesadores de las emociones que están en desarrollo. Podría hablarse de conversación entre sistemas límbicos, el del hijo y su madre.

Debido a que el hemisferio derecho de maduración temprana está conectado en profundidad con el sistema límbico, se encuentra en un empuje de crecimiento en ese momento y las experiencias de apego afectan específicamente las áreas límbicas y corticales en desarrollo.

Algunos estudios sugieren que la psicobiología del apego y la neuropsicología del cerebro derecho son el sustrato de otras tres capacidades fundamentales para la interacción humana:

- Confianza.
- Empatía.
- Desarrollo moral.

El cerebro derecho es dominante en la regulación de funciones fisiológicas, endocrinológicas, inmunológicas y cardiovasculares fundamentales y controla así funciones vitales, que permiten sobrevivir al estrés en forma activa o pasiva.

Es importante la relación establecida entre la díada sin empatía, asociada con alteraciones del eje hipotálamo – hipófiso – adrenal en la salud y enfermedad del adulto.

4.4 Funciones del hemisferio derecho en la adaptación de conductas personales y sociales.

Devinsky (2000) plantea la intervención del hemisferio derecho en el desarrollo de las siguientes funciones de adaptación:

a) mantener un sentido del yo coherente, continuo y unificado.
b) Identificar una imagen del cuerpo y su relación con el ambiente.
c) Distinguir el yo del no yo.
d) Reconocer a los miembros de una familia de una especie así como de otros organismos, elementos y lugares familiares.
e) Recordar la información autobiográfica.
f) Evaluar la realidad ambiental.

Todas estas funciones están presentes al terminar el segundo año de vida.

El cerebro derecho por supuesto se reorganiza más adelante (después de los dos años) y conserva plasticidad, pero las condiciones que afectan sus etapas de evolución iniciales tienen un efecto enorme en su desarrollo final.

Las interacciones desreguladoras que generan estrés crónico sin reparación dentro del ambiente social temprano, sientan las bases para un apego inseguro, disfunción del cerebro derecho, deficiencias del sistema nervioso (SNA) a nivel límbico y predisponen a trastornos en la personalidad.

Las experiencias emocionales positivas (formación del apego) o negativas (separación o pérdida de la madre) pueden grabar una huella permanente en redes de conexio-

nes simpáticas inmaduras y de este modo limitar la capacidad funcional del cerebro durante etapas posteriores de la vida.

Se ha reportado que (Happaney et al., 2004) el hemisferio derecho ha sido vinculado con el procesamiento de la información implícita, como opuesto al proceso más explícito y más consciente ligado con el hemisferio izquierdo; concluyendo que esta maduración temprana del hemisferio está centralmente involucrada en "mantener un sentido del self coherente, continuo y unificado" (Devinsky, 2000), y que un proceso del lóbulo frontal no dominante (que conecta las experiencias y memorias emocionalmente relevantes que subyacen a los esquemas del self) es el pegamento que une el sentido del self (Miller *et al*, 2001).

El cerebro derecho juega un rol central en una cantidad de condiciones psiquiátricas (Cutting, 1992), tanto como en varios desórdenes del apego y patologías del self (Schore, 1994, 2002 y 2003). Estos déficits, en las funciones implícitas subjetiva e intersubjetiva reflejan deterioros en el rol central de este hemisferio en la comunicación no verbal y la autoregulación.

El cerebro derecho aumenta en el conocimiento relacional implícito almacenado en el campo no verbal (Stern *et al.*, 1998) y por lo tanto subyace en el núcleo de los procesos psicoanalíticos de cambio.

4.5 El apego y el desarrollo límbico en las emociones y conductas

Se ha descripto (Schore, 2005) de qué manera las experiencias afectivas intersubjetivas, fijadas en la relación de apego con la madre, influencian en la maduración de los circuitos límbicos del cerebro derecho en desarrollo que procesan la emoción, son dominantes para el "self emocional" (Devinsky, 2000). Una gran cantidad de datos

interdisciplinarios sobre el rol esencial del cerebro derecho en los procesos dinámicos del self implícito llevan directamente a la descripción de Lyons-Rut (1999) acerca de que el procesamiento implícito subyace el manejo rápido y automático de las señales afectivas no-verbales en la infancia. En una caracterización neurobiológica de las comunicaciones afectivas bidireccionales implícitas incluidas en los proto-diálogos, Trevarthen (1990) describe mensajes coordinados visuales ojo a ojo, gestos táctiles y corporales y vocalizaciones auditivas prosódicas que sirven como canales de señales comunicativas que inducen efectos emocionales instantáneos. Bowlby (1969), describía la expresión facial, la postura y el tono de la voz, al caracterizar los vehículos esenciales de las comunicaciones de apego. En la actualidad, los estudios clínicos y las investigaciones están describiendo en detalle de qué manera el núcleo afectivo básico del self naciente comunica sus estados psicobiológicos subjetivos con el objeto primario en proto conversaciones intersubjetivas mutuas de señales coordinadas visuales /faciales, táctil/ gestuales, y prosódica o auditivas (Schore, 2001). El procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones de apego no verbales de expresión facial, postura y tono de voz son producto de las operaciones del cerebro derecho del niño interactuando con el hemisferio derecho de la madre. Este hemisferio es dominante no sólo para la comunicación emo-cional sino también para la impresión ("imprinting"), el mecanismo de aprendizaje que subyace al apego (Johnston y Rogers, 1998). Las experiencias de apego son selladas afectivamente en el cerebro derecho en rápido desarrollo del niño, imprimiendo un modelo de trabajo interno que codifica estrategias de regulación del afecto que actúan en niveles implícitos no conscientes (Stuss y Alexander, 1999).

A los efectos de sustentar este modelo de comunicación cerebro derecho/ cerebro derecho los neurocientíficos han documentado que el desarrollo de la capacidad de un proceso de información eficiente de rostros requiere una incorporación visual en el

hemisferio derecho (y no izquierdo) durante la infancia (Le Grand *et al*, 2003). Un estudio de emisión topográfica de positrones (PET) de un bebé de dos meses mirando la imagen del rostro de una mujer mostró la activación de la circunvolución fusiforme derecha, el área visual que decodifica los patrones faciales (Tzourio-Mazoyer *et al*, 2002). Asimismo, un estudio funcional de resonancia magnética de imágenes (fMRI) de madres mirando videos de sus propios bebés de 4 y 8 meses demostró una activación similar de su córtex temporal inferior derecho, que procesa el reconocimiento de las emociones y expresiones faciales y de la circunvolución occipital derecha que procesa la familiaridad visual (Ranote et al, 2004). Estos estudios vienen a sustentar especulaciones anteriores en la literatura, en el sentido de que "las interacciones básicas relevantes más significativas entre madre e hijo generalmente se producen en el área visual: las exhibiciones corporales del niño son respondidas por el brillo en los ojos de la madre" (Kohut, 1971), que las representaciones mentales más tempranas están orientadas visualmente de manera específica y que las imágenes visuales históricas son derivadas de eventos de tempranas fases del desarrollo (Giovacchini, 1981; Anthi, 1983).

Según Feinberg y Keenan (2005) el hemisferio derecho, particularmente la región frontal derecha, bajo circunstancias normales juega un papel crucial en el establecimiento de relaciones apropiadas entre el self y el mundo, la disfunción resulta de una perturbación a dos vías de la relación personal entre el self y el entorno. Esto puede llevar a desórdenes de ambos sobre la relación entre el self y el mundo.

El hemisferio derecho es dominante para los "aspectos más amplios de la comunicación" (van Lancker y Cummings, 1999), y para las experiencias emocionales subjetivas (Wittling y Roschmann, 1993). Así, la comunicación implícita de los estados afectivos entre los cerebros derechos de los miembros de las díadas madre-niño y paciente – terapeuta se describen mejor como "intersubjetividad". En ambos contextos faci-

litadores del crecimiento, el del desarrollo y el terapéutico, la forma neurobiológica del principio de la intersubjetividad está expresado en la máxima “la organización del self en el cerebro ocurre en el contexto de una relación con otro self, otro cerebro” (Schore, 1996).

Las transacciones afectivas no conscientes entre hemisferios derechos resonando, que son dominantes para la comunicación no verbal, subrayan por lo tanto la observación de Orlinsky y Howard (1986) de que la corriente de expresión no verbal, pre-racional que vincula el niño con sus padres continúa a lo largo de la vida, siendo el medio principal de la comunicación afectivo-relacional entre las personas que se siente como intuitiva.

Un gran número de investigaciones utilizando una variedad de diseños experimentales, muestra una clara especialización del hemisferio derecho para la prosodia y la melodía del discurso (Ross, Thompson y Yenkosky, 1997), procesamiento de la información del timbre (Meyer *et al*., 2002), y el análisis de la percepción de la voz, conteniendo importante información paralinguística para la interpretación de una emisión (Lattner, Meyer y Friederici, 2005).

Experimentos en los que se escucha a neonatos y adultos han mostrado diferencias en la agudeza y velocidad de respuesta en los estímulos sobre el oído izquierdo y el oído derecho, el oído derecho es mejor en el reconocimiento de aspectos estructurales del discurso; el izquierdo es mejor reconociendo la música y los aspectos melódicos del lenguaje, en particular la entonación afectiva (Sieratzki y Woll, 1996).

Contrariamente a lo que han afirmado muchos científicos y clínicos, actualmente está bien establecido que es el hemisferio derecho y no el izquierdo el dominante, para:

- La prosodia y el procesamiento de palabras emocionales (Bowers, Bauer y Heilman, 1993).
- La detección del nombre de pila (Perrin *et al*, 2005).

- El humor (Borod, Koff y Caron, 2000).
- La risa (Meyer *et al*, 2005).
- El discurso social (Bryan y Hale, 2001).
- La metáfora (Sotillo *et al*, 2005) y,
- La organización de la información en el nivel comunicativo pragmático tanto como en la generación y modificación de modelos mentales que corrigen un texto (Marini *et al*, 2005).

Estudios indican que la corteza insular anterior sostiene la representación de respuestas viscerales accesibles a la conciencia, brindando un sustrato para los estados subjetivos de las sensaciones (Critchley *et al*, 2004), que la corteza órbito frontal derecho es crítica para la interocepción, la evaluación subjetiva implícita de la condición fisiológica del cuerpo y la diferenciación de un afecto con una sensación corporal (Craig, 2003), y que las diferencias individuales en el darse cuenta subjetivo interoceptivo, y por extensión la complejidad y profundidad emocional, son expresadas en el grado de expansión de la ínsula anterior derecha y las cortezas adyacentes órbito frontales (Craig, 2004).

4.6 Anatomía y fisiología del apego. Regulación del afecto.

Bowlby (1969), en una primera aproximación a la teoría del apego, postuló que en los procesos de apego interviene una sucesión de mecanismos regulatorios cada vez más complejos que involucran al sistema límbico y áreas de excitación cerebral. La bibliografía de Neurociencia hace referencia al “sistema límbico rostral”, una secuencia jerárquica de áreas del limbo interconectadas en la amígdala, la porción anterior del cíngulo, el lóbulo de la ínsula y la corteza orbitaria, y un circuito de regulación de las emociones que abarca el núcleo amigdalino, el cuerpo calloso anterior y la corteza frontal

orbitaria. Sobre la base del principio del desarrollo encefálico caudal-a-rostral, ha propuesto un modelo de maduración temprana del sistema límbico dependiente de la experiencia, y ha sugerido una secuencia de sistemas regulatorios que son determinados por interacciones de apego más complejas y que evolucionan a lo largo de los dos primeros años de vida. La formación óptima de estas áreas cerebrales, de gran importancia para el desarrollo emocional del niño, depende de la regulación interactiva embebida en las interacciones de apego de la relación madre – hijo.

En el momento del nacimiento, está activada sólo la amígdala, un sistema regulatorio primitivo límbico subcortical que evalúa datos en bruto sobre los estímulos externos y regula los sistemas autónomo y de excitación. La amígdala derecha procesa los estímulos olfativos en el contexto de la relación perinatal madre-hijo, e interviene en el reconocimiento del olor de la madre por el hijo, así como en el reconocimiento del recién nacido por la madre, merced a señales olfativas. Aproximadamente a las ocho semanas, cuando comienza el desarrollo de la porción anterior del cíngulo, este sistema empieza a regular las conductas de juego y separación, las vocalizaciones de risa y llanto, las representaciones faciales y las actividades del sistema autónomo.

El primer año también es un período fundamental de maduración dependiente de la experiencia del lóbulo de la ínsula derecho, estructura localizada en los lóbulos temporales e involucrada principalmente en el reconocimiento subjetivo de las sensaciones corporales interiores y de lo emocional, y la corteza parietal derecha, un área cortical posterior que participa en la representación del sí mismo físico, y en la capacidad de distinguirse de los otros.

Hacia el último trimestre del primer año de vida, las áreas orbitarias (inferointernas) de los lóbulos frontales entran en un período crítico de crecimiento que continúa hasta la mitad del segundo año. La corteza frontorbitaria, ápice jerárquico del

sistema límbico, actúa como el máximo nivel de control de la conducta, sobre todo en relación con las emociones, y es idéntico al sistema de control del apego postulado por Bowlby. Es así que *en los intercambios de miradas mutuas, la madre descarga programas de su sistema límbico en el sistema límbico en desarrollo del hijo*.

Algunos estudios demuestran que las zonas prefrontolímbicas derechas tienen participación fundamental en la recepción de información exteroceptiva e interoceptiva biológicamente significativa relacionada con la propia persona y la integración de los estados fisiológicos internos con señales ambientales importantes, procesos esenciales para el mecanismo de apego. El hemisferio cerebral derecho es una parte fundamental en la regulación de la activación de respuestas fisiológicas al estrés.

Desde el punto de vista de la psicoinmunoneuro-endocrinología es muy importante la hormona oxitocina, que interactúa con la CRH, factor liberador de corticotrofina, que es el estimulador del eje córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal (C-LH-HA).

La oxitocina es un neuropéptido sintetizado en el hipotálamo anterior y almacenado en la neurohipófisis, y en algunas otras glándulas perisféricas, entre otras la adrenal. Su principal función biológica está relacionada con el mecanismo del parto, el puerperio y el sostén de la lactancia. Es la hormona responsable de activar la conducta maternante, dependiendo de los estrógenos maternos.

El parto y el inicio de la lactancia es inducida por la oxitocina, mediadora de la conducta maternal, alcanzando su máximo nivel cerebral en la madre en la primer hora luego del alumbramiento. Asi comienza el encuentro neurohormonal específico tanto en el cerebro materno como en el del recién nacido, destinado a facilitar el inicio del vínculo materno y de niño, generando el escenario del apego. Es la hormona del bienestar, de la confianza y la socialización primaria, y responsable a través de la vida de los vínculos sociales y del deseo.

La oxitocina es considerada la hormona del Apego, y es liberada ante situaciones que provocan placer, empatía con el otro, a través de receptores específicos que están en la piel, “sensores de caricias”, así, se estimula el mencionado eje, proporcionando estados de relajación.

El estímulo iniciado por el contacto con el pezón o con la piel entre madre e hijo, luego va a continuar con otros estímulos desencadenados por situaciones emocionales de apego con otras personas. Se activa también por cualquier recuerdo o experiencia sensorial de las personas amadas.

La oxitocina es una de las hormonas del estrés, que se acciona también en situaciones aversivas regulando la CRH y la secreción de vasopresina para obtener el equilibrio emocional.

Más que cualquier otra área de los lóbulos prefrontales humanos, la corteza frontorbitaria derecha, que ejerce un control ejecutivo sobre todo el cerebro derecho, es la vinculada más directamente con el sistema cerebral de regulación del estrés.

La regulación de los factores de estrés en las relaciones sociales modifica la maduración prefrontal, de modo que el apego firme facilita la transferencia de la capacidad reguladora del responsable del cuidado al lactante. Lyons *et al.* (2002) manifiestan que las teorías del desarrollo humano sugieren que las experiencias que generan estrés en las relaciones sociales modifican la maduración prefrontal. Schore (1996) afirmó que condiciones que afectan la variabilidad temprana de la madre durante la lactancia, producen “diferencias significativas en los volúmenes prefrontales derechos de los adultos, pero no en los izquierdos”, y que la “asimetría dependiente de la experiencia alcanza su máxima expresión en la corteza ínfero-interna, medida *in vivo* por resonancia magnética”. Por lo tanto, en un nivel fundamental, el apego entre el niño y su

responsable es formativo porque promueve el desarrollo de los principales mecanismos auto-reguladores del cerebro.

La relación de apego interviene en la regulación en la díada de las emociones tanto positivas como negativas, a través de la regulación interactiva materna del sistema nervioso autónomo (SNA) del hijo en desarrollo posnatal. Las comunicaciones óptimamente reguladas embebidas en las experiencias del apego firme imprimen las conexiones entre el sistema límbico del sistema nervioso central en maduración posnatal que procesa y regula los estímulos socioemocionales, por un lado y el SNA que genera los aspectos somáticos de las emociones, por el otro.

Un volumen creciente de estudios indica que el hemisferio derecho está conectado en profundidad al SNA y que ese hemisferio, más que el izquierdo, controla las respuestas simpáticas y las parasimpáticas. El hipotálamo, ganglio principal del SNA, está desplazado hacia el lado derecho y los núcleos hipotalámicos son considerablemente más grandes en el cerebro humano derecho. Este hemisferio es dominante para la producción de factor liberador de la corticotropina (CRH) y de cortisol, neurohormonas que intervienen en las respuestas para sobrellevar el estrés.

Pruebas convincentes muestran que la relación del lactante con la madre regula el desarrollo del eje HHA que la conducta social neonatal asociada con el eje HHA aumenta la calidad de dominante del hemisferio derecho, y que la angustia perinatal lleva a un amortiguamiento de la respuesta ante el estrés en la corteza prefrontal derecha (y no en la izquierda) que se manifiesta en la edad adulta.

4.7 Reguladores ocultos, genética del apego y cuidado

La respuesta del niño en situaciones de estrés sobre la base de la representación mental del cuidador es un aspecto central del sistema de apego. Debido a que este tipo de respuesta se encuentra en otras especies, puede concluirse que no sólo tiene componentes psicológicos sino también biológicos (Lecannelier, 2018).

Hofer (2003) encontró en estudios controlados en ratas que, al variar ciertos patrones de la respuesta de cuidado de las madres – alimento, calor del cuerpo, lamer y acicalar- se regulaban diversos sistemas fisiológicos en las crías, a saber: frecuencia cardiaca, temperatura corporal, deseo de comer, actitud explorativa. Ese autor descubrió que cada una de las diversas respuestas de la cría a la separación está relacionada con distintos aspectos de la relación con la madre.

Por ejemplo, si se le suprime la leche disminuye la frecuencia cardíaca, pero no viariaba su comportamiento físico, si se le daba la leche, mejoraba la fase cardíaca pero no variaba la actividad física.

Si se le proporcionaba tacto (grooming) la actividad se regularizaba, y no cambiaba la frecuencia cardíaca. A partir de estos resultados, Hofer (2003) hablaba de "modulación de subsistemas fisiológicos" en la cría, y en relación o no a la presencia materna. Cuando se reemplazan experimentalmente las conductas de cuidado, el comportamiento fisiológico de las crías no cambia.

El principal aporte de Meaney (2013) fue demostrar que la conducta de lamer y acicalar, actuaba como regulador del eje responsable de la respuesta de estrés –hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) de la cría, así como su expresión y transmisión genética a través de generaciones. Meaney *et al* seleccionaron dos razas diferentes de ratas:

las de tipo A que eran dóciles, asustadizas y extremadamente precavidas a ambientes nuevos y las de tipo B eran confiadas, curiosas e indiferentes a la amenaza.

Luego, las crías de ambos tipos de madres fueron cambiadas al tipo contrario (y se utilizó un grupo control de madres con sus propias crías). A los 70 días de vida, las crías participaron en una prueba experimental de exploración, y se encontró que las del grupo control se comportaron como sus madres, las de tipo A (asustadizas) criadas por madres B (exploradoras y sin miedo) se comportaban como sus madres "adoptivas". Resultó muy interesante que las crías B (sin miedo) mantuvieron la conducta exploradora de sus madres biológicas (de tipo B) independiente del tipo de cuidado recibido. De ese modo se demostró biológicamente en las ratas del grupo de alta vulnerabilidad, el aumento de cortisol (CRH) es la prueba biológica que el ambiente modula no solo el cerebro y la regulación del estrés, sino "su propia organización genética".

La condición epigenética va generándose desde el período de fertilización, hasta el nacimiento de los genes de las crías, el ADN se encuentra libre de metilación.

Proceso de silenciamiento/apagado de la transcripción del ADN: si se ensaya a los 6 días, el mecanismo de metilación se activa, apagando ciertos lockers del ADN; posterior a esos 6 días en las crías, con madres sin carga alostática, es decir con comportamiento de equilibrio y apego seguro la metilación se vuelve a apagar permitiendo la transcripción y síntesis de proteínas normalmente.

En las ratas con madres cuya carga alostática es característica, la metilación sigue operando impidiendo el adecuado funcionamiento psicoinmunoendocrinológico, continúando sus efectos hasta la edad adulta.

En estudios genéticos específicos referidos a transtorno de apego (Lakatos, 2000 en Lecannelier, 2018), se ha encontrado una importante asociación entre el Apego desorganizado y el receptor de dopamina D4 alelo repetido 7. El receptor D4, de la proteína de

la dopamina, cumple un rol fundamental en el sistema cerebral de recompensa, y por ello se lo asocia a diversos trastornos (déficit atencional, adicciones, depresión, entre otros).

Lakatos *et al* (2002) concluyeron que el presentar el alelo 7 corto, de riesgo, en el D4, aumenta 10 veces más la posibilidad de presentar apego desorganizado. Ello fue discutido por Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoor (2011) quienes en un estudio mucho mayor no encontraron asociaciones entre el DR D4, receptor de dopamina, y la desorganización del apego.

Ello demuestra que la vulnerabilidad genética no explica en sí misma la tendencia hacia la psicopatología, sino que esa vulnerabilidad tiene efectos diferenciados de pendientes del tipo de ambiente. También, la vulnerabilidad conlleva a mayor sensibilidad de adaptación y conducta ambiental, condicionando baja reactividad. Es decir que la alta reactividad es una forma de adaptación y no constituye patrones psicopatológicos.

Entonces, aquellos niños con el alelo 7, bajo cuidado de conductas desorganizantes de la madre (familia) presentan mayor posibilidad de apego desorganizado. Los niños sin el alelo 7 y con conductas desorganizantes, presentan apego desorganizado, independientemente del tipo de cuidado.

4.8 Apego en adultos

La formación del apego, entendido como un vínculo emocional, es el aspecto más importante del desarrollo social en la infancia puesto que, a partir de esta primera construcción, la persona establece la forma en que se relaciona con los demás por el resto de la vida. (Ortíz Granja *et al*, 2019).

Estos “modelos internalizados” constituyen el mapa con el cual las personas comprenden las conductas de los demás y organizan sus respuestas en las distintas

instancias de la vida. Ese mapa está determinado, en gran parte, por las estructuras mentales más básicas y primarias que influyen en el desempeño de funciones mentales superiores (Pinedo & Santelices, 2006 en Ortíz Granja *et al*, 2019), dirigen las respuestas de afecto y conducta con las que los adultos responden a las necesidades de los niños que están a su cargo. Los adultos desarrollan sus propios modelos internalizados de acuerdo con el cuidado que recibieron en la infancia por parte de sus padres, madres o cuidadores, estos patrones suelen mantenerse estables a lo largo de la vida.

No obstante, esos patrones pueden sufrir modificaciones debido a nuevas experiencias y relaciones de calidad diferente con otras figuras significativas. Se ha informado (Barroso, 2014) que estos modelos se hacen más complejos pues se rein-terpretan, ajustan y remodelan a lo largo de la vida.

A medida que el niño se desarrolla, algunas funciones del apego van cambiando de los padres hacia los compañeros a quienes acuden más ante las dificultades que tienen en el día a día. Sin embargo, los padres permanecen todavía como la base segura necesaria para la exploración del mundo (Fraley, 2019).

En la vida adulta, el comportamiento de apego se organiza o se asocia más a la pareja o a los amigos que a los padres; sin embargo, respecto al vínculo entre adultos, todavía hay cuestiones que no han sido resueltas: una de ellas es el tiempo necesario para establecer relaciones de apego y, también, saber si existe una jerarquía de apego que haga que cuando una persona sube en ella mientras otra baja.

En la vida adulta, el apego seguro está presente en las personas que tuvieron y recuerdan una relación cordial y cariñosa con la madre, fueron criados en un ambiente de interés por satisfacer sus necesidades, son adultos con confianza y con altos niveles de satisfacción en sus relaciones íntimas (Medina, Rivera & Aguasvivas, 2016 en Ortíz Granja *et al,* 2019). Si una persona tiene estilo de apego seguro, será capaz de establecer

una dependencia mutua segura, de manera que sus relaciones son más estables y satisfactorias.

Cuando se trata de apego inseguro evitativo, y en el caso de los adultos, este tipo de apego se presenta en individuos que tuvieron y recuerdan una relación fría con su madre, un ambiente de crianza que generó sentimientos de rechazo y baja capacidad para responder a sus necesidades, por lo que en la adultez son personas que manifiestan reducida confianza personal y con los demás, con dificultades para mantener relaciones interpersonales y con altos niveles de distancia emocional (Medina, Rivera & Aguas-vivas, 2016 en Ortíz Granja *et al,* 2019).

Por otro lado, el apego inseguro ambivalente, también denominado inseguro ansioso, es característico en personas que tuvieron y recuerdan una relación con una figura de apego poco comprensiva y ambivalente al momento de satisfacer sus necesidades, lo que genera individuos con altos niveles de desconfianza, inseguridad y sentimientos de abandono constante.

Cuando pequeños, los niños y niñas con tipo de apego desorganizado, muestran más dificultades en las relaciones a edades mayores con comportamientos confusos, por lo que son menos competentes en lo social y emocional; y ya como adultos, no se sienten cómodos abriéndose a los demás y dependiendo de ellos, por lo que evitan el contacto (Fraley, 2019).

Un estudio acerca de las Representaciones de Apego en madres con hijos diagnosticados con TDAH (Darling Rasmussen, P.; Bilenberg, N.; Shmueli-Goetz, Y.; Simonsen, E.; Bo Bojesen, A.; Storeb, O., 2019), tuvo como objetivo investigar la distribución de la transmisión intergeneracional y el impacto potencial de las representaciones de apego infantil en respuesta al tratamiento en una muestra de niños con TDAH, en la región de Zelanda-Dinamarca. Esta investigación surgió debido a que se sabe muy poco acerca de

la distribución y transmisión de las representaciones de apego en poblaciones de niños que padecen TDAH, lo que permitiría a largo plazo, evaluar la influencia que existe entre el pronóstico de TDAH y el apego. Los autores entrevistaron a los padres para evaluar el apego adulto (AAI) y la entrevista de Apego Infantil (CAI).

Los resultados indicaron una notable prevalencia de apego inseguro, tanto en los niños como en las madres.

Traver Ferreres (2015) analizó la relación entre las relaciones de apego en la infancia y la conformación de la personalidad en la etapa adulta; y la posible relación con la aparición de trastornos de la personalidad. En ese estudio utilizó el autoinforme CaMir-R para el apego, y el cuestionario de personalidad NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory), los cuales fueron aplicados a un grupo experimental y a un grupo control. Ese Encontró diferencias en personalidad en los dos grupos aunque no altamente significativas. En lo que respecta a las dimensiones de apego, encuentra pocas diferencias en las medias de los dos grupos, excepto en autosuficiencia y rencor contra los padres, en los que hay mayores puntuaciones en el grupo experimental.

CAPITULO 5

APEGO Y TDAH

5.1 Generalidades

Como ya se comentara, el TDAH es un trastorno que afecta las distintas esferas de la vida del niño (escolar, familiar y social), generando una importante merma en su autoestima. Suele iniciarse tempranamente y persistir a lo largo de todo el período escolar hasta la vida adulta.

Las recomendaciones terapéuticas incluyen el tratamiento multimodal y multi-contextual, otorgando una gran importancia al papel desempeñado por los padres en el tratamiento. La desregulación de la relación padres-niño es muy frecuente en los casos de TDAH y aumenta aún más las fuentes de excitación del niño, empeorando las características del trastorno (Castillo, 2013).

Las recomendaciones a los padres en general incluyen clarificación de las normas, ambiente familiar ordenado y organizado y exigencias adaptadas a las capacidades del niño. Sin embargo muchas veces estas recomendaciones se hacen difíciles de cumplir para los padres en gran medida debido a que muchos de estos padres también presentan o presentaron en su niñez TDAH (entre el 30 y el 40% de los niños diagnosticados con TDAH, tienen familiares consanguíneos que tienen, o tuvieron cuando niños, similares dificultades (Gratch, 2009), lo que los hace ser más impulsivos y distráctiles en la relación con sus hijos y muchas veces genera pautas disfuncionales en la familia. También influye de modo importante el desgaste que se va produciendo en la relación entre el niño y sus padres debido al escaso control de los impulsos que presenta el niño, su mal comportamiento, la poca eficacia de los métodos habituales de disciplina y la reiterada frustración que sienten los padres al intentar contener a su hijo, todo lo cual va generando estrés en

la familia y empeorando progresivamente el vínculo entre el niño y sus padres. Lo anterior puede desencadenar en los padres actitudes de evitación o, por el contrario, de sobre-involucramiento que pueden agravar el curso del trastorno o entorpecer el tratamiento indicado al niño.

Los niños con TDAH presentan un importante déficit en las habilidades de auto-regulación (control de impulsos, capacidad de auto calmarse, perseverancia, inhibición, etc.), en cuyo desarrollo juega un rol fundamental la interacción temprana entre el niño y sus padres. Los bebés dependen inicialmente de la habilidad que tengan sus padres o cuidadores principales para contener y regular sus estados psicofisiológicos (Cassidy, 1994), esta relación temprana establece la base sobre la cual el niño adquiere gradual-mente las habilidades de autorregulación. En una relación conflictiva entre el niño y sus padres la adquisición de estas capacidades se ve afectada. De hecho se ha observado que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y la conducta, tal como ocurre en los niños con TDAH (Cassidy, 1994).

Algunos estudios señalan además que la seguridad en el vínculo tiene efectos positivos en el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH presentan dificultades, tales como la atención sostenida, persistencia en la resolución de tareas y afecto positivo, control cognitivo sobre los impulsos y postergación de la gratificación (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi & Ziegen-hain, 1997).

La investigación de las interacciones actuales entre padres e hijos con TDAH revelan patrones similares a los observados en el contexto de relaciones de apego inseguro (parentalidad caracterizada por bajo involucramiento, negatividad y falta de respuesta a las señales del niño o intrusividad). Otros estudios (Danforth, Berkley y Stokes, 1991) muestran que las madres de niños con TDAH responden menos a interacciones neutrales

o positivas iniciadas por el niño y tienden a un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva y controladora y usan menos estrategias de parentalidad positivas.

Desde una perspectiva complementaria, es interesante también observar que muchas madres de niños con TDAH refieren que sus hijos desde muy pequeños fueron irritables, difíciles de calmar, muy activos y resistentes a los cambios en los patrones de alimentación. Esto hace que sean niños difíciles de cuidar, lo que influye negativamente en el establecimiento de un vínculo seguro entre el niño y sus padres (Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel, 2002). De hecho, los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no presentan este trastorno (Gerdes, Hoza & Pelmham, 2003).

En la literatura (Santurde del Arco y Del Barrio del Campo, 2010) se ha reportado un estudio en el que se trabajó con grupo control, analizando las representaciones del vínculo en una muestra de padres con niños entre 6 y 17 años, comparando dos grupos de familias; concluyendo que hay asociación entre TDAH y vínculo inseguro de tipo desorganizado.

Estudios recientes (Darling Rasmussen, P. et al, 2020) han explorado los factores que facilitan potencialmente la resiliencia de las madres a los niños con TDAH, encontrando correlaciones negativas significativas entre el estilo de apego materno y la resiliencia (ambos autoinformados) y entre los síntomas de TDAH autoinformados y la puntuación de resiliencia. Este conocimiento resulta de fundamental importancia para la educación de los niños y adolescentes.

López Pajarez (2016) analizó las influencias del apego y psicopatología parental en adolescentes con TDAH, encontrando que la inseguridad en el apego no se relaciona con el diagnóstico de TDAH. Sin embargo, el estudio encontró como evidente la relación entre psicopatología paterna y psicopatología del hijo, por lo que surge la necesidad de

plantear intervenciones en los que se tenga en cuenta no sólo al adolescente con TDAH, sino también a los padres, de modo tal de favorecer la comunicación intrafamiliar.

5.2 Medición del apego

En la literatura (Ainswoth *et al*., 1978) se han descripto los estilos de apego en la infancia; asimismo, Main, Kaplan y Cassidy (1985) hicieron lo propio en la edad adulta.

Las personas con un estilo de apego seguro-autónomo comparten y expresan abiertamente sus sentimientos, valoran las relaciones de apego, describen las relaciones actuales con su familia como relaciones de confianza y apoyo y evalúan sus experiencias del pasado reflejando aceptación y gratitud hacia sus figuras de apego, independientemente de si éstas han sido o no satisfactorias.

Las personas con un estilo de apego evitativo-devaluante tienden a subvalorar las relaciones de apego, no confían en los miembros de su familia, dicen tener pocos recuerdos del pasado y éstos pueden incluir idealización, rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego; se caracterizan por ser autosuficientes e independientes y por controlar sus emociones.

Las personas con un estilo de apego ambivalente-preocupado valoran sus relaciones de apego, pero tienden a sentirse excesivamente preocupadas por otros miembros de su familia, expresan miedo a ser abandonados y tienen escasa autonomía; sus recuerdos del pasado incluyen algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres y suelen reflejar resentimiento en relación con las experiencias pasadas de apego.

Por último, las personas con un estilo de apego no resuelto/desorganizado se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente.

Las representaciones de apego modulan la regulación del sí mismo y condicionan los comportamientos relacionales de las personas a lo largo de su vida, por lo que juegan un importante papel tanto en el desarrollo normal del individuo, como en la aparición y mantenimiento de la psicopatología. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que los adolescentes con apego seguro presentan una menor cantidad de síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, somatización, etc.) y externalizantes (problemas de conducta, hiperactividad, etc.), que los adolescentes con apego inseguro (Nishikawa, Sundbom y Hägglöf, 2010 en Balluerka *et al*, 2011). En el grupo de apego inseguro, los adolescentes con apego preocupado se caracterizan por presentar síntomas internalizantes (Ronnlund y Karlsson, 2006), mientras que el apego evitativo ha mostrado mayor vinculación con la sintomatología externalizante (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009).

La hipótesis central de la teoría del apego es que las relaciones tempranas entre padres e hijos son los prototipos de las relaciones amorosas de la adultez. Algunos autores mencionan que el apego a la madre o cuidador primario es sólo uno, el primero de tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo sería en la adolescencia tardía, la búsqueda del segundo objeto: la pareja. El tercero sería hacia el hijo o hijos. (Gómez Talavera, 2012).

Las puntuaciones T de los factores del CaMir-R (Balluerka et al., 2011) pueden ser consideradas como estimaciones de los estilos de apego; por ello en primer lugar, se ha de partir de la concepción teórica de estrategias de apego propuesta por Main (1990). Según esta autora, desde un punto de vista evolutivo y de regulación emocional, existen dos estrategias básicas de apego, una estrategia primaria y una estrategia secundaria. Dichas estrategias se organizan al inicio de la vida y se actualizan a los largo de todo el ciclo vital con las sucesivas figuras de apego.

Para Main, la persona nace con una predisposición primaria a vincularse de manera segura con una figura de apego. Cuando el sistema de apego del bebé es activado, muestra conductas de apego dirigidas a esas figuras. La respuesta sensible de las figuras de apego, permite que el bebé recupere la homeostasis, disminuya su ansiedad y desactive su sistema de apego. Sin embargo, cuando la respuesta no es sensible, la conducta de apego del infante se mantiene activada y su ansiedad no se reduce. Entonces el bebé despliega una estrategia secundaria, para tratar de resolver esta situación. La estrategia secundaria es bipolar y consiste o bien en mantener una alta activación emocional para asegurarse la disponibilidad de las figura de apego (estilo de apego preocupado), o bien en tratar de desactivar el sistema de apego para reducir la desregulación emocional (estilo de apego evitativo).

Es así que debe determinarse en primer lugar la estrategia primaria del sujeto. Para ello, se ha de evaluar si las puntuaciones del sujeto se corresponden con un estilo de apego seguro o inseguro (estrategia primaria). Solo en el caso que el estilo de apego sea inseguro (lo que supone el fracaso de la estrategia primaria), se considerará un estilo de apego inseguro (estrategia secundaria). En el CaMir-R, la evaluación de la estrategia primaria se hace a partir del factor 1 Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Según los resultados del estudio de Balluerka et al. (2011), este factor correlaciona positivamente con el estilo de apego seguro y negativamente con el estilo de apego inseguro. Si la puntuación en la dimensión Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego alcanza la puntuación T de corte de 50 o más, el estilo de apego es seguro. En definitiva, se considera que aquellos sujetos con una puntuación T igual o superior a 50 en la dimensión de seguridad del apego presentan un estilo de apego seguro. Ellos se caracterizan por la confianza en sí mismos y en los demás, comparten y expresan

los sentimientos abiertamente, catalogan las experiencias cercanas y las relaciones interpersonales como satisfactorias y le dan importancia a la estructura familiar.

Si es inferior a 50 se considera que su estilo de apego es inseguro. Es este caso debe pasarse a evaluar la estrategia secundaria, que se calculará en función de la dimensión de apego inseguro que presente la puntuación más alta.

Entonces, se considera que los sujetos que obtengan puntuaciones inferiores a 50 en la dimensión de seguridad del apego presentan un estilo de apego inseguro. Esos adultos se caracterizarían por mostrar sentimientos de rechazo y/o carencia emocional, realizan descripciones negativas de las experiencias pasadas y la relación con sus los padres o cuidadores se caracteriza por ser deficitaria en el soporte parental, insensible y abusiva o indiferente.

Entre los sujetos con un apego inseguro, la persona será clasificada con un estilo de apego preocupado o evitativo dependiendo de su puntuación en las dimensiones de preocupación y evitación del apego del CaMir-R.

Si el sujeto presenta una puntuación mayor en las dimensiones de preocupación (factores 2 y 3, Preocupación familiar e Interferencia de los padres, respectivamente) que en la dimensión de evitación (factor 6, Autosuficiencia y rencor contra los padres), se considera que presenta un estilo de apego inseguro preocupado. Esas personas se caracterizan por estar continuamente preocupados por las relaciones familiares, tienen dificultades para separarse de sus seres queridos, temen ser abandonados, muestran dificultades en la autonomía personal y consideran que tienen dificultad para superar experiencias de pérdida. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con

dichas figuras de apego. Dicha ambivalencia contribuye a mantenerlos atrapados en las relaciones familiares.

Debe resaltarse que, tal y como se pudo comprobar en el estudio de validación del instrumento CaMir-R (Balluerka *et al*., 2011), mientras que la dimensión 3 Interferencia de los padres presentaba una clara correlación positiva con el Prototipo de apego preocupado y negativa con el Prototipo de apego seguro, la dimensión 2 Preocupación familiar presentó una correlación positiva de pequeña magnitud con el Prototipo de apego preocupado y no se obtuvo una correlación negativa con el Prototipo de apego seguro. En base a ello, aunque ambas dimensiones remiten al apego preocupado, en los análisis a realizar se aconseja tomar la dimensión Interferencia de los Padres como referencia del apego preocupado. O sea, cuando la puntuación en la dimensión Interferencia de los padres sea mayor que la puntuación en la dimensión Autosuficiencia, se considera que presenta un estilo de apego preocupado.

No obstante debe resaltarse que, si algún clínico o investigador aplica el CaMir-R en una muestra de adultos, y le interesara tomar como referencia de las características del apego preocupado las dificultades de separación de las figuras parentales, más que la ambivalencia hacia ellas, podría usar la dimensión Preocupación familiar como contraste, siempre que aporte datos adicionales de validez. Además, la dimensión Preocupación familiar correlaciona negativamente con el Prototipo de apego evitativo, lo que se ajusta al modelo bipolar de la estrategia secundaria de Main (1990).

Si por el contrario, el sujeto presenta una puntuación mayor en la dimensión de evitación (factor 6, Autosuficiencia y rencor contra los padres) que en las dimensiones de preocupación, se considera que muestra un estilo de apego inseguro evitativo.

Estos jóvenes/adultos reflejan una postura defensiva en lo que se refiere a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver los proble-

mas y se definen a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones. Las relaciones, tanto del pasado como del presente, son descritas como restrictivas y, en la mayoría de los casos, los recuerdos infantiles han sido olvidados.

Asimismo, debe resaltarse que, a pesar de que el CaMir-R no evalúa el apego desorganizado, una alta puntuación en la dimensión 7, Traumatismo infantil, sugiere que el sujeto presenta indicadores de un apego desorganizado. Esto requeriría su confirmación pertinente a través de la aplicación de otros instrumentos, tales como la Entrevista de apego para adultos (Main *et al*, 1985).

5.3 Apego, TDAH e Impacto Familiar

Se han encontrado tres trabajos de referencia en la literatura, específicos en el tema de hiperactividad y apego. El primero es un estudio de casos (Stiefel, 1997) con niños con diagnóstico de TDAH, en el que se concluye que existirían dos patrones de apego que parecen ser relevantes en relación a este trastorno TDAH: en primer lugar un patrón ansioso-preocupado y en segundo lugar uno caracterizado por la desorganización (que reflejaría mayor patología parental y factores sociales adversos). Este estudio también destaca que las madres de los niños con TDAH se muestran inseguras y estresadas en su rol maternal y que durante su propia infancia experimentaron un modo de relación con sus padres que no desean repetir con sus hijos, específicamente percibían la relación con sus madres como distante o conflictiva por lo que sus representaciones internas del vínculo les dificultan encarar su rol con suficiente confianza (Stiefel, 1997).

En otro trabajo se informa un estudio con 38 niños, estableciendo un grupo control y otro clínico con diagnóstico de TDAH, concluyendo que las respuestas de los niños con TDAH a las pruebas aplicadas, reflejan una historia vincular en la que los padres o

cuidadores fueron poco accesibles y poco receptivos a las necesidades del niño (Stiefel, 2002). El patrón vincular inseguro en este grupo se caracterizaría por una alta expresividad emocional y fuertes afectos fuera de control, lo que sería consistente con un estilo vincular ansioso ambivalente o desorganizado como predominante en el grupo de niños con TDAH. Los autores señalan también la importancia de considerar intervenciones a nivel de la relación entre los padres y el niño en los casos en los que el vínculo se encuentre afectado (Clarke *et al*, 2002).

Otros autores (García Quiroga e Ibáñez Fanes, 2007) reportan un estudio que explora las representaciones internas del vínculo en niños con diagnóstico de TDAH y en sus madres, mediante la aplicación de pruebas de evaluación. Los resultados señalan diferencias significativas entre el grupo control y el clínico en cuanto al vínculo madre-hijo, discutiendo las implicancias clínicas de estos resultados y la necesidad de considerar los estilos vinculares en el tratamiento de los niños con TDAH.

Sin embargo, se han encontrado escasos estudios publicados en los que se evalúe por el estudio del vínculo padre-hijo, o bien la relación impacto familiar en familias en las que un niño tiene TDAH.

5.4 Intervención en el fomento del apego

Se considera importante intervenir en el fomento del apego con padres de niños que a edades tempranas comiencen a sufrir algunos síntomas característicos de TDAH, ya que se ha observado una asociación entre TDAH y trastorno del vínculo (Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel, 2002). Las investigaciones concluyen que tanto las madres como sus hijos presentan mayores niveles de un estilo de apego inseguro que lo hallado en población no clínica (García e Ibáñez, 2007). En ese estudio en la población

clínica, han evidenciado mayores interrupciones en las relaciones de apego en niños TDAH que las encontradas en muestra clínica que no cumple los criterios para este diagnóstico (Conway, Oster y Szymanski, 2011). Los investigadores constatan que tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de competencias en donde los TDAH tienen dificultades, algunas de estas competencias son la atención sostenida (Fonagy y Target, 2002), persistencia en la resolución de los objetivos a cumplir en una tarea, demora de la recompensa (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi y Ziegenhain, 1997), habilidades de autorregulación de los afectos y de sus conductas (Marrone, 2008), capacidad para regular el estrés, y en la función reflexiva o mentalizadora (Rosnay y Harris, 2002).

Se ha observado un patrón vincular inseguro en el grupo de TDAH que se caracterizaría por una alta expresividad emocional y fuertes afectos fuera de control, lo que sería consistente con un estilo vincular ansioso ambivalente o desorganizado (Clarke y col., 2002). Teniendo en cuenta los diversos subtipos del trastorno según el DSM-IV, los autores han constatado que los niños diagnosticados del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado, obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento, en vínculo inseguro del tipo ansioso ambivalente o evitativo (Finzi, Manor y Tyano, 2006). Por tanto, la intervención en el fomento de un apego seguro en los casos de TDAH puede ayudar al desarrollo de las competencias anteriormente señaladas, como también contribuye a evitar que se agrave la sintomatología (Santurde del Arco y Del Barrio Del Campo, 2013). Se ha observado que los niños con TDAH que a su vez cuentan con un apego seguro consiguen un mejor desarrollo a nivel cognitivo y afectivo. En esos casos, se especifican mejores resultados en la regulación y expresión de los afectos, así como una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones (García e Ibáñez, 2007).

Si bien hace varios años se ha estudiado la relación entre el TDAH y un patrón vincular inseguro, son pocos los trabajos que referencian intervenciones específicas en el fomento del apego para padres con hijos que a edades tempranas comiencen a mostrar algunos síntomas característicos del TDAH. Es muy importante para una evolución satisfactoria de niños y adolescentes con una probable sospecha de TDAH, que se estudie el tipo de apego que se ha establecido entre la figura de apego y el niño/adolescente. Asimismo, y en caso que se constate un estilo de apego inseguro, debería ponerse en práctica programas para solamente los niños/adolescentes; los padres/madres, o ambos (niños/ adolescentes y padres/madres), con un enfoque de tratamiento en el apego para:

- Prevenir
- Mejorar el estilo de apego de la persona en un momento dado de su vida (tratamiento para amortiguar las consecuencias de ese estilo),
- Intervenir sobre las consecuencias relacionadas con el desarrollo de un determinado tipo de apego (reparatorio).

Para los profesionales de la salud que intervienen en el diagnóstico y seguimiento del trastorno, se propone implementar intervenciones en apego en las dinámicas actuales que se realizan con el TDAH, puesto que no se puede obviar la relevancia que tiene el apego, tanto respecto a la salud en el desarrollo humano, como también en el desarrollo de algunas competencias en donde los niños/adolescentes e incluso adultos con TDAH tienen dificultades.

5.5 Antecedentes en aspectos metodológicos

El diagnóstico del TDAH ha sido abordado básicamente desde la clínica, con un mayor énfasis en el aspecto biológico y en consecuencias de la enfermedad, desde la

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Anexo 1; World Health Organization, 1992), el Manual Diagnostico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-V y fenómenos de comorbilidad, los cuales no están enmarcados directamente en la conceptualización actual del modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF, de la Organización Mundial de la Salud - OMS (World Health Organization, 2001), bajo el cual se deben mirar las condiciones de salud.

La CIF describe el funcionamiento humano como un término genérico que incluye actividades y participación social, indicando los aspectos positivos de la interacción de un individuo en una condición de salud especifica con los factores contextuales ambientales y personales que lo determinan. Igualmente aborda el termino discapacidad, como aquel que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, describiendo los aspectos negativos de dicha interacción. Asi, la clasificación pretende reflejar la situación real del funcionamiento humano, en la que definitivamente son sustanciales las consecuencias de la condición de salud misma y los entornos físico y social.

El término “discapacidad”, que antes había sido formulado como parte de las consecuencias de la enfermedad, ha sido reemplazado en esta clasificación por el termino neutro “actividad”, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “limitaciones de la actividad”; el término “minusvalía”, como connotación de desventaja social respecto al fracaso en el desempeño de roles, ha sido reemplazado por un término más positivo, el de “participación”, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “restricciones en la participación”.

Para evaluar el impacto familiar Donenberg y Baker (1993) desarrollaron un cuestionario destinado a ser aplicado a los padres. Este instrumento evalúa la repercusión

que los niños ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Consta de 50 ítems en total, de los cuales 48 tienen cuatro alternativas de respuesta (nunca, algunas veces, casi siempre) y los dos últimos tienen siete alternativas de respuesta (desde Nunca, hasta Siempre). Los 48 primeros están divididos en cinco categorías: la primera se compone de 15 ítems referidos a los sentimientos y actitudes de los padres hacia su hijo; la segunda se compone de 10 ítems relativos al impacto del hijo sobre la vida social de la familia; la tercera se compone de siete ítems referidos a las repercusiones del niño en el ámbito económico; la cuarta se compone de siete ítems que analizan el impacto del hijo sobre la relación de pareja; y la quinta categoría se compone de nueve ítems relacionados con el impacto del niño sobre los pares. Los dos últimos ítems hacen referencia a cuestiones generales relacionadas con el grado de dificultad de vivir con el hijo y la influencia que ejerce éste sobre la familia.

El cuestionario de Impacto familiar ha mostrado una escala de confiabilidad de 0,82 a 0,92 en las pruebas de validación.

La seguridad de apego en niños ha sido evaluada mediante el Atachement Q Set (AQS) Versión 3.0 (adaptado de Waters, 1995), un instrumento que está compuesto por 90 ítems que describen diferentes conductas del niño. Sin embargo, este instrumento no es útil para adolescentes y adultos.

En este trabajo se utilizó la versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R; Balluerka, N. et al, 2011) que es una versión adaptada de la que mide las representaciones de apego (Pierrehumbert *et al*, 1996).

Cabe suponer que los adolescentes de la muestra clínica utilizada por Balluerka *et al*, 2011 y, en mayor medida, los de la muestra de maltratados, hayan tenido dificultades para informar acerca de sus experiencias de apego pasadas y presentes, dado que las pueden vivenciar como traumáticas. Además, independientemente del colectivo al que

pertenezcan, el hecho de informar acerca de experiencias pasadas puede restar fiabilidad a la información.

La versión original (CaMir) es un instrumento de 72 items. Balluerka *et al*, 2011 han concluido que la versión reducida (CaMir-R) resulta muy útil para evaluar las representaciones de apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, preocupación familiar, interferencia de los padres, autosuficiencia y rencor hacia los padres, y traumatismo infantil) y de la estructura familiar (valor de la autoridad de los padres, permisividad parental) mediante una administración más rápida y sencilla. El Camir-R tiene un formato sencillo por lo que puede ser aplicado en unos 20 minutos, lo que favorece su utilización como instrumento en psicología clínica o educativa.

En este cuestionario el participante debe seleccionar en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Muy de acuerdo, 5= muy en desacuerdo) diferentes proposiciones.

Este instrumento se considera adecuado dado que se ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas para evaluar representaciones de apego en adolescentes y adultos jóvenes, a pesar de que adolece de las limitaciones asociadas a la aplicación de un instrumento retrospectivo. Ha sido demostrado que este cuestionario presenta niveles adecuados de validez y fiabilidad (Gómez Talavera, 2012).

En lo que respecta a la estimación de estilos de apego, se ha demostrado (Balluerka *et al*, 2011, Lacasa y Muela, 2014) que el instrumento puede permite evaluar apego seguro, evitativo y preocupado de acuerdo a:

- Los encuestados informan sobre el soporte emocional y la seguridad esperada y encontrada en los otros (apego seguro).
- Son partidarios de la autosuficiencia e independencia (apego evitativo).
- Se sienten inmersos en relaciones que atentan a su autonomía (apego preocupado).

En lo que respecta al apego desorganizado, éste implica períodos de análisis del razonamiento o el discurso, por lo cual este estilo de apego no puede ser evaluado por el autoinforme CaMir-R.

CAPITULO 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo General

Evaluar el impacto en familias con niños que padecen TDAH, y su relación con el apego de ellos y sus padres.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar el impacto sobre diferentes áreas del funcionamiento de familias con niños/adolescentes con TDAH diagnosticado, a partir de las percepciones de sus padres/madres.
- ✓ Evaluar las representaciones de apego en padres de niños con TDAH diagnosticado.
- ✓ Analizar la relación entre Impacto familiar y las representaciones de apego de los padres/madres de niños y adolescentes con TDAH diagnosticado.

Hipótesis

1. Los niños con diagnóstico de TDAH repercuten sobre diferentes áreas del funcionamiento de sus familias.
2. Existe una relación directa entre tipo (representación) de apego en madres/padres y el Impacto familiar de niños/adolescentes con TDAH diagnosticado.

CAPITULO 7

DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio es de tipo descriptivo y correlacional, y se basa en un diseño no experimental. Responde a un análisis tanto de tipo cualitativo como cuantitativo (estadístico), con la aplicación de dos instrumentos.

Además, se realizaron entrevistas no estructuradas a padres, como complemento de los instrumentos aplicados (ver más adelante) para una posterior triangulación de los datos.

7.1 Población de estudio

La población la conformaron los padres y madres/cuidadores y sus hijos (niños y niñas) con diagnóstico clínico de TDAH tipo combinado confirmado por el profesional médico de la ciudad de Olavarría

7.2 Muestra

La selección y obtención de la muestra se realizó a través de un muestreo No Probabilístico y por conveniencia de acuerdo a las características necesarias para el estudio. Consiste en 31 niños/adolescentes de entre 6 y 15 años, pacientes con TDAH diagnosticado de un consultorio particular de la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires; y los padres/madres de los niños quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

7.3 Instrumentos

1.- Evaluación médica, incluyendo anamnesis exhaustiva, un examen físico, Electroencefalograma, Tomografía computada cerebral, Resonancia magnética cerebral. Luego se utilizaron los Criterios de diagnóstico de TDAH según la DSM-V y CIE 10.

2.- Los padres cumplimentaron igualmente el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker, 1993. Este instrumento se utiliza para evaluar la repercusión que los niños/adolescentes ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar.

3.- Se aplicó el cuestionario CaMir-R destinado a las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar.

7.4 Identificación de las variables

Las variables son:

- Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad y,
- Repercusión que los niños con TADH ejercen sobre el núcleo familiar.
- Seguridad de apego o vinculación afectiva (de padres/madres y/o cuidador/es)

7.5 Definición conceptual de las variables

Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH): Cuadro de evolución crónica, que interfiere con las capacidades individuales de inhibir el comportamiento (impulsividad), de funcionar eficientemente en actividades orientadas a un objetivo (desatención) y/o de regular el nivel de actividad (hiperactividad) de un modo apropiado para la etapa de desarrollo que se cursa.

Impacto familiar: Entendido como asimilación del diagnóstico de TDAH en su hijo/a, y como respuesta del sistema familiar incluyendo el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos, padre-madre, y niño con TDAH y hermanos.

Seguridad de apego: Se evalúa por la descripción de diferentes conductas del niño las cuales son clasificadas a partir de la observación natural de la interacción con su madre, o a partir del reporte de la conducta del niño realizada por otra persona.

7.6 Definición operacional de variables

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad:

1.- El diagnóstico está hecho en base a las normas descritas por American Psychiatric Association en el DSM-V complementados con el CIE-10 (Anexo 1 y 2).

Impacto familiar

Se midió utilizando el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker, 1993. Este instrumento consta de 50 ítems en total (Anexo 3) que miden la percepción del impacto familiar del niño en sus familias, de los cuales 48 presentan cuatro alternativas (casi nunca, algunas veces, muchas veces y casi siempre) y los dos últimos tienen siete alternativas de respuesta (desde mucho más fácil hasta mucho más difícil). Utiliza una escala Likert, con opciones: Nunca, En ocasiones, Casi siempre y Siempre; y con un valor para cada opción de 0, 1, 2 y 3, respectivamente para las primeras seis dimensiones, a saber:

1.- Sentimientos y actitudes hacia el hijo positivas o negativas.

2.- Impacto en la vida social.

3.- Impacto económico/financiero.

4.- Impacto en la relación matrimonial.

5. Impacto en la relación entre hermanos,

6. una última dimensión en la que se incluyen dos ítems de cuestiones generales relacionadas con el grado de dificultad de vivir con su hijo-TDAH, y la influencia que éste ejerce sobre la familia. En este caso hay siete opciones (Muy sencillo a Mucho más difícil; y Mucho menos positivo a Mucho más positivo, respectivamente), con valores de 0 a 6.

El instrumento contiene un primer espacio en el cual se registran los datos de la familia, tales como nombre, edad, escolaridad, numero de hermanos, orden de nacimiento, edad de la madre y del padre, estado civil.

En una primera etapa, el instrumento se probó con tres madres/padres de características similares a los de la muestra (antes de hacer las mediciones definitivas), a fin de evaluar la confiabilidad del mismo.

Seguridad en el apego

a) Se aplicó el cuestionario CaMir-R, el cual se basa en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar, tiene formato tipo Likert y consta de 32 items en los que se identifican siete dimensiones, a saber:

   1.- Seguridad: disponibilidad y apoyo a las figuras de apego

   2.- Preocupación familiar

   3.- Interferencia de los padres

   4.- Valor de la autoridad de los padres

   5.- Permisividad parental

   6.- Autosuficiencia y rencor contra los padres

   7.- Traumatismo infantil

El cuestionario presenta buenos índices de consistencia interna que oscilan entre 0,6 y 0,85, y validez convergente y de decisión. Con excepción de la dimensión de «Permisividad parental», que no mostró una buena fiabilidad, los resultados sugieren que el CaMir-R permite evaluar las representaciones de apego y la concepción acerca del funcionamiento familiar de forma válida y fiable (Balluerka *et al*, 2011).

En este trabajo se aplicó el cuestionario CaMir-R a los padres de 13 niños/adolescentes con TDAH diagnosticado, en lo que corresponde a las 7 dimensiones. Sin embargo, sólo se utilizó la dimensión *Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego*, a los efectos de determinar si el estilo de los padres era seguro o inseguro; y en el caso de apego inseguro, si era de estilo evitativo o preocupado.

b) Se complementaron los estudios con entrevistas a madres/padres**.**

7.7 Consideraciones éticas

Se contó con la participación de padres/madres en forma voluntaria, a los cuales se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 5) de los mismos, y el asentimiento de los niños. Durante todo el trabajo de campo se respetaron los principios éticos para investigaciones con seres humanos de la Declaración de Helsinki y la resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional. Se procuraron las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad de los participantes, y con fines exclusivamente científicos académicos.

7.8 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del presente estudio se puede mencionar el reducido tamaño de la muestra por las dificultades encontradas cuando se trabaja en población clínica, por lo que sería importante ampliar el tamaño muestral para generalizar los resultados, sobre todo en la aplicación del cuestionario CaMir-R. Asimismo, el no contar con una muestra control constituye otra limitación del presente estudio.

7.9 Procedimiento

En tres días diferentes del mes de agosto de 2019 se citaron a dos grupos de 10 padres/madres cada uno y un grupo de 11 padres/madres (31 en total) previamente seleccionados. En todos los casos asistieron las madres, a las que se les aplicó el Cuestionario de Impacto Familiar (Donenberg y Baker, 1993).

Asimismo, a cinco de ellas (dos de ellas un día y a otras tres el segundo día) se les efectuó una entrevista no estructurada de investigación, con la finalidad de corroborar algunos aspectos del impacto que su hijo con TDAH ejercía sobre el grupo familiar, y de dimensiones en las que se encontró disidencia.

Al mes siguiente, en setiembre de 2019, se aplicó en instrumento CaMir-R a 13 padres/madres a los cuales ya se les había aplicado en Cuestionario de Impacto Familiar, a los efectos de evaluar las representaciones del apego de los mismos.

7.10 Análisis de datos

Se determinaron en primer lugar las características demográficas de las familias de los niños con TDAH, a fin de establecer luego una correlación con los resultados.

El análisis se efectuó con descripción de medidas de tendencia central (medianas) en cada una de las dimensiones del Impacto familiar. Los rangos fueron la medida de dispersión utilizada.

En el caso del Cuestionario CaMir-R se realizó el análisis ítem-test. Se describieron las medias para cada dimensión y las desviaciones estándar como medida de dispersión. Para conocer los resultados del cuestionario, las puntuaciones del padre/madre se utiliza una Tabla Excel, a partir de la cual se obtienen las puntuaciones T de las dimensiones de apego.

Se correlacionaron los resultados obtenidos de las representaciones de apego en padres/madres con los resultados correspondientes a impacto familiar sobre familias con niños/adolescentes con TDAH, utilizando el paquete estadístico INFOSTAT.

CAPITULO 8

RESULTADOS

8.1 TDAH

Para analizar lo planteado en el primer objetivo se estudiaron padres/madres de 31 pacientes de un consultorio pediátrico privado a los cuales se les había diagnosticado TDAH, a fin de evaluar las repercusiones que tiene el sindrome en diferentes ámbitos familiares (Sentimientos y actitudes de los padres, economía familiar, relaciones de pareja, relaciones entre hermanos).

El promedio de edad de los niños cuyos padres fueron encuestados fue de 10,4 años, de los cuales el 74,2 % (23) corresponden al sexo masculino y el 25,8 % (8) al sexo femenino, tal cual lo esperado según referencian numerosos trabajos publicados (Tabla 5).

La edad promedio de las madres es de 38,3 años, y de los padres de 42,2 años.

La escolaridad va desde primer grado (2 niños), hasta cuarto año de secundario (1 niño), con prevalencia de niños en quinto grado (7).

En el número de hermanos la mediana fue de 2 con un rango de (1 -5), mientras que para el orden de nacimiento se encontró una mediana de 2 con un rango de (2-4).

Tabla 5. Características de las familias de niños con TDAH

Variable	Valores de diferentes características de familias de niños con TDAH
Edad del menor	10,4 años
Sexo	
Masculino	73,3 % (22)

Femenino	26,7 % (8)
Escolaridad Primaria	
Primer grado	2 (6,4 %)
Segundo grado	1 (3,2 %)
Tercer grado	5 (16,1 %)
Cuarto grado	4 (12,9%)
Quinto grado	8 (25,8 %)
Sexto grado	3 (9,7 %)
Escolaridad Secundaria	
Primer año	2 (6,4 %)
Segundo año	2 (6,4%)
Tercer año	3 (9,7 %)
Cuarto año	1 (3,22 %)
Edad de la Madre	38,3 años
Edad del Padre	42,2 años
Estado civil	
Casados	27 (87,1 %)
Solteros	1 (3,2%)
En concubinato	1 (3,2%)
Separados	2 (6,4 %)
Escolaridad padres	
Secundario madres	17 (54,8%)
Terciario madres	14 (45,2%)
Secundario padres	18 (58,0 %)

Terciario padres	12 (38,8%)
Universitario padres	1 (3,2 %)
Número de hermanos*	2 (1-5)
Orden de nacimiento*	2 (2-4)

*Mediana y rango

En lo que respecta a educación de los padres, un 54,8 % de las madres y un 58 % de los padres tienen estudios secundarios finalizados; un 45,2 % de madres y un 38,8 % de los padres tienen estudios terciarios finalizados, y un padre tiene estudio universitario (3,2 %). En todos los casos las familias se pueden caracterizar como de nivel socioeconómico medio.

De los resultados obtenidos se ha analizado la percepción de los padres de 31 niños de entre 6 y 15 años con TDAH diagnosticado. En la Tabla 6 se detalla la percepción de los padres del impacto familiar con niños que padecen el síndrome de TDAH.

Tabla 6. Percepción de los padres del Impacto en Familias con niños TDAH.

Dimensión[a]	Percepción de los padres/madres
Sentimiento y actitudes	18 (15-30)
Vida social	11 (3-23)
Impacto financiero	11,5 (0-15)
Relación Matrimonial	9 (0-15)
Relación entre hermanos	9 (3-20)
Dificultad de vivir con el niño*	5 (0-6)
Influencia sobre la familia*	1 (0-6)
Puntuación Global	67 (45-83)

[a] Resultados en Mediana y rango; *87,1 % opción Muy difícil y *74,2 % opción Menos positivo

Al analizar los resultados obtenidos en este trabajo, se pueden considerar diferentes categorías.

Tabla 7. Información de los padres de niños con TDAH sobre Sentimientos y actitudes.

Item	%
Estrés	35,4
Frustración/Ira	12,9
Efectivos, competentes	19,3
Mejor padre	35,5
No manejo del comportamiento	25,8

La observación del Impacto que produce el TDAH sobre el sistema familiar, en la Dimensión Sentimientos y actitudes, y considerando los ítems (1,3,5,7,9,11,13; Tabla 7), surge que un 35,4 % sienten un elevado nivel de estrés, un 12,9 % siente que su hijo le produce siempre o casi siempre frustración o enojo, un 19,3 % se sienten menos competentes y efectivos como padres, un 25,8 % siente que no puede manejar el comportamiento de su hijo, y un 35,5 % cree que podría ser un mejor padre/madre.

Del análisis de las afirmaciones positivas del instrumento de Impacto Familiar, en la categoría Sentimientos y actitudes (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 y 15), puede resaltarse que si bien un alto porcentaje disfrutan pasar el tiempo con su hijo, jugar con él y sentirse orgulloso, hay un 30% de padres que dicen que nunca su hijo lo hace tener más energía, y que no responde a sus peticiones como padre.

Tabla 8. Resultados otros ítems Sentimientos y actitudes

Item	% Casi siempre/Siempre	% A veces	% Nunca
2.- Disfruto el tiempo que paso con mi hijo	13,3	86,7	-
4.- Mi hijo me ocasiona sentímientos de felicidad y orgullo	36,7	63,3	-
6.- Es fácil para mi jugar y divertirme con mi hijo	20	80	-
8.- Mi hijo me hace sentir más querido	43,3	56,7	-
10.- Mi hijo me hace sentir con más energía	10	60	30
12.- Mi hijo me hace sentir más seguro como padre	20	73,3	6,7
14.- Mi hijo hace lo que le digo que haga la mayor parte del tiempo	6,67	63,3	30
15.- Siento que sé cómo lidiar con el comportamiento de mi hijo la mayor parte del tiempo	13,3	63,3	23,4

Considerando la información obtenida del Cuestionario aplicado en la Dimensión Vida Social (Tabla 9), los resultados indican que un 45,1 % de los padres tienen dificultades para ir de compras con su hijo/a, un 35,4 % necesita explicar a terceros acerca del comportamiento de su hijo/a y un 45,1 % considera que el comportamiento de su

hijo/a le resta vida social. Asimismo, un 16,1 % dice visitar poco a familiares y amigos debido al comportamiento del niño/a, un 41,9 % se siente incómodo y un 25,8 % de los padres evita las salidas a restaurantes y espacios públicos.

Tabla 9. Información de los padres de niños con TDAH sobre vida social.

Item	%
Ir de compras	45,1
Dar explicaciones a otros	35,4
Restar vida social	45,1
Visitas a otros	16,1
Incomodidad	41,9
Evitar salidas	25,8

Los resultados obtenidos en la Dimensión Impacto familiar del niño con TDAH en el Aspecto económico (Tabla 10), indican que el 67,7 % de los padres/madres opina que tiene más gastos en servicios educativos y psicológicos de su hijo, un 48,4 % que cuesta más educar a sus hijos con TDAH que a los otros, y un 64,5 % cree que es más costoso cubrir gastos de medicamentos y atención médica.

Tabla 10. Información de los padres de niños con TDAH sobre economía.

Item	%
Costo psicoeducativo	67,7
Costo médico	64,5

Costo educación	48,4

En lo que respecta a la Dimensión Relación de pareja, un 12,9 % de los padres cree que tener un hijo con TDAH los ha separado, un 6,4 % de los padres presentan desacuerdos, un 32,2 % dicen tener mayores enfrentamientos entre ellos a causa de su hijo, y un 16,1% presentan desacuerdos en la crianza del niño con TDAH.

Tabla 11. Información de los padres de niños con TDAH sobre la relación de pareja.

Item	%
Separados	12,9
Desacuerdos	6,4
Enfrentamientos	32,2
Desacuerdos en educación	16,1

En estos resultados no han sido tenidas en cuenta dos afirmaciones positivas del Cuestionario (item 34 y 36; Tabla 12).

Tabla 12. Resultados otros ítems Relaciones de pareja

Item	% Casi siempre/Siempre	% A veces	% Nunca
34.- Mi esposo/a me apoya en la forma en la que manejo el comportamiento de mi hijo	36,7	56,6	6,7
36.- El educar al niño ha hecho que mi esposo/a y yo estemos más unidos.	80	10	10

Estos resultados estarían indicando un relativo acuerdo en el apoyo de la pareja en lo que respecta al hijo con TDAH, y un resultado positivo en lo que respecta a un refuerzo de la pareja considerando la educación del niño/adolescente.

Tabla 13. Información de los padres de niños con TDAH sobre las relaciones de ese niño con sus hermanos.

Item	%
Destroza objetos	22,6
Menos invitados	19,3
Avergonzados	22,5
Dificultades en participar en actividades	19,35

Considerando la categoría convivencia con los hermanos, el 22,6 % de los padres indica que el niño/niña con TDAH rompen o extravían juguetes de sus hermanos, un 19,3 % de los padres dicen que los hermanos invitan menos a sus amigos a la casa familiar, y un 22,6 % que esos hermanos se sienten avergonzados de su comportamiento frente a amigos. El 19,3 % de los padres afirman que el niño con TDAH dificulta e incomoda más a sus hermanos cuando participan de actividades conjuntas.

Tabla 14. Información de los padres de niños con TDAH sobre cuestiones de convivencia e influencia sobre la familia.

Item	%
Dificultades en la convivencia	87,1
Influencia negativa sobre la familia	74,2

El análisis de la sexta dimensión (grado de dificultad de vivir con su hijo TDAH, y la influencia que éste ejerce sobre la familia) permite observar que en este trabajo la mayoría de los padres señalan (87,1 %) que la convivencia con un niño con TDAH resulta mucho más difícil que con otros niños de su misma edad, y además también la mayoría de los padres (74,2 %) opina que el niño con TDAH produce una influencia negativa sobre el grupo familiar.

8.2 Representaciones de Apego en los padres

Para el segundo objetivo la muestra fue menor que la del estudio de Impacto familiar. Se utilizaron un menor número de padres/madres, concretamente 13, quienes también habían completado el Cuestionario de Impacto Familiar. Esos 13 padres/madres cumplimentaron el cuestionario CaMir-R, el cual mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar.

El promedio de edad de los niños cuyos padres fueron encuestados en este segundo estudio fue de 11,7 años de los cuales el 53,8 % (7) corresponden al sexo

masculino y otro 46,2 % (6) al sexo femenino. La edad promedio de las madres es de 40,6 años, y de los padres de 43,8 años.

La escolaridad va desde primer grado (1), hasta cuarto año de secundario (1), con prevalencia de niños/as en primer año (2).

Tabla 15. Puntuaciones medias y desviaciones de la muestra de padres de niños con diagnóstico de TDAH referidas a las representaciones de apego del Cuestionario CaMir-R.

Dimensiones	Media	DS
Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego	24,5	6,6
Preocupación Familiar	18,3	6,0
Interferencias de los padres	11,5	2,6
Valor de la autoridad de los padres	11,8	2,7
Permisividad parental	8,4	2,6
Autosuficiencia y rencor contra los padres	13,0	4,0
Traumatismo infantil	14,9	5,7

En el análisis de las dimensiones se observa mayor promedio en el ítem Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, seguido de las dimensiones Preocupación familiar, Traumatismo infantil y Autosuficiencia y rencor hacia los padres.

En el caso de Seguridad, hay un mayor puntaje en los indicadores “En caso de necesidad, estoy seguro(a) que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo”, y “Cuando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos” (ambos media=3,75).

En el caso de la dimensión Preocupación familiar, el mayor puntaje promedio se encuentra en el indicador “No puedo concentrarme en otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas” (media=3,66).

Si se analiza la dimensión Valor de la autoridad de los padres, el mayor puntaje promedio se observa en el indicador “En la vida en familia, el respeto a los padres es muy importante” (media= 4,41).

En el caso de la dimensión Interferencia de los padres, se encontró un mayor puntaje promedio en el indicador “Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido” (media=3,83).

En lo que respecta a la dimensión Permisividad parental se observa un mayor puntaje promedio en el indicador “Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería” (media=3,25).

Analizando la dimensión Autosuficiencia y rencor con los padres se observa un mayor puntaje promedio en el indicador “Detesto el sentimiento de depender de los demás” (media=3,5).

En de la dimensión Traumatismo infantil se aprecia un mayor puntaje promedio en el indicador “Cuando era niño había peleas insoportables en casa” (media=3,08). En este caso, debe tenerse en cuenta que una dinámica familiar asertiva logra seres humanos adaptados y estables emocionalmente.

De los resultados obtenidos en este trabajo, se consideran los correspondientes al ítem “Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego”, dado que tal como lo han informado en la literatura (Lacasa y Muela, 2014), ese factor se correlaciona positivamente con el estilo de apego seguro, y negativamente con el estilo de apego inseguro.

Así, se calculó el punto de corte de Seguridad del apego en la muestra de los 13 padres de niños y adolescentes con TDAH diagnosticado. Aquellos sujetos con puntuación T igual o mayor a 50 en la dimensión seguridad del apego presentarían un estilo de apego seguro. Los que tengan puntuaciones inferiores a 50 en la mencionada dimensión presentan un estilo de apego inseguro (Tabla 16).

Tabla 16. Puntuación T ≥ 50 como límite de apego seguro

Padre/Madre	Puntuación T	Apego (seguro/inseguro)	Tipo de apego inseguro
1	61,6	Seguro	-
2	53,9	Seguro	-
3	59,0	Seguro	-
4	23,1	Inseguro	Evitativo
5	17,9	Inseguro	Evitativo
6	17,9	Inseguro	Preocupado
7	25,6	Inseguro	Preocupado
8	51,3	Seguro	-
9	30,8	Inseguro	Evitativo
10	20,5	Inseguro	Preocupado
11	43,6	Inseguro	Evitativo
12	28,2	Inseguro	Evitativo
13	15,4	Inseguro	Evitativo

Del análisis de los resultados observados (Tabla 16) se desprende que un 30,8 % de los padres/madres de niños o adolescentes con TDAH a los que se les aplicó el cuestionario CaMir-R presentan apego seguro, y un 69,2 % apego inseguro.

A su vez, en los casos de los padres con apego inseguro, se identificaron los casos en los que ese tipo de apego es inseguro evitativo (un 66,7 %), o inseguro preocupado (33,3 %), Lacasa y Muela, 2014.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Darling Rasmussen *et al*, 2019 en el cual se estudiaron las Representaciones de Apego en madres con hijos diagnosticados con TDAH, informándose que los resultados indicaron una notable prevalencia de apego inseguro, tanto en los niños como en las madres.

CAPITULO 9

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

9.1 Discusión resultados TDAH

Se determinaron las características demográficas del sistema familiar con niños a los que previamente se les había detectado TDAH (Tabla 5). Luego se procedió a realizar el análisis del instrumento aplicado (Cuestionario de Impacto Familiar, Anexo 3), encontrándose que los padres refieren un importante Impacto Familiar en las dimensiones: vida social, aspectos económicos, relación matrimonial, relación con los hermanos, dificultad para vivir con el niño/adolescente con TDAH, e influencia sobre el grupo familiar.

En la Tabla 17 se comparan los resultados de las dimensiones de Impacto familiar de este trabajo con los correspondientes a los publicados por Straffon Vicent y Márquez Celedonio (2008) en un trabajo con 87 familias de niños con TDAH diagnosticado, y un grupo control con otras 87 familias de niños no hiperactivos. Si bien las diferencias pueden entenderse por contextos socioculturales distintos (niños en Veracruz, México) puede concluirse que la influencia sobre la familia (ítem 7) es mayor en este trabajo.

Tabla 17. Comparación percepción de los padres del Impacto en Familias con niños TDAH

Dimensión[a]	Percepción de los padres/madres De niños con TDAH Este trabajo	Percepción de los padres/madres De niños con TDAH Straffon Vicent, 2008	Percepción de los padres/madres grupo control Straffon Vicent, 2008
Sentimiento y actitudes	18	25	26
Vida social	12	8	0
Impacto financiero	11,5	5	1
Relación Matrimonial	9	6	6
Relación entre hermanos	9	7	6
Dificultad de vivir con el niño	5	4	1
Influencia sobre la familia	1	3	5
Puntuación Global	67	59	44

Resultados en Mediana

A los efectos de comparar los resultados con los informados por la literatura, se consideran los porcentajes obtenidos con los reportados por Roselló *et al*, 2003, en los ítems del Cuestionario Impacto familiar seleccionados por los mencionados autores, a

saber: cinco ítems de la dimensión Impacto familiar sobre Sentimientos y actitudes, seis ítems sobre la dimensión impacto familiar sobre vida social, tres ítems de la dimensión impacto familiar sobre aspectos económicos, cuatro ítems de la dimensión impacto familiar de niños con TDAH sobre la relación de pareja y cuatro ítems sobre la dimensión de impacto familiar de niños con TDAH sobre las relaciones de ese niño con sus hermanos. La sexta dimensión incluye dos ítems del cuestionario relacionados con el grado de dificultad de vivir con su hijo y la influencia que este ejerce sobre la familia.

A continuación se presentan tablas comparativas de las dimensiones estudiadas.

Tabla 18. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre Sentimientos y actitudes.

Item	% Este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Estrés	35,4	88,8
Frustración/Ira	12,9	44,4
Efectivos, competentes	19,3	22,2
Mejor padre	35,5	50,0
No manejo del comportamiento	25,8	75,0

Comparando los resultados de este trabajo con los de Rosello *et al*, 2003, puede observarse que en el ítem “Efectivos y competentes”, los porcentajes son del mismo orden, pero en los demás ítems hay marcadas diferencias (en general menor influencia en este trabajo).

Tabla 19. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre vida social.

Item	% Este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Ir de compras	45,1	33,3
Dar explicaciones a otros	35,4	55,6
Restar vida social	45,1	30,6
Visitas a otros	16,1	30,6
Incomodidad	41,9	63,9
Evitar salidas	25,8	27,8

Analizando los resultados de este trabajo y los de Roselló *et al*, 2003, y en la dimensión Vida Social, únicamente hay coincidencia en el ítem “evitar salidas” sociales, encontrándose en el resto marcadas diferencias.

Tabla 20. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre economía.

Item	% este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Costo psicoeducativo	67,7	66,7
Costo médico	64,5	38,9
Costo educación	48,4	50,0

De los resultados de la categoría del niño/a con TDAH en el terreno económico, se puede inferir que tanto Costo psicoeducativo como costo en educación son similares a

los reportados por Roselló et al, 2003. El costo médico en este trabajo resulta casi siempre o siempre más alto para la mayoría de los padres de la muestra (64,5 % frente al ll38,9 % reportado en la literatura).

Tabla 21. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre la relación de pareja.

Item	% Este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Separados	12,9	8,3
Desacuerdos	6,4	38,9
Enfrentamientos	32,2	50,0
Desacuerdos en educación	16,1	22,2

En la categoría Relación de pareja, existe cierta discrepancia en los porcentajes obtenidos en este estudio comparados con los de la literatura.

Tabla 22. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre las relaciones de ese niño con sus hermanos.

Item	% Este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Destroza objetos	22,6	36,0
Menos invitados	19,3	20,0
Avergonzados	22,5	12,0
Dificultades en participar en actividades	19,3	44,0

Del análisis de los resultados de la Tabla 22, se desprende que en el ítem “Menos invitados” (Los hermanos invitan menos a sus amigos a casa) los porcentajes coinciden con los de la literatura (Rosello *et al*, 2003), pero en el resto no hay coincidencia.

Tabla 23. Comparación información de los padres de niños con TDAH sobre cuestiones de convivencia e influencia sobre la familia.

Item	% Este trabajo	% Roselló *et al*, 2003
Dificultades en la convivencia	87,1	100
Influencia negativa sobre la familia	74,2	55,6

En el trabajo de Rosello *et al*, 2003 hay relativa coincidencia en general en el primer ítem (convivencia con un niño con TDAH es más difícil que con otros niños de su misma edad; 87,1 % y 100 %), pero los resultados difieren en el porcentaje de padres que opinan que el niño con TDAH produce una influencia negativa sobre el sistema familiar (55,6 % versus 74,2 % de este trabajo; Tabla 23).

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de que los niños con diagnóstico de TDAH ejercen repercusión sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Ese impacto medido por el Cuestionario de Impacto Familiar (Doneberg y Baker, 1993), fue confirmado por una entrevista no estructurada de investigación realizada a un 30% del total de la muestra, debido a que no se utilizó grupo control.

9.2 Resultados Apego

Considerando los valores de las puntuaciones medias obtenidas a partir del Cuestionario CaMir-R para representaciones de apego, se encontró mayor promedio en el ítem Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, seguido de las dimensiones Preocupación familiar, Traumatismo infantil y Autosuficiencia y rencor hacia los padres.

En el caso de Seguridad, hay un mayor puntaje en los indicadores “En caso de necesidad, estoy seguro(a) que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo”, y “Cuando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos” (ambos media=3,75), lo cual indicaría una mayor representación de las figuras parentales y/o de familia nuclear.

En el caso de la dimensión Preocupación familiar, el mayor puntaje promedio se encuentra en el indicador “No puedo concentrarme en otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas” (media=3,66). Esta dimensión permite interpretar las representaciones de apego relacionadas con la protección o el acercamiento a los integrantes de la familia frente a una dificultad, lo cual puede influir en su vida presente.

Asimismo, del análisis de los resultados de estilo de apego en padres/madres de niños/adolescentes con TDAH, se desprende que un 30,8 % a los que se les aplicó el cuestionario CaMir-R presentan apego seguro, y un 69,2 % apego inseguro. Estos porcentajes son similares a los obtenidos en la bibliografía (Darling Rasmussen, et al, 2019).

Cabe aclarar que el CaMir-R es un autoinforme que no evalúa el apego desorganizado, a pesar que una alta puntuación en la dimensión *Traumatismo infantil* podría sugerir que la persona presente indicadores de un apego desorganizado.

9.3 Relación Impacto Familiar y representaciones de Apego en padres/madres de niños/adolescentes con TDAH diagnosticado

A fin de analizar lo propuesto en el tercer objetivo, de la muestra de los 13 padres/madres a los que se les aplicó el cuestionario CaMir-R, se seleccionaron 10 correspondientes a madres que cumplimentaron los dos instrumentos.

En ese sentido, y acotando también los resultados del Cuestionario de Impacto Familiar al mismo número de familias, se observa que si bien es una muestra más pequeña, los resultados de las dimensiones son semejantes en lo que corresponde a Relación entre hermanos y dificultad para vivir con el niño/adolescente con TDAH a lo observado en la muestra total considerada en este trabajo en el trabajo, lo cual es razonable.

En la Tabla 24 se detallan los valores de las puntuaciones obtenidos de la aplicación de ambos cuestionarios a las 10 madres de niños/adolescentes. En el caso de representación de apego se consideró la dimensión Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego.

Tabla 24. Datos Impacto Familiar y Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego (madres).

Madre	Puntuaciones Impacto Familiar global	Puntuaciones Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego
1	69	34
2	66	20

3	57	18
4	49	21
5	66	18
6	45	32
7	64	31
8	70	19
9	64	28
10	53	17

La relación entre Impacto familiar y representaciones de apego para esa muestra fue evaluada aplicando el análisis de correlación de Pearson (α=0,05), encontrando un valor de $p >> \alpha$, por lo cual se concluye que la asociación lineal es no significativa.

Es por ello que se rechaza la segunda hipótesis, dado que el tratamiento estadístico de los datos permite concluir que no existe una relación directa entre la representación de apego de madres/padres y el Impacto Familiar de niños/adolescentes con TDAH.

Dado que resultó de interés analizar el efecto de la tríada (madre-padre-niño), se analizaron las representaciones de apego de dos casos, a saber:

Caso 1.- Madre de 36 años con apego seguro, padre de 38 años con apego inseguro (evitativo). Niña de 12 años con TDAH diagnosticado, cursa primer año de secundario, primera en orden de dos hermanos.

Considerando el Impacto familiar, los padres responden que es muy difícil vivir con la niña, y que su influencia sobre la familia es “menos positiva”, lo que indicaría un impacto relativamente negativo sobre el grupo familiar.

Caso 2.- Madre apego seguro, padre apego seguro, ambos de 50 años. Adolescente de 15 años con TDAH diagnosticado, cursa 4to. Año de secundario, segundo en orden de dos hermanos.

En lo que respecta a Impacto Familiar, llamó la atención que ambos padres respondieron no tener dificultad en convivir con ella, y que la influencia de la adolescente en la familia es “mucho más positiva”. En una entrevista posterior, la familia refiere que el primer hijo en orden de nacimiento presenta síndrome de Westt (retardo mental grave), lo cual justifica la clasificación del mencionado ítem en el cuestionario de Doneberg y Baker.

CAPITULO 10

CONCLUSIONES

Se estudió el Impacto sobre la familia de 31 pacientes a los que se les había diagnosticado TDAH de la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires, Argentina. Para ello se aplicó el Cuestionario de Doneberk y Baker (1993), a los efectos de analizar cómo repercute ese sindrome sobre diferentes ámbitos familiares. Asimismo, se analizaron las representaciones de apego de 13 padres/madres de pacientes con TDAH diagnosticado, a los que se aplicó el instrumento CaMir-R, un autoinforme que permite identificar diferentes tipos de apego en los padres/madres.

Los resultados obtenidos permiten concluir que:

- Se confirma la hipótesis de que los niños con diagnóstico de TDAH ejercen repercusión sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar, sobre todo en lo que respecta a vida social, economía, convivencia e influencia sobre la familia.
- La mayoría de los padres señalan (87,1 %) que la convivencia con un niño con TDAH resulta mucho más difícil que con otros niños de su misma edad, y además también la mayoría de los padres (74,2 %) opinan que el niño con TDAH produce una influencia negativa sobre el grupo familiar.
- Los niveles de estrés que surgen de la aplicación del instrumento, como así también de los resultados de una entrevista no estructurada de investigación a algunos padres, no son tan altos como era de esperar (35,4 %), probablemente como resultado de una modificación de la postura de los padres de niños/adolescentes con TDAH frente a la realidad familiar que viven.

- Comparando con lo reportado en la literatura (Roselló et al, 2003), si bien hay coincidencia en algunos de los ítems de las dimensiones analizadas, hay diferencias importantes en mayoría de ellos.
- Considerando los valores de las puntuaciones medias obtenidas a partir del Cuestionario CaMir-R para representaciones de apego, se encontró mayor promedio en el ítem Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, seguido de las dimensiones Preocupación familiar, Traumatismo infantil y Autosuficiencia y rencor hacia los padres. De ese modo, se pudo determinar teniendo en cuenta las puntuaciones T de la dimensión Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, que un 30,8 % presentan apego seguro.
- En los casos en los que se determinó que el apego es inseguro (un 69,2%), se evaluó la estrategia secundaria, calculada en función de la dimensión de apego inseguro que presentó la puntuación más alta. De ese modo se identificaron los casos en los que ese tipo de apego es inseguro evitativo (un 66,7 %), o inseguro preocupado (33,3 %). Estos resultados están de acuerdo con los encontrados en la literatura (Darling Rasmussen, *et al*, 2019).
- El tratamiento estadístico de los datos de Impacto Familiar y representaciones de apego (dimensión Seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego) permitió rechazar la segunda hipótesis, dado que no existe una relación directa entre la representación de apego de madres/padres y el Impacto Familiar de niños/ adolescentes con TDAH.
- En el desarrollo de este trabajo ha sido observada la relación del Apego seguro, en los padres de niños con TDAH, demostrado ello en la literatura, que sostener un vínculo seguro favorece el nacimiento de nuevas habilidades y estrategias, en el área emocional, en la resolución de conflictos interpersonales, en la regulación

del estrés, en la autoregulación y en la capacidad de afrontamiento en el sistema afectivo emocional que trascienden en las generaciones futuras.

Del análisis de resultados y su discusión, y las conclusiones obtenidas, surgen nuevos temas de investigación, tendientes a profundizar el presente trabajo. Por ejemplo, resultaría muy interesante realizar estudios con intervenciones utilizando el instrumento de Impacto familiar antes y después del tratamiento por un equipo interdisciplinario (pre y postest), con pacientes medicados y sin medicar.

Asimismo, quedaría como proyección realizar investigaciones en las que se analicen las representaciones de apego de padres de niños/adolescentes sin TDAH, a fin de confirmar los resultados obtenidos.

CAPITULO 11

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. and Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD (2011): *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, evaluation and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Pediatrics; 128:1007-22.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 46: 894-21.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulus AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. (1992), *Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder*. J Abnorm. Child Ps chol; 20: 503-20.
- Anastopoulos, A.D. (2001). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Hingham*, M.A., Kluwer Academic Publishers.
- Asamblea Mundial de la Salud, 45. (1992). 45ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra,

4-14 de mayo de 1992: resoluciones y decisiones: anexos. Organización Mundial de la Salud.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). *The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups.* Attachment & Human Development, 11(3), 223–263.

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011), *Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego,* [Short version of CaMir questionnaire (CaMir-R) to assess attachment]. *Psicothema, 23*(3), 486–494.

- Barkley, R. A., Grodzinsky, G. y DuPaul, G. J. (1992). *Frontal lobe functions in Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity: A review and research report*. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 163-188.

- Batstra, L. & Frances, A. (2012*). DSM-5 further inflates attention deficit hyperactivity disorder.* Journal of Nervous and Mental Disease, 200, 486-488.

- Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis's reinterpretation of parental firm control effects: Are authoritative families really harmonious? *Psychological Bulletin, 94* (1), 132–142.

- Benito, Y. & Alonso, J. (2004). *Sobredotación intelectual: definición e identificación*. Universidad Técnica particular de Loja.

- Bianchi, E. (2015), *Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).* Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos, 22 (3), 761-779.

- Bianchi, E. (2016), *Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM:*

¿hacia una nueva (a) normalidad, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14(1), 417-430.

- Birch, H. G. (1964). *Brain damage in children. The biological and social aspects*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Borod, J. C. (2000) *The Neuropsychology of Emotion.* Oxford University Press: New York. Brown, D. E. (1991) Human Universals. N.

- Boncour, P. (1905). *Les anomalies mentals chez les écoliers. Étude médico-pedagogique.* Paris: Alcan. Boucugnani, L.L. y Jones, R.W. (1989).

- Bourneville, E. (1897). Le traitement médico-pedagogique des différentes formes de l´idiotie. Paris: Alcan.

- Bowlby, J. (1969*), Attachment and Loss, 1*, Attachment, N. Y. Basic Book.

- Bowers, D., Bauer, R. M., & Heilman, K. M. (1993*). The nonverbal affect lexicon: Theoretical perspectives from neuropsychological studies of affect perception.* Neuropsychology, *7*(4), 433–444. https://doi.org/10.1037/0894-4105.7.4.433

- Bradley, J. M. & Cafferty, T. P. (2001). *Attachment among older adults: current issues and directions for future research.* Attachment & Human Development, 3, 200–221.

- Brisen, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: from theory to therapy*. The Guilford Press.

-Brody, E. (2004), The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies, World Psychiatry, 3(1): 54–55.

- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives.* Developmental Psychology, *22*(6), 723–742.

- Bryan, K. J. y Hale, J. B (2001*), Differential effects of left and right cerebral vascular accidents on language competency,* J. Internat. Neurological Soc., 7, 655-664.

- Cabanyes J. y Polaino-Lorente, A. (1997), *Tratamiento psicofarmacológico del trastorno de atención e hiperactividad,* Unión Editorial.

- Cassidy J. (1994), *Emotion regulation: influences of attachment relationships*, Society for research in child development, 59(2), 228-249.

- Castellanos, F. X. y Acosta, M.T. (2004), *Neuroanatomía del trastorno de atención con hiperactividad,* Revista de Neurología; 38 (Supl. 1): S131-136.

- Castillo, J. (2013), *Reseña de Introducción a la psicología social, WAA* (2004), Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró, 2(2), 227-230.

- Chess, S. (1960). *Diagnosis and treatment of the hyperactive child.* New York State Journal of Medicine, 60, 2379-2385.

- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Jonson, S. & Stiefel, I. (2002). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity,* Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7 *(2),* 179-198.

- Clouston, T.S. (1899*). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides*. Scottish Medical and Surgical Journal, IV, 481-490.

- Condemarin, M.E. Gorostegui., N. Milicia, (2004). *Déficit atencional. Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa.* 1° Edición, Ed. Planeta.

- Conrad, P. & Bergey, M. (2014), *The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder*. Social Science and medicine, 122, 31-43.

-Conway, F., Oster, M. & Szymanski, K. (2011) *ADHD and Complex Trauma: A Descriptive Study of Hospitalized Children in an UrbanPsychiatric Hospital*,

Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 10:1, 60-72.

- Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, Carrizosa J, Sanchez G, Grisales H, (2005), *Prevalencia del trastorno por deficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos.* Rev Neurol.; 40:716-22.

- Cornejo, W., Cuartas, M., Gómez-Uribe, L., Carrizosa, J., Rivas, I., Castillo, H., Bedoya, G. & Ruíz, A. (2004*). Clinical characterisation and power simulations to 1 detect genetic linkage in attention deficit hyperactivity disorder in Antioquian, Trafamilies*. Revista de Neurología, 38(4), 319-322.

- Craig, A.D. (2003), *Interoception: the sense of the physiological condition of the body* Current opinión in Neurobiology, 13, 500-505.

- Craig, A.D. (2004), *Human feelings: why are some more aware than others*? Trends in Cognitive Sciences, 8, 239-241.

- Critchley, H. D., Wiens, S.; Rotshtein, P. ; Ohman, A. Y Dolan, R. J. (2004), *Neural systems supporting interoceptive awareness,* Nature Neuroscience, 7, 189-195.

- Cutting, J. (1992), *The Role of Right Hemisphere Dysfunction in Psychiatric Disorders* Brit. J. Psychiatry, 160, 583-588.

- Danforth, J., Barkley, R. & Stokes, T. (1991). *Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications*. Clinical Psychology Review, 11, 703-722. -

- Darling Rasmussen, P., Bilenberg, N., Shmueli Goetz, Y., Simonsen, E., Bo Bojesen, A., & Storebø, O. (2019). *Attachment Representations in Mothers and Their Children*, 28. Journal of Child and Family Studies, 1018-1028.

- Darling Rasmussen, P., Bilenberg, N., Kirubakaran, R. & Jakob Storebø, O. (2020), *Mapping factors facilitating resilience in mothers – potential clinical*

relevance for children with ADHD, Nordic Journal of Psychiatry, DOI: 10.1080/08039488.2020.1748899 (Online 07-04-2020).

- Demoor, J. (1901). *Die anormalen kinder und ihre erziehliche behandlung in haus und schule.* Altenberg.
- Devinsky, O. (2000), *Relation of Cortical Language Distribution and Cognitive Function in Surgical Epilepsy Patients*, Epilepsia, 41 (4), 400-404.
- Donenberg G, Baker BL. (1993) *The impact of young children with externalizing behaviors on their families*. J Abnorm Child Psicol; 21: 179-98.
- 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.
- Dupré, E. (1909). *Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation.* Encephale, 8, 117-126.
- Durot, H. (1913). *Les arriérés scolaires. Conférences médico-pedagogiques*, Paris: Nathan.
- Faraone SV, Biederman J. (2004), *Using meta-analysis to draw conclusions about ADHD medication effects.* 17th ECNP Congress. Stockholm.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Aleardi M, Pagano C. (2003), *Using a meta -analysis to draw conclusions about ADHD medication effects*. 15th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. San Francisco, California.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Aleardi M. (2006), *Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis.* Med Gen Med; 8: 4.l
- Feinberg, T. E. y Keenan, J. P. (2005), *Where in the brain is the self?,* Consciousness and Cognition, 14, 661-678.

- Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. (2006), *ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns,* Child Psychiatry Hum Dev. Winter; 37(2):103-14.

- Fraley, RC (2016), *Attachment in adulthood: Recent developments emerging debates, and future direction,* Annual Review of Psychology, 70, 401-422.

- Gabbard, G. O. (2001), *A contemporary psychoanalytic model of countertransference*, Session: Psychotherapy in Practice, 57, 983-991

- García Quiroga, M. e Ibáñez Fanes, M., (2007), *Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo*, Revista Terapia Psicológica, 25, (2) 123-134.

- Garcia-Perez A, Exposito-Torrejon J, Martinez-Granero MA, Quintanar-Rioja A, Bonet-Serra B. (2005), *Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades*. Rev Neurol. 41:517-24.

- Gerdes, A. C, Hoza, B. & Pelmham, W. (2003). *Attention-deficit/hyperactivity disordered boy's relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions.* Development and Psychopathology, *15,* 363-382.

- Giovacchini, P. L. (1981), *Object relations, deficiency states, and the acquisition of psychic structure". In: Object and Self: a developmental approach*, Tutman, S.; Kaye C. Y Zimmerman,. (Editores), International Universities Press.

- Gómez Talavera, E. (2012) *Evaluación del apego en estudiantes universitarios*, Rev. Horiz Med Volumen 12(3), 42-46.

- González Costa, E. (2006), *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- González, R., Baker, R. y Rubiales, J. (2014), *Estilos parentales en niños y niñas con*

TDAH, Rev.latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv 12 (1): 141-158.

- Gratch, L. O. (2000*) El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez* (3a), Panamericana, Buenos Aires (2009).
- Graw Sevilla, M. D. (2007), *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*, Tesis Doctoral, Universitat de Valencia.
- Guifeng Xu, M.D., Lane Strathearn, M., Buyun Liu M.D., Binrang Yang M.D., Wei Bao, M.D. (2018), *Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016*, JAMA Network Open 2018; 1(4).
- Happaney, K; Zelazo, P. D. y Studd, D. T (2004), *Development and orbitofrontal function: Current themes and future directions*, Brain and Cognition, 55, 1-10.
- Herbert, M. (1964). *The concept and testing of brain damage in children: A review*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 5, 197-217.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Tesis de Medicina, Paris.
- Hofer, M. & Sullivan R. M. (2001). *Toward a Neurobiology of Attachment*. En Nelson, Ch. A. y Luciana, M. (Eds). Handbook of Developmental CognitiveNeuroscience. Massachusetts: MIT Press.
- Hofer, M. A. (2003), *The emerging neurobiology of attachment and separation. How parents shape their infant´s brain and behavior*. En S. W. Coates, J. I. Rosenthal D. S. Schechter (Eds.), Trauma and human bonds, The Analytical Press.
- Hoffmann, H. (1876). *Der Struwwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3–6 Jahren von Dr. Heinrich Hoffmann. 100 Auflage*. Frankfurt am Main: Literarische Anstalt (Rütten & Loening).

- Idiazabal-Alecha, M.A., Rodríguez-Vázquez, D., Guerrero-Gallo, D. y Vicent-Sardinero, X. (2005*), Utilidad de los potenciales evocados cognitivos en la valoración de la efectividad del tratamiento con metilfenidato en niños con trastorno de déficit de atención*. Revista de Neurología, 40 (1), 37-42.

- Jacobsen, T., Huss, M., Fendrich, M., Kruesi, M. J. P., & Ziegenhain, U. (1997). *Children's ability to delay gratification: Longitudinal relations to mother–child attachment*. The Journal of Genetic Psychology: Recerca and Theory on Human Development, *158*(4), 411–426.

- James, W. (1983/1890). *The principles of psychology*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

- Joselevich, E., (2000), *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad [A.D. /H.D.] en niños, adolescentes y adultos,* Ed. Paidós.

- Johnston C, Fine S, Weiss M, Weiss J, Weiss G, Freeman W. (2000*), Effects of stimulant medication treatment on motherss' and children's attributions for the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder,* J Abnorm Child Psychol; 28: 371-82.

- Johnston, A. N. B. & Rogers, L. J. (1998*), Right Hemisphere Involvement in Imprinting Memory Revealed by Glutamate Treatment* Pharmacol. Biochem, & Behav., 60, 863- 871.

- Johnson, R.C. y Medinnus, G.R. (1969*). Child Psychology: Behavior and Development* (2nd ed). New York: Wiley.

- Kahn, E. y Cohen, L.H. (1934). *Organic drivenness. A brain stem syndrome and an experience with case reports.* New England Journal of Medicine, 210, 748-756.

- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry* (3rd ed). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Kendall, P.C. (1998), *Directing misperceptions: Researching the issues facing*

manual-based treatments. Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 396-399.

- Kendall J. (1999), *Sibling accounts of ADHD.* Fam Process, 38: 117-36.
- Keown LJ y Woodward LJ. (2002), *Early parent-child relations and family functioning of preschool boy with pervasive hyperactivity*. J Abnorm Child Psychol; 30: 541-53.
- King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, (2006), *Methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children commercial in confidence information removed); produced by the Centre for Reviews and Dissemination* (CRD). URL: http://www.nice.org.uk/pdf/ ADHD_assessment_report.pdf. [22.03.2006].
- Kohut, H. (1971*), The Analysis of the Self*, N. Y., International Universities Press.
- Kramer, F. y Pollnow, H. (1930). *Hyperkinetische zustandsbilder im kindesalter. Berliner gesellchaft für psychiatrie und nervenkrankheiten sitzung. Zentralbl Gesamte* Neurol Psychiatr, 57, 844-845
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014), *Guia para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R,* Psicopatol. Salud ment. 24, 83-93.
- Lakatos, K., Toth, I. Nemoda, Z., Ney, K. Sasvari-Szekely M. y Gervai, J. (2002), *Further evidence of the role of dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: interaction of the exon III 48 bp and the -521 C/T promoter polymorphisms*, Molecular Psychiatry, 7, 27-31.
- Lattner, S.; Meyer, M.E. y Friederici, A.D. (2005), *Voice perception: sex, pitch, and the right hemisphere*, Human Brain Mapping, 24, 11-20.
- Laufer, M., Denhoff, E. y Solomons, G. (1957). *Hyperkinetic impulsive disorder in children´s behavior problems.* Psychosomatic Medicine, 19, 38-49.

- Lecannelier, F. (2018*) La teoría del apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración.* Aperturas Psicoanalíticas, 58. Recuperado de Http://aperturas.org/artículo.php

- Le Grand, R.; Mondloch, C. ; Maurer, D., y Brent, H. P. (2003*), Expert face processing requires visual input to the right hemisphere during infancy,* Nature Neuroscience, 6, 1108-1112.

- Levin, P.M. (1938). *Restlessness in children.* Archives of Neurology and Psychiatry, 39, 764-770.

- López Pajarez, M., (2016), *Influencias del apego y psicopatología parental en adolescentes con TDAH*, Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Comilas.

- Lyons-Ruth, K. (1999), *The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization*, Psychoanal. Inq., 19, 576-617.

- Lyons, S.E., Lawson, N.D., Lei, L., Bennett, P.E., Weinstein, B.M., and Liu, P.P. (2002) *A nonsense mutation in zebrafish gata1 causes the bloodless phenotype in vlad tepes.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 99(8):5454-5459.

- Mackeith, R.C. y Bax, M.C.O. (1963*). Minimal cerebral dysfunction.* Papers from the International Study Group held at Oxford, September 1962. Little Club Clinics in Development Medicine, 10. London: Heinemann.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation.* Monographs of the Society for Research in Child Development, *50* (1-2), 66–104.

- Main, M. & Solomon, J. (1990), *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during ainsworth strange situation* en M. Greenberg, D.

Cicchetti y M. Cummings (Eds.). Attachment in the preschool years: theory, research and intervention (pp. 121-160). University of Chicago press.

- Manning, J. T., Trivers, R.L.; Thornhill, R.; Singh, D;, Denman, J.;, Eklo, M. H. Y Anderton R. H. (1997), *Ear asymmetry and left-side cradling*, Evol. Human Behav., 18, 327-340.

- Marini, A., Carlomagno, S., Caltagirone, C. & Nocentini, U. (2005), *The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures*,Brain and Language, 93, 46-54.

- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (2007). *Assessment of childhood disorders* (4th ed.). Guilford Press.

- Mattes, J. A. (1980), *The role of frontal lobe dysfunction of childhood hyperkinesis*. Comprehensive Psychiatric, 21, 358-369.

- Meaney, M. (2013). *Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its.* En D. Narvaez, Pankensepp, J., Schore, A. N., y Glearson, T. R. (Eds). *Evolution, early experience and human development. From Research to practice and policy* (99-128). Oxford University Press.

- Meyer, M.; Alter, K.; Friederici, A.D.; Lohmann, G. & von Cramon, D.Y. (2002), *FMRI reveals brain regions mediating slow prosodic modulations in spoken sentences*, Human Brain Mapping, 17, 73-88.

- Meyer, M., Zysset, S., von Cramon, D. Y. & Alter, K. (2005), *Distinct FMRI responses to laughter, speech, and sounds along the human peri-sylvian cortex*, Cognitive Brain Research, 24, 291-306.

- Michanie C, Kunst G, Margulies DS, Yakhkind A. (2007), *Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina.* J Atten Disord. 11:363–367.

- Miller , B.L.; Seeley, W.W.; Mychack, P.; Rosen, H.J.; Mena, I. y Boone, K. (2001), *Neuroanatomy of the self. Evidence from patients with frontotemporal dementia*, Neurology, 57, 817-821.

- Miranda A, García R, Presentación MJ. (2002*), Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.* Rev Neurol; 34 (1), S91-7.

- Miranda A y Presentación MJ. (1994) *Aspectos diferenciales en la anamnesis de los niños con déficit de atención-hiperactividad, agresivos y no agresivos*. IV Congreso Español de Neuropediatría.

- Miranda Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco- Taberner, R. y Roselló, B. (2007). *Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno.* Revista de Neurología, 44(2), pp. 23-25.

- Montañes Rada F., Gangoso Fermoso A. B. y Martinez Granero M. A. (2009), *Drugs for attention deficit disorder/hyperactivity.* Rev Neurol 2009; 48:469-481.

- Montañez Gómez, M.I. (2014) *Programa de intervención en niños con TDAH y Familia*, Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura.

- Navarro González, M. I. (2009a) *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- Navarro González, M. I., y García-Villamisar, D. A. (2009b*), El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica*, Revista de Historia de la Psicología, 31(4).

- Orjales Villar, Isabel (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores.* Madrid: CEPE, S.L.

- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986), *Process and outcome in psychotherapy. In Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Garfield, S. L. Y Brgin A. E. (editores), N. Y., Wiley, 3ª Ed.

- Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P., Rubio, D., Lepe-Martínez, N., Del Valle, M. Caden, D., López, E., Hinojosa, F., & Ramos Galarza, C. (2019*). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos.* Avances En Psicología, *27*(2), 135-152.

- Paternite CE, Loney J, Roberts MA. *A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder.* J Atten Disord 1996; 1: 70-86.

- Perrin, F., Maquet, P., Peigneux, P., Ruby, P. Degueldre, C. Balteau, E. Del Fiore, G. Moonen, G., Luxen, A. and Laureys, S. (2005), *Neural Mechanisms Involved in the Detection of Our First Name: A Combined ERPs and PET Study*,

, Neuropsychologia, 43, 12-19.

- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., Halfon, O. (1996). *Les modeles de relaltions : Developpement d´ un auto-questionnaire d´attachement pour adultes*. Psychicatrie de 1´Enfant, 1, 161-206.

- Presentación-Herrero, MJ, García-Castellar, R, Miranda-Casas, A, Siegenthaler-Hierro, R y Jara-Jiménez, P. (2006), *Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados,* Rev Neurol; 42 (3): 137-143.

- Ramírez Restrepo, C., Luna Gutiérrez, V. y Betancur, J., (2014), *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad visto desde la genética y la epigenética: una revisión teórica investigativa*, Revista Senderos Pedagógicos (5) 95-106.

- Ranote, S., Elliot, R., Abel, K. M., Mitchell, R.; Eakin, J. F. W. y Appleby, L. (2004), *The neural basis of maternal responsiveness to infants: an fMRI study* NeuroReport, 15, 1825-1829.

- Reese, H.W. y Lipsitt, L.P. (1970). *Experimental Child Psychology*. London: Academic

Press.

- Richaud, M. C. (2007). *Inventario de Percepción de Estilos Parentales en niños de 8 a 12 años.* Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 23(1), 63-81.

- Risueño, A. E. (2001), *Aportes de la Neuropsicología dinámica integral al diagnóstico y tratamiento del ADHD.* Rev. Psiquiatr Psicol. Niños y Adolescentes, 4(1), 79-87.

- Rodríguez González CT, González Marcos MI, Arroba Basanta ML, Cabello Ballesteros L. (2017), *Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana*, Rev Pediatr Aten Primaria. 19:311- 320.

- Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). *The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence*. The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, 167(1), 47–63.

- Rosello B**,** García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F., (2003*), El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad* Rev. Neurol.; 36 (1): S79-S84

- Rosello B, Amado L, Bo RM. (2000*), Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev Neurol Clin; 1:181-92.

- Ross, E. D.; Thompson, R. D. y Yenkosky, J. (1997), *Lateralization of Affective Prosody in Brain and the Callosal Integration of Hemispheric Language Functions*, Brain and Language, 56, 27-54.

- Sandberg, S. y Barton, J. (2002). *Historical development. En Sandberg, S. (Ed.), Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood.* West Nyack, Cambridge

University Press.

- Santurde del Arco, E. y Del Barrio del Campo, J. A., (2013), *TDAH: intervenir en el fomento del apego,* Revista de Psicología, 1 (1), 265-270.

- Scandar, R. (2003), *Estudio Multicéntrico de Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la República Argentina*, Jornadas de actualización en TDAH, Madrid.

- Scandar, R. (2009). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su compresión y tratamiento.* Ed. Distal.

- Schore, A. N. (1994), *Affect Regulation and the origin of the self*, Mahweh, Erlbaum.

- Schore, A. N. (1996), *The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology,* Development and Psychopathology, 8, 59-87.

- Schore, A. N. (2001*), Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health* , Infant Ment. Health *J.l, 22, 7-66.*

- Schore, A.N. (2002), *Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology*, Psychoanal. Inq., 22, 433-484.

- Schore, A.N. (2003), *Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence* In Healing Trauma: Attachment, Mind Body, and Brain, Siegel. D. Y Solomon, M. (editores).

- Sieratzki, J. S. & Woll, B. (1996), *Why do mothers cradle babies on their left?* The Lancet, 347, 1746-1748.

- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). *Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at*

home and at school. Development and Psychopathology, *7*(3), 447–463.

- Sotillo, M.; Carretie, L.; Hinojosa, J.A.; Tapia, M.; Mercado, F.; Lopez-Martin, S.; y Albert, J. (2005), *Neural activity associated with metaphor comprehension: spatial analysis*, Neuroscience Letters, 373, 5-9.

- Spearman, C. (1937). *Psychology down the ages* (1). Ed. Macmillan.

- Stern, D.N.; Sander, L.; Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K.; Morgan, A. C.; Bruschweiler-Stern, N. Y Tronick, E. Z. (1998*), Non-interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The 'Something More' Than Interpretation. The Process of Change Study Group* Int. J. Psychoanal., 79, 903-921.

- Stiefel, I. (1997). *Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder A case Discussion*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2(1), 45-64.

- Still, G.F. (1902). *Some abnormal psychical conditions in children: a coulstonian lectures.* Lancet, 1, 1008-1012.

- Stranffon Vincent, R. & Márquez Celedonio, F. G. (2008*), Impacto familiar del escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 8 (1), 21-23.

- Strauss, A.A. y Lehtinen, L.E. (1947*). Psychopathology and education of the brain injured child*. Ed. Grune & Stratton.

- Stuss, D. T. y Alexander, M. P. (1999), *Affectively burnt in: one role of the right frontal lobe?* In: Memory, consciousness and the Brain, Tulving E., Pyschology Press.

- Taylor, E. O. (1999), *Development of Clinical Services for Attention-deficit/hyperactivity Disorder,* Archives of General Psychiatry, 56.

- Torres Montalvo, E., (2015), *Modelo de reeducación conductual. Tratamiento para el*

trastorno del déficit de atención e hiperactividad, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- Travers Ferrer, R. M. (2015), *Los procesos de apego y la conformación de la personalidad*, Tesis en Psicología, Universidad Jaime I.
- Tredgold, A.F. (1908). *Mental deficiency (Amentia*). W. Wood Ed.
- Trevarthen C. (1990), *Growth and education of the hemispheres", In Brain Circuits and Functions of the Mind*, Tetrathen, C. (editor), Cambridge University Press.
- Tzourio-Mazoyer, N., De Schonen, S.; Crivello, F., Reutter, B.; Aujerd, Y. & Mazoyer, B. (2002), *Neural correlates of woman face processing by 2-month-old infants*, Neuroimage, 15, 454-461.
- van Lancker, D y Cummings, J. L. (1999), *Expletives: neurolinguistic and neurobehavioral perspectives on swearing*, Brain Research Reviews, 31, 83-104.
- Vaydya, C. J., Austin, G., Kirkorian, G., Ridlehuber, H.W., Desmond, J. E., Glover, G. H., y Gabriela, J. D., (1998), *Selective effects of methylphenidate inattention déficit hyperactivity disorder: A functional magnetic resonante study*. Proc. Natl. Acad. Sci., 95, 14494-14499.
- Vermeylen, G. (1926). *Los débiles mentales*, Ed. Hernando.
- Wallon, H. (1979): *La evolución psicológica del niño*, Ed. Psique.
- Waters, E. (1995). *Attachment Q-set items*. En E. Waters, B. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3) 255-265.

- Weiss, N., Schuler, J., Monge,S., McGough, J., Chavira, D., Bagnarello, M., Herrera, L. and Mathews, C. (2011), *Prevalencia y tamizaje del TDAH en Costa Rica*, *Vertex*, 22(99): 337–342.

- Wells K, Eppstein JN, Hinshaw SP, Conners CK, Klaric J, Abikoff HB, (2000), *Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hiperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study*, J Abnorm Child Psychol; 28: 543-53.

- Wittling, W. y Roschmann, R. (1993), *Emotion-Related Hemisphere Asymmetry: Subjective Emotional Responses to Laterally Presented Films,* Cortex, 29, 431-448.

- World Health Organization. (1992). *The 10th revision of the international classification of diseases and related health problems.* World Health Organization.

- World Health Organization. (2001), *International classification of functioning, disability and health*. World Health Organization.

CAPITULO 12

ANEXOS

ANEXO 1. Trastorno por déficit de atención con hiperactivad (Extraído de DSM-5, 2013) dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico.

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

B. 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 la manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la compresión 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 comenten errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ej. Se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

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

   b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej. Materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles de trabajo, anteojos).

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

h.- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar 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 (en adolescentes o adultos puede limitarse a estar inquieto).
d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por 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 irrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

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

C.- Varios síntomas de inatención o hiperactivo- impulsivos están presentes en dos o más contextos, por 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 (por ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) *Presentación combinada:* Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) *Presentación predominante con falta de atención*: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

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 el deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado (314.01 (F90.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del TDAH o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico (TGD).

La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de TDAH o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico”, y a continuación el motivo específico (p.ej., “con síntomas de inatención insuficientes”).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.01 (F90.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de TDAH que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del TDAH o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico (TGD).

La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de TDAH o de un trastorno neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

ANEXO 2. Criterios de investigación CIE–10 para el trastorno hipercinético

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.

2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.

3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.

4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.

5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.

6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.

7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.

8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.

9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.

2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.

3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.

4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

· El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.

· Los criterios deben cumplirse en más de una situación.

· Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

· No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

ANEXO 3. Cuestionario Impacto Familiar

Edad:_____ Sexo:_____ Escolaridad:_____ Edad de la madre:____

Edad del padre:_____ Padre o madre soltero (a):_____

Número de hermanos___

N° de paridad (de Hermano/s)_____

CUESTIONARIO DE IMPACTO FAMILIAR

Sentimientos y actitudes acerca de su hijo. Comparando a niños y padres con niños de la misma edad que mi hijo…	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Mi hijo (a) es muy agotador.				
2.- Disfruto el tiempo que paso con mi hijo (a).				
3.- Mi hijo (a) me ocasiona sentimientos de frustración y enojo.				
4.- Mi hijo (a) me ocasiona sentimientos de felicidad y orgullo.				
5.- Cuando estoy con mi hijo (a), me siento menos cariñoso y competente como padre.				
6.- Es fácil para mi jugar y divertirme con mi hijo (a).				
7.- El comportamiento de mi hijo (a) me molesta.				

8.- Mi hijo (a) me hace sentir más querido.				
9.- Me siento solo cuando trato de corregir el comportamiento de mi hijo (a).				
10.- Mi hijo (a) me hace sentir con más energía.				
11.- Siento que puedo ser un mejor padre con mi hijo (a).				
12.- Mi hijo (a) me hace sentir más seguro como padre.				
13.- Siento que debo tener más control sobre el comportamiento de mi hijo (a).				
14.- Mi hijo (a) hace lo que le digo que haga la mayor parte del tiempo.				
15.- Siento que sé cómo lidiar con el comportamiento de mi hijo (a) la mayor parte de! tiempo.				
El Impacto de su niño (a) en su vida social Comparando a niños y padres con niños de la misma edad de mi hijo…	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
16.- El comportamiento de mi hijo (a) me avergüenza en público.				
17.- Mi familia evita ir a lugares públicos (restaurantes, etc).				

18.- Es difícil encontrar quien lo cuide.				
19.- Mi familia visita poco a mis familiares y amigos debido al comportamiento de mi hijo.				
20.- Necesito explicar a los demás el comportamiento de mi hijo (a).				
21.- Me siento tenso con mi familia cuando voy a lugares públicos debido al comportamiento de mi hijo (a).				
22.- El comportamiento de mi hijo (a) afecta mis actividades sociales.				
23.- Participo menos en actividades de mi comunidad debido al comportamiento de mi hijo (a).				
24.- Tengo menos visitas en casa debido al comportamiento de mi hijo (a).				
25.- Salgo poco con mi hijo (a) de compras o a arreglar asuntos.				
El impacto financiero de su hijo (a) Comparando a niños y padres con niños de la misma edad de mi hijo (a)…	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
26.- El costo de criar a mi hijo (a) es mayor.				

27.- El costo del cuidado de mi hijo (a) es mayor.				
28.- El costo de comida, ropa y juguetes es mayor.				
29.- El costo de reparaciones y reemplazar artículos de casa son mayores.				
30.- El costo de medicamentos y servidos médicos es mayor.				
31.- El costo de educación y servicios psicológicos es mayor.				
32.- EI costo de actividades recreativas (música, natación, etc) es mayor.				
Si usted está casado/a conteste la siguiente sección, casi contrario pase a la pregunta 40. *El impacto de su hijo (a) en su matrimonio* Comparando a padres con niños de la misma edad que mi hijo (a)…	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
33.- Mi esposo(a) y yo peleamos por la forma de educar a nuestro hijo (a).				
34.- Mi esposo(a) me apoya en la forma en que manejo el comportamiento de mi hijo (a).				

35.- El niño ocasiona enfrenta-mientos entre mi esposo(a) y yo.				
36.- El educar al niño (a) ha hecho que mi esposo y yo estemos más unidos.				
37.- El niño (a) ocasiona disgustos entre mi esposo(a) y yo.				
38.- Mi esposo(a) casi no me apoya en el manejo de las conductas de mi hijo (a).				
39.- Educar a este niño ha hecho que mi esposo (a) y yo nos alejemos.				
Si usted tiene otro niño (a) complete esta sección, caso contrario pase a la pregunta número 49. *El Impacto de su hijo (a) en sus hermanos* Comparando con otros niños de la edad de mi hijo…	NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
40.- Los otros niños de la familia ayudan en el cuidado del (la) niño (a).				
41.- Mi hijo (a) impide que sus hermanos participen en otras actividades.				
42.- Los otros niños de la familia se quejan del comportamiento del niño (a).				

43.- Los otros niños de la familia se avergüenzan de la conducta del niño (a).				
44.- Mi hijo (a) es rechazado por sus hermanos.				
45.- Los otros niños de la familia invitan a sus amigos con menos frecuencia a la casa debido al comportamiento del niño (a).				
46.- Los otros niños de la familia disfrutan pasar el tiempo con él (ella).				
47.- Mi hijo (a) usa los juguetes de sus hermanos sin pedirles permiso.				
48.- Mi hijo (a) rompe o pierde los juguetes de sus hermanos.				

Preguntas generales:

49.- Comparado con otros niños de la misma edad de mi hijo (a), el grado de dificultad de vivir con él (ella) es:

Muy sencillo	Sencillo	Ligeramente fácil	Fácil	Igual que otro niño	Muy difícil	Mucho más difícil

50.- Comparado con otros niños de la edad de mi hijo, el impacto de mi hijo en la familia es:

Mucho menos positivo	Menos positivo	Ligeramente menos positivo	Igual que otro niño	Ligeramente más positivo	Más positivo	Mucho más positivo

ANEXO 4 Cuestionario para padres/madres/cuidadores CAMIR-R

Nombre del padre/madre…….....

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha de hoy ……

Nombre del niño:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y marca con una cruz la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeci-so	En desa-cuerdo	Muy en desacuer-do
1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.					
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.					
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.					
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.					
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante,					
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.					

7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas.					
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás					
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.					
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e Irritables.					
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.					
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.					
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.					
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.					
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.					
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.					
17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.					
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.					
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.					

20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño/a cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.					
21	Siento confianza en mis seres queridos.					
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.					
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.					
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.					
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentí aprisionado(a).					
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me s iento bien conmigo mismo.					
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.					
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables e n casa.					
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer.					
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.					
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.					
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin					

	razón, por la salud de mis seres queridos.					

ANEXO 5 Documento de Consentimiento Informado

Estimado padre/madre/tutor:

Como alumno de Posgrado de la Carrera DOCTORADO EN PSICOLOGIA, Facultad de Psicología Y Ciencias Sociales, UNIVERSIDAD DE FLORES, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, le invito a participar de un estudio que forma parte del proceso necesario para la obtención de datos utilizados para mi tesis de Doctorado.

Para recopilar dicha información le solicitaré completar los cuestionarios adjuntos y responder a una breve entrevista en la que deberá responder una serie de preguntas que resuman los datos relacionados con la temática a investigar.

Toda la información recolectada, será manejada de manera estrictamente confidencial, y sólo será utilizada en el marco de esta investigación.

Yo, _____, declaro haber recibido información con respecto a este estudio y acepto participar en esta investigación.

Nombre del niño (a)_____ _____

--- ---

Firma Padre Firma Investigador/profesional

Olavarría, de agosto de 2019