

UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE PSICÓLOGO**

**“ESTILOS DE ABORDAJE PARENTAL, ESTRATEGIAS DE AYUDA Y
CONCEPTUALIZACION DEL TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL CON
HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS/AS Y SU IMPLICANCIA EN EL DESARROLLO
PSICOSOCIAL”**

**PARA SER PRESENTADO EN
POYECTO DE TÍTULO II**

ESCUELA DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

**POR
SERGIO AGUILERA ZUÑIGA**

**DOCENTE
FRANCISCO DIET GOPFERT**

**VIÑA DEL MAR, CHILE
DICIEMBRE 2012**

AGRADECIMIENTOS

La presente memoria va dedicada a mis padres, que gracias a su amor y apoyo incondicional conforman uno de los pilares fundamentales en mi vida. Sepan que los amo y estoy eternamente agradecido por todos los sacrificios que hicieron por mí, este logro tan importante en mi vida también lleva vuestro nombre.

A mi familia, la más linda del mundo, esa que me inculcó valores basados en el respeto y la unión.

A mis tíos, gracias por sus consejos y palabras de aliento, este logro también lleva sus nombres en el amor y la confianza que depositaron en mí.

A mi hermana y primos, ejemplos de sacrificio y enseñanza, gracias por acompañarme durante todo mi desarrollo personal, este documento también va dedicado para ustedes.

A dos personas que significan mucho para mí y que con mucho cariño las llamo mis “mámas” este logro también va dedicado para ustedes, gracias por el cariño incondicional que me han entregado durante toda la vida.

A mis amigos, esos que estuvieron en las buenas y en las malas conmigo, gracias por el compañerismo, la alegría y la sencillez que los destaca. A ustedes los llevaré siempre en mi corazón.

A mi gran pasión que viste de azul, esa que te enseña de camaradería, fidelidad y amor por sobre todas las cosas. Gracias por darme esos momentos de tanta alegría, espero seguirte hasta el final de mis días.

A mi “Tatita” que me acompañó durante toda esta travesía, gracias por todo el cariño que me brindaste, tú que teñiste mi corazón de azul, gracias por estar siempre a mi lado.

A ti, belleza que posee la blancura de las flores, flores que brotan desde tu mirada. Gracias por tu ayuda, este documento también va dedicado para ti. La respuesta está en el silencio en contemplarte y mirarte, en saber que existes en poder pensarte y en anochecer soñándote.

***“Para poder hay que ser uno y no ser otro,
No luchar contra uno mismo
Porque ello te producirá
Una gran neurosis de fracaso”...***

Alejandro Jodorowsky

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	Pág. 6
CAPITULO I.....	Pág. 7
INTRODUCCION.....	Pág. 7
Contexto del problema.....	Pág. 7
Relevancia del problema.....	Pág. 13
Objetivos.....	Pág. 17
CAPITULO II.....	Pág. 18
ANTECEDENTES CONCEPTUALES Y EMPIRICOS.....	Pág. 18
Evolución histórica del concepto parental.....	Pág. 18
El modelo psicodinámico.....	Pág. 19
Modelo basado en el aprendizaje.....	Pág. 21
Estilo educativo por medio de dimensiones.....	Pág. 22
Las concepciones de Baumrind.....	Pág. 22
El modelo Bidimensional.....	Pág. 25
Abordajes parentales en la actualidad.....	Pág. 27
Efecto del estilo parental en las dificultades del desarrollo.....	Pág. 29
Antecedentes históricos y definición conceptual del la hiperactividad.....	Pág. 30
Situación actual del concepto de hiperactividad.....	Pág. 31
Evolución de trastornos hiperactivos en el desarrollo vital.....	Pág. 33
Descripción del TDAH predominante hiperactivo impulsivo.....	Pág. 34
La impulsividad.....	Pág. 35
La hiperactividad.....	Pág. 35
Una relación de conductas sociales.....	Pág. 36
Nivel de actividad motora.....	Pág. 38
Consideraciones etiológicas del trastorno.....	Pág. 39
Explicaciones psicológicas.....	Pág. 44
Elementos psicosociales.....	Pág. 44
Caracterización del TDAH en etapas del desarrollo psicosocial.....	Pág. 46

Antecedentes empíricos del TDAH.....	Pág. 48
Tendencias evolutivas, prognosis y predictores del TDAH.....	Pág. 53
Incidencia del estilo parental sobre el TDAH.....	Pág. 55
Implicación y negligencia.....	Pág. 56
La supervisión.....	Pág. 57
La autoeficacia y la competencia.....	Pág. 57
Estilo positivo.....	Pág. 57
Sobreprotección e instrucción.....	Pág. 58
La afirmación del poder.....	Pág. 59
Complacencia con la crianza y el apoyo parental.....	Pág. 59
Factores familiares y psicosociales.....	Pág. 60
La autoridad y las normas. Congruencia y consistencia.....	Pág. 63
Estilos parentales y TDAH.....	Pág. 64
Dimensiones en el estudio de estilos parentales.....	Pág. 66
El Modelo Bidimensional de MacCoby y Martin.....	Pág. 70
Las Tipologías de Baumrind.....	Pág. 72
Estilo autoritario.....	Pág. 73
Estilo no restrictivo permisivo.....	Pág. 75
Estilo autoritativo o democrático.....	Pág. 76
TDAH y estilos parentales de crianza. Una visión crítica.....	Pág. 77
Antecedentes empíricos estilos parentales y TDAH.....	Pág. 81
Estrategias para el abordaje parental.....	Pág. 89
Asegurar el afecto y cuidar la autoestima del niño.....	Pág. 94
CAPITULO III.....	Pág. 95
DISCUSIÓN.....	Pág. 95
Análisis de un estilo parental favorecedor.....	Pág. 104
Referencias bibliográficas.....	Pág. 109

I. Identificación.

Identificación de la institución: Centro de Diagnóstico Ambulatorio Mayor D.A.M
Viña del Mar, Quintero, Concón.

Nombre del supervisor académico: Francisco Diet Gopfert.

Nombre alumno practicante: Sergio Aguilera Zúñiga.

Título de memoria: Estilos de abordaje parental, Estrategias de ayuda y conceptualización del trastorno de déficit atencional con hiperactividad en niños/as y su implicancia en el desarrollo psicosocial.

Resumen

La presente investigación, tiene por objetivo identificar los diferentes mecanismos de abordaje parental para el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y su implicancia en el desarrollo psicosocial del niño/a. En el presente documento se refieren como modelos teóricos las concepciones parentales de Baumrind y el Modelo Bidimensional propuesto por McCoby y Martin, ambos autores realizan una propuesta científica integrando al estilo autoritario, permisivo y autoritativo como ejes centrales de la investigación del ejercicio parental. Además, se realiza una aproximación a los modelos parentales actuales y a la evolución histórica y manifestaciones clínicas del TDAH, detallando las consecuencias psicosociales que conlleva un estilo parental inadecuado en el abordaje de la psicopatología mencionada. De acuerdo a la incidencia del estilo de abordaje parental, los resultados reconocen al ejercicio del rol parental autoritativo como el más apropiado para abordar el TDAH, ya que este modelo es el más consistente y congruente en sus prácticas parentales. A diferencia del estilo autoritativo, el estilo permisivo-negligente y el autoritario-restrictivo son los que presentan mayor dificultad para sobrellevar el TDAH, debido al nivel de exigencia en el primer caso y la falta de consistencia en el segundo. No obstante lo anterior, se visualiza vinculación afectiva en los tres estilos parentales propuestos aunque en algunos con mayor preponderancia que en otros. La finalidad de esta investigación está en ofrecer una visión crítica de las variables mencionadas para así proponer estrategias de ayuda que permitan a los padres sobrellevar de mejor manera el TDAH de sus hijos, fomentando el desarrollo psicosocial normativo de los mismos.

CAPITULO

I

Introducción

I. Contexto del problema

Los innumerables trabajos de investigación proveniente de distintos continentes confluyen en definir el trastorno de déficit atencional con hiperactividad como una dimensión conformada por un agrupamiento de signos y síntomas específicos factible de ser reconocida clínicamente. Así, ha aumentado notoriamente el conocimiento acerca de las personas impulsivas, en algunos momentos desatentas y en otros llamativamente atentas, que les cuesta activarse para realizar y sostener una tarea, muchas veces hiperactivas, desordenadas, o con relativa incapacidad de postergar reacciones o frases, que dejan tareas sin completar o para realizarlas a último momento bajo presión, con dificultades en las relaciones interpersonales, baja tolerancia a la frustración y problemas para manejarse con el tiempo, hipersensibles, algunas veces creativas, emprendedoras. Niños y adultos que son y han sido de esa manera a lo largo de su vida, en diferentes áreas y con ciertas variaciones según las circunstancias interpersonales contextuales (Dulcan, 1997).

Son este tipo de conductas, algunas “pequeñas” y otras “claramente visibles”, las que crónica y persistentemente repetidas, invadiendo una amplia cantidad de área en distintas circunstancias, contribuyen a que los efectos del trastorno se conviertan en vastos y abarcativos en la vida de una persona. Se trata de una problemática que afecta durante todo el ciclo vital de los individuos.

La problemática suscitada surge a raíz de diferentes evaluaciones psicosociales realizadas en el lugar de práctica profesional, donde surgieron una serie de interrogantes respecto a la conducta y comportamiento que manifestaban niños/as diagnosticados con TDAH por diferentes especialistas. De acuerdo a lo señalado se evidenciaron modos de acción diferenciados en cada uno de los niños, que se justificaban en el actuar parental y el ejercicio del rol materno. Niños que se encontraban con o sin tratamiento

farmacológico se desenvolvían en el mismo espacio físico de forma diferente. Unos tenían comportamientos disruptivos durante todo el proceso evaluativo y otros aun estando en las mismas condiciones se comportaban de forma adecuada adaptándose sin mayor dificultad al contexto de evaluación. Es en base a lo mencionado cuando surge la duda respecto a los estilos de crianza parental y su influencia en el abordaje del TDAH, padres con características más autoritarias presentaban más dificultad para normar el comportamiento de sus hijos y estos a la vez presentaban problemas conductuales dificultando el proceso pericial. A diferencia de los padres autoritativos o democráticos que otorgaban más libertad en el accionar de sus hijos. No obstante, imponían los límites y reglas de forma consistente y normativa. Cabe mencionar que dichos sistemas familiares evaluados presentaban similar condición socioeconómica y niveles de habitabilidad acordes al rango etario de sus hijos.

La necesidad por estudiar dicho fenómeno no surge en base a necesidades de la institución donde se realizó la práctica profesional, sino que surge a raíz de las consecuencias psicosociales que trae consigo el abordar este tipo de trastornos mediante un estilo parental favorable para cada uno de los casos, cabe mencionar que DAM se sitúa como centro de evaluación pericial ambulatoria, por lo que, no desarrolla intervenciones en los sistemas familiares evaluados (deriva a otros centros de intervención de la red SENAME), es por esto que la principal necesidad por investigar las variables mencionadas radica en las consecuencias que trae para el desarrollo psicosocial del niño, el que sus padres no afronten de manera adecuada el trastorno, ya que es sabido por diferentes autores las consecuencias negativas que presentan los niños TDAH que no son tratados adecuadamente. Cabe mencionar que en la literatura revisada la mayoría de los trastornos del inicio de la adolescencia presentan comorbilidad con TDA/H mal sobrellevados por las figuras parentales en cada uno de los casos.

En relación al contexto de práctica, es importante señalar las dificultades que trae consigo el realizar una evaluación psicológica a niños con TDAH, sobre todo en contexto pericial donde los niños acuden al centro con diferentes problemas de vulnerabilidad de carácter físico y emocional sumado a la negligencia parental,

dificultan la labor de los profesionales en cuestión. En ciertas ocasiones los niños abandonaban el lugar de evaluación o presentaban un exceso en su actividad motora, desordenando los implementos de trabajo como juguetes, lápices entre otros. Ocurrió en varias oportunidades que los infantes ingresaban a las diferentes oficinas donde se encontraban otros usuarios en proceso de evaluación, por lo que entorpecían la ejecución del proceso. Cabe mencionar que todas estas conductas se presentaban en algunos casos y las competencias evidenciadas por las figuras parentales en esos casos reforzaban de forma negativa el actuar de esos niños/as.

En los últimos veinte años se produjeron avances claramente discernibles en la teoría y la práctica del TDAH, y actualmente se observa un creciente consenso acerca de la base neurobiológica de los rasgos, así como también se reconoce que factores medioambientales (familiares, culturales, socioeconómicos, de setting educacional) influyen notablemente en la aparición situacional de los síntomas, en el devenir y forma de manejar el TDAH, y en el eventual pasaje a patologías más graves. Asimismo los factores culturales influyen sobre cómo se lo percibe, cómo se lo valora y, en algunas oportunidades, sobre que se considera o no síntoma de TDAH (Soutullo, 2003).

En base a lo mencionado por los factores influyentes del trastorno, los niños al igual que los padres evaluados en DAM poseían similar nivel cultural, acudían a establecimientos educacionales convencionales. Sin embargo, algunos presentaban antecedentes de repitencia o desajustes conductuales que significaban la suspensión para algunos niños.

De acuerdo a lo señalado, líneas convergentes de evidencias han ampliado la conceptualización de este desorden de la desatención y la hiperactividad/impulsividad hasta concebirlo como un déficit en la posibilidad de inhibir internamente o posponer respuestas comportamentales y emocionales, una dificultad de autorregulación, y un déficit en ciertas funciones ejecutivas (Soutullo, 2003).

El TDAH es un problema y, a menudo, es un obstáculo para aprender o relacionarse con los demás (Barkley, 1999). En el contexto de evaluación psicosocial, los padres describían a sus hijos como muy inquietos o activos. Estos movimientos

descritos por los padres puede darse en la acomodación al asiento; en otros, marca la imposibilidad de mantenerse sentado. En situaciones extremas, estos niños suelen presentar una conducta errática, descontrolada e impredecible que hace imposible la adaptación del niño al medio escolar, y dificulta enormemente la vida familiar.

Por otra parte, suelen ser niños que no piensan demasiado antes de actuar, ni tampoco parecen reconocer el peligro, lo que les hace sufrir frecuentes accidentes. A estos dos síntomas, hiperactividad e impulsividad, se le agrega un tercero que es la falta de atención. Cabe mencionar que en un proceso de evaluación realizado en la comuna de Quintero uno de los niños diagnosticados con TDAH estuvo a punto de sufrir un accidente cuando se trepo a uno de los árboles y se cayó de bruces. Este tipo de comportamiento es frecuente en niños con el trastorno, sus padres comentan que estos infantes no sienten miedo, por lo que no es raro que de forma constante se fracturen alguna extremidad.

Según lo referido por los padres, estos señalan que durante los primeros años de vida el niño no se centra en ningún juego ni consigue focalizar su atención en un juguete concreto durante un corto periodo de tiempo. Más tarde, las rutinas diarias (como lavarse los dientes, vestirse o hacer los deberes) son motivo de fricción.

Es importante recalcar que el TDAH es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la población pediátrica, se estima su prevalencia en la población mundial entre el 3% y el 4%, y la más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y los 9 años de edad. Los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo del infante, por lo que su desarrollo psicosocial se ve interferido por las manifestaciones clínicas del trastorno. Cabe señalar, que el trastorno causa una importante disfuncionalidad no solo en el niño, sino que también en el grupo de compañeros y en la dinámica familiar, por lo que, es de suma importancia ahondar en la capacidad de los padres para dar frente a este trastorno, sin frustrarse en el intento. Los efectos secundarios del TDAH pueden ser extremadamente perjudiciales (Soutullo, 2003). Los niños con TDAH están expuestos frecuentemente a años de respuestas

negativas por su comportamiento y sufren una desventaja social y educativa. La finalidad de esta investigación está en la realización de una revisión bibliográfica que permita identificar el impacto que produce el TDAH dentro del núcleo familiar, además, de profundizar en el abordaje parental del mismo trastorno. Es importante señalar que dentro de los objetivos investigativos, se encuentra la implementación de estrategias de ayuda para padres con niños/as con TDAH, además de visualizar la implicancia del mismo trastorno en el desarrollo psicosocial de los infantes (Soutullo, 2003).

En lo referente al ámbito familiar y su relación con el TDAH, se puede señalar que, los patrones familiares o perfiles psicosociales de las familias de niños con TDAH, engloban diferentes aspectos como son; la comunicación familiar, los roles, las relaciones afectivas, los estilos de crianza, las relaciones sociales y la salud psicológica. En lo que refiere al estilo de crianza, se ha observado que los padres de niños con TDAH se corresponden mayoritariamente con estilos de crianza autoritarios y con menores niveles de tolerancia ante aquellos niños que tienen una vulnerabilidad para el TDAH. Además, estos padres muestran menores niveles de satisfacción con el tipo de crianza e importantes dificultades psicosociales en las relaciones familiares y en el funcionamiento personal.

La literatura revisada, deja en evidencia que existe un conjunto de características psicológicas que caracterizan los perfiles psicosociales más comunes en el colectivo de familias afectados por el TDAH de sus hijos, entre los que se encuentran los sentimientos de frustración, culpa, vergüenza, rabia, impotencia, entre otros. No obstante, algunos autores señalan que no está claro el grado en que estos problemas que caracterizan a las familias de los jóvenes con TDAH son anteriores al trastorno o se derivan de problemas de conducta de los niños. Es importante ahondar en el abordaje parental del trastorno, ya que, éste presentaría una relación directa con la calidad de vida familiar, la cual hace referencia a la percepción que tienen los miembros de una familia respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Curiosamente, las familias de niños con TDAH se han mostrado de manera consistente más propensas a experimentar mayores dificultades y preocupaciones que las familias sin el trastorno. De

hecho cómo han puesto de manifiesto varios estudios, la sintomatología del TDAH impacta adversamente en la calidad de vida de los padres. En esta línea, en la medida en que los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo y en su familia, la persistencia del trastorno, y no tanto su instauración, es la que se halla asociada a la problemática intrafamiliar (Lange y Sheerin, 2005).

Una vez que los problemas de los niños con TDAH se convierten en intensos y crónicos, es respuesta habitual de sus familiares comenzar a mostrar una reacción a este conjunto de problemas, que a su vez pueden mantener los problemas psicológicos de los niños/as. Respecto a los estilos de crianza, se ha observado que éstos pudiesen influir de forma directa en los comportamientos de los hijos (Calderón, 2009).

Autores expertos en la parentalidad y el desarrollo de patologías en infantes, relacionan el TDAH con un estilo parental autoritario, observando que dicha hipótesis mantenía o agravaba la sintomatología del TDAH en lugar de aliviarla. Por lo que el abordaje parental del TDAH, adquiera denotada importancia, ya que si este no es el más adecuado, el desarrollo psicosociales del niño/a será disfuncional, aumentando la prevalencia del infante en experimentar otras psicopatologías de orden conductual (Lange y Sheerin, 2005).

Las mayores falencias que enfrenta la familia del niño con TDAH, están íntimamente ligadas a las dificultades que existen para acceder a un mejor y mayor conocimiento de dicho fenómeno. Los más allegados al alumno con TDAH (familia, compañeros, profesores, entre otros) son las personas que mejor conocen y dimensionan las manifestaciones y consecuencias del problema (efectos secundarios) en el desarrollo global del niño. Es importante entregar una conceptualización general del problema. Entregar herramientas para el manejo parental, además de estrategias de ayuda que permitan a los padres sobrellevar la patología del niño/a.

Es sabido por todos los autores que el TDAH es un factor predisponente en la gestación de trastornos conductuales del desarrollo, por lo que, es necesario realizar un análisis exhaustivo en la implicancia que posee dicho trastorno en el desarrollo psicosocial de los niños/as. Cabe señalar que en cada uno de los casos evaluados en el

contexto de práctica profesional, los mecanismos de abordaje según las competencias parentales varían.

En la mayoría de los casos, la desinformación junto con la incapacidad de sobrellevar el trastorno actúa como factor común. Es necesario destacar que durante las evaluaciones psicosociales realizadas en DAM y en los niños con TDAH que presentaban comportamientos disruptivos, se visualizan contextos familiares acentuados por la falta de orientación, organización y precariedad informativa en lo referido al TDAH (Steinberg, 1994). Es importante destacar que aquellos niños/as que han sido diagnosticadas bajo el rotulo de TDAH, generalmente suelen ser sancionados, reprendidos e incluso desaprobados por los que le rodean; sin embargo, este fenómeno, encuentra su explicación, en el escaso conocimiento que se tiene acerca de las causas, connotación e incidencias que trae consigo para la persona que lo presenta. Escuchando frases como: ¡Este niño es demasiado intranquilo y disperso!; ¡Es incapaz de prestar atención al menos por un instante!; ¡Resulta imposible trabajar con él!; ¡No para de moverse y molestar a sus pares!; ¡No tiene ni un hábito!; ¡Nunca cumple con sus deberes!; ¡Es un desastre!; entre otras. Todas estas aseveraciones afectan la participación del niño en las actividades desarrolladas, sintiendo rechazo del entorno social que lo rodea. La presente investigación, tiene por objetivo dar respuestas a las variables mencionadas, es decir, al abordaje parental del trastorno y su implicancia en el desarrollo psicosocial, esto con la finalidad de proporcionar estrategias de ayuda, que permitan un mejor abordaje parental del trastorno, para así, favorecer al desarrollo psicosocial normativo de los niños/as.

II. Relevancia del problema.

El Trastorno por Déficit de Atención ha sido ampliamente estudiado y analizado por varios profesionales en el campo de la psicología, psiquiatría y neurología. No así el abordaje parental del mismo trastorno. Se ha visualizado en la literatura revisada que el trastorno, tiene una influencia directa en el entorno del infante. Existen antecedentes que

hablan de dificultades en el área cognitiva lo que repercute en el desempeño académico del infante.

Estos niños pierden la atención con facilidad, tienen dificultad para seguir instrucciones, no terminan sus tareas, no logran organizar su tiempo y espacio adecuadamente. Es necesario detallar que causa en el desarrollo psicosocial el trastorno. Existen estudios que hablan de una incidencia negativa en la autoestima de los niños/as (Sánchez González, 2010).

Existe peligro de magnificar ciertos aspectos de este trastorno, sobrediagnosticando erróneamente o estableciendo afirmaciones como ciertas sin contar con los datos que así lo demuestren. Tanto este fenómeno como el riesgo contrario de subdiagnosticarlo al no diferenciarlo, sólo lastiman a los niños/as. Con su reconocimiento adecuado además de un abordaje parental pertinente, podemos explorar conjuntamente los factores positivos que también puede presentar un niño/as con TDAH, por ejemplo, para algunos autores, la creatividad y el interés de indagar hasta donde y de qué manera es posible que ciertos rasgos se afirmen como fértiles recursos que fortalezcan a estos niños/as. La investigación apunta a contribuir en la calidad de vida de los infantes con el trastorno, empoderando al núcleo familiar para que puedan abordar de mejor manera dicha patología (Sánchez González, 2010).

De acuerdo a la relevancia que tiene investigar este fenómeno cabe destacar que una de las tareas que realiza de forma voluntaria el psicólogo de DAM es orientar a las figuras parentales para que estos aborden de forma adecuada las implicancias. Para realizar esta tarea se necesita identificar cual es el modelo adecuado para criar a sus hijos con TDAH, para así plantear estrategias de ayuda que favorezcan al desarrollo psicosocial normativo de los niños.

En base a lo observado en las evaluaciones realizadas en el lugar de práctica profesional, se ha visualizado que todos los miembros de la familia, tanto padres como hermanos, se ven afectados. Por ejemplo, la relación entre los padres y el niño con TDAH, suele marcarse por el conflicto, debido a que estos niños suelen ser menos dóciles, menos sumisos y requieren mayor estimulación y ayuda de sus padres, que otros

niños, se dice que la comunicación entre hijos y padres también se ve perturbada ya que generalmente estos niños o jóvenes tienden a enfadarse más durante las discusiones de sus conflictos y a utilizar una comunicación y tácticas de solución de problemas más agresivas. En ocasiones, esto repercute en las percepciones que tienen los padres de sus hijos, calificándolos de manera negativa en relación a los hermanos o a otros niños. Asimismo, esta problemática puede tener un impacto negativo en la percepción que los padres tienen acerca de su propia eficacia para disciplinar, provocándoles mayor estrés y frustración. En ocasiones, los conflictos los lleva a utilizar métodos de disciplina más agresivos y poco proactivos y, en consecuencia, tienden a utilizar menos refuerzos positivos. Estos métodos disciplinarios, generalmente empeoran el comportamiento inadecuado de los niños, por lo que se convierte en un círculo vicioso, difícil de controlar (Orejuela Gómez, 2010).

Es relevante estudiar esta problemática debido a que, en ocasiones, los padres reportan enfrentamientos en la relación marital, debido a las inconsistencias y alianzas en el modelo de crianza del niño/a. Cabe mencionar que la mayoría de los casos, los infantes con TDAH, demandan evaluaciones y tratamiento farmacológico, produciendo un impacto en la economía familiar, agudizando la tensión del grupo familiar, y aun más sabiendo que muchas de estas familias (evaluadas en DAM) se encuentran en contexto de vulneración social y muchas no se encuentran adheridas al sistema de salud convencional, por lo que no tienen acceso a una evaluación del trastorno del niño y mucho menos a la medicación del mismo. Una orientación adecuada cuando se finaliza el proceso de evaluación puede ser de mucha ayuda para los padres que no saben cómo abordar el trastorno del niño, es por esto que la relevancia también radica en educar a estos padres y enseñarle formas consistentes en el ejercicio del rol parental que favorezca al desarrollo normativo del niño/a.

Un punto importante a considerar y que fue evidenciado en proceso de evaluación pericial realizado en DAM, está en la vida familiar del niño con TDAH. Las figuras parentales mencionan, que muchas veces el comportamiento del infante provoca un impacto negativo en su vida social, ya que se sienten incómodos en los contextos de

interacción social. Esto aumenta la insatisfacción al disminuir el tiempo que se comparte como familia, desencadenando mayor estrés y frustración en el entorno familiar. Por otro lado, también los hermanos de niños con TDAH, se ven perturbados por las conductas del niño. Muchas veces ellos manifiestan ser víctimas de sus abusos porque utilizan mayor agresión para solucionar sus problemas y tienden a arruinar o perder sus juguetes y objetos personales. Otras veces, se ven obligados por sus padres a ejercer la función de “cuidadores” o “guardianes” de su hermano causándoles esto frustración y enojo, por asumir roles que no les corresponden. En ocasiones, perciben que los padres les prestan mayor atención al niño con TDAH, por lo que se resienten, padeciendo entonces de sentimientos de enojo y tristeza (Heward, L.W, 2000).

Por lo tanto, la convivencia con un niño con TDAH, resulta difícil, estresante e influye en las dinámicas familiares. Ha quedado en evidencia que en la mayoría de las veces vivir en una familia con un integrante con TDAH, resulta ser más conflictivo y agotador. Es necesario dar la posibilidad a los padres evaluados en contexto ambulatorio de superarse y que mejoren sus habilidades parentales para abordar el TDAH y para esto se necesita conocer cuáles son los estilos parentales más pertinentes y que favorezcan al desarrollo normativo de los niños con TDAH.

III. Objetivos.

Objetivo General:

Identificar los mecanismos de abordaje parental del trastorno de déficit atencional con hiperactividad y su implicancia en el desarrollo psicosocial del niño/a con la finalidad de proponer estrategias de ayuda que permitan enfrentar de mejor manera el trastorno, propiciando el desarrollo evolutivo normativo de los niños/as.

Objetivos específicos:

Identificar las manifestaciones clínicas del trastorno, sus causas, clasificación y características esenciales de los niños/as que presentan el TDAH.

Identificar los estilos de abordaje parental frente al TDAH con la finalidad de reconocer un modelo de crianza que permita sobrellevar de mejor manera el trastorno del niño/a.

Identificar las implicaciones que trae consigo el TDAH en el desarrollo psicosocial de los infantes, detallando el impacto que produce el trastorno sobre el desarrollo normativo formativo del niño/a.

Ofrecer una visión crítica sobre algunos aspectos del TDAH que no son abordados por la literatura revisada con la finalidad de contribuir al estudio científico del trastorno.

CAPÍTULO

II

Antecedentes Conceptuales y Empíricos

1. Evolución histórica del concepto parental.

El abordaje parental puede ser comprendido como una constelación de actitudes acerca del infante, que le son enunciadas y que, en conjunto crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Dichas actuaciones parentales, incluyen tanto las conductas, a través de las cuales los padres desarrollan sus propios deberes paternales (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamiento como cambios en la tonalidad de la voz, expresiones espontáneas de afectos, gestualidad, etc. prácticas propias del ejercicio de su rol (Darling y Steinberg, 1993).

Dicha propuesta de estilo parental, es coherente con investigaciones realizadas en el ámbito de la socialización primaria llevada a cabo en el siglo XIX. El interés por estudiar los comportamientos de los padres en el desarrollo psicosocial de sus hijos, es un tema que ha sido estudiado tanto desde el punto de vista conductual como psicoanalista. Los teóricos conductuales estaban interesados en investigar como las pautas de reforzamiento en el entorno más cercano moldeaban y a su vez configuran el desarrollo del niño.

La teoría psicoanalítica, por su parte planteaba que los determinantes básicos del desarrollo eran netamente biológicos e inevitablemente se presentaban en conflicto directo con los anhelos de los padres y los requerimientos estereotipados de la sociedad. Se creía que las necesidades libidinales del niño y el entorno familiar determinaría las diferencias individuales en el desarrollo psicosocial del infante. Entonces en la actualidad surge la siguiente duda ¿De qué manera influye el abordaje parental cuando el niño presenta problemas en su desarrollo normativo? y ¿Cuáles son las consecuencias de éste en el desarrollo de diferentes patrones de crianza? Dichos cuestionamientos serán

respondidos en la medida que se aborden las temáticas centrales propuestas para esta investigación (Antonio Raya, 2008).

Aunque existen ideas en común las cuales aseveran que las prácticas parentales influyen en el desarrollo del niño, resulta dificultoso evidenciar la influencia de algunas prácticas determinadas en el desarrollo del niño. Los primeros teóricos del tema reconocieron que los comportamientos parentales individuales eran parte de un contexto de muchas otras interacciones y, por lo tanto, que la influencia de una conducta individual no podría ser fácilmente analizada de manera independiente (Darling y Steinberg, 1993).

El estilo parental se desarrolló inicialmente como una herramienta global para describir el sistema familiar, hasta el punto en que este entorno se identificaba con el estilo parental. Las conjeturas que partían de esta concepción parecían ser más predictivos de los atributos del niño que los basados en prácticas parentales específicas, porque la influencia de alguna práctica particular en el desarrollo social del niño se perdía más fácilmente entre la complejidad de los otros atributos de las prácticas parentales (Baldwin, Orlansky y Symonds, 1949). Las tentativas inicialmente cualitativas y posteriormente cuantitativas realizadas por los referidos para evaluar el abordaje parental se centraron en tres componentes específicos: Las prácticas y comportamientos de los padres, la relación emocional entre los padres y el niño y, por último su sistema de creencias.

Debido a que los investigadores de distintos enfoques de trabajo centraron su atención en los diferentes procesos, a través de los que los padres influyen en los hijos, sus postulados señalan variados componentes dentro de los estilos de abordaje parental.

1.1 El modelo psicodinámico.

Los trabajos en el campo de la socialización que trabajaron desde el enfoque psicodinámico centraron sus esfuerzos en la relación emocional entre los progenitores y sus hijos, y su influencia en el desarrollo psicosocial y psicosexual de la personalidad. Como otros paradigmas de socialización presentados en este periodo histórico, sus

modelos eran estrictamente unidireccionales. Estas teorías planteaban que las diferencias individuales en las relaciones emocionales entre padres e hijos deberían emanar necesariamente de las diferencias en los atributos parentales, de manera que muchas investigaciones se centraron en las actitudes como propiedades más importantes (Steinberg, 1993). Por ejemplo, una vez revisada la literatura referente a la influencia de las practicas parentales sobre el desarrollo de la personalidad y otras manifestaciones psicológicas del infante se evidencio que no existía una relación consistente entre ningún tipo de abordaje parental específico y los resultados del desarrollo psicosocial del niño, se concluyó que una medida disciplinaria específica no ejerce una influencia psicológica invariable sobre el niño y que sus efectos pueden ser medidos sólo desde un estudio de las actitudes en la relación parento-filial asociados a esta (Orlansky, 1949).

La creencia de que las actitudes ayudan a explicar tanto las habilidades como otras conductas más sutiles que dan significado a dichas prácticas, transportó a muchos teóricos del tema que trabajaron desde este enfoque a pensar que evaluando las actitudes parentales podrían captar el modo de interacción familiar que determinará la relación parento-filial y su influencia en el desarrollo psicosocial del niño (Schaefer, 1959). Esta premisa que dio mayor énfasis a las actitudes que a los comportamientos, planteo sin embargo el siguiente problema: el comportamiento está determinado y compuesto principalmente de actitudes, pero las actitudes son expresadas por medio del accionar, ósea el comportamiento. Así se afirmo que la seguridad emocional del niño, deriva de los sentimientos, actitudes, necesidades y propósitos de los padres, pero solo si le son abiertamente expresados por palabras y acciones concretas. Por lo tanto, aunque las actitudes son juzgadas como más importantes que los comportamientos, no hay forma de medir cualitativamente las primeras sin medir las segundas (Symonds, 1939).

Los estudios realizados se enfocaron en los procesos emocionales que hay detrás de los estilos parentales intentaron salvar esta discrepancia entre las actitudes parentales y los comportamientos específicos mediante la suma de dichos comportamientos, a lo que se denomino “nivel molar” (Schafer, 1959). En lugar de asimilar prácticas individuales, los modelos parentales fueron agrupados en categorías más amplias en base a su

capacidad para cambiar los procesos emocionales (Bell, 1958). Estas dimensiones molares eran, entre otras, rescatando la dificultad de traducción de algunos de estos términos, concesión de autonomía, castigo, ignorancia, percepción del niño como una carga, severidad, uso del temor como forma de regular la conducta y expresiones afectivas (Shaefer, 1965).

1.2 El modelo basado en el aprendizaje.

Los teóricos que abordaron los estilos parentales desde el enfoque del aprendizaje social y la modificación de la conducta, también solían categorizar los estilos parentales de acuerdo a los comportamientos, pero enfocaban sus esfuerzos en el ejercicio del rol parental más que en las actitudes. Debido a que se creía que las diferencias en el desarrollo psicosocial de los niños eran reflejo de las diferencias en el entorno del aprendizaje al que habían sido expuestos, las providencias del estilo parental se centraban en captar los patrones de conducta que definían esos contextos. En estos enfoques se empleaba el análisis factorial para plantear categorías como la denominada “Control” que hacía referencia a una características conductual que englobaba ciertas prácticas como el uso del castigo y físico y verbal, la sanción contra la agresión y el fracaso o éxito en el establecimiento de reglas y normas de convivencia familiar. El estilo parental fue usado como un constructo que juntaba y resumía los resultados de muchos análisis realizados sobre prácticas parentales determinadas, más que para referirse a él como una entidad en sí mismo (Darling y Steinberg, 1993).

1.3 El estudio del estilo educativo por medio de dimensiones.

La utilización del estilo parental como un constructo heurístico, se proyecta en la igualdad de las cualidades usadas para definirlo por los entendidos del tema que trabajaron desde diferentes perspectivas teóricas. Las primeras concepciones sobre paternidad se diferencian en su énfasis en control (Freud, 1933). Así surgen una serie de dimensiones como: La aceptación, rechazo y dominio; El amor, la hostilidad y la

autonomía; La permisividad y rectitud; y El afecto, la hostilidad, permisividad y restricción (Becker, 1974).

Como referido a este cierto acuerdo sobre la estructura organizativa ligada al estilo parental, comenzó a emerger cierto consenso sobre la asociación entre lo reflejado por el niño y el estilo parental.

El modelo de infante que Symonds, (1939) describió como “socializado, cooperativo, amistoso, emocionalmente estable y agradable y a quien Baumrind (1970) llamara después “instrumentalmente competente, era el producto de hogares en que las figuras parentales se comportaban de un modo en particular. Estos padres eran afectuosos, establecían límites, reglas y patrones relacionales claros, permitían la autonomía del niño y le comunicaban claramente sus expectativas. La importancia tanto de estos procesos psicoafectivos como de los instrumentales abanderados por los paradigmas psicodinámicos y del aprendizaje respectivamente, es evidente en estos descubrimientos (Sears et al, 1957).

La diferencia entre el estudio de los objetivos de la socialización y el estudio de las técnicas de socialización, permaneció por algún tiempo, hasta que se desarrolló un modelo teórico que incluía los procesos emocionales y conductuales que subyacían a los más antiguos modelos de socialización, dentro de una concepción del estilo parental apoyado en las representaciones y creencias de las figuras parentales (Baumrind, 1966).

1.4 Las concepciones de Baumrind.

Para el autor, socializar al infante de acuerdo a los requerimientos de la sociedad, pero manteniendo un sentido de integridad personal, era el elemento crucial del rol parental. El primer estudio se centro en la influencia de los patrones de autoridad parental en las primeras fases de desarrollo psicosocial del niño. Así, comenzó articulando y profundizando el concepto de control parental, que había sido definido previamente de formas diversas como rectitud, uso de castigo en sus diversas manifestaciones. En contraste, el autor argumentó que la buena voluntad de los padres para socializar a sus hijos es conceptualmente diferente a ser restrictivo y usó el

concepto del control parental para referirse a los intentos de los padres para integrar al infante dentro del sistema familiar y la sociedad cumpliendo con los comportamientos socialmente aceptados.

En el concepto de estilo parental propuesto por Baumrind (1968), los valores de los padres y las creencias que ellos poseen sobre el ejercicio del rol paterno y la naturaleza de los niños, ayudó a definir las muestras de afectos que se proponían de forma natural, las practicas y los valores, lo que sirvió para su descripción del prototipo de padre rígido o autoritario. Esta configuración es el resultado directo del interés inicial de Baumrind por identificar y describir los estilos parentales que anteceden a patrones de conducta claramente identificados en los niños (Baumrind, 1967; Baumrind y Blake, 1989).

Se puede decir que la validación empírica del modelo de Baumrind (1967) cambió el rumbo del estudio sobre el estilo parental y marcó un importante punto de partida para la investigación centrada en el análisis de factores. Aunque en teoría las tipologías de Baumrind estaban basadas sólo en los tipos de autoridad parental, en realidad la distinción se asoció con otros atributos parentales también. Por ejemplo, aunque Baumrind (1966) aceptó a nivel conceptual que padres que usan diferentes estilos de autoridad podrían ser igualmente cariñosos, empíricamente encontró que, en comparación con los padres autoritativos, los padres autoritarios y permisivos eran parecidos en la inefectividad de sus habilidades de comunicación y su bajo nivel de demanda de madurez (Baumrind, 1967).

Estos resultados pusieron en cuestión la validez de la búsqueda de dimensiones ortogonales para el estilo parental, como habían hecho los anteriores estudiosos de la socialización. El modelo de Baumrind (1967, 1971) también se diferencia de los de anteriores investigadores en que refleja un cambio en la concepción sobre la socialización, manifestado en aspectos como la noción de que el niño contribuye a su propio desarrollo a través de su influencia sobre sus padres. Aunque la posibilidad de que las diferencias en la personalidad del niño podrían alterar las conductas de los padres había sido apuntada antes por Baldwin (1948), Baumrind (1989) intentó desligar

explícitamente los comportamientos de los padres de los del niño, midiendo, por ejemplo, los intentos de los padres por conseguir obediencia independientemente de la obediencia actual del niño (Baumrind, 1967, 1971). Esto le permitió definir el estilo parental como una característica de la relación padres hijo más que como una característica de los padres. Esto supuso un gran avance, pues los primeros intentos de conceptualizar el estilo parental no hicieron esta distinción (Antonio Raya, 2008).

Según Antonio Raya en tesis doctoral (2008). Lo más importante de este modelo es que Baumrind veía el proceso de socialización como dinámico. Específicamente, ella planteó que el estilo parental utilizado influía en la apertura de los hijos hacia los intentos de socialización de los padres. Por ejemplo, postuló que el estilo autoritativo aumenta el valor del refuerzo parental y que la clara expresión de los deseos y conductas de estos padres aumenta la habilidad de los niños para discernir las respuestas correctas a las demandas de sus padres y aumenta su habilidad cognitiva (Baumrind, 1967). En esencia, Baumrind sugirió que el estilo democrático aumenta la efectividad de la paternidad alterando las características del niño que, por contrapartida, refuerza la habilidad de los padres para actuar como agentes de socialización.

A pesar de la aparente fuerza de las tipologías de Baumrind, Lewis (1981) planteó que una desventaja inherente a las tipologías derivadas empíricamente, como las de Baumrind, es que la inevitable intercorrelación entre las diferentes características parentales dificulta discernir los mecanismos que subyacen a las diferencias entre los niños de diferentes tipos de familias. En concreto, Lewis se preguntó por qué el fuerte control externo como el usado por los padres autoritativos podía inducir a los niños a interiorizar los valores de los padres cuando la teoría de la atribución sugiere que los fuertes controles externos son contraproducentes para la interiorización.

En su representación de los hallazgos de Baumrind, Lewis sugería que no es el elevado control la característica de las familias autoritativas que ayuda al desarrollo del niño y al sentido de independencia y autonomía, sino la apertura hacia la comunicación bidireccional, que ayuda a la composición de reglas consensuadas. Por lo tanto, la importancia no está en el control sino en la comunicación (Antonio Raya, 2008).

1.5 Modelo Bidimensional.

A pesar de las limitantes planteadas en las tipologías autoritativas, autoritaria y permisiva. Estas impulsaron la apertura al estudio sobre los estilos parentales. A principio de los años 80, este modelo tripartito estaba firmemente establecido en el campo del desarrollo psicosocial del niño, y era el modelo las utilizado para el estudio de la incidencia de las figuras parentales en el desarrollo de los hijos. Sin embargo, aunque Baumrind limitó el campo de su investigación a las influencias de las variaciones en el estilo parental entre sistemas familiares ajustados, otros teóricos del tema estaban interesados en un rango más amplio de familiar. Intentaron mesclar el modelo de Baumrind con los anteriores intentos de definir el estilo parental a lo largo de un limitado número de dimensiones. Así intentaron medir el estilo parental como una fusión de dos grandes categorías, a las que llamaron afecto/comunicación y control/exigencia (Maccoby y Martin, 1983).

Dicho planteamiento facilitó los estudios para generalizar el modelo propuesto a poblaciones diferentes a las que dio lugar el autor, creando constructos lineales a lo largo de los que se medirían los aspectos más relevantes del estilo parental.

El estilo parental fue definido entonces como reflejo de dos procesos: El número y tipo de demandas realizadas por los padres y la contingencia del refuerzo parental. Así, las figuras parentales autoritativas tienen altos niveles de afecto y exigencia. A diferencia, los padres autoritarios tienen un alto nivel de exigencia con sus hijos pero bajo nivel de afecto.

En investigaciones más actuales, se ha utilizado el concepto de afecto y exigencia para reflejar el equilibrio entre las demandas que los padres les realizan a sus hijos para que se integren al contexto de interacción familiar. En otras palabras, la exigencia se refiere a la voluntad de las figuras parentales para actuar como agente socializador, mientras que el afecto se refiere al reconocimiento por parte del progenitor de la individualidad del infante (Baumrind, 1991).

En una fusión de las dos dimensiones planteadas Maccoby y Martin (1996) atribuyen las siguientes características: Afecto y comunicación componen los siguientes

elementos: Afabilidad y Reciprocidad. El primero significa la expresión de cariño por parte de los padres. La afectividad y empatía en las figuras parentales, motivan a los infantes para participar en estrategias cooperativas y están asociadas con el desarrollo moral de los niños.

Mientras que el segundo concepto abarca las interacciones y patrones relaciones en la concepción parento-filial. Por otro lado se presenta la comunicación clara y el discurso personalizado. Este se refiere a la interacción unidireccional por parte del padre, el cual legitima la autoridad parental basándose en roles asignados y por ende, es a menudo experimentada por el niño como coercitiva, mientras que la bidireccional, elaborada y enfocada en la persona legitima la autoridad parental mediante la persuasión y, por tanto, tiene a ser mejor aceptada por parte del niño. Finalmente se encuentra el Apego, referido como el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (Bowlby, 1985).

El control y exigencia por otra parte, está compuesto por: Confrontación, La supervisión y La disciplina consistente y contingente. La primera se refiere a que los padres que se enfrentan a las conductas disruptivas de los hijos, se muestran implicados y firmes pero no son coercitivos, aunque podrían serlo, siempre uno de los padres se muestra más firme cuando algo provoca conflicto y no ceden a las demandas irracionales por parte de los hijos. La segunda hace mención a un sistema familiar organizado, expectativas consistentes, normas y límites claros, responsabilidades definidas y supervisión, promueven la autorregulación y plenitud del infante. Por otro lado se ha demostrado que la supervisión de los padres previene complicaciones en el desarrollo psicosocial. No obstante, la supervisión o planteamiento de un sistema consistente y ordenado requiere un gran empleo de tiempo y esfuerzo por parte de los padres, que en muchos casos no están dispuestos a asumir, abandonando así sus obligaciones parentales, lo cual perjudica al niño (Patterson, 1986). Mientras que la tercera nos dice que, el control parental pretende orientar al niño hacia los objetivos seleccionados por los padres, modificar conductas de inmadurez, y promover la obediencia El elemento

más importante en el control del comportamiento es el uso de refuerzo contingente a las conductas deseadas o el castigo y la extinción frente a las conductas no deseadas.

1.6 Abordajes parentales en la actualidad.

Hasta este punto de la memoria, se ha llevado a cabo una revisión de las teorías más amplias sobre el estilo parental y la influencia que este ejerce en el desarrollo psicosocial del niño. A diferencia de las teorías de Darling y Steinberg (1993), diferentes autores afirman que el enfoque de socialización propuesto durante varias décadas resulta demasiado rígido y simplista y no tiene en cuenta los mecanismos, a través de los que se influye sobre los hijos (Ceballos y Rodrigo, 1998). Estos autores resaltan entre las principales limitaciones una concepción de los estilos educativos basada en una influencia directa de la conducta de las figuras parentales sobre el desarrollo de los hijos. La poca importancia que se le da a las influencias genéticas y biológicas y factores externos al sistema familiar. La desvaloración de la comprensión por parte de los padres de las situaciones educativas y la contribución de los niños en el proceso.

Por otra parte, estos autores señalan que las teorías propuestas no toman en cuenta el momento de desarrollo evolutivo en el que se encuentran a la hora de criticar la adecuación de los estilos parentales. Se da por hecho que la conducta parental tiene una elevada consistencia a los largo del tiempo, a la vez que se presume que toda decisión tomada por los padres es consciente y razonada. Por lo que, hoy en día se están haciendo aportaciones con la finalidad de llegar a una mejor comprensión de los estilos de abordaje parental y su influencia en el desarrollo psicosocial de sus hijos.

En este apartado, se ha señalado que, en un comienzo, el estudio del estilo parental trata de identificar un todo inherente a la crianza, que determinarán de manera global la interacción entre padres e hijos. Posteriormente, se plantea la necesidad de operacionalizar estas actitudes, para lo que se recurre a la descripción de una serie de conductas y dimensiones.

El estudio de estas conductas o prácticas parentales así como determinadas dimensiones ha llegado en la actualidad, de manera que la mayoría de las

investigaciones actuales sobre los estilos parentales miden éstos a través de comportamientos concretos cuya suma aporta una puntuación global sobre alguna determinada característica de los padres, y de la interacción con sus hijos.

Una aportación importante en el estudio de los estilos parentales consistió en entender la relación entre padres e hijos desde una perspectiva bidireccional, de modo que el comportamiento de los hijos es influido por sus padres pero, al mismo tiempo, el comportamiento de los padres como educadores es condicionado por las características de los hijos y el feedback que reciben de sus propias acciones educativas. Si bien las distintas teorías sobre los estilos parentales han ido suponiendo un avance en la comprensión del mismo, los nuevos descubrimientos no han invalidado a otras teorías anteriores, sino que han ido ampliando y diversificando los distintos aspectos que pueden ser estudiados (Antonio Raya, 2008).

En este sentido, si bien a priori la clasificación bidimensional de Maccoby y Martin (1983) puede parecer en cierto modo reduccionista, los distintos trabajos que se realizan actualmente, como veremos más adelante, siguen en su mayoría relacionando sus resultados con las cuatro tipologías clásicas a pesar de medir aspectos tan distintos como la implicación en distintas tareas paternas, los métodos de castigo o la calidad de la comunicación. En base a lo anterior, se puede decir que el modelo integrador de Darling y Steinberg (1993) supone un gran avance en la manera de entender los estilos parentales como un elemento que determina tanto las prácticas de crianza utilizadas por los padres como los efectos de estas prácticas sobre el desarrollo de los hijos. A pesar de esto, son muchos los aspectos que aún quedan por estudiar en lo que al estilo parental se refiere y las consecuencias que determinadas combinaciones de estilos y conductas en los padres junto con determinadas características en los hijos pueden tener sobre el desarrollo de los mismos.

1.7 Efecto del estilo parental en las dificultades del desarrollo normativo.

Los problemas externalizantes se caracterizan por conductas poco ajustadas y perturbadoras, que pueden gatilladas por una psicopatología. Entre estos problemas se encuentran la agresividad, la impulsividad, la hiperactividad, entre otras. En este ámbito, una particularidad de estas disfunciones es la naturaleza perturbadora de la conducta del niño que llama la atención tanto en el sistema familiar como escolar, porque alteran las actividades tanto de los compañeros como de los adultos responsables del infantes (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Existen numerosas aproximaciones teóricas que intentan relacionar los problemas externalizantes con determinadas características de los padres como pueden ser sus modelos y estilos de crianza parental.

Uno de los paradigmas clásicos de estudio del estilo parental, es la establecida por Maccoby y Martin (1983), que establecían distintas tipologías de padres anteriormente descrita. Basándose en este modelo, estudios actuales donde se relacionaron las dimensiones que dan lugar a los tipos de padres con indicadores de exteriorización de problemas relacionados con la hiperactividad, se estableció la siguiente relación: El estilo autoritativo previene los problemas externalizantes de los niños, el estilo autoritario presenta resultados peores que el autoritativo, aunque mejores que los demás, es estilo negligente es el que presenta una relación más directa con los problemas externalizantes (Eisenberg et al, 2001).

Otra aproximación a la relación entre los estilos parentales y los problemas externalizantes se basa en los estudios que han encontrado una relación inversa entre el afecto y apoyo parental y estos problemas. La expresión de emociones positivas en el sistema familiar por parte de las figuras parentales, han sido relacionadas con bajos niveles de problemas externalizantes.

2. Antecedentes históricos y definición conceptual de la hiperactividad.

Es sabido que en la segunda mitad de siglo XIX aparecieron los primeros datos sobre hiperactividad y conducta impulsiva, fue a comienzos del siglo XX, que se llevo a cabo la primera descripción sistemática de las características del síndrome, asociándolo a fallas en el control moral que no se relacionaban de forma directa con una deficiencia intelectual. Según diversos autores, este síndrome estaba además relacionado con cierta incapacidad para asumir reglas, problemas de atención y concentración, comportamientos deshonestos, insensibilidad al castigo, inmadurez, labilidad emocional y leves anomalías físicas (Barkley, 1982).

A mediados del siglo XX se le había dado a la hiperactividad un origen neurológico, debido a que dichas pautas de comportamiento se observaban en niños que habían sufrido daño cerebral (síndrome Strauss) incluía junto a la hiperactividad, otros síntomas como la impulsividad, perseveración, inatención y problemas perceptivos (Strauss y Lethinen, 1947). Solo años después se llevaron a cabo una explicación más completa del síndrome hiperkinético, situando su origen en un defecto en las estructuras del tálamo, donde se regula la expresión emocional. Este fallo originaba la hiperactividad, los cortos periodos de atención, la deficiente concentración, la impulsividad, la dificultad para demorar las gratificaciones y los problemas tanto a nivel familiar como escolar.

En los años 60 se emplea un término más sofisticado como es el de disfunción cerebral mínima para referirse a un trastorno de la conducta y del aprendizaje que resulta en infantes con un nivel de inteligencia ajustada al promedio, asociado a irregularidades del sistema nervioso central. Esta psicopatología se manifestaba mediante hiperactividad, desajustes conductuales, inestabilidad emocional, déficit de atención, de memoria y de coordinación general, problemas de audición y habla, dificultades en el aprendizaje, etc. No obstante, la escases de apoyo empírico de las teorías anteriores de origen medico, llevó a los investigadores del campo de la psicología y la educación, a concebir la hiperactividad como un trastorno del comportamiento en el que resalta la

excesiva actividad motora constante e involuntaria y significativamente superior a la de otros niños de similar rango etáreo (Miranda, 2005).

A este énfasis en la excesiva actividad, en los años 70 las aportaciones de Douglas (1972), que situaba como rasgos más peculiares de los niños hiperactivos los problemas de atención y la impulsividad, lo que resumiría la mayoría de los problemas que están asociados al síndrome. Es en base a esto que los teóricos del tema se acercaban ya bastante al concepto de hiperactividad que figura hoy en día en los principales sistemas de clasificación.

2.1 Situación actual del concepto de hiperactividad.

De acuerdo a la concepción actual sobre la hiperactividad, el sistema de clasificación que proporciona el DSM IV-TR y la CIE-10. En el primero, el TDAH está incluido en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, dentro del grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno Disocial y el trastorno Negativista desafiante. Por otra parte en la CIE-10, este síndrome se denomina “trastorno de la actividad y la atención” y se encuentra dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y la emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de trastornos hipercinéticos compuesto a su vez por cuatro entidades diagnósticas diferenciadas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hipercinético Disocial y el trastorno hipercinético sin especificación.

Ambos sistemas coinciden en las características básicas del trastorno, que son: Desatención, que se visualiza como un estilo de conducta caracterizado por un cambio frecuente de actividad. Hiperactividad conocida como exceso de actividad motora en situaciones que requieren calma. Impulsividad referida a estilo de conducta precipitado y rápido. Otro de las similitudes que ambos sistemas presentan, es que los desajustes conductuales clínicamente significativos deben mantenerse a lo largo del tiempo y darse como mínimo en dos contextos diferentes.

En cuanto a las diferencias, en la CIE-10 la presencia de otros trastornos es siempre un criterio de exclusión, mientras que el DSM-IV examina la posibilidad de que

exista comorbilidad entre el TDAH y otras psicopatologías. Por otro lado CIE-10 exige para el diagnóstico que se den tres síntomas esenciales siendo necesario identificar, como mínimo, 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad. Por su parte, el DSM-IV permite realizar un diagnóstico en base a dos patrones: uno centrado en la inatención, falta de concentración y desorganización denominado TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo. Tal es la diferencia entre la sintomatología de ambos diagnósticos que aún no está totalmente aclarado que se trate de un solo trastorno con distintas modalidades o que se trate de psicopatologías diferenciadas (Moreno, 2007).

En el BASC, también se establece una diferencia acorde con la establecida en el DSM-IV, pues entre los factores que se miden están los problemas de atención y por otro lado la hiperactividad e impulsividad (Reynold y Kamphaus, 2004).

Como afirman los autores del BASC, la escala “problemas de atención” no satura alto en el factor “exteriorizar problemas”, ya que a pesar de su afinidad con el TDAH, los infantes pueden presentar distracción sin presentar problemas de comportamiento. Por su parte, la escala denominada “hiperactividad” sí que satura alto en el factor “exteriorizar problemas”, formando parte de esta dimensión global junto con los problemas de agresividad y los desajustes conductuales. Por lo tanto, se puede decir que el TDAH en su significado.

A pesar de que estos sistemas de clasificación hacen referencia a la necesidad de que la sintomatología se manifiesta durante un tiempo prolongado y en dos contextos como mínimo. También se indica que además deben ser tenidos en cuenta otros aspectos como la intensidad, gravedad, frecuencia y consistencia de los mismos, y la repercusión y afectación adversa de la vida escolar, familiar y social (Moreno y Servera, 2002). Referidos plantean la siguiente sintomatología: actividad motora excesiva, problemas en la concentración y dificultad para inhibir su conducta cuando se le requiere. Consistencia de los síntomas en dos o más situaciones de interacción social, persistencia temporal de los síntomas.

Necesidad de la presencia de los síntomas característicos, los síntomas propios del trastorno no se ajustan al nivel de desarrollo psicosocial del niño. Debe existir un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

2.2 Evolución de los trastornos hiperactivos en el desarrollo vital.

Para comprender el desarrollo del TDAH, se debe comenzar con la premisa de que no se trata de una alteración psicológica que afecta solo a los niños y que tiene a desaparecer con la edad, de modo que el impacto que produce la psicopatología en el desarrollo vital de la persona es adverso y prolongado, lo que hace necesario un tratamiento mantenido que puede llegar incluso hasta la edad adulta (Moreno, 2007).

Aunque las manifestaciones clínicas del trastorno se mantengan a lo largo del tiempo, estas se van modificando en función de la etapa evolutiva en que se encuentra la persona, por lo que, se puede establecer una clasificación del trastorno en las distintas etapas de la vida (Miranda et, 2005).

Primera infancia, se observa cierta vulnerabilidad biológica en el sentido en que estos niños ya muestran dificultades en aspectos cognitivos como la atención, presentan además inhibición de impulsos o la búsqueda de constante estimulación (Douglas, 1985).

El temperamento de los bebés con TDAH afecta negativamente a la interacción con sus figuras parentales y provoca sentimientos de culpa o rechazo, que se manifiesta mediante estrategias educativas muy impositivas o por el contrario permisivas. En este sentido, se evidencia que la hiperactividad se ve incrementada por determinados contextos ambientales y familiares como el control, la disciplina, afecto y apoyo parental.

Educación infantil, la sintomatología del TDAH se presenta por medio de la exageración de las conductas propias del estadio evolutivo como el menor tiempo que emplean para realizar labores escolares, juegos inmaduros, funcionales o sensoriomotores y menos sociales, y también existe menor cooperación con los niños de

similar edad cronológica, dando paso a una respuesta diferenciada por parte de los adultos, que se suelen ser más expositivos y disciplinarios.

Educación primaria, las diferencias en la atención se hacen mayores y se incrementan las consecuencias negativas en el funcionamiento escolar y conductual, al mismo tiempo que su escasa competencia social afecta a su habilidad para establecer relaciones interpersonales.

Educación secundaria, los adolescentes con TDAH exhiben un rendimiento académico paupérrimo y muestran un funcionamiento adaptativo social y emocional más debilitado (Wilson y Marcotte, 1996). Algunos jóvenes presenta problemas con la justicia, expulsiones en la escuela, fracaso en actividades deportivas, etc. dichos problemas acarrearán sentimientos de indefensión y síntomas depresivos, por lo que estos jóvenes están propensos a experimentar diferentes tipos de psicopatologías. Los adolescentes con TDAH presentan mayor dificultad en el sistema intrafamiliar y sus padres exhiben mayores niveles de tensión y ansiedad.

Etapa adulta, dichas personas presenta dificultad para organizar sus actividades cotidianas, y por ende su vida, muestran dificultad para manejar dinero, cuidar a sus hijos e interactuar en la constelación familiar. En cuanto a la parentalidad, el TDAH da lugar a un patrón inconsistente y despreocupado poco favorable para los hijos en general (Arnold, 1996).

2.3 Descripción del TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo.

Este subtipo dentro de los trastornos hiperactivos no presume la existencia de problemas de atención, sino más bien dificultades de control regulatorio que pueden afectar también la atención. Estos individuos suelen mostrarse bastante agresivos, desafiantes y opositoristas, lo que en muchas ocasiones da lugar a diagnósticos comorbidos de trastornos de conducta y oposicionismo desafiante (Goodyear y Hynd, 1992).

También se da que estos sujetos son rechazados por sus iguales, debido a que suelen estar involucrados en peleas, agresiones, robos, etc. (Edelbrock, Costello y Kessker, 1984).

A diferencia de los otros trastornos hiperactivos, el nivel de aprendizaje y los desajustes de tipo internalizante se dan en estos infantes en el mismo nivel que los niños normales (Gaub y Carlson, 1997). En el siguiente párrafo se describirá dos de las manifestaciones clínicas que presentan estos jóvenes.

2.4 La impulsividad.

La impulsividad se manifiesta como “una rapidez excesiva en el procesamiento de la información, cierto fracaso en esperar a emitir una respuesta que se haya reunido la información suficiente y una inhibición de mecanismos que resultan inapropiados para conseguir la meta. La autora plantea que estos niños suelen sufrir más accidentes porque tienden a actuar sin pararse a pensar de manera racional sobre los peligros que conlleva una acción, al mismo tiempo que su deficiente autocontrol les lleva continuamente a transgredir las normas con los consecuentes castigos, riñas y tensión general del sistema familiar (Miranda, 2005).

Según otros autores, la impulsividad se manifiesta mediante conductas como actuar sin pensar, hacer de forma precipitada las tareas o ser incapaz de esperar el turno en juegos y otras actividades de interacción social (Reynold y Kamphaus, 2004). En síntesis el niño parece incapaz de refrenarse, de controlar su comportamiento y demorar las gratificaciones, lo que deriva en que muchos padres juzguen al niño como descuidado, perezoso y malintencionado (Wicks, Nelson e Israel, 2001).

2.5 La hiperactividad.

Se conoce como el exceso de actividad por una actividad inoportuna, de modo que los infantes hiperactivos no detienen su movimiento, son inquietos, nerviosos, incapaces de permanecer en una posición determinada, dan golpes, molestan a otros, etc. dicho carácter inoportuno de este tipo de actividad radica en el hecho de que se suelen

dar en situaciones sedentarias y estructuradas que implican estar sentado y atender a una serie de demandas externas (Greenhill, 1991). Uno de estos eventos queda claramente representado en el contexto escolar, donde las actividades más frecuentes en los niños con hiperactividad son, entre otras, interferir en la actividad de otros niños, estar fuera del asiento, movimientos involuntarios, otras actividades motoras gruesas.

Por otro lado, el exceso de actividad no es algo uniforme, ya que determinados factores como el estadio evolutivo o la situación contextual determinan el exceso de actividad tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Según autores e exceso de actividad va disminuyendo a medida que el niño se hace mayor, hasta tal punto en que, en la adolescencia y edad adulta, se manifiesta más como sentimientos de inquietud y problemas con las actividades sedentarias (Miranda. Et, 2005).

Según las palabras de Miranda y sus colaboradores, “El problema del chico con hiperactividad es que dirige su energía hacia tareas y objetivos diferentes de los encomendados por sus padres y profesores, lo cual provoca numerosas interacciones conflictivas que terminan casi siempre con un feedback negativo” (Miranda. Et, 2005).

2.6 Una relación de conductas sociales.

Hay varios aspectos de la conducta de los niños hiperactivos que pueden engendrar malestar social, evitación y rechazo. Como mínimo pueden ser intrusivos e ineptos en las relaciones personales. Pueden iniciar interacciones y actividades con buena intención, pero tanto el momento como el estilo suelen ser inapropiados.

Básicamente, fastidian a los demás e interrumpen las actividades que realizan. A menudo los niños con TDAH tienen dificultades no tanto por las cosas que hacen sino por cómo las hacen. Estos niños pueden iniciar una transacción social con un vigor y un entusiasmo que podría ser atrayente si no actuaran como sujetos descontrolados. No cabe duda que algunos niños con TDAH son “mandones y controladores”, tanto con sus compañeros como con sus padres (Cunnigham y Cols, 1985). También muestran altos niveles de desobediencia e incluso el reto violando las normas sociales tanto implícitas como explícitas como aparente impunidad.

Parece que los niños TDAH tienen más dificultad que sus compañeros para modular su comportamiento de acuerdo con las señales situacionales y las características de su papel. Cuando se les sitúa en dos papeles distintos tales como líder versus seguidor o anfitrión versus invitado, muestran una conducta menos específica del papel y más similitud entre los distintos papeles que sus compañeros normales (Landau y Milicic, 1988). El hallazgo que los niños normales cambian menos a representar papeles cuando se aparejan con niños TDAH que cuando se aparejan con niños normales es de gran relevancia para los efectos de catálisis social señalados anteriormente (Landau y Milicic, 1988).

Sin embargo, esta caracterización global no debiera ocultar la heterogeneidad conductual de los niños hiperactivos. Un estudio reciente de los efectos de la mediación durante actividades no estructuradas, las tasas de conducta negativa o inapropiada variaban desde el 0 al 57% en 24 niños hiperactivos (Whalen, Henker y Swanson, 1987). No solo se ha encontrado heterogeneidad en la cantidad de conducta negativa, sino también en su contenido y cualidad. Algunos niños TDAH experimentan graves problemas de agresión, mientras otros son básicamente desobedientes, violando normas y demandas más por olvido que por hostilidad. Otros niños TDAH pueden ser molestos, pegadizos, cándidos más que inmaduros u opositorista. Algunos de ellos parecen particularmente motivados, deseosos de ser cooperadores y amistosos, pero su torpeza social les impide satisfacer estos objetivos.

En determinados aspectos, la distinción que ha surgido en la literatura del desarrollo entre dos tipos de niños impopulares, los rechazados y los ignorados, puede ser paralela a la distinción clínica propuesta en los niños TDAH. Los niños rechazados son más activos y aversivos, mientras que sus compañeros ignorados son menos interactivos y menos nocivos, siendo percibidos como tímidos y nunca como ofensores (Coie y Kupersmidt, 1983). Los niños rechazados nunca suelen pasar desapercibidos y los niños pasan en exceso. De forma análoga se ha descrito que los niños TDAH muestran tasas altas de conductas antisociales, mientras que los niños TDA sin hiperactividad se caracterizan por ser socialmente ansiosos y evitadores, pero en cambio

no son más activos, impulsivos de difícil trato o agresivos con sus compañeros (Berry y Cols, 1985).

Un aspecto intrigante y prometedor de este perfil social es que, en algunos niños TDAH, estas conductas molestas y perturbadoras van acompañadas de un interés aparentemente fuerte y duradero por estar con otras personas. A menudo los niños TDAH están ocupados socialmente, buscando relaciones interpersonales e iniciando intercambios con más frecuencia que otros niños (Cunnigham y Cols, 1985). Además tienen a mostrar prácticamente los mismos niveles de actividad prosocial que sus compañeros, a pesar de la cantidad altamente desproporcionada de actos inapropiados o molestos para los demás. Sin embargo las transacciones sociales de los niños TDAH parecen carecer de la sintonía requerida por la armonía interpersonal, de las facetas más sutiles del intercambio social que tan difíciles son de detectar mediante los sistemas de observación usuales.

Nivel de actividad motora.

Algunos niños TDAH son descritos como “maquinas en continuo movimiento” o como si tuvieran “motores que no se quieren parar”. Si no están corriendo o saltando, están moviéndose rápidamente o retorciéndose; sino dan un codazo a un compañero, están dando golpecitos con sus dedos, probablemente haciendo ruido al mismo tiempo.

Parecen tener una inclinación por los accidentes, presentando elevadas tasas de pequeños contratiempos tales como derramar bebidas y golpear juguetes, así como tasas elevadas de accidentes más graves como daños físicos o destrucción de propiedades.

Estas acciones se caracterizan no solo por una ilimitada energía, sino también por una falta de modulación tanto en la concordancia con los deseos de los demás, como en la respuesta a las señales temporales y situacionales.

Niveles excesivos de actividad, inquietud y agitación aparecen con frecuencia en las escalas valoradas por los padres y profesores. Sin embargo sabemos que estas valoraciones no pueden ser tomadas como validas, ya que el adulto puede responder basándose más en lo difícil de tratar que es el niño que en su nivel de actividad motora

per se. Medidas más objetivas del movimiento distinguen niños normales de hiperactivos, y muestran los efectos de la medicación en la reducción del nivel de actividad. Estas medidas incluyen “cojines de movimientos” usados como indicadores de movilidad mientras el niño está sentado; actómetros y otros monitores de actividad colocados en muñecas, tobillos o espalda para valorar los movimientos de las extremidades y el tronco; y observaciones directas de inquietud, movimientos motores gruesos, “comportamiento fuera del asiento”, número de cambios de la actividad o las líneas traspasadas de una cuadrícula dibujada en el suelo (Conners y Kronsberg, 1985).

Extensos estudios de evaluación revelan lo que se ha convertido en un patrón familiar: estas medidas múltiples de nivel de actividad tienden a intercorrelacionar solo modestamente en el mejor de los casos, distinguiéndose algunas veces entre niños TDAH y niños normales y otras veces sin hacer tal distinción. Incluso en una única medida, la variabilidad intraindividual es más la norma que la excepción. Los resultados varían sustancialmente según las situaciones y según las fuentes y tipos de medida. Así parece que la “sobreactividad” motora está lejos de ser un constructo unitario. Se pueden identificar múltiples manifestaciones, cada una de las cuales ocurre en algunos pero nunca en todos los niños hiperactivos, y cada una de ellas puede ser observada en alguna pero no es todas las circunstancias. Además, las facetas social, situacional y de estilo normalmente son más críticas que el gasto absoluto de energía en definir los límites del movimiento apropiado (Conners y Wells, 1986).

2.7 Consideraciones etiológicas del trastorno.

La investigación acerca de las causas de la hiperactividad se enfrenta con dificultades metodológicas importantes. Incluso cuando se detecta que un agente causal potencial está relacionado de forma fiable con la hiperactividad, sólo aparece en una pequeña proporción de los niños diagnosticados. La mayoría de los niños considerados hiperactivos muestran tasas o niveles normales de cualquier variable que haya resultado implicada hasta la fecha; y mucho de los niños que cuentan con familias atípicas o indicadores fisiológicos no muestran conductas características de hiperactividad.

Además conductas similares pueden tener orígenes bastante diferentes, al igual que el origen de una cefalea puede ser la hipertensión, dolor muscular, entre otros. Y como se ha visto, las conductas de los niños hiperactivos no son similares en absoluto; la diversidad conductual es la norma más que excepción. Por todo ello, no hay razón para esperar que algún día se descubra un proceso etiológico unitario. Lo más probable es que los síntomas de la hiperactividad e impulsividad sean un mecanismo final común mediante el que se pueden expresar distintas influencias congénitas, tóxicas y ambientales (Rapoport y Quinn, 1975).

Para una mejor comprensión, la explicación sobre la etiología del trastorno en esta memoria será abordada desde las influencias biológicas y psicosociales. Es importante tener en cuenta que estas distinciones son algo arbitrarias. En realidad, múltiples factores interactúan de forma compleja; los diversos procesos enumerados separadamente funcionan como antecedentes y consecuencias unos de otros, según configuraciones y concatenaciones complejas que todavía están por aclarar.

Influencias biológicas.

Diversos estudio familiares aportan datos sugerentes de una contribución genética en la hiperactividad. Por ejemplo se ha comprobado que un número desproporcionado de padres de niños hiperactivos mostraron signos de hiperactividad en su infancia. Los niños hiperactivos, comparados con sus compañeros normales tienden más a tener hermanos que también son hiperactivos, y los hermanos completos de los niños hiperactivos muestran un patrón de conducta hiperactiva con mayor frecuencia que quienes sólo son hermanos por uno de los padres (Morrison y Stewart, 1974 y Chen, 1981).

Se ha sugerido una relación entre niños hiperactivos y trastorno afectivo, alcoholismo y conducta antisocial de los padres u otros familiares de primer grado. La relación con parientes antisociales se ha encontrado incluso en niños que fueron separados de sus padres al nacer (Loftus y Edward, 1975). Además la prevalencia de trastornos psiquiátricos en padres adoptivos de niños TDAH no difiere de los valores que presentan los padres de niños controles. Este hallazgo implica una mayor

probabilidad de que la relación entre hiperactividad en la infancia y psicopatología de los padres sea atribuible principalmente a influencias genéticas y no al ambiente familiar o al estrés psicosocial (Cantwell, 1975).

Sin embargo la cuestión de las especificidades vuelve a plantearse, ya que proporciones elevadas (quizá entre el 40 y el 60%) de los padres de grupos heterogéneos de niños remitidos a clínicas psiquiátricas padecen trastornos psiquiátricos diagnosticables, sobre todo trastornos afectivos en las madres y conducta antisocial o alcoholismo en los padres. Estas tasas pueden ser especialmente elevadas en padres de niños con trastornos de conducta, tanto si son considerados como hiperactivos, como si no lo son (Sandberg y Cols, 1978).

Los estudios sobre características conductuales de los gemelos proporcionan datos adicionales. Diversos investigadores han encontrado una alta concordancia en el nivel de actividad y otras dimensiones del temperamento en gemelos monozigóticos (idénticos) que en dizigóticos (no idénticos) del mismo sexo (Buss y Plomin, 1975; Matheny y Dolan, 1980). Desafortunadamente, no se han realizado estudios definitivos de gemelos con diagnóstico de hiperactividad.

En resumen, existe una sólida opinión de que el TDAH es fruto de la herencia. Esta opinión se basa en una variedad de pistas de evidencia indirecta. Todavía no se dispone de datos definitivos. Separar los factores genéticos de los ambientales y psicosociales es una dura tarea, como demuestra la facilidad con que pueden formularse explicaciones sociales y ambientales plausibles para cada uno de los hallazgos realizados.

Influencias psicosociales.

Aunque con frecuencia se encuentra una relación entre el nivel socioeconómico bajo e hiperactividad, los datos son inconscientes y las implicaciones inciertas, dada la red de variables biológicas, psicosociales y ambientales que se acumulan bajo ese constructo. Tal y como se dijo anteriormente, hay alguna evidencia de asociación entre la expresión y curso de la hiperactividad y factores adversos más específicos, tales como relaciones familiares pobres, familias de un solo progenitor, debilitadas competencias

parentales, entre otras (Gilberg y Cols, 1983). Estos autores informaron que no sólo el mayor estrés familiar y una clase social baja estaban relacionados con mayor cantidad de síntomas cuando los niños eran visitados a los tres años, sino también que la alteración familiar y una relación materno-filial negativa eran predictores de estos problemas de conductas identificados tempranamente. Los informes de las madres acerca de su propio malestar parecen ser predictores potenciales de los problemas de conducta infantiles (Befera y Barckley, 1985).

Una vez más resulta imposible establecer relaciones causales a partir de estos datos correlacionales, y los problemas se incrementan al usar una sola fuente de información (la de la madre) para valorar el funcionamiento psicosocial tanto del niño como de la madre.

Aunque mucha gente cree que la causa de la hiperactividad puede radicar en las desventajas sociales, una familia humilde o una enseñanza deficiente, no hay dato empírico de que las variables psicológicas, sociales o culturales constituyan agentes causales primarios. Entonces ¿Cuál es el papel de los factores psicosociales? Ya se ha dejado de lado el concepto de “deficiencia” del niño y se centran en una perspectiva más ecológica que contemple las interacciones entre el niño y la situación (Connors y Well, 1986). Desde este planteamiento, lo importante es identificar si existe o no correspondencia entre las características del niño y las de su entorno social y físico (Whalen y Henker, 1977). Hay datos a favor de que algunos niños nazcan con una constitución de alto riesgo (sistema nervioso lábil o temperamento difícil), y que el desarrollo de los problemas de conducta y también de factores ambientales como capacidad de adaptación y tolerancia de la familia, recursos psicológicos y socioeconómicos, y acontecimientos vitales estresantes. Por ejemplo, si algunos padres se saborean la paz, la quietud y las actividades rutinarias tienen un niño constitucionalmente activo, vigoroso e impulsivo, es más fácil que aparezcan problemas que si el niño nace en una familia que tolera e incluso disfruta de menos regularidad y con un estilo de vida más intenso, desorganizado e impetuoso. La perspectiva socioecológica se apoya tanto en estudios longitudinales de temperamento (Thomas,

Chess y Birch, 1968), como en la evidencia de que factores sociales tales como la estimulación educativa en el hogar pueden “compensar” factores tempranos de riesgo biológico como el estrés perinatal (Werner, 1986). Otra fuente de apoyo proviene de los informes respecto a que la estabilidad familiar y la capacidad de las figuras parentales pueden influir en la evolución a largo plazo de los niños TDAH (Loney, Kramer y Milich, 1983).

También se debe tener en cuenta el papel de profesores, escuela y entorno social. El umbral de detección para identificar a los niños con dificultades que precisan de ayuda especial puede influir en la probabilidad de que un niño sea diagnosticado, e incluso en el tipo de tratamiento que se pueda hacer, pudiendo ser importante para las relaciones cotidianas en el entorno del niño TDAH. Estas mismas variaciones de los niveles de tolerancia se pueden observar en psicólogos y otros profesionales expertos en el tema.

La idea de que ciertos factores psicosociales son agentes atenuantes es plausible y optimista, pero los datos en que esta premisa se apoya aun se siguen profundizando.

Actualmente, las tecnologías metodológicas han avanzado hasta el punto en que se pueden llevar a cabo investigaciones longitudinales en diferentes lugares sobre variabilidad conductual, influencias situacionales y parámetros fisiológicos. El elevado número de posibilidades factores contribuyentes y la complejidad de sus intercorrelaciones subrayan la necesidad de utilizar estrategias multivariadas de investigación, aspecto que ha sido razonado de forma convincente (Loney, 1980). Estos estudios a gran escala son dificultosos y costosos, pero su rendimiento potencial es suficientemente importante como para justificar la inversión de tiempo y costo. En la actualidad se necesitan de más estudios que especifiquen y validen las diferentes premisas que modulan el origen del TDAH.

2.8 Explicaciones psicológicas.

Las investigaciones sobre el TDAH han ido generando nuevas teorías que entregan una visión más comprensiva y unificada. Así, en el último tiempo, se han propuesto una serie de teorías acertadas en la explicación de la etiología y naturaleza psicológica de la hiperactividad y el TDAH. Dichas teorías se basan en:

Escasa autorregulación, los niños hiperactivos presentan desajustes en el sistema de autorregulación, por lo que, tienen una fuerte tendencia a buscar refuerzos inmediatos, son muy vulnerables a los estímulos externos y se frustran cuando no aparecen las recompensas esperadas.

Hipoactividad en el sistema de inhibición conductual, define como causa de la hiperactividad una disminuida actividad del sistema de inhibición cerebral. Es por esto, que referidos del tema afirman que los niños hiperactivos cometen más errores en las actividades de ejecución continua (Quay, 1997).

Respuesta demorada alterada, esta teoría está fundamentada en el concepto de capacidad de demora, que resulta en el niño al final del primer año de vida y que se sostiene en cuatro capacidades como lo son la separación del afecto, prolongación del estímulo, internalización del lenguaje y análisis síntesis.

Disfunción en la respuesta motora, diversos autores llegaron a la conjetura de que el mecanismo alterado en los infantes es el sistema motor intencional y el no intencional.

De este modo, en los test de ejecución continua, encontraron que, cuando la tarea se diseña con intervalos breves entre estímulos, los niños hiperactivos son tan efectivos como los no hiperactivos, mientras que las diferencias aumentan cuando la estructura de la tarea implica un intervalo amplio entre estímulos (Sergeant y Van Der Meere, 1990).

2.9 Elementos psicosociales.

Si bien las variables de tipo psicosocial, no son consideradas críticas en la etiología del TDAH, no se debe desconocer que ésta ejerce un papel importante en el mismo. La mayoría de las investigaciones han enfocado su interés en el sistema intrafamiliar, tratando factores propios del contexto como lo es el estrés, las derivaciones matrimoniales, las psicopatologías de los padres o el patrón relacional parento-filial

(Wicks, Nelson e Israel, 2002). En este sentido en un estudio realizado con gemelo, se encontró relación entre comportamientos propios de la hiperactividad y determinadas variables evaluadas en las figuras parentales como el malestar, las desavenencias familiares, la frialdad y las críticas hacia el hijo.

La relevancia del rol de la familia radica sobre todo en que, al interactuar con las características del trastorno, determinadas particularidades familiares predisponen al desarrollo de ciertas conductas propias del mismo. Un hogar caótico, la sobre exigencia parental, las reglas impuestas de forma autoritaria y en definitiva un estilo de crianza controlador e intrusivo, pueden tener efectos negativos sobre el comportamiento del niño con TDAH.

Por otro lado, existen variados estudios que demuestran que las variables intrafamiliares están implicadas en todas las edades del niño. Autores plantean mayores niveles de agresividad y restricción en familias de niños preescolares con hiperactividad que en sistemas familiares de niños no hiperactivos (Zentall, 1995). Otros teóricos del tema señalan menor coherencia y mayor impaciencia e imposición en madres de niños hiperactivos, mientras que en la etapa adolescente, las familias de los jóvenes hiperactivos informan de una mayor cantidad de conflictos e interacciones negativas (Campbell, 1995).

En síntesis en lo referido a la hiperactividad se entiende que ésta es una manifestación clínica más del TDAH junto con la impulsividad y la desatención, existiendo a su vez un diagnóstico específico denominado TDAH predominante hiperactivo/impulsivo que enfoca la atención de esta investigación (Kamphaus, 2004). No obstante, delimitar este trastorno del comportamiento resulta bastante difícil debido a la elevada comorbilidad que el TDAH presenta con otras psicopatologías afines como el Trastorno Disocial o el Trastorno Opositor Desafiante. Su multidimensionalidad también hace del TDAH un diagnóstico difícil de clasificar. En referencia a esta multidimensionalidad, se concluye en esta revisión que en las niñas predominan más los aspectos referentes a la falta de atención y los problemas de aprendizaje, mientras que

las conductas de corte externalizante como la propia hiperactividad o la impulsividad son más prevalentes en los niños.

En cuanto a la etiología, en la actualidad existe diversidad de conjeturas sobre el origen del TDAH, que parten de disciplinas tan diferentes como la medicina o la psicología.

Si bien, se puede decir que los factores genéticos y ambientales tienen una influencia determinante sobre este problema, la influencia del medio social y sistema familiar es determinante, en su origen como en su evolución, en el pronóstico y en el tratamiento de su sintomatología.

3. Caracterización del TDAH en las distintas etapas de desarrollo psicosocial.

Las manifestaciones del trastorno van variando notablemente en grado e intensidad a lo largo de la vida. Entre el primer y los tres años, el diagnóstico es muy difícil. Existe una variación temperamental, impulsividad, y una adaptación social limitada en la interacción del niño con los padres y el ambiente. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan continuamente con posibles alteraciones del sueño, en el lenguaje o en la adquisición del desarrollo motor (Hidalgo Vicario, 2007).

Hasta los cinco años, los niños suelen presentar un desarrollo motor precoz, comienzo temprano de la deambulación y en general son descritos por los padres como niños inquietos, como impulsados por un motor. Son niños de fáciles rabietas, buscan constantemente la atención, no parecen tener noción de peligro, curiosidad insaciable y excesiva actividad motora; son además desobedientes, opositoristas y desafiantes (Benavente, 2001).

Es así que entre los tres y seis años (etapa preescolar) presentan menor intensidad y duración en el juego, inquietud motriz y otros problemas asociados: conducta desafiante, alteración del desarrollo, dificultad en la coordinación motora y en la adaptación social. El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y el déficit de atención pueden ser propios de la edad.

No se disponen de instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH en esta edad (Hidalgo Vicario, 2007).

Es en la edad escolar donde se detectan más frecuentemente los niños con TDAH, ya que es además cuando comienzan a presentar problemas en la adquisición y aprendizaje de la lectoescritura, lo que redundará en un principio de fracaso escolar que se agudizará más cuanto más se fuerce al niño sin tratamiento adecuado (Benavente, 2001).

Entre los seis y los doce años suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, con inquietud motora, conducta impulsiva y perturbadora y problemas asociados como: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), rechazo por los compañeros, problemas familiares, repetición de curso, baja autoestima y agresividad (Hidalgo Vicario, 2007).

En la adolescencia la hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud pero todavía el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad (Benavente, 2001). Con la edad va mejorando la hiperactividad que se transforma en hiperactividad mental e impaciencia, pero se mantienen el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse, lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo, baja autoestima y conduce al joven a involucrarse en conductas de riesgo, conducta antisocial, drogas, embarazos, accidentes, entre otras (Hidalgo Vicario, 2007).

Antecedentes Empíricos
Trastorno de Déficit atencional con Hiperactividad

El siguiente estudio realizado en el año 2009 por psicólogos de la Universidad Católica del Norte y que se denomina “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños/as escolarizados”, se centra en la prevalencia de la psicopatología en niños de la ciudad de Antofagasta. Dicho estudio permite evidenciar una realidad nacional que supone mayor prevalencia en hombres que en mujeres pertenecientes al sistema educativo público.

El Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile considera el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) como el problema de salud mental más frecuente en niños, niñas y adolescentes en edad escolar en Chile, estimándose que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requieren tratamiento específico por dicho trastorno, siendo el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria.

El TDAH es definido como un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos. De acuerdo al predominio de síntomas que estén presentes, el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se clasifica en tres subtipos: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado.

En términos epidemiológicos, a nivel internacional, las tasas de prevalencia del TDAH son discrepantes. En Estados Unidos se estiman prevalencias que van desde un 3 a un 5%, a diferencia de Europa, donde se obtienen prevalencias de 1,5%.

En numerosos estudios se ha estimado la prevalencia del TDAH en distintas poblaciones obteniendo tasas diversas, por ejemplo: 4,7% en niños de 6 a 11 años en Mallorca; 10,15% en niños venezolanos entre 3 y 13 años de Maracaibo; 16,1% en niños colombianos entre 4 y 17 años de Manizales y un 18% en niños entre 6 a 11 años en Medellín.

El elevado grado de variabilidad de tasas de prevalencia se ha explicado por los distintos métodos de evaluación utilizados, la diversidad y cambios de los criterios clínicos diagnósticos, diferentes informantes (padres, profesores o cuidadores/tutores), el tipo de muestra escogida (clínica o poblacional) o por características sociodemográficas diversas.

En Chile, se han realizado diversas investigaciones en el área del TDAH, sin embargo, son pocas las que presentan estimaciones de prevalencia. En la literatura indexada sólo se ha encontrado referencias de tres estudios: a) en segundo año básico en Talca, quienes reportan una prevalencia cercana al 18% pero evaluados a través de sólo un informante; b) en población aymará, cuyo estudio igualmente se centra en datos recogidos de un sólo informante y c) un estudio de prevalencia realizado en Chillan. En este último la población del estudio comprendió preescolares entre 3 a 5 años, período evolutivo no recomendado para efectuar un diagnóstico de TDAH, dado que las características evolutivas propias de la edad preescolar así como su desarrollo neurobiológico no permite claridad en diagnóstico. A esa edad la corteza pre frontal y las funciones ejecutivas como la inhibición de la respuesta y control motor aún no se encuentran bien desarrollados. Así como también lo señala el DSM-IV-TR, en su criterio B para el diagnóstico, que los síntomas de hiperactividad/impulsividad deben haber estado presente antes de los 7 años de edad, sugiriendo esperar hasta la edad escolar para entregar un diagnóstico más preciso. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia estimada del TDAH en población escolarizada de seis a once años en la ciudad de Antofagasta.

Participantes:

Se considero una muestra intencionada, con rangos de edad y sexo similares, quedando en 640 participantes entre 6 a 11 años de edad. El 35,6% de los participantes acudían a establecimientos municipales, el 31,3% a colegios subvencionados, mientras que el 33,1% pertenecían a establecimientos educacionales particulares. Los cuestionarios aplicados fueron completados por 612 apoderados y 82 profesores de diferentes asignaturas. El promedio de respuestas de los profesores fue entre un 75 y un

100% dependiendo del establecimiento educacional. Mientras que los apoderados ponderaron una tasa del 85% en sus respuestas completas. Se evidencian prevalencias estimadas por sexo y edad, dado que se han reportado diferencias en estas dadas por ambos factores. Cabe mencionar que al ser el TDAH una psicopatología transversal, el nivel socio económico no se considera como variable, ya que, su factor de riesgo relativo es tan solo de un 1,15% siendo este resultado discrepado en diferentes estudios de evaluación del trastorno.

Instrumento:

Se utilizó la AttentionDeficitHiperactivityDisorder Rating Scale-IV, adaptada a población española. Esta se compone de 18 ítems que coinciden con los síntomas pertenecientes al criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. Consta de una sub-escala de Inatención, otra de Hiperactividad/ Impulsividad y la escala total. La escala ha presentado buenas propiedades psicométricas tanto en España como en Estados Unidos y en Chile, en donde las dimensiones evaluadas mostraron una consistencia interna entre ,76 y ,90 en la escala para apoderados (,92 para la escala total) y entre ,95 y ,97 en la versión para profesores (,97 para la escala total) (Urzúa A, Domic M, Ramos M, Cerda A & Quiroz J. Evaluación de escalas para el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Chile. Artículo no publicado).

Procedimiento:

Se seleccionaron establecimientos educacionales intentando incorporar tanto establecimientos de tipo públicos, como subvencionados y privados, a los cuales se solicitó la autorización para realizar la investigación. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, la aplicación se realizó en las reuniones de apoderados en al menos un curso por nivel por cada establecimiento. En cada curso se solicitaba la colaboración a los siete primeros apoderados en llegar a la reunión. A su vez, se les solicitó a los profesores jefe de cada curso, contestar las escalas para valorar la conducta de los menores evaluados por los apoderados. El motivo de la selección de siete menores por

curso responde a la necesidad de evitar un exceso en la cantidad de escalas rellenas por cada profesor. Una vez recogidos los cuestionarios, estos fueron ingresados a una base de datos construida en SPSS 16.0.

Conclusiones del estudio:

Se muestra la prevalencia estimada según la evaluación realizada por los apoderados. Tal como se observa, esta es cercana a un 6% en la muestra total, existiendo diferencias al estratificar por sexo, siendo mayor en los hombres (7,1%) que en las mujeres (4,6%) y en el rango de menor edad (7,2%) por sobre el de 9 a 11 años (4,3%).

Tanto en los hombres como en el grupo de menor edad predomina el TDAH del subtipo combinado.

Cuando los que evalúan son los profesores, la prevalencia estimada aumenta en todos los grupos de análisis con relación a la prevalencia percibida por los apoderados: a nivel global (14,9%), en los hombres (22,3%), las mujeres (8,2%), en el rango de 6 a 8 años (20,1%) y de 9 a 11 años (10,1%). Sigue siendo mayor la prevalencia reportada para los hombres y el grupo de 6 a 8 años

En la literatura se ha reportado discrepancias como la observada en esta investigación, sobre las diferencias que se suelen encontrar basadas en el tipo de informante. En España se realizó un estudio contrastando los tipos de informante en la escala ADHD RS-IV presentándose diferencias contrarias a las encontradas en esta investigación, en donde los apoderados mostraron medias superiores a los profesores. Para este fenómeno es posible considerar distintos factores ambientales tales como las condiciones culturales y educacionales en las cuales se enmarca el contexto español, las que distanciarían los resultados obtenidos en la población chilena, en donde son los profesores quienes reportan una mayor cantidad de niños con posible TDAH. Cabe destacar que el porcentaje encontrado en esta investigación al considerar sólo el informe del profesor, es similar a lo reportado por Verdugo en el estudio de Talca, sin embargo,

con la evaluación de un sólo ambiente no se cumple los criterios diagnósticos requeridos.

Posibles explicaciones son la cantidad de niños (as) presentes en cada sala, la mayor cantidad de horas que pasan los niños en el aula escolar que posibilitaría una mayor cantidad de horas de observación, la dificultad en los padres de reconocer algún posible problema en los menores o la expectativa del profesor de que si se evalúa mal a los menores, se tomarán medidas para controlar las conductas de éstos.

En cuanto a las diferencias dadas por el sexo, se logran observar diferencias entre niños y niñas, en la que los niños obtienen puntajes más altos, lo que se condice con los resultados obtenidos en otras investigaciones. En 1999, un estudio apoyado por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense encontró que existen diferencias entre sexo en la forma clínica como afecta el TDAH a mujeres y hombres, principalmente en la mayor posibilidad por parte de las mujeres de presentar síntomas de inatención en comparación a los hombres en quienes predominan los síntomas de hiperactividad, impulsividad y comportamientos disruptivos secundarios.

Estas diferencias se podrían relacionar a la manifestación conductual del TDAH, ya que los síntomas que más se logran percibir tanto en el contexto familiar como escolar son los referidos a la hiperactividad e impulsividad debido a lo disruptivo de su naturaleza a diferencia de los síntomas inatentos los cuales desde la normativa social es esperable que las mujeres presenten conductas pasivas, por lo que el modelado y estilo de crianza proporcionado por los padres, irían en tal dirección.

De acuerdo a la edad, los resultados obtenidos apuntan a una diferencia entre las edades de 6 a 8 años respecto a los niños de 9 a 11 siendo mayor en el primer grupo los síntomas de hiperactividad e impulsividad, es decir a medida que los niños crecen, las conductas hiperactivas disminuirían progresivamente gracias al desarrollo evolutivo, dado que los niños logran adaptarse mejor a su trastorno y son más capaces de inhibir conductas inapropiadas.

Tendencias evolutivas, prognosis y predictores, un estudio del TDAH en niños.

A pesar de que los problemas de conducta a menudo aparecen durante el periodo preescolar, muchos niños no se identifican como hiperactivos hasta que inician la enseñanza básica y se les exige seguir normas y rutinas destinadas a facilitar el funcionamiento del grupo más que a contemplar las necesidades y preferencias individuales (Cambell, 1985). Los estudios epidemiológicos basados en valoraciones globales hechas por maestros sugieren que las tasas de prevalencia se mantienen relativamente constantes durante los cursos de educación básica (Sandoval y Cols, 1980).

Los estudios que abarcan grupos de edades muy diferentes indican que las tasas muy elevadas de conducta impulsiva e hiperactiva son más frecuentes en los niños más pequeños (Goyette y Conners, 1978). En particular el exceso de actividad tiende a disminuir con la edad, así como las interacciones negativas y la desobediencia (Barkley, 1985).

Los datos procedentes de estudios con niños en edad escolar no seleccionados apuntan lo que puede ser visto como un patrón optimista y que tiene implicaciones importantes para la intervención: los niños identificados como hiperactivos en un momento dado no continúan necesariamente siendo considerados como tales; quizás el 50% de estos niños pasaran de una puntuación elevada a una más baja (en las valoraciones de los profesores) durante el periodo de un año (Trites y Cols, 1981).

Sin embargo cuando se contemplan estudios clínicos más comprensivos sobre niños TDAH, lo que llama la atención son las evoluciones negativas más que las positivas. Hasta que hace poco, muchos especialistas en salud infantil asumían que las conductas inmaduras y perturbadoras de los niños TDAH eran autolimitantes y cambiaban con el inicio de la pubertad, presumiblemente como consecuencia de la madurez fisiológica. Conforme los niños hiperactivos crecen, las conductas problemáticas varían en topografía y a menudo también en gravedad. Por ejemplo, la inquietud en reposo tiende a reemplazar la excesiva actividad motora. Cambios de este

tipo suelen disminuir el valor del estímulo social negativo de estos niños, facilitándose la solución de problemas y las actividades interpersonales.

Algunos niños hiperactivos, quizás un 25%, muestran una mejoría conductual apreciable y una virtual ausencia de dificultades graves durante la adolescencia y la vida adulta. Pero muchos otros quizás un 50% o más, continúan experimentando dificultades importantes para llevar a cabo las exigencias diarias de la vida. La inquietud parece ser la característica de la cual se informa con mayor frecuencia y a menudo se puede observar durante la propia entrevista de seguimiento (Gittelman y Manuzza, 1985). Quizás a lo largo de toda la vida perduran signos de impulsividad, inadecuación social y una baja autoestima.

También hay informes de un promedio más alto de accidentes, multas de tráfico, divorcios y cambios de trabajo. A veces persisten dificultades de aprendizaje incluso cuando muchos de los otros problemas han disminuido sustancialmente (Brown y Borden, 1986).

Los niños TDAH son claramente niños con riesgo de trastornos psiquiátricos posteriores, y este riesgo se centra principalmente en el espectro de los trastornos sociales (Thorley, 1984). No hay indicadores de tasas desproporcionadas de trastornos psicóticos o de ansiedad (Gittelman y Cols, 1985). A pesar de haberse sugerido una relación entre TDAH infantil y disforia, malestar e indicadores no específicos de psicopatología en la adolescencia y vida adulta (Cantwell, 1985).

En el seguimiento se observan conductas antisociales dentro de un amplio espectro, desde transgresiones mínimas hasta actos criminales graves (Gittelman y Cols, 1985).

Encontraron que el 27% de un grupo de 101 chicos hiperactivos (comparado con el 8% del grupo control) eran diagnosticados de trastornos de conducta en el seguimiento que se les hizo durante la adolescencia y la juventud. Estos diagnósticos los realizaron entrevistadores entrenados que no tenían conocimiento de la historia temprana de los chicos ni de los diagnósticos previos.

Casi la mitad del grupo hiperactivo (comparado con el 20% de los controles tenía como mínimo un diagnóstico del DSM-IV. También había una clara evidencia de comorbilidad, puesto que tanto el abuso de drogas como el trastorno de conducta parecían depender de la continuidad del trastorno por déficit de atención; los niños que mantenían sus síntomas de hiperactividad tenían un 50% de probabilidades de desarrollar un trastorno de conducta, y casi 2/3 partes de aquellos que tenían el trastorno de conducta presentaban abuso de drogas y alcohol.

3.1 Incidencia del estilo de crianza parental sobre el TDAH.

En cuanto a los estilos educativos y las prácticas de crianza empleadas por los padres están ampliamente relacionadas con problemas que se despliegan en el desarrollo del niño. Existen tres manifestaciones que evidencian los problemas, estas son: la hiperactividad, agresividad y problemas de conducta (Reynolds y Kamphaus, 2004). Los modelos ya conocidos y aceptados sobre el estilo parental dan a relucir la relación entre dichos estilos y los problemas más visibles, refiriéndose netamente a la hiperactividad (Baumrind, 1967; Maccoby y Martin, 1983).

Un estudio desarrollado por Lange et al en el año 2005 ejemplifica la teoría anteriormente nombrada. Este estudio comparó un grupo de educandos ya diagnosticados con TDAH con otro grupo de educandos sin este diagnóstico, también se tomo en cuenta la participación de sus respectivas figuras parentales. Los resultados arrojados en cuanto a educandos con TDAH fueron puntuaciones considerablemente mayores en estilo parental autoritario. Otros estudios sostienen la relación de la hiperactividad con distintas creencias, estilos educativos y formas de crianza de los padres. En vista de lo anterior, se describen las primordiales variables consideradas como factores de riesgo para el TDAH en general y la hiperactividad como la parte específica del tema.

3.2 La implicación y la negligencia.

La indolencia o negligencia implicada en la crianza se entiende como omisión o comisión evidenciadas en conductas, estas resultan perniciosas, exponiendo al infante a influencias dañinas para su óptimo desarrollo.

Por ende, se observa el resultado de malas prácticas de los padres para con sus hijos repercute en un daño para estos e inclusive se puede resumir en déficit en la estimulación necesaria para un óptimo desarrollo tanto a nivel físico, intelectual o emocional (Knutson, DeGarmo y Reid, 2004).

Por otra parte, y en cuanto a la implicación, estudios describen un menos nivel de esta en los tutores con hijos diagnosticados con TDAH (Daley, 2003), han analizado un pronóstico negativo en sujetos este diagnóstico cuando sus figuras parentales se presentaban poco comprometidos con la crianza y con las labores que esta exigía al igual que con tareas a nivel educacional (Hinshaw, 2000; Pfiffner y MacBurnett, 2006).

Pfiffner buscaba dar con variables conocidas que estuvieran relacionadas con problemas comórbidos con el TDAH, tales como el Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Disocial o el Trastorno de Ansiedad, en sujetos diagnosticados con TDAH. La implicación es una variable determinante para la conjetura de trastornos de conducta disruptiva anteriormente mencionados, no obstante no es relevante para la predicción de la ansiedad (Pfiffner y MacBurnett, 2006).

Keown y Woodward realizaron un estudio en el año 2002 concluye que las figuras parentales de sujetos hiperactivos desarrollan una mayor tendencia a presentar un estilo de crianza negligente y ampliamente reactivo. Por otro lado Bor, Sanders y Markie-Dadds (2002) observaron que el nivel de negligencia merma los problemas de comportamiento vinculados con la hiperactividad.

3.3 La supervisión.

La escasa vigilancia y atención forma parte de la negligencia de los padres para con sus hijos, lo anterior es visto como una falta de supervisión.

Varios autores han señalado que ésta falta de inspección tiene una estrecha relación con la hiperactividad (Hinshaw, 2000; Pfiffner y MacBurnett, 2006). En cuanto a los estudios de Pfiffner hace alusión a que la poca vigilancia y atención, es decir, la nula inspección constante tiene influencia en los niveles de ansiedad y conductas disruptivas en los hijos.

3.4 La autoeficacia y la competencia.

En cuanto a los aportes clínicos, estos indican que algunos tutores llegan a un estado de indefensión adquirida como resultado de una larga serie de conatos de controlar el comportamiento de sus hijos (Barkley, 1990).

La mayoría de los padres con hijos ya diagnosticados de TDAH revelan a los terapeutas que se sienten fracasados en sus compromisos de padres (McCleary y Ridley, 1999). Con respecto a lo empírico, la autoeficacia y la competencia de las figuras parentales han sido relacionadas con variables, que también influyen en la hiperactividad e incluso en alguno de los problemas que la acompañan.

3.5 Estilo positivo.

Si nos referimos al estilo parental positivo, este hace referencia a la forma en que los padres amparan las conductas positivas en sus hijos, ya sea por medio de premios a su obediencia, expresar que sí puede lograr algo bien o simplemente felicitar algún logro por muy ínfimo que sea (Shelton et al. 1996).

Este tipo de prácticas desarrolla un factor de protección cuando se da con constancia pero si se ve de forma escasa se relaciona con una mayor impulsividad e hiperactividad en los hijos (Hinshaw, 2000; Pfiffner y MacBurnett, 2006).

3.6 La sobreprotección e Instrucción.

El exceso de seguridad y/ o amparo ha sido unida a la afirmación de poder, puntualizada más adelante, para narrar un estilo parental intrusivo y con creces directivo sobre el comportamiento del infante (Furman y Giberson, 1995). Este método enormemente controlador y protector, aparte de fomentar una mayor inmadurez y reactividad en el niño, está vinculado con variados problemas adjuntos a la hiperactividad, ansiedad, malas relaciones con sus pares o las conductas disruptivas (Hinshaw, 2000; Pfiffner, 2005; Pfiffner y Mac Burnett, 2006).

Con respecto al estilo disciplinario o instructivo de padres de niños hiperactivos, estos suelen ser autoritarios e impositivo que los niños que no desarrollan algún tipo de problemática. Asimismo, la interacción entre padres e hijos han evidenciado que los estilos disciplinarios tienden a ser más severos y autoritarios cuando son acompañados de problemas de conducta (Johnston y Mash, 2001).

El autor Rothbaum y Weisz (1994) postula que la disciplina acompañada de estímulos afectuosos trae consigo variables como la aprobación hacia el infante, sincronía, control compartido, sensibilidad y control bajo en autoridad. Lo anterior es particularmente relevante en los sujetos hiperactivos, ya que la impulsividad, desorganización y escasa autorregulación entorpece la propia adaptación del comportamiento de las figuras parentales (Kochanska, 1997).

Relacionando lo anterior con el título de este capítulo se deduce que la disciplina o instrucción combinada con afecto y receptividad por parte de los tutores, desenvuelve niveles más bajos de hiperactividad y conductas menos disruptivos en niños hiperactivos.

3.7 La afirmación de poder.

La confirmación de poder, hace alusión a una imposición de criterios de los tutores y simboliza aspectos deteriorados en la relación entre padre e hijos con hiperactividad (Hurt, 2007).

La afirmación de poder y otras variables pueden maximizar los propios efectos que conlleva la hiperactividad. Es decir, una mayor afirmación de poder de parte de los tutores sobre el hijo fomenta comportamientos agresivos y estas actitudes son positivamente recibidas por parte de los compañeros con hiperactividad. No obstante, dicha variable está relacionada con la ansiedad, ya que los padres de niños hiperactivos que utilizan esta práctica disciplinaria no desarrollan una mayor ansiedad en los mismos (Pfiffner y Mac Burnett, 2006).

3.8 La complacencia con la crianza y el apoyo parental.

En los últimos años se ha planteado que la satisfacción con la crianza es uno de los modelos de los estilos de crianza. Junto a lo anterior, agregan que una baja puntuación se relaciona con el estilo de crianza poco afectivo, y esto se relaciona también, con determinados dilemas en la conducta del niño (Roa y Del barrio, 2011).

El vínculo que existe entre la hiperactividad y la satisfacción con la crianza se formula como bidireccional, ya que, si bien una crianza poco afectiva impulsa determinados inconvenientes de comportamiento y son estos problemas los que determinan cierta noción de insatisfacción en las figuras parentales.

Con respecto a las familias que contienen a algún hijo que presente algún comportamiento hiperactivo con o sin el diagnóstico conciso de TDAH u otro trastorno a fin, experimenta una situación de estrés y falta de apoyo por parte de su entorno (Goldsteinetal, 2007; Lange, 2005).

La escasa preocupación del medio y ese sentimiento de soledad están relacionados con prácticas parentales escasas de demostración afectiva (Abidin, Jenkins

y McGaughey, 1992). Es por eso, que las figuras parentales con hijos problemáticos con poco apoyo en sus tareas de crianza, propician estilos menos eficaces que al fin y al cabo fomentan los problemas en los hijos, creando un círculo. Las anteriores prácticas familiares y del medio dan lugar a una mayor problemática familiar, generando divorcios y separaciones entre padres de hijos con hiperactividad como consecuencia del escaso apoyo (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1990).

Factores familiares y psicosociales.

Factores y relaciones familiares disfuncionales se asocian a conducta hiperactiva, aunque más a factores etiológicos, se ligan al curso del cuadro, intensidad, duración y pronóstico. En esta línea se pueden identificar estresores familiares de diversa índole y dificultad en relación a normas de crianza (ausencia de éstas, inconsistencia y reglas muy restrictivas), que serán tratados a lo largo de esta investigación (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

El peso etiológico de los factores sociales en el TDAH es discutido actualmente. Al igual que los factores familiares, Estos se ligan, por ejemplo a la falta de oportunidades para formar vínculos estables, lo que empeora el pronóstico, pero no es la causa principal del problema.

Los elementos psicosociales han sido como una de las causas probables de la aparición del TDAH. Sin embargo la evidencia existente considera múltiples factores intervinientes. El pronóstico de niños con cuadros leves puede empeorar de forma significativa sino cuentan con el soporte emocional de la familia o si asisten a establecimientos educacionales que tienen una actitud poco receptora a sus dificultades.

Cuando, además, los contextos escolares tienen una conducta expulsiva, el niño es obligado a peregrinar por distintos establecimientos educacionales, sin lograr establecer vínculos afectivos permanentes con sus pares. La creación de lazos de amistad es un factor protector frente a conductas disruptivas o de riesgos (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

A la inversa, un niño con un cuadro más severo puede evolucionar en forma positiva si su familia es capaz de centrarse en las fortalezas de él y buscar mecanismos

para compensar sus áreas deficitarias. Si adicionalmente asiste a un colegio que mantiene una actitud comprensiva frente a las dificultades y valorizadora de las características positivas del alumno, el pronóstico se torna más alentador (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

La actitud del contexto familiar y escolar constituye un factor psicosocial determinante para la forma en que el niño viva sus dificultades y los mecanismos que utiliza para superarlas. La resiliencia frente al trastorno está altamente determinada por la confluencia de ambos factores.

Uno de los temas centrales en el trabajo con la familia en los niños con TDAH consiste el prevenir el desarrollo de problemas emocionales y conductuales asociados. Los estudios aportan orientaciones en esta línea (Fish y Jain, 1983). Los autores trabajaron con una muestra con niños con TDAH. En sus resultados los autores aislaron las siguiente cuatro variables que influirán en que los niños con TDAH no tuvieran una problemática emocional asociada a su trastorno: Cohesión del grupo o sistema familiar, es decir la presencia de una pareja parental unida, en que los límites entre el subsistema padres y el de los hijos son claros; Aceptación de las dificultades del niño. En estas familias se conocen y comprenden las dificultades del niño y no se tiende a negarlas ni a minimizarlas.

Tampoco se trata de magnificarlas, pero dichos inconvenientes constituyen un dato que orienta la relación con el pequeño, con lo cual se evitan las demandas excesivas sobre él; Apoyo emocional, es decir, los padres constituyen para el niño, a través del cual se busca disminuir los efectos que las dificultades en el área escolar pudieran tener en su progresión afectiva. Son familias que están disponibles cuando los niños enfrentan crisis y que los acompañan en las diferentes situaciones que supone su desarrollo emocional; Compensación activa de las áreas deficitarias. Estos son padres que tienen una actitud decidida en la búsqueda de soluciones, tanto en el plano profesional como en el personal (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

La interrogante queda sembrada cuando se realiza la pregunta que orienta esta investigación y que hace relación al estilo parental que cuenta con todas las

características anteriormente mencionadas, en el transcurso de este documento se responderá a dicha interrogante. Cuando se cumplen dentro del sistema familiar las condiciones señaladas, se calcula que alrededor del 40% de los niños afectados con TDAH, logran superar sus problemas de comportamiento al llegar a la vida adulta y no presentan posteriormente trastornos evidentes.

Es importante determinar hasta qué punto los problemas familiares y escolares pueden explicar por sí solos las dificultades que el niño presenta, o concurren con el TDAH. Por ejemplo, puede suceder que el niño tenga necesidades educativas especiales y que no esté recibiendo el apoyo escolar que requiere, o que estas dificultades se sumen al TDAH, lo que aumenta su desventaja social (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

De la misma manera, un ambiente familiar caótico, disfuncional, sin reglas ni normas, puede ser causa de que el niño tenga problemas de adaptación escolar. En este caso, el niño estaría presentando una conducta sociosintónica al ambiente familiar o social, y que no correspondería necesariamente a un TDAH. Se refiere a niños que presentan alteraciones conductuales acordes a un ambiente familiar caótico y desestructurado, y que puede coexistir o potenciar las manifestaciones de un TDAH, o no tener ninguna relación.

En ese caso, los síntomas se explicarían a partir de factores ambientales solamente, y causarían problemas que, en su conjunto, pesan más que el TDAH, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y el pronóstico (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

3.9 La autoridad y las normas. Congruencia y consistencia.

Considerando su desarrollo cognitivo y moral, el niño en edad escolar no cuenta todavía con la posibilidad de autonormarse en relación a los valores absolutos internalizados. Lo bueno y lo malo está determinado por otros. Se encuentra en un periodo de moralidad heterónoma (no autónoma) en que las leyes no se discuten y que lo bueno y lo malo se evalúan por sus consecuencias. Por lo tanto, debe contar con figuras de autoridad que dicten las normas de conducta. Si esto es lo común para todos los niños, en el caso de los que padecen TDAH cobra particular relevancia.

Las figuras de autoridad son, en primer lugar, sus padres. El acuerdo entre ellos es central. No puede haber dos estándares de conducta funcionando en paralelo. El niño se confunde, no puede adaptarse a dos tipos de contingencias, a que una vez se le premie por algo o no reciba sanción alguna y que luego se le castigue por una misma conducta. No comprende que sus padres, poseedores de la verdad absoluta, no estén de acuerdo sobre lo que es bueno o malo. Lo confunde, y es una carga adicional, tener que decidir él mismo si algo está bien o mal. O discutir con sus padres, figuras de autoridad, sobre lo que está bien o mal. O darse cuenta que se pueden violar esas normas con consecuencias impredecibles (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

Más lo confunde aún que las normas del colegio no sean las mismas que las de su casa. Que lo que en una parte se acepta, en la otra no, y, por el contrario, se castigue. Si en la casa no hay horarios ni rutinas, ni normas, malamente podrá adaptarse a un ambiente como el de la sala de clases, en que la convivencia de 40 niños es un espacio reducido hace que el respeto por las normas de convivencia y por los límites sea un tema central. De igual manera, el niño se confunde y se angustia si proviene de un hogar muy normado, y sus conductas son interpretadas por sus compañeros como distintas o incomprensibles. En este contexto, el profesor representa una figura de autoridad; muchas veces, la única. Esta figura debe ser apoyada por los padres, nunca descalificada frente al niño (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

Las diferencias entre la familia y el colegio, hecho que puede ocurrir en un espacio que tensa y en el que existe ansiedad y muchas veces incertidumbre, no deben

ser conocidas por el niño ni deben afectar la imagen que él tenga de su figura de autoridad. Las diferencias o las descalificaciones entre las figuras de autoridad confunden sus lealtades.

Debido a su etapa de desarrollo psicológico, el niño no se opone a la autoridad consistente (si bien puede haber excepciones, especialmente con niños con TDAH que presenten cuadros de comorbilidad asociada), aunque sin duda tienen un exceso de vitalidad en esta etapa, que los lleva a ser naturalmente inquietos y audaces, característica que aparece aumentada en los niños hiperactivos. No obstante, esto puede provocar dificultades en los diferentes contextos de interacción social, ello no implica el desafío a las normas ni a la autoridad: el niño no cuestiona la legitimidad de la autoridad del adulto, a menos que su experiencia o su percepción de inconsistencias y arbitrariedades lo hayan llevado a eso (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004).

La familia constituye el contexto normal para crecer y recibir protección. Es un grupo natural que en el curso de su desarrollo ha elaborado pautas de interacción que conforman una estructura que dirige y organiza el funcionamiento de los miembros, define sus conductas y facilita sus interacciones a fin de facilitar la individuación y proporcionar pertenencia. Cada miembro de la familia conoce las pautas, es consciente de este mapa y se maneja con facilidad dentro de los parámetros que le proporciona (Condemarin, Gorostegui y Milicic, 2004). Dada sus características cognitivas, es muy probable que el niño con TDAH no lo haya internalizado y que el adulto le enseñe, le explique, le verbalice y le haga evidente dicho mapa.

4. Estilos Parentales y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

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 de Minzi, 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, autoinculpción, 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 (Aguilar, López, &Urquijo, 2009). 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).

La familia es el contexto principal de socialización mediante el cual se modula el desarrollo de la personalidad y emocionalidad de los infantes, preferentemente durante los primeros años de infancia en los que las figuras parentales juegan un rol esencial. Es un hecho comprobado que el sistema familiar, y más concretamente los padres, constituyen el primer medio de socialización y formación de todo ser humano. Desde este enfoque microsistémico, se propone la existencia de variados estilos parentales (Lopez, Soler, Pima y Prieto, 2009).

El conjunto de conductas que los padres reconocen como apropiados y aceptables para sus hijos, tanto para su desarrollo como para su integración social, reciben la denominación de estrategias primarias de socialización, y hace referencia a lo que los

padres desean que ocurra respecto a sus hijos y los medios que utilizan para alcanzar esos estados deseables. Estos objetivos y metas de socialización que los padres ocupan con sus hijos tienen que ver con el tono de relación, con el mayor o el menor nivel de comunicación (aceptación, rechazo, calor-frialdad, afecto-hostilidad, proximidad-distanciamiento) y con conductas para encauzar el comportamiento del niño o la niña (autonomía-control, flexibilidad-rigidez, permisividad-restricción).

4.1 Dimensiones utilizadas en el estudio de estilos parentales.

Son diversas las dimensiones y las variables que se combinan y se han formulado para definir como resultado estilos educativos determinados.

Desde mediados del siglo XIX gran parte de la literatura ha identificado en las relaciones paterno-filiales al menos dos variables en las prácticas educativas parentales, reconocidas principalmente en la socialización de los hijos, variables denominadas como “dominio-sumisión” y “control-rechazo”. Desde este enfoque, la diversidad de las pautas que pueden emplear los padres en las estrategias de socialización de sus hijos se encuentran basadas en las variables de apoyo y control parental. Un ejemplo de esto hace relación a cuando un niño se porta mal, algunos padres opinan que lo más educativo es retirarle un privilegio (algún objeto personal); otros opinan que lo mejor es sentarse a hablar con ellos y analizar su comportamiento; otros pueden opinar que lo más deseable es dejar a los hijos que aprendan por sí mismos. Lo importante sería entonces reconocer el modo en que aparecen las distintas estrategias parentales, de acuerdo a factores como la edad, la situación en particular, o la madurez y estadio evolutivo del niño en cada momento educativo (Torío López, 2008).

Distintos autores han definido las prácticas de socialización familiar en tres dimensiones o ejes fundamentales: a) una dimensión que hace referencia a la aceptación que abarcaría desde la implicación positiva, el centrarse en el niño hasta el rechazo y la separación hostil. b) una dimensión de control firme que conlleva diferentes grados tales como el esfuerzo, la falta de refuerzos, la disciplina laxa o la autonomía en un nivel

extremo. c) una dimensión de control psicológico la que incluye grados como la intrusión, el control hostil, la posesividad y la retirada de la relación.

Con el paso del tiempo dichas dimensiones se han disgregado, y en la actualidad se reconocen cuatro aspectos diferentes en los estilos parentales de los progenitores: afecto en la relación, grado de control, grado de madurez y comunicación en relación paterno-filial.

Estas concepciones y su combinación procuran unas experiencias educativas diversas que los niños viven en su familia y que naturalmente influyen en su desarrollo psicosocial (Torío López, 2008).

En este sentido el apoyo o afecto se precisa como la conducta expresada por los padres hacia su hijo, que hace que el niño se sienta confortable en presencia del mismo y confirme, en las concepciones internas del niño, que es aceptado como persona. Esta variable ha tenido gran número de etiquetas a lo largo de la historia relativamente similares: aceptación, educación o amor y conductas parentales como las alabanzas, elogios, aprobación, estimulación-aliento, ayuda, cooperación, ternura, afecto físico, etc. (Torío López, 2008).

Por otro lado, el intento de control se define como la conducta de un padre hacia un hijo con el motivo de direccionar la acción de éste de una manera deseable y aceptable para los padres. Esta premisa es coincidente con la disciplina familiar y se manejan términos como dominancia, restricción o coerción. Es una dimensión crucial en el desarrollo psicosocial de la persona, puesto que a través de la guía y el control ejercido, los otros aprendemos a regular y controlar nuestra conducta de manera autónoma (Torío López, 2008).

El grado de madurez tiene una relación directa con los objetivos, retos y exigencias que las figuras parentales imponen a sus hijos. Por último, la facultad para establecer un ambiente comunicativo es otra de las dimensiones que se distinguen en los estilos de crianza parental. Está se refiere a la posibilidad de crear una dinámica en la que es posible explicar de forma razonada las normas y las decisiones que se toman, teniendo en cuenta el punto de vista de los otros. Permite compartir problemas, dudas,

conflictos, satisfacciones, etc. (Torio López, 2008). De esta manera, en variados estudios se muestra una relación entre distintas dimensiones o particularidades de los padres con algunas medidas asociadas a la competencia social de los niños. Así, se ha evidenciado que los estilos de crianza parental o estilo de interacción de los padres, se relacionan con el estatus sociométrico de sus hijos o la aceptación por parte de sus iguales. También se ha evidenciado que la aceptación paterna se relaciona con la competencia y el ajuste psicosocial, la calidad de las relaciones de los hijos con sus iguales, la conducta prosocial, la sociabilidad o la empatía.

El papel de los padres no siempre es positivo, que se presentan otras características paternas, tales como el control excesivo o la realización de atribuciones hostiles sobre la conducta del niño, que inciden de forma negativa en la competencia social de los hijos TDAH durante la niñez. En la etapa adolescente la carencia de vinculación afectiva por parte de los padres se ha relacionado con medidas de depresión, autoestima baja, conducta antisocial, trastorno desadaptativos, etc. también se ha comprobado que aquellos adolescentes con TDAH que perciben una falta de comprensión y apoyo muestran comportamientos no deseables en los diferentes entornos de interacción social (García, Pelegrina y Lendínez, 2002).

Ahora bien, de la interrelación de las variables que se producen en los estilos parentales surgen los diferentes estilos de crianza, en función del peso que cada una de ellas tiene en el entramado de las relaciones paterno-filiales. Así, a lo largo de las últimas décadas también se ha utilizado cierta aproximación tipológica para analizar la relación entre distintas características de los padres y el desarrollo de los hijos. En estas revisiones, no se abordan dimensiones aisladas, sino que se consideran grupos de particularidades que suelen aparecer simultáneamente. Son estilos que se refieren a las interacciones entre padres e hijos que ocurren en un amplio rango de situaciones. Los estilos parentales ejercen una influencia indirecta sobre el TDAH de los niños, a diferencia del efecto más directo de las prácticas disciplinarias. Concretamente, los estilos parentales, por un lado, modulan la influencia de prácticas específicas (actuando

como un contexto emocional) y, por otro lado, afectan a la susceptibilidad del hijo a la influencia del abordaje parental del TDAH.

Desde esta perspectiva se definen los estilos de abordaje parental como: esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de abordaje parental dentro del sistema familiar. No se identifican modelos puros, sino que se solapan, ya que los estilos parentales suelen ser mixtos y varían de acuerdo a la situación del niño, no siendo estables a lo largo del tiempo, además cambian de acuerdo a múltiples variables, como son: el sexo, el lugar donde se posiciona el niño dentro del sistema, trastornos asociados al desarrollo psicosocial, etc. Por ello, es preciso analizar los estilos parentales en el contexto de los cambios sociales, valores predominantes, psicopatología de un hijo y realidad de cada familia o en el contexto del momento evolutivo en el que se encuentra el niño. El modo como se comporta un padre respecto de un niño en particular depende de su conducta habitual y estado psicológico, además de su inteligencia, estado de salud, entre otros factores.

Los padres confeccionan su estilo parental a medida de cada niño y en el abordaje del TDAH sucede exactamente lo mismo. Por tanto, cuando se habla de estilo de prácticas parentales se refiere a tendencias globales de comportamiento de las figuras parentales con sus hijos (Torío López, 2008).

4.2 El Modelo Bidimensional de MacCoby y Martin.

En la formulación que MacCoby y Martin realizaron se reinterpretan las dimensiones básicas propuestas, redefiniéndose los estilos parentales en función de dos aspectos: a) La exigencia. Donde se definía la presión o el número de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos. B) Sensibilidad y Calidez.

Donde se evaluaba la respuesta de los padres antes los requerimientos de sus hijos. Según estos autores si se combinan las dimensiones señaladas, se obtienen cuatro estilos educativos paternos: estilo autoritario recíproco, autoritario represivo, permisivo indulgente y permisivo negligente (Raya Trenas, 2008).

El estilo permisivo-indulgente podría definirse por tres características fundamentales de la conducta parental ante el niño: la indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas; la permisividad y la pasividad. Evitan, en lo posible, la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones. Hacen escaso uso de castigos, tolerando todos los impulsos de los hijos. Este estilo de disciplina familiar se describe, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse o imitar.

Los padres no son directivos, ni asertivos y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar. Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. Son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad, pero les preocupa la formación de sus hijos.

Responden y atienden a sus necesidades, a diferencia de los permisivos-negligentes, cuya implicación y compromiso paterno es nulo. Según los estudios, los hijos de hogares permisivos presentan índices favorables en espontaneidad, originalidad y creatividad, así como mejor competencia social. Se ven favorecidos en autoestima y confianza. Obtienen puntuaciones más bajas en los logros escolares y menor capacidad para la autorresponsabilidad, siendo más propensos a la falta de autocontrol y autodominio (MacCoby & Martin, 1983).

Los padres con un estilo permisivo negligente, no se implican de forma afectiva en los asuntos de sus hijos, además de abandonar la tarea educativa parental. Cabe

mencionar que esta permisividad no es por razones ideológicas como lo ocurre en el estilo permisivo indulgente, sino que recae en razones pragmáticas, que pudiese ser por la falta de tiempo, interés o simplemente por comodidad.

Este tipo de padres invierten en sus hijos el mínimo de tiempo posible y resuelven las obligaciones educativas de la forma más rápida posible. A estas figuras parentales les resulta más cómodo no poner reglas ni normas de convivencia familiar, pues estás implicarían diálogo, supervisión y vigilancia de los mismos. Cabe destacar que cuando los hijos traspasan los límites de lo tolerable, estos padres no pueden evitar sus estallidos irracionales de ira en contra de los hijos. Dependiendo de sus recursos, estos complacen o no las demandas de sus hijos principalmente las materiales. Según estudios, los niños con TDAH que conviven en un sistema familiar como el mencionado, presentaran problemas de autoestima, autonomía, por lo que, el desarrollo de capacidades cognitivas será deficiente, lo que gatillará problemas en el ámbito escolar y social.

Resultados de diferentes estudios indican que los niños con TDAH que visualizan a sus padres como democráticos obtienen mejores competencias psicosociales. A diferencia de los niños que describen a sus padres como autoritarios, obtienen medidas razonablemente dentro de la obediencia y la conformidad de los adultos, pero con un debilitado nivel de autoconcepto a diferencia de otros niños. Por el contrario, niños de sistemas indulgentes evidencian un fuerte autoconcepto, pero presentan una prevalencia más alta de consumo de sustancias tóxicas y malas conductas en el ámbito escolar (MacCoby & Martin, 1983).

Del mismo modo, el dilatado conjunto de estudios ha ido mostrando la existencia de una gama de características en las que los padres difieren unos de otros en sus prácticas parentales de crianza. Es este mismo estudio se pone en evidencia que el modelo democrático conocido como autoritativo en la actualidad es el más adecuado por ser el que más favorece el desarrollo de las personalidad de los niños con TDAH. Este modelo estimula sus capacidades, mejora las pautas de interacción social y las

habilidades de comunicación y socialización. Cabe destacar que exige de los adultos seguridad, serenidad y capacidad de reflexión.

La validez de este estilo esta precisamente en el equilibrio que logra entre el afecto y la autoridad de forma consistente, siendo relevante establecer normas, límites y reglas de convivencia familiar.

No obstante lo anterior, existen estudios a nivel mundial que hablan de un mejor resultado en niños con TDAH con padres autoritarios consistentes (Oliva y Parra, 2004).

Estos estudios indican que el estilo autoritario puede ser positivo para la adaptación de los menores con TDAH que viven en un entorno de alto riesgo. De este modo, aunque existe una relación clara entre el estilo democrático y el ajuste de los niños, incluyendo adolescentes, esta relación varía según sean las muestras, los contextos y las variables de ajuste tomadas en cada estudio.

4.3 Las Tipologías de Baumrind.

Dentro de este ámbito de investigación, uno de los modelos más elaborados es el de Diana Baumrind de 1968, que tiene en cuenta las interacciones que se enmarcan dentro de dos dimensiones: afecto-comunicación y control-exigencias y que darán como resultado tres estilos: autoritario, permisivo y democrático (López-Soler y otros, 2009). Mientras que los dos primeros se definen por su propia nominación, el último supone una actitud de autoridad enmarcada por una respuesta atenta ante las necesidades e inquietudes del niño o adolescente, así como por la demanda de determinados comportamientos que son deseables en los hijos, a criterio de los padres (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

Baumrind pretende descubrir si determinados estilos educativos de los padres correlacionan con el desarrollo de cualidades y características en el niño. Su investigación tiene como objetivo conocer el impacto de las pautas de conducta familiares y su repercusión en la personalidad del niño (Torío López et al, 2008).

En una investigación que realizada, donde se entrevistaba a los padres y madres al tiempo que se observaba la conducta que estos mantenían respecto a sus hijos, Baumrind dividió a los niños en tres tipos de estructura personal según su conducta:

a) Estructura I: Eran los más competentes, contentos e independientes, confiados en sí mismos y mostraban conductas exploratorias.

b) Estructura II: Eran medianamente confiados y capaces de controlarse a sí mismos y, en cierto modo, inseguros y temerosos.

c) Estructura III: Se manifestaban inmaduros y dependientes, con menos capacidad de control y confianza en sí mismos. Correlacionando estas características de personalidad con los métodos de crianza en la familia, obtuvo lo siguiente:

a) Padres del grupo I: ejercían un control firme, exigencias de ciertos niveles de madurez y buena comunicación con los hijos. Lo denominó comportamiento autoritativo parental.

b) Padres del grupo II: menos cuidadosos y atentos con sus hijos en comparación con otros grupos. Son denominados padres autoritarios.

c) Padres del grupo III: afectuosos y atentos, pero ejercían poco control y escasas demandas de madurez sobre sus hijos. Los denominó padres permisivos.

Teniendo en cuenta las variables de control, afecto y comunicación, y este estudio se definieron tres estilos paternos:

4.4 Estilo autoritario.

Los padres autoritarios valoran la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel de subordinado y en restringir su autonomía.

Dedican muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. No facilitan el diálogo y, en ocasiones, rechazan a sus hijos como medida disciplinaria. El estilo autoritario es el que tiene repercusiones más negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o

baja autoestima y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos y tienden a tener una pobre interiorización de valores morales (Baumrind, 1996).

Así, este estilo produce mayores tasas de infelicidad, conflicto y conducta neurótica, además de dificultades en las relaciones sociales y en el desarrollo de actitudes empáticas, pudiendo presentar conductas agresivas hacia los iguales en ausencia de control externo, siendo por tanto más rechazados por sus compañeros (López, Soler et al, 2009).

Los padres con estilo de crianza autoritario presentan serias dificultades para normar la conducta de sus hijos TDAH, si bien estos padres privilegian la obediencia por sobre todas las cosas, sus hijos hiperactivos, no logran sintonizar con dichos patrones idealizados por sus padres y al no existir una respuesta por parte de los hijos estos padres recurren a acciones coercitivas y restrictivas que agudizan aun mas las manifestaciones clínicas del TDAH. En el ámbito emocional los padres que modulan este tipo de crianza presentan mayor nivel de dificultad para establecer relaciones psicoafectivas con sus hijos TDAH, la contención emocional que dichos progenitores entregan no logra satisfacer las necesidades emocionales de sus hijos.

Cabe destacar que para un niño con TDAH, es estilo autoritario es el más complejo de sobrellevar, ya que además de controlar de forma rígida las características del trastorno, produce repercusiones negativas sobre la socialización de estos niños. El estilo de crianza autoritario es el que presenta mayor dificultad para abordar un TDAH, ya que como se ha planteado a lo largo de este trabajo de investigación, la obediencia para un niño con TDAH es algo muy difícil de alcanzar, y que solo se consigue con apoyo emocional, entendimiento por parte de las figuras parentales y perseverancia en las pautas de crianza moduladas, algo que difícilmente se encuentra en progenitores autoritarios, por lo que, el futuro de estos niños no es para nada auspicioso.

4.5 Estilo no restrictivo o permisivo.

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

Aparentemente, este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Baumrind, 2000).

El estilo permisivo del padre se relaciona con conducta impulsiva e incontrolada en el hijo; aunque, por otra parte, estos niños muestran una competencia social normal y sus relaciones con los iguales tienden a ser adecuadas.

En este estilo de crianza en particular, la falta de una figura de autoridad consistente, provoca cierta confusión en los niños con TDAH, quienes no reconocen a ningún integrante del sistema familiar en un rango jerárquico que pueda normar su conducta. El exceso de libertad que entregan estos padres agudiza además la sintomatología del trastorno. Si bien estos padres no presentan mayor nivel de dificultad en la vinculación afectiva que mantienen con sus hijos, está carece de aspectos normativos relevantes que fomenten una adecuada socialización del niño.

4.6 Estilo autoritativo o democrático.

Los padres autoritativos o democráticos intentan dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras pero utilizan el razonamiento y la negociación.

Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividades del niño de forma racional. Parten de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños, lo que se considera una “reciprocidad jerárquica”, es decir, cada miembro tiene derechos y responsabilidades con respecto al otro. Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo.

Dicho estilo produce, en general, efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices más altos de autoestima y bienestar psicológico, un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, entre otras. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos. Se considera que este último estilo tendría mejores resultados que los otros dos. Así, los padres autoritativos, que prestan atenciones y cuidados a los niños y exigen ciertos niveles de control, fomentarían en ellos madurez y competencia. Por el contrario, estos niveles no se consiguen si se utiliza una disciplina autoritaria, severidad en los castigos o abundantes restricciones y protección excesiva (Baumrind, 1996).

El estilo autoritativo es el que mejor aborda el TDAH, ya que posee figuras parentales consistentes que utilizan el dialogo y las buenas prácticas parentales para normar la conducta de sus hijos TDAH. Los padres autoritativos, refuerzan a sus hijos TDAH de forma positiva, también ejercen castigos cuando lo es necesario, así mismo los niños perciben las reglas y normas intentando adecuarse a las mismas. Existen investigaciones que castigan el consumo de fármacos en niños con TDAH, dichos estudios argumentan que para estos niños solo hace falta un abordaje parental democrático y consistente que se mantenga en el tiempo.

Cabe mencionar que los padres autoritativos reconocen las conductas propias de TDAH y se adaptan a las mismas en pos de un efecto positivo para sus hijos que permita

la socialización de los mismos en los diferentes entornos de interacción. Los padres autoritativos se informan acerca de la consecuencia psicosocial que presenta el TDAH en los niños, por lo que su competencia parental es más personalizada que las dos anteriores.

Los niños TDAH que se desarrollan en sistemas autoritativos tienen mejor evolución que los dos anteriores, presentando menor prevalencia a presentar otros trastornos adaptativos o conductuales.

Baumrind alega que actualmente ninguna postura extrema (ni la conservadora actitud autoritaria ni la más liberal posición permisiva) ofrece a los progenitores un modelo adecuado para abordar el TDAH. Cada una de ellas contiene algo de eficacia pero, a la vez, endemoniza a la otra. De esta forma, el estilo de comportamiento parental autoritativo ha mostrado que ofrecer apoyo hacia los niños, junto con un uso prudente de control, sanción o castigo y el planteo de una firme demanda de ciertos comportamientos deseables, son una herramienta necesaria para el encuentro y el establecimiento de una relación más sana y productiva que desembocará en consecuencias favorables para el desarrollo ulterior del niño con TDAH (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

4.7 TDAH y estilos parentales de crianza una visión crítica.

Según Miranda, (2007), propone percibir al ambiente familiar como la entidad formativa a lo largo de todo el desarrollo del niño, ésta entrega factores de protección y también actuar como una fuente de estrés. La calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción se encuentran ampliamente ligados con el desarrollo y el curso de los patrones psicopatológicos de la niñez. De esta forma, trastornos como negativista desafiante, disocial y por déficit de atención-hiperactividad son lo más frecuentes en familias disfuncionales.

Ergo, se considera al ambiente psicosocial como un ente que desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, ya que influye en la manera en la que la actividad, impulsividad y desatención se comprenden y son manejadas por una triada; familia, escuela o sociedad.

Por lo tanto, se pueden considerar como variables de riesgo si realzan la probabilidad de aparición de trastornos, o variables de protección si disminuyen el impacto que pudiesen tener los acontecimientos de riesgo.

Existen distintas características a considerar como factores de riesgo, es decir, aumentan la vulnerabilidad del niño a desarrollar patologías, estas pueden ser: relaciones familiares frías o conflictivas, disciplina familiar inconsistente, ya sea por muy tensas o estrictas, interacciones verbales hostiles, castigo físico, entre otras.

Por otra parte, se señala que también existen variables que facilitan un buen funcionamiento psicológico del menor, tales como: una aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno-filial, definiendo límites claros de las conductas y respeto de las propias iniciativas de los menores, dentro de las delimitaciones previamente establecidas.

Para Montiel Nava, (2005) cuando se habla de la crianza de un menor que es excesivamente inquieto, con una atención osciladora e impulsivo, ofrece numerosos retos, es por esto que los padres de aquellos menores con TDAH reportan altos niveles de frustración por aquellos intentos sin buenos resultados al momento de controlar y/o querer manejar la conducta de sus hijos. Lo anterior, se explica porque los métodos de disciplina normalmente utilizados no funcionan con la misma eficacia que con otros menores. De esta forma, la disfuncionalidad familiar es mayor para padres de niños con TDAH que para otros padres y está netamente asociado con las alteraciones conductuales.

Los menores con TDAH poseen dificultades para obedecer órdenes y controlar respuestas impulsivas, son menos sensibles a peticiones de los padres, por lo que su estilo personal incita procedimientos de disciplina mucho menos inconsistentes y coercitivos en los padres. También produce cogniciones negativas sobre su rol de padres, baja autoestima, aislamiento social y sentimiento de culpa por ver que no se han cumplido sus propios objetivos. Dicha situación repercute en el niño y en el desarrollo emocional de este, considerando también en su autoestima, dando pie a una cadena de interacciones negativas y sentimientos de fracasos en el grupo familiar.

Es así como se produce un desgaste constante en la relación entre padres e hijo, por el escaso control de los impulsos que presenta el menor, su pésimo comportamiento, la poca efectividad de las estrategias de disciplina y la redundante desilusión que sienten los padres al intentar contener a su hijo, ese círculo vicioso genera estrés en la familia y empeora progresivamente el vínculo entre el niño y sus padres.

Roselló, (2003) postulan que las interacciones entre padres e hijo, en el caso de niños con TDAH, suelen rotularse por el conflicto. Existen indagaciones que evidencian que la disciplina agresiva, poco proactiva, control inductivo y refuerzos positivos escasos es el mejor predictor paterno de la hiperactividad.

Distintos estudios han demostrado que existe una relación entre los niveles disfuncionales de disciplina y afecto en el TDAH, es decir que los padres de niños con TDAH presentan altos niveles de afecto hacia sus hijos y están significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros hacia sus hijos. Por otra parte, el exceso de autoritarismo produce el efecto contrario.

En cuanto al juego, ciertos estudios, evidenciaron que los padres de hijos con TDAH son autoritarios y actúan de forma sobreprotectora durante el juego, utilizando un tono de voz más serio y sus comentarios son negativos sobre el comportamiento de sus hijos, señalando límites estrictos pero sin explicaciones.

A comparación, los padres de niños sin TDAH son menos restrictivos con sus hijos, y permiten desarrollar más la autonomía de estos.

En 1997 Stiefel realizó un estudio con menores diagnosticados con TDAH, concluyendo que existirían dos patrones de apego relevantes en relación a este trastorno; un patrón ambivalente (patrón ansioso-preocupado) y el segundo caracterizado por la desorganización.

Los patrones de interacción se caracterizan en que los padres responden menos a las interacciones iniciadas por sus hijos ya que desarrollan un estilo de respuesta negativa-reactiva, controladora y sin la utilización de estrategias de parentalidad positiva.

Sin menor importancia que padres menos afectuosos, presentan un estilo educativo más negligente. Percibiendo incluso la relación con sus hijos de una forma negativa. Por otra parte, las madres de menores con TDAH tienen a verse excedidas en la relación con sus hijos y muchas veces superadas emocionalmente, perdiendo el control de la relación.

También está el grupo de madres de niños con TDAH que muestran una vinculación de tipo insegura-evitativa, implicando que cuando exista una dificultad frente a su hijo, se aíslan y encierran en sí mismas, obstaculizando la empatía y cercanía emocional con el niño. A la larga esto hace que la madre no sea un sostén para su hijo y no perciba lo que le ocurre a su propio hijo.

En cuando la percepción que tienen los niños con TDAH hacia sus padres se caracteriza por el conflicto, la falta de apoyo y sostén, acompañada con una sensación de control inadecuado. Se sienten inseguros y presentan dificultades al confrontar situaciones conflictiva, no logrando elaborar soluciones y expresar sus afectos y emociones lo que muchas veces los desbordan y tienden a pasar impulsivamente la acción.

Si existiera un vínculo seguro éste se transformaría en un factor de protección y le entregaría estabilidad al niño, permitiéndole un mejor desarrollo cognitivo y afectivo.

Los menos, que se inician de una dificultad previa de autorregulación, necesitan una disciplina proactiva que le entregue oportunidades de modelado de las conductas más aptas para evitar comportamientos inadecuados y que también, les ayuden a autoregularse.

En resumen, las características del menor con TDAH junto a las características propias de la familia actúan de forma conjunta y cuando existe disfunción familiar, falta de habilidades parentales, prácticas incoherentes de crianza y la ineficiencia en el uso de estrategias disciplinarias, falta de apoyo, entre tantas otras, contribuyen como factores de riesgo que exasperan la presentación y continuidad del TDAH.

Antecedentes Empíricos
Estilos de Abordaje Parental y TDAH.

La presente investigación se desarrolló en la república de Argentina, ciudad de Mar del plata con el objetivo de contrastar los estilos parentales de crianza en niños con y sin diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad. La misma forma parte de una investigación más amplia sobre competencia social en niños con TDAH y sus relaciones con funciones ejecutivas llevada a cabo durante los años 2010 y 2011 por el Grupo de Investigación Genética, Ambiente y Comportamiento Humano de la Facultad de Psicología (Rocío González, 2005). Los datos obtenidos permiten realizar una descripción de los estilos parentales de crianza en familias con TDAH generando información valiosa, favoreciendo la reflexión y abriendo posibles caminos a futuras líneas de investigación (Rocío González, 2005).

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 (Minzi, 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, 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.

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 (Aguilar, López, & Urquijo, 2009). 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, 2007).

El objetivo del presente trabajo consiste en comparar los estilos parentales percibidos en niños con y sin diagnóstico de TDAH desde la perspectiva tanto de los niños como de sus padres. Los resultados obtenidos permitirán elaborar estrategias de prevención e intervención psicológica a nivel individual y familiar, que contribuyan en el fortalecimiento y generación de estilos parentales más funcionales. Asimismo, aportará información y conocimiento en un área actualmente poco investigada, abriendo futuras líneas de estudio (Rocío González, 2005).

Participantes:

Se conformaron dos grupos de niños escolarizados residentes en la ciudad de Mar del Plata con edades comprendidas entre 8 y 14 años. La muestra clínica (grupo 1) se conformó con cinco niños con diagnóstico médico de TDAH derivados por el Servicio de Neurología de una Institución de Salud de la ciudad, y la muestra control (grupo 2) se conformó de manera intencional con 25 niños escolarizados sin diagnóstico de TDAH, apareados por sexo y edad. Se excluyeron niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y trastornos del aprendizaje, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación o con retraso mental moderado o grave (Rocío González, 2005).

Se utilizó como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes

(Grañana, 2007) y el listado de síntomas Child Behavior Checklist CBCL (Samaniego, 1998).

La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los padres, los niños y las autoridades de las instituciones. Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confiabilidad y actuar en beneficio de los participantes (Rocío González, 2005).

Técnicas e Instrumentos:

Para evaluar estilos parentales se utilizaron la Escala de Afecto y la Escala de Normas y Exigencias diseñadas y validadas (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001). Estas dos escalas contemplan la reciprocidad de las relaciones evaluando los estilos parentales desde las dos perspectivas. La de los hijos (EA-H) y (ENE-H) y la de los propios padres (EA-P) y (ENE-P) (Rocío González, 2005). La escala de Afecto consta de dos factores: afecto/comunicación y crítica/rechazo, la misma posee una fiabilidad como consistencia interna alta (Factor I-padre $\alpha=0,90$; Factor II-padre $\alpha=0,83$; Factor I-madre $\alpha=0,87$; Factor II-madre $\alpha=0,81$). Además, los índices de homogeneidad de los ítems (correlación ítem-puntuación total corregida) se encontraron por encima de 0,45, lo que indica un buen comportamiento psicométrico.

El Factor I (afecto-comunicación) consiste en el afecto, interés y comunicación que manifiestan los padres a sus hijos. Por ejemplo: “Me consuela cuando estoy triste”, “Habla conmigo de los temas que son importantes para mí”. El Factor II (crítica-rechazo) consiste en la crítica, rechazo y falta de confianza de los padres hacia sus hijos. Por ejemplos: “Lo que hago le parece mal”, “Le gustaría que fuera diferente”. En la Escala de Afecto, se puede obtener una Puntuación total calculada como la diferencia entre la puntuación del Factor I y el II, es decir, restando a las muestras de afecto y comunicación, las expresiones de crítica y rechazo. La consistencia interna de esta Puntuación Total en la Escala de Afecto ($\alpha=0,92$ para las puntuaciones del padre, y

$\alpha=0,90$ para las de la madre) es aún mayor que la de cada factor por separado. (Rocío González, 2005).

La escala de Normas y Exigencias se divide en tres factores sobre la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: forma inductiva, rígida e indulgente. En cada factor, la fiabilidad como consistencia interna también es elevada (Factor I-padre $\alpha=0,85$; Factor II-padre $\alpha=0,73$; Factor III padre $\alpha=0,60$; Factor I-madre $\alpha=0,80$; Factor II-madre $\alpha=0,72$; Factor III-madre $\alpha=0,64$). Los índices de homogeneidad de los ítems se encontraron por encima de 0,40, lo que indica un buen comportamiento psicométrico (Rocío González, 2005).

El Factor I (forma inductiva) implica que los padres explican a sus hijos el establecimiento de las normas, y las adaptan a las necesidades y posibilidades de sus hijos.

Por ejemplo: “Me explica las razones por las que debo cumplir las normas”. Así, los padres y madres que tienen una forma inductiva de establecer las normas son los que manifiestan más afecto, interés y comunicación con sus hijos, y también los que menos los critican y rechazan (Rocío González, 2005).

El Factor II (forma rígida) consiste en que los padres imponen a sus hijos el cumplimiento de las normas, y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto e inadecuado a las necesidades de los hijos. Por ejemplo: “Me exige respeto absoluto a su autoridad”. La forma rígida de imponer las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, rechazo y falta de confianza del padre y la madre hacia sus hijos.

Además, la forma rígida se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación de las madres con sus hijos (Rocío González, 2005). El Factor III (forma indulgente) supone que los padres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento. Ejemplo: “Me dice que sí a todo lo que le pido”. La forma indulgente está asociada a una manifestación positiva del afecto en el caso de los padres. Por tanto, el estilo democrático establece y exige las normas a

través de una forma inductiva; el estilo autoritario las impone de forma rígida; y el estilo permisivo de forma indulgente (Rocío González, 2005).

Ambas escalas se presenta en dos versiones: hijos y padres. En la versión de los hijos, el niño debe responder al contenido de cada ítem según la percepción que tiene del estilo educativo de su padre y de su madre, y en la versión de los padres, éstos contestan los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a. (Rocío González, 2005).

Tanto la versión que responden los padres como los niños, se componen de los mismos ítems con el fin de poder comparar el estilo educativo de los padres según dos fuentes de información: los hijos y los propios padres. Las dos escalas se corresponden con cuestionarios tipo Likert en la cual el niño y los padres expresan el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación seleccionando una alternativa de respuesta (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), marcando con una X la opción que más se acerque a su forma de pensar. La Escala de Afecto/comunicación y la Escala de normas y exigencias constan de 20 y 28 ítems respectivamente. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas individuales lo que proporciona una puntuación total (Rocío González, 2005).

Procedimiento:

El presente proyecto se enmarcó en el proyecto general denominado “Competencia social en niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad y Síndrome de Turner. Relaciones con funciones ejecutivas y parámetros biológicos”, incluido en el Grupo de investigación: Comportamiento Humano, Genética y Ambiente. Por tanto el grupo correspondiente a la muestra clínica, se conformó con niños con diagnóstico de TDAH derivados del Servicio de Neurología y Pediatría de una institución de salud de la ciudad con convenio con la Facultad de Psicología a través del grupo de investigación (Rocío González, 2005).

En el marco del presente proyecto se establecieron contactos con las Instituciones educativas donde concurrían los niños de la muestra control, se les explicó a las

autoridades el objetivo de la investigación y las características de las mismas, aclarando que la colaboración era voluntaria con previo consentimiento informado de los padres y de los niños (Rocío González, 2005). Se administró el instrumento de evaluación de estilos parentales en entrevistas personales con los niños y a través de las instituciones educativas se envió el instrumento autoadministrado a los padres de ambos grupos (Rocío González, 2005).

Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, acorde con los objetivos propuestos. Dado el tamaño de la muestra, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, una alternativa a la prueba t sobre diferencia de medias cuándo: a) no se cumplen los supuestos en los que se basa la prueba t (normalidad y homocedasticidad), o b) no es apropiado utilizar la prueba t porque el nivel de medida de los datos es ordinal (Pardo & Ruiz, 2000).

Análisis e integración del presente estudio:

El objetivo principal del trabajo presentado fue contrastar para posteriormente analizar la percepción de los estilos parentales de crianza en infantes con y sin diagnóstico de TDAH, tanto desde la perspectiva de los padres como de los niños. Dicho estudio permite realizar un contraste entre lo propuesto en la memoria y las conjeturas de la investigación.

Las conclusiones muestran diferencias en la percepción de los estilos parentales de niños con TDAH en comparación con el grupo control. Existen diferencias importantes en las muestras estudiadas lo que podría derivar en un estilo parental diferencial y característico de las familias de niños con TDAH, por lo general estos estilos parentales se asemejan a las características de un modelo restrictivo o autoritario.

Al igual que en el estilo autoritario restrictivo, los niños con TDAH perciben en sus padres cierto rechazo emocional y notoria tendencia a la crítica. No obstante, existen ciertas variables que acompañan a los tres principales estilos parentales abordados, estas figuras parentales perciben falta de apoyo por parte del medio hacia estos, además de numerosos conflictos que gatillan cierta sensación de control inadecuado. Y como

sucede en el estilo autoritario los padres presentan dificultad para regular y expresar sus afectos.

Del mismo modo, se observó que tanto los padres como los niños, sienten al estilo parental como menos afectuoso, con menor comunicación y aceptación. En relación a esto se encontró que los padres de niños hiperactivos presentan cierta tendencia a ser menos afectuosos y más controladores que los padres de niños no problemáticos (Raya Trenas y Pino Osuna, 2008). No obstante existen padres que abordan el trastorno de forma adecuada, estos padres se caracterizan por ser más autoritativos que el resto.

En lo referido a las normas y exigencias, se constato que los padres presentan un estilo parental más rígido, es decir, imponen a sus niños el cumplimiento de las normas, y mantienen cierto nivel de exigencia alto e inadecuado a las necesidades de los hijos. Esto último es referido por los hijos por ejemplo en: “Me exige respeto total de su autoridad”.

De hecho la forma imperante de intentar normar, correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, falta de confianza y rechazo de la madre y del padre hacia sus hijos. Además, se conecta directamente con la ausencia de afecto y contención emocional, interés y comunicación de los padres con sus hijos. Respaldo los descubrimientos presentados, una investigación ha demostrado que los padres que tenían hijos con TDAH evidenciaban autoritarismo y actuaban de forma más sobreprotectora durante la interacción con sus hijos, utilizando una inflexión vocal más seria, realizando más comentarios negativos del actuar de sus hijos y marcando límites estrictos pero sin explicaciones (García Quiroga, 2007). De acuerdo a lo propuesto, es importante mencionar que a un padre nadie le enseña a educar a su niño con TDAH, y un recurso fácil para normar la conducta de su hijo es la disciplina restrictiva, dicho accionar no es lo recomendable, en estos casos se recomienda psicoeducación por parte de los docentes o especialistas que intervengan en el proceso educativo del niño en cuestión.

El presente estudio evidencio además que los límites son establecidos de manera no consistente tendiendo más al estilo permisivo, es decir, sin puesta de límites claros a

la conducta de los niños. Cuando los límites son establecidos con regularidad no exigen su cumplimiento, y al mismo tiempo imponen dicho cumplimiento desde la crítica y no tendientes a un estilo más autoritativo que implicaría establecer las normas desde el afecto, el interés y la comunicación.

Las normas no son explicadas por las figuras parentales ni adaptadas a las necesidades y posibilidades de sus hijos, lo cual estaría mostrando, por un lado, con mayor nivel de exigencia y, por otro, cierta dificultad en la interacción, es decir, las figuras parentales caen en estilos poco favorables para el abordaje del trastorno (permisivo y autoritario). Si bien no habría ausencia de afecto e interés por parte de los padres, este es reconocido en menor medida a causa de que se percibe menor interacción y aceptación y mayor nivel de crítica. Es importante destacar que en los tres estilos de crianza planteados a lo largo de esta investigación no existe ausencia total de afectividad, si bien en los estilos permisivos y autoritarios la contención emocional está más debilitada, hablar de ausencia en la afectividad sería utópico.

Los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como más negativa que los padres de niños sin TDAH. En definitiva estos padres se perciben menos competentes y con más baja satisfacción parental lo que relacionaría con la manera en que perciben su determinado estilo parental (Rocío González, 2005).

Los hallazgos coinciden con lo encontrado en esta investigación, que sitúan al afecto como factor protector y al autoritarismo como factor de riesgo (Hurt, 2007). O las hipótesis que señalaban a los padres de niños hiperactivos como menos afectuosos, más controladores o más negligentes que los de otros niños.

Ciertos autores refieren que la conducta de los padres de niños con TDAH es más directiva y negativa, exigiendo una explicación fundamentada en un modelo bidireccional que considere que los desafíos conductuales que tienen los niños con TDAH aportan a disminuir las competencias de los padres de ponerles límites a las conductas inadecuadas, y a su vez la disciplina inconsistente de los padres refuerza la conducta oposicional del infante y los problemas de conducta. Si bien los resultados obtenidos evidencian coherencia con lo presentado en esta investigación, existen ciertas

diferencias en lo referido a los estilos parentales pertinentes, en el estudio se reconoce al modelo permisivo como principal estilo parental elegido por los padres con hijos TDAH. No obstante, en la revisión bibliográfica se encuentra mayor correlación con el estilo autoritario restrictivo como primera opción de abordaje educativo.

Sin embargo los datos aportados constituyen una base para el diseño de estudios que profundicen el análisis y posibiliten la caracterización de estilos parentales de crianza en familias con TDAH, además de servir de gran aporte para las intervenciones con familias similares, esto con la finalidad de favorecer el desarrollo de técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación y afecto en la interacción de los padres con sus hijos.

Resultando de gran relevancia la comprensión del papel modulador que el ambiente psicosocial desempeña sobre la predisposición biológica del TDAH al influir en la forma en que la actividad, la impulsividad y la falta de atención son entendidas y abordadas por el sistema familiar.

4.8 Estrategias para el abordaje parental del TDAH.

Revisando la literatura contemporánea correspondiente al abordaje del TDAH, existen autores que ofrecen una serie de sugerencias respecto del manejo del trastorno al interior del sistema familiar (Ratey, 2005).

En primer lugar es imprescindible un buen diagnóstico del trastorno, ya que este es el punto de partida de un buen abordaje y posterior tratamiento. Es necesario educar a los padres y personas del sistema familiar, toda la familia debe aprender acerca de lo que es el TDAH. Muchos de los problemas que conlleva el trastorno se solucionan una vez que las figuras parentales comprenden de que se trata (Milicic, 2004).

Los padres deben cambiar su narrativa, su discurso sobre el miembro con TDAH. Hay que revertir la profecía autocumplida, independientemente de los problemas, el niño con TDAH también tiene características positivas. El que los padres las destaquen, el cambiar el discurso y la focalización desde lo positivo a lo negativo puede contribuir a

desarrollar esos aspectos escondidos: quizás buen humor, creatividad, energía, etc. la familia más que nadie, puede contribuir a rescatar ese potencial (Milicic, 2004).

Las figuras parentales deben tener claro que el TDAH nos es culpa de nadie, no tienen la culpa los padres ni los hermanos ni la persona que lo padece. Esto debe ser aceptado por todos, terminando con la creencia de que sólo es una excusa para conductas irresponsables o flojera. De no ser así, el abordaje parental y posterior tratamiento no tendrá ningún efecto.

Básicamente, se deberá aceptar que el TDAH es un tema de la familia, no de uno solo de sus miembros. A diferencia de otros problemas médicos, el TDAH afecta al sistema familiar en su cotidianidad. El que todos se sientan parte del problema, hará que todos se comprometan con su solución (Milicic, 2004). Además, es importante que los padres cuiden el balance de su atención. El que un hermano presente TDAH hace que la atención de la familia se concentre en torno a él, en desmedro de los otros hermanos.

Esto sucede a pesar de que la atención pueda ser negativa, es decir, atraída por las conductas disruptivas del niño o adolescente. Ello puede acarrear resentimiento en las relaciones fraterno-filiales.

Las figuras parentales deben cuidar de que la persona con TDAH no concentre sobre sí los cuidados y las preocupaciones de la familia, dominando la escena, controlando lo que se hace y no se hace (Milicic, 2004).

Una vez que se ha diagnosticado al niño con TDAH y que los padres comprenden lo que es el cuadro, se sugiere reunir a todo el sistema familiar para negociar cuál es el rol de cada uno en esta situación en la que todos están comprometidos. En cualquier caso, es bueno que la familia adopte el hábito de negociar, más que el de luchar entre ellos. Se deben explicar los términos de la negociación, e incluso es aconsejable escribirlos, que cada uno indique explícitamente cuál será su participación, su aporte, y también cuáles serían las consecuencias para cada uno en caso de no cumplir con los acuerdos.

Si la negociación fracasa, debería considerarse la participación de un terapeuta familiar que escuche a cada uno y logre consensuar las diferentes posiciones, en especial

si se trata de familias con estilos de relación muy violentos o explosivos (Autoritarios o Dictatoriales). Dentro del contexto de terapia familiar, las técnicas de role playing puede ser útil para que cada uno muestre lo que ve del otro, y a su vez, sepa cómo lo ven.

Considerando que los niños con TDAH son observadores poco competentes, al verse a través de cómo lo ven los otros puede serles muy útil para intentar cambios (Milicic, 2004). Si el conflicto no se puede evitar, lo aconsejable es retirarse, ya que una vez producido no es posible salir. Lo ideal es no entrar en él, mantenerse al margen.

Es importante dar a cada uno la posibilidad de ser escuchado, en especial a los que hablan menos. Romper, interrumpir los procesos negativos y transformarlos en positivos. Incentivar cada vez que ocurre algo en esa dirección, dirigir a cada uno hacia las metas positivas, en vez de creer que las situaciones y los problemas son inevitables.

Una de las tareas más difíciles de los padres de hijos con TDAH es asumir que todos pueden hacer algo para revertir la situación (que no solo el afectado debe cambiar). Los padres deben aclarar, tantas veces como sea necesario, qué es lo que se espera de cada uno, cuales son las reglas y las normas, y qué consecuencias acarrea el transgredirlas (consistencia).

La estabilidad y la confianza en el amor de los padres son clave. El hijo con TDAH los desafía constantemente, pero el cariño no puede fluctuar en relación a eso: si se le quiere cuando tiene buena conducta y se le odia si se porta mal, el sistema familiar se torna turbulento e impredecible (Milicic, 2004). Los padres deben presentar un frente común ante los hijos, independiente de las diferencias que ellos puedan tener. La consistencia apoya cualquier manejo del TDAH.

No se debe mantener al niño alejado de la familia extensa. Ellos también pueden ayudar en el tratamiento. Muchas veces por el temor de que el pequeño tenga mala conducta, se le priva de participar en rituales y actividades familiares, que tienen gran significación para su desarrollo psicosocial (Condemarín, 2004).

Es importante que los padres determinen áreas de problemas. Áreas clásicas de problemas son, por ejemplo, los horarios. Conviene determinar con precisión cuáles son las características específicas del problema para que a continuación cada uno se

aproxime al tema en forma constructiva, negociar con cada uno cómo puede hacerlo mejor, escuchar sugerencias (Condemarín, 2004).

Los padres deben hacer reuniones tipo “lluvia de ideas” para que cada uno exponga sus argumentos sobre cómo mejorar el sistema. Tratar de que la familia funcione como un equipo. Es importante que se utilice el feedback que proporcionan fuentes externas a la familia, tales como profesores, parientes, amigos y otros niños, etc. Probablemente, si alguien no quiere escuchar a los miembros de su familia, pueda estar interesado en hacerlo si la información proviene del exterior (Milicic, 2004).

Que los padres consideren el TDAH como una condición de normalidad en la familia, tan normal y aceptable como otras condiciones que quizás también interfieren el normal funcionamiento de las rutinas familiares. Aunque eso pueda resultar muy difícil, especialmente en momentos de crisis, se debe hacer. Es necesario reconocer que el TDAH puede desgastar a una familia, enfrentar a unos contra otros. Los tratamientos no son efectivos de inmediato y la clave suele ser, precisamente, la persistencia en el esfuerzo y en la mantención de cierto “sentido del humor”. Es esperable que pasen periodos más o menos largos en que no se aprecian cambios, pero ni aun así debe ser abandonado el esfuerzo. Es necesario buscar ayuda, cambiar el tratamiento, pero nunca abandonar (Milicic, 2004).

Cabe mencionar que el TDAH no puede ser abordado en forma individual, se debe buscar ayuda y apoyo profesional, involucrando a la mayor cantidad posible de redes relacionadas con el tema: pediatras, colegio, amigos, grupos de padres, psicólogos, etc. otro factor importante que debe considerar los padres, es poner atención a los límites y al sobrecontrol en la familia. La claridad y la consistencia de las normas no implican hipercontrol parental (Condemarín, 2004). Cada uno debe sentirse parte, pero a la vez también es una persona, un individuo, más allá del sistema familiar. Las actividades muy restrictivas provocan rebeldía por sí mismas e interfieren en el desarrollo psicosocial más allá de los límites del sistema familiar.

Finalmente los padres deben mantener la esperanza. Es bueno dejar espacios para escuchar las penas y los problemas de cada uno, pero también hay que ser capaz de estimular la reacción positiva para seguir adelante (Milicic, 2004).

Criar a un niño con TDAH puede ser una tarea difícil aunque estimulante. Los padres deben prestarse apoyo recíprocamente, ser equilibrados, justos y ejecutivos en la resolución de problemas. En vez de esto, hay veces en que los padres tienden a aislarse social y familiarmente, de manera que el niño ve limitadas sus oportunidades de desarrollar sus habilidades sociales (Milicic, 2004).

Realizar una especificación precisa y concreta de qué comportamientos se consideran aceptables y cuáles no, y cerciorarse de que el niño conozca con claridad qué se le solicita que haga. A continuación fijar consecuencias consistentes, ya sean positivas o negativas, y ejercer control, dirección y supervisión cercana. Recompensar al hijo frecuentemente, y en especial en los momentos en que ha exhibido un buen comportamiento. Preferir las recompensas a los castigos y las profecías negativas. Premiar alentar, alentar, aprobar y asistir, más que corregir y castigar, son sin duda estrategias que disminuyen la posibilidad de presentación de consecuencias emocionales indeseadas

Al niño le cuesta organizarse; por lo tanto, se le deberá ayudar organizando y supervisando su agenda: un momento y un lugar para cada cuestión, dividiendo las tareas en partes que él pueda manejar. Asegurarle un lugar tranquilo, despejado de distractores, para trabajar en el hogar. La disminución de los estímulos no tiene influencia sobre el control de la atención, sino más bien sobre la hiperactividad, que decrecería por falta de estímulos ambientales. Ayudarlo a que establezca sus prioridades sobre criterios que sean eficaces (Scandar, 2000).

Scandar (2000) afirma que la complejidad y variedad de los síntomas que conforman el TDAH puede confundir a la familia, dado que se trata de un cuadro crónico que afecta a varias áreas de la vida: dificultad de desempeño escolar, de conducta, de estado de ánimo, de relaciones interpersonales, dificultad para activarse y baja autoestima, entre otros signos.

4.9. Asegurar el afecto y cuidar la autoestima del niño.

Todas las personas tienen necesidad de ser aceptadas y queridos por sus padres, hermanos, abuelos. Este deseo debe ser capitalizado en el sentido positivo, para apoyar a cada uno, pero es tan potente que también puede ser utilizado para dañar o destruir la confianza en sí mismo y en los demás. Para que la familia utilice su poder de curar de ser capaz de aceptar el desafío de cambio. Todos los grupos, y en especial las familias, se sienten amenazados ante un cambio en su situación actual, no importa cuán bueno o malo sea ese estado. Cuando el niño con TDAH quiere cambiar, necesita que su familia cambie con él, y esto no es fácil para ninguna familia. Se requiere trabajo, estímulo, apoyo y refuerzo.

En este sentido, se recomienda mantener una relación familiar nutritiva, tranquila y acogedora, centrándose más en los aspectos positivos de la relación que en los conflictos.

De la misma manera, centrarse en las fortalezas que el niño pueda tener de manera de asegurarle una imagen personal y autoestima positiva (Milicic, 2004).

Motivarlos para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades. Transmitirle confianza en sí mismo utilizando expresiones tales como “tu puedes”, “sigue adelante” “tú eres capaz de enfrentar desafíos”. Esto no implica negar la dificultad de la tarea, sino transmitirle un sentimiento de confianza en su competencia para enfrentar desafíos difíciles.

Para ello, no exponerlo a situaciones que superen definitivamente su capacidad de enfrentarlas, porque cada nuevo fracaso lesiona o deteriora su imagen personal, complicando más su desarrollo psicosocial (Milicic, 2004).

Es importante no conformarse con un listado de problemas o síntomas, sino desarrollar una perspectiva integral del hijo, teniendo también presente sus virtudes. Como ante cualquier problema al que no deba enfrentarse, es indispensable tener a la vista no sólo las debilidades y limitaciones, sino también las fortalezas del sistema. A partir de las fortalezas se comienza a construir una solución.

CAPÍTULO

III

Discusión

El estilo parental se desarrollo en primera instancia como una herramienta global para describir el sistema familiar, hasta el punto en que ese entorno se identifico como estilo parental. Las conjeturas que partían de esta concepción parecían ser mas predictivos de los atributos del niño que los basados en prácticas parentales específicas, porque la influencia de alguna practica particular en el desarrollo social del niño se perdía más fácilmente entre la complejidad de los otros atributos de las prácticas parentales (Baldwin, Orlansky y Symonds, 1949).

En base a lo planteado en esta investigación, se pueden plantear diferencias significativas entre los estilos parentales propuestos y el abordaje del TDAH. No obstante, sería una utopía plantear un modelo parental cien por ciento efectivos que involucre satisfactoriamente las dimensiones pertinentes en el ejercicio del rol parental.

Si bien, existen modelos autoritativos que se acercan considerablemente a un ejercicio parental adecuado, los estilos que los acompañan carecen de estrategias pertinentes que permitan el desarrollo evolutivo normativo del niño.

La presente investigación propuso diferentes modelos que serán discutidos en el transcurso de este capítulo. En primer lugar se plantearon las bases de los estilos educativos que fueron los cimientos para lo que hoy en día se conoce como estilo parental de crianza.

El modelo psicodinámico propone que las actitudes ayudan a explicar tanto las habilidades como otras conductas más sutiles que dan significado a dichas prácticas parentales. De este modo, se determinó que las actitudes parentales podrían captar el modo de interacción familiar que determinará la relación parento filial y su influencia en el desarrollo psicosocial del niño/a. Es importante destacar que las actitudes son un factor crucial en el abordaje parental del TDAH, si los padres poseen una actitud positiva que fomente las buenas prácticas y potencie ciertas habilidades de estos niños, el curso de la patología será más llevadero con un pronóstico favorable para el desarrollo

psicosocial del infante. A diferencia de una actitud negativa que modificará el comportamiento parental, ocasionando una predisposición perjudicial en el mismo.

Durante el transcurso de la revisión histórica del concepto de parentalidad, se llega a la inclusión y profundización de las concepciones de Baumrind, uno de los modelos propulsores de los estilos parentales que se conocen en la actualidad. En el concepto de estilo parental propuesto por Baumrind (1968), los valores de los padres y las creencias que ellos poseen sobre el ejercicio del rol parental y la naturaleza de los niños, ayudó a definir las muestras de afectos que se proponían de forma natural, las prácticas y los valores, lo que sirvió para su descripción del prototipo de padre rígido o autoritario. Esta configuración es el resultado directo del interés inicial de Baumrind por identificar y describir los estilos parentales que anteceden a patrones de conducta claramente identificados en los niños (Baumrind, 1967; Baumrind y Blake, 1989). Cabe mencionar que este autor plantea diversos niveles de afectividad según el estilo parental adoptado por las figuras “competentes”, decir que un padre autoritario no es cariñoso sería falso. Hasta el estilo educativo más restrictivo posee manifestaciones que hacen referencias a un vínculo afectivo en la relación parento-filial. No obstante, el estilo permisivo como el autoritativo antepone la afectividad por sobre el castigo y la coerción.

Es de este modo cuando llegamos al Modelo Bidimensional el cual aborda los dos modelos mayormente utilizados por los sistemas familiares actuales (autoritativo y autoritario). Como síntesis de lo propuesto por McCoby y Martin, se puede decir que entre ambos modelos, es decir, el autoritativo y autoritario se caracteriza por un alto nivel de exigencia. El paso que dieron Maccoby y Martin (1983) del modelo categorial hacia uno que definía configuraciones en base a dimensiones ortogonales apuntaba cierta similitud con las primeras premisas que trataron de diferenciar las dimensiones subyacentes al estilo parental.

De acuerdo a lo expuesto, se observan que en la medida en que los niños manifiestan una característica psicológica o conductual particular, varía en función de la efectividad de las prácticas parentales para potenciar esa característica específica y la

medida en que el estilo que usan los padres es efectivo para generar receptividad en el hijo.

De acuerdo con esto, las predicciones sobre las consecuencias de múltiples técnicas de socialización deberían tener en cuenta tanto los estilos como las prácticas. Por ejemplo se podría decir que, los niños de padres autoritativos que abordan de buena manera los desajustes conductuales o psicopatología de sus hijos (TDAH), tendrán mayor probabilidad de adaptación a los diferentes escenarios de interacción social. Al contrario de un padre autoritario que no se interese por el trastorno de su hijo, el pronóstico del mismo pudiese terminar en la adquisición de una nueva psicopatología.

Volviendo al tema central de esta investigación, es importante destacar la incidencia que tiene el estilo parental en las dificultades del desarrollo normativo, entre estas dificultades se encuentran la agresividad, la impulsividad, la hiperactividad, entre otras. En este ámbito, una particularidad de estas disfunciones es la naturaleza perturbadora de la conducta del niño que llama la atención tanto en el sistema familiar como escolar, porque alteran las actividades tanto de los compañeros como de los adultos responsables del infantes (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Según lo propuesto por el modelo Bidimensional donde se relacionaron las dimensiones que dan lugar a los tipos de padres con indicadores de exteriorización de problemas relacionados con la hiperactividad, se estableció la siguiente relación: El estilo autoritativo previene los problemas externalizantes de los niños, el estilo autoritario presenta resultados peores que el autoritativo, aunque mejores que los demás, es estilo negligente es el que presenta una relación más directa con los problemas externalizantes. Por ello, los padres afectuosos crían hijos más adaptados y menos propensos a experimentar ira o frustración y a manifestar problemas como la agresión antisocial, hiperactividad, entre otras psicopatologías.

En la niñez, una disciplina ineficaz da lugar a interacciones familiares coercitivas que enseñan al niño un repertorio de conductas aversivas. Paralelo a este entrenamiento en conductas disruptivas, se da un déficit en el aprendizaje de habilidades sociales. El

resultado es un niño deficiente en habilidades sociales pero muy eficientes en conductas inadaptadas.

Cuando este niño se incorpora a un nuevo grupo de iguales, carece de las habilidades necesarias para una interacción eficaz, por lo que hace uso de los comportamientos inadaptados aprendidos en su entorno familiar para conseguir sus objetivos. Es por esto que, cuando el niño presenta una psicopatología, y esta no es abordada de forma eficaz por sus figuras parentales, este presentará diferentes problemas en la interacción con sus pares, además de comportamientos poco adaptativos lo cual le traerá dificultad en su desarrollo normativo.

Es en base a lo planteado que se aborda el TDAH y los estilos parentales propuestos, reconociendo al estilo autoritativo como el más apropiado para sobrellevar de mejor manera el trastorno. Es importante reconocer cuales son las consecuencias psicosociales del TDAH. En la escuela los niños pueden presentar desajustes conductuales, comportamiento disruptivo, u otra psicopatología que actúe en comorbilidad con el TDAH, por lo que, las consecuencias que conlleva el trastorno en la infancia, son perjudiciales para el desarrollo del niño/a. En la educación secundaria los jóvenes pueden presentar problemas con la justicia, fracaso en diferentes actividades deportivas, problemas de adaptación social, entre otras patologías. En general las consecuencias para los jóvenes es que presentan un funcionamiento emocional más debilitado que el resto de los jóvenes (Wilson y Marcotte, 1996). Las consecuencias psicosociales en la etapa adulta radican en los problemas para organizar cierto tipo de actividades, problemas adaptativos y de consistencia, y disfunción parental.

Siguiendo con el análisis de los estilos parentales en el abordaje del TDAH, existen una serie de consecuencias del estilo de crianza parental sobre el trastorno mencionado. Con respecto a la negligencia, como compensación de la implicación de los padres, estudios sobre la relación de esta variable y la hiperactividad se basan en la operacionalización de la misma, instaurada por la *ParentingScale* (Arnold, 1993). Dicha entidad define negligencia como la forma en que un tutor fracasa en el hacer cumplir las reglas o reacciona de manera pasiva y/o manifestando consecuencias positivas a las

conductas inapropiadas de su hijo, por consiguiente se entiende como un factor de riesgo.

Otro factor importante para un adecuado abordaje del TDAH es la supervisión numerosos autores han planteado que la falta de inspección tiene una estrecha relación con el TDAH, es decir, la nula inspección constante tiene influencia en los niveles de ansiedad y conductas disruptivas en los hijos. La autoeficacia y la competencia tienen un rol primordial en el estilo educativo, los tutores poco eficaces se muestran en paralelo negligentes, reactivos, estresados y con bajo autoconcepto (Gerdes, 2007). Esto los lleva a experimentar un estado de indefensión que frustra las aspiraciones parentales. El estilo positivo, se identifica como factor protector para el desarrollo del niño y para el abordaje del TDAH. Otro factor que se aborda en esta investigación hace referencia al estilo disciplinario o instructivo de padres de niños hiperactivos, estos suelen ser autoritarios e impositivo que los niños que no desarrollan algún tipo de problemática. Asimismo, la interacción entre padres e hijos han evidenciado que los estilos disciplinarios tienden a ser más severos y autoritarios cuando son acompañados de problemas de conducta.

El autor Rothbaum y Weisz (1994) postula que la disciplina acompañada de estímulos afectuosos trae consigo variables como la aprobación hacia el infante, sincronía, control compartido, sensibilidad y control bajo en autoridad. Lo anterior es particularmente relevante en los sujetos hiperactivos, ya que la impulsividad, desorganización y escasa autorregulación entorpece la propia adaptación del comportamiento de las figuras parentales (Kochanska, 1997). De acuerdo a lo propuesto, existe una de las variables más importante que entra en juego en el abordaje parental, y que está incluida en mayor o menor medida en cada uno de los estilos parentales abordados, estamos hablando de la consistencia y congruencia en la autoridad y las normas.

La consistencia en el establecimiento de límites y normas de convivencia familiar, recae en el ejercicio parental adecuado. Un niño con TDAH necesita de una figura consistente que no confunda el comportamiento ni el actuar del infante, cabe mencionar que la primera figura de autoridad, no puede haber dos estándares de

conducta funcionando en paralelo. El niño se confunde, no puede adaptarse a dos tipos de contingencias, a que una vez se le premie por algo o no reciba sanción alguna y que luego se le castigue por una misma conducta. No comprende que sus padres, poseedores de la verdad absoluta, no estén de acuerdo sobre lo que es bueno o malo. Lo confunde, y es una carga adicional, tener que decidir él mismo si algo está bien o mal. O discutir con sus padres, figuras de autoridad, sobre lo que está bien o mal. O darse cuenta que se pueden violar esas normas con consecuencias impredecibles (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004).

En relación a estilos de crianza y a la forma en que los padres ejercen su función, para los niños con TDAH son poco pertinentes los estilos dictatoriales, caracterizados por el excesivo control, en los que vale el castigo y en los que se privilegia la obediencia. Según lo revisado por autores, tampoco serían idóneos los estilos demasiado permisivos, para los que se debe contar con suficiente autonomía de parte del niño, ya que no hay normativas familiares a las cuales ajustarse, ni tampoco control por parte del adulto. En especial a estos niños, la falta de normas consistentes y de límites les produce ansiedad y desorientación (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004).

Ellos necesitan adultos que ejerzan su rol normativo, que dirijan, que fijen límites consistentes, que orienten, que protejan. En la medida que estos roles sean desempeñados en forma afectiva, los hará sentirse amados, contenidos, seguros y cuidados (Condemarín, Gorostegui y Milicic, 2004).

Los padres con estilo de crianza autoritario presentan serias dificultades para normar la conducta de sus hijos TDAH, si bien estos padres privilegian la obediencia por sobre todas las cosas, sus hijos hiperactivos, no logran sintonizar con dichos patrones idealizados por sus padres y al no existir una respuesta por parte de los hijos estos padres recurren a acciones coercitivas y restrictivas que agudizan aun mas las manifestaciones clínicas del TDAH. En el ámbito emocional los padres que modulan este tipo de crianza presentan mayor nivel de dificultad para establecer relaciones psicoafectivas con sus hijos TDAH, la contención emocional que dichos progenitores entregan no logra

satisfacer las necesidades emocionales de sus hijos. Para un niño con TDAH el estilo autoritario es el más difícil de sobrellevar, ya que el niño entra en una confrontación con sus figuras parentales, lo cual produce repercusiones negativas sobre la socialización de estos niños, lo que exige un padre autoritario es obediencia, algo que es muy difícil de alcanzar para un niño TDAH, para estos padres es frustrante no poder influir en la conducta de su hijo, esto trae consecuencias poco favorables para el desarrollo psicosocial, y acrecientan las manifestaciones clínicas del TDAH.

En el caso del estilo permisivo, la falta de autoridad consistente, provoca confusión en los niños con TDAH, si no existe ninguna figura parental con un rango jerárquico, no se podrá normar la conducta del niño/a.

Los padres permisivos aceptan y avalan los comportamientos del niño con TDAH, mantienen una actitud aceptadora y benigna hacia el accionar de su hijo, atribuyendo su mal comportamiento a los efectos negativos del trastorno. Cabe mencionar que al atribuir el comportamiento netamente al TDAH, estos padres no son exigentes con sus hijos, por lo que, en reiteradas ocasiones actúan como reforzadores negativos de las conductas de sus hijos con TDAH, estas concepciones de los padres permisivos dificultan la madurez psicosocial de los niños. No obstante lo anterior, hay que destacar que aquellos niños TDAH que perciben a sus padres como permisivos logran resultados comparables a los de padres democráticos en las variables de autoestima, en competencia social y autoconfianza (García Linares et al, 2002).

A diferencia de los otros dos estilos educativos presentados, el estilo democrático parece favorecer el ajuste de los hijos TDAH, los cuales manifestarán, durante la infancia, un estado emocional estable y alegre, una elevada autoestima y autoconcepto, un adecuado autocontrol, alta adaptación y un comportamiento de rol de género menos tradicional.

También serán más competentes en comprender la perspectiva del otro y se relacionarán mejor con iguales aun con la sintomatología de TDAH. Estos efectos positivos se mantendrán a lo largo del tiempo y, en la adolescencia, estos niños poseerán una elevada autoestima, madurez social y moral, obtendrán mayores logros académicos

y utilizarán más estrategias de cooperación y de adaptación social positiva. Igualmente, serán menos propensos al desarrollo del comportamiento antisocial, a la aparición de problemas de conducta (López-Soler et al, 2009).

Mediante la presente investigación se dio respuesta a la interrogante planteada al comienzo del documento y que hacía referencia a diferentes tipos de comportamientos y conducta de niños diagnosticados con TDAH sometidos a evaluación psicosocial en el Centro de Diagnostico Ambulatorio Mayor y que se encontraban sin tratamiento farmacológico. Se concluye que; los niños que presentaron mayor nivel de desajuste conductual, además de comportamiento disruptivo, identificaban a sus padres como autoritarios o en algunos casos permisivos, lo cual provocaba cierto grado de confusión debido a la inconsistencia de las figuras parentales que no podían normar la conducta de estos infantes. Si bien, en todos los casos existía vinculación psicoafectiva. No obstante, las madres más autoritativas reforzaban positivamente las conductas apropiadas de sus hijos quienes se comportaban durante la evaluación de forma adaptativa atendiendo al contexto que suscitaba la evaluación pericial.

Las estrategias parentales ocupadas por los padres autoritativos se relacionan con las planteadas durante el transcurso de la investigación. Al igual que las deficiencias propuestas en los otros estilos mencionados. Es importante destacar, que tanto el modelo Bidimensional como las concepciones propuestas por Baumrind fueron percibidos en el lugar de práctica profesional, sin embargo en algunos casos durante el proceso de evaluación pericial se visualizaron características mezcladas entre uno y otro estilo parental, es decir, los padres que se consideraban más permisivos, en algunos casos y cuando la paciencia se agotaba, castigaban de una u otra manera el actuar de sus hijos TDAH, de igual forma ocurría con el estilo autoritario de algunos padres quienes aceptaban cierto tipo de comportamiento disruptivo.

La conceptualización de estilo parental de Baumrind la aparta de investigaciones anteriores por varias causas: en primer lugar, más que determinar múltiples dimensiones de comportamientos parentales y determinar el estilo como una combinación lineal de estas dimensiones, especificó una función parental global: el control. En segundo lugar,

más que crear una dimensión en la que el control parental se organizaba linealmente de mayor a menor, como se había hecho en anteriores investigaciones, distinguió entre tres tipos de control parental cualitativamente diferentes; permisivo, autoritario, autoritativo o democrático. En tercer lugar definió el estilo parental como un constructo global.

El modelo de Baumrind además refleja un cambio en la concepción sobre la socialización, manifestando en aspectos como la noción de que el niño contribuye a su propio desarrollo a través de su influencia sobre sus padres, es decir que las diferencias en la personalidad del niño podrían alterar las conductas de los padres.

Esto le permitió definir el estilo parental como una característica de la relación padres-hijo más que como una característica propiamente de los padres (Raya Trenas, 2008).

Análisis de un estilo parental favorecedor.

El ejercicio de una parentalidad adecuada se conoce como el conjunto de habilidades, competencias o estrategias mediante los cuales se consigue apoyar y promover el desarrollo psicosocial normativo de los niños y adolescentes. Esto implica que la paternidad sea una tarea que requiere, para su adecuado desempeño, ciertas habilidades, conocimientos y actitudes.

En el ejercicio de las habilidades parentales se evidencian determinados estilos educativos de crianza según se combinen las variables de afecto y comunicación, y el nivel de control y exigencia. Estos estilos se conocen como, democrático en el que los padres muestran altos niveles de afecto y de control, autoritario caracterizado por el bajo nivel de afecto y e alto nivel de control, permisivo e indiferente en el que las figuras parentales se caracterizan por mostrar altos niveles de afectos y bajos niveles de exigencia y de control.

Los niños con TDAH presentan más dificultades para obedecer las órdenes e inhibir las respuestas impulsivas y son menos sensibles a las peticiones y requerimientos de sus padres. Su particular estilo personal provoca procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos en los padres. Así mismo desencadena cogniciones

negativas sobre su rol de padres, baja autoestima, aislamiento social, sentimientos de culpa entre otras manifestaciones psicológicas negativas. Esta situación va a repercutir de mala manera en el propio niño, en su desarrollo psicosocial, creándose así un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del trastorno.

Tal como se señala a lo largo de esta investigación, las madres de niños con TDAH tienen alterada la percepción parental y poseen menor tolerancia para las conductas de su hijo. El constante fracaso para lograr la sumisión y obediencia de su hijo TDAH lleva a los padres a optar por estilos de crianza no apropiados a las necesidades de su hijo TDAH. En definitiva las figuras parentales de niños con TDAH se ven a menudo menos competentes y con más baja satisfacción parental.

No es fácil ser padre de niños con TDAH, puesto que los métodos de disciplina usuales no funcionan (coercitivo o negligente), y ello provoca frustraciones y la utilización de un estilo parental disfuncional. Diversos estudios señalan, desde las primeras etapas evolutivas, una importante dificultad en el manejo del comportamiento del niño con TDAH utilizando métodos de disciplina más ineficaces, tanto de sobreprotección como de mayor permisividad.

En cualquier caso, la conducta de los padres de niños con TDAH, más directiva y negativa, exige una explicación fundamentada en un modelo bidireccional que considere que los desafíos conductuales que presentan los niños con TDAH (niños difíciles) contribuyen a disminuir las capacidades de los padres de ponerles límites a las conductas inadecuadas, y a su vez la disciplina ineficaz de los padres refuerza la conducta oposicional del niño y los problemas de conducta.

Es por todo lo planteado que se define al estilo parental autoritativo o democrático como el más pertinente para abordar el TDAH, esto siempre con un nivel de consistencia y afectividad adecuado. De los otros estilos parentales propuestos, el permisivo presenta menos dificultad que el autoritario, no obstante lo anterior, ambos estilos de crianza involucran la vinculación afectiva de tal forma que actúe como factor protector del niño con TDAH. Cabe mencionar que no existen estilos de crianza parental

cien por ciento efectivos para el abordaje del TDAH, sin embargo los padres deben perseverar y ser constantes en el apoyo psicoafectivo que les entregan a sus hijos, y esto solo se consigue con amor, respeto, perseverancia, responsabilidad, consistencia, etc.

Finalmente se plantean una serie de estrategias que permiten un mejor abordaje del TDAH, poniendo énfasis en la comunicación dentro del sistema parental, así como la negociación que busque cierta participación de los integrantes del sistema familiar en pos del bienestar del niño con TDAH, es importante escuchar las demandas de todos los integrantes del sistema familiar, las dudas e interrogantes referentes al trastorno, los padres y hermanos del individuo TDAH deben involucrarse al cien por ciento con este. Las figuras parentales no deben poner como centro de atención al niño con TDAH, ya que esto genera rivalidades en las relaciones fraterno-filiales. En familias autoritativas, estímulos apropiados, organización clara, medios económicos básicos suficientes, las situaciones cotidianas favorecen vínculos positivos y fortalecedores de los recursos. Las personas construyen subjetividades confirmatorias. En cambio, en contextos adversos: problemáticas psiquiátricas, abuso verbal (desvalorización) y físico, pobreza, estrés prolongado en la familia, los conflictos secundarios o los déficit de base aumentan, se complejizan y pueden facilitar la aparición de trastornos comórbidos importantes (Milicic, 2004). Es importante, no permitir que las dificultades hagan que la mayoría de las interacciones con el niño sean negativas, signadas por castigos comentarios adversos y críticos.

En lo referido a las implicancias morales de las variables en cuestión, adquiere relevancia orientar en habilidades parentales a los padres que son evaluados en sus competencias parentales, es necesario que el psicólogo en su rol de especialista proporcione estrategias educativas que sirvan como herramientas formativas en el ejercicio del rol parental. Además, desde el rol profesional, se debe facilitar la apertura a redes de apoyo psicoeducativas, sobre todo cuando se trabaja desde el ámbito ambulatorio donde el campo de acción permite a los profesionales proporcionar redes de apoyo parental.

Como futuros lineamientos investigativos, se recomienda la implementación de un estudio cuantitativo que tenga como eje central de la investigación las habilidades parentales de sujetos diagnosticados con TDAH, ya que se piensa que estas personas presentan ciertas debilidades en el ejercicio del rol parental como consecuencia de las manifestaciones clínicas del trastorno. Cabe mencionar que en la república de Chile no existen estudios de carácter científico que puedan responder a esa interrogante, por lo que, una investigación de ese tipo adquiriría relevancia en nuestro país.

Otro futuro lineamiento de investigación, hace referencia a las potencialidades de niños con TDAH. Es importante reconocer que estos niños poseen características en su personalidad que los hace ser más creativos que el resto de los niños. Cada vez que se realiza un estudio tomando como eje central el TDAH, se tiende a rescatar lo negativo de esas personas, dejando en segundo plano o simplemente desconociendo aspectos positivos y habilidades que estos individuos disponen.

Finalmente, como ultimo lineamiento de investigación se propone la realización de un estudio que desarrolle los tres principales estilos parentales educativos, determinando la incidencia que tienen estos en la gestación de diferentes psicopatología de la niñez y la adolescencia. Esto con la finalidad de fomentar estrategias parentales positivas que fomenten el desarrollo evolutivo normativo de los niños/as.

Una de las limitaciones que se presentó en esta investigación hace referencia a los pocos estudios de parentalidad que existen a nivel nacional, además del exiguo material bibliográfico que vincule las psicopatologías de la infancia con los estilos parentales de crianza. Cabe mencionar que, la mayoría de los antecedentes empíricos introducidos en este documento corresponden a investigaciones realizadas en países extranjeros al igual que la mayoría de la literatura utilizada.

Otra limitante y que afecta principalmente a los padres, es la poca accesibilidad que tienen estos a programas o talleres de parentalidad que los oriente en el ejercicio adecuado del rol parental. Es sabido que nadie enseña a “ser padre”, generalmente las figuras parentales se rigen por pautas transgeneracionales, por lo que, las competencias

que ostenten serán copias de los modelos de crianza utilizados por sus padres en el desarrollo evolutivo de los mismos.

Como último factor limitante, se hace referencia al lugar de práctica profesional que como bien se explica en el contexto del problema es de carácter ambulatorio centrado netamente en el diagnóstico pericial, por lo que, al detectar los estilos parentales menos favorecedores para el TDAH hubiese sido oportuno plantear diferentes estrategias (taller de educación parental) a los padres en pos de una educación parental que permita sobrellevar de buena manera las manifestaciones clínicas del trastorno, con el propósito de contribuir al desarrollo psicosocial normativo de los niños diagnosticados.

“Ellos saben que atesoras en tu interior el talento, entonces, si no funciona, no comprenden tu lamento si la culpa ha sido tuya por perezoso, por lento por olvidar el intento dejando que el tiempo fluya pensando en absurdos cuentos”...

Anónimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnold, L. E. (1993). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-569.

Baldwin, A. L. (1948-1949). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19, 127-136.

Baldwin, A. L. (1955). *Behaviour and development in childhood*. New York: Dryden Press.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behaviour. *Child Development*, 37, 887-907.

Barkley, R. A. (1982- 1985-1990). Guidelines for defining hyperactivity in children. En B. Lahey y A. Kazdin, Befera (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (vol. 5, pp. 137-175). Nueva York: Plenum Press.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.

Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.

Baumrind, D. (1970). Socialization and instrumental competence in young children. *Young Children*, 26, 104-119.

Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. En W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.

Baumrind, D. (1991a). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gun, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.), *The encyclopaedia of adolescence* (pp. 746- 758). New York: Garland.

Baumrind, D. (2000-2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 108, 61-69.

Becker, W. C. (1974). Consequences of different kinds of parental discipline. En M. L. Hoffman y L. W. Hoffman (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 1, pp. 169 208). New York: Russel Sage Foundation.

Benavente, I.M. (2001). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista Psiquiatría y Psicología Niño y Adolescente*, 4 (1): 92-102.

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

Blake, J. (1989). *Family size and achievement*. Berkeley, CA: University of California Press.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Ediciones Paidós: Barcelona. Minsal: Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ediciones Unidad de Salud Mental. 2a Edición, Chile. 2001.

Calderón, C. (2009-2010). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niños / as con TDAH. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.

Campbell, S. B. (1985-1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

Cantwell, D.P Genetics of hyperactivity . *J Child Psychol Psychiatry*, (1975 1985).

Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2008). Percepción sobre estilos e inconsistencia parentales en adolescentes argentinos. *Estudios de Psicología*. Campinas, 25 (1): 3-9.

Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de la socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza.

Coie, J. D., and J. B. Kupersmidt. "A Behavioral Analysis of Emerging Social Status in Boy's Groups." *Child* 54 (1983):1400-1416.

Conners, C. K., & Kronsberg, S. (1985). Measuring activity level in children. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 893–897.

Cummings, E. M., Ianotti, R. J. y Zahn-Waxler, C. (1985). Aggression between peers in early childhood: Individual continuity and developmental change. *Child Development*, 60, 887-895.

Daley, D., Sonuga-Barke, E. J. S. y Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.

Darling, N. y Steinberg, L. (1993- 1985). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.

Douglas, V. I. (1972- 1985). Stoop, look and Listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-182.

Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 85S–121S.

Edelbrock, C., Costello, A. y Kessler, M. (1984). Empirical corroboration of attention deficit disorder: Journal of the attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 285-290.

Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M., Murphy, B. C. et al. (2001). Parental socialization of children's dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 183-205.

Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A. y Liew, J. (2005). Relations Among Positive Parenting, Children's Effortful Control, and Externalizing Problems: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Development*, 76 (5), 1055-1071.

Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G. y Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27, 291-300.

Fish y Jain (1983). A Sistem approach in working with learning disabled children: implication in the school.

Freud, S. (1933). *New introductory lectures in psychoanalysis*. New York: Norton.

Furman, W. y Giberson, R. (1995). Identifying the links between parents and their children's sibling relationships. En S. Shulman (Ed.), *Close relationship and socioemotional development* (pp. 95-108). Norwood, NJ: Aplex.

Gaub, M. y Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.

García Linares, M.C.C., Pelegrina, S. & Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. *Anuario de Psicología*, 33 (1).

García Quiroga, M. & Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia psicológica*, 25 (2): 123-134.

Gerdes, A. C., Hoza, B. y Pelham, W. E. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationship with their mothers and fathers: Child mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.

Gilbert DL, Cols, et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*. 2005;65(1983):1949.

Gittelman, R Manuzza, S (1985) Hyperactive boys almost grown up, I: Psychiatric status. 937-947.

Goldstein, L. H., Lange y Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examinin Subtypes of Behavior Problems Among 3-Year-Old Children, Part III: Investigating Differences in Parenting Practices and Parenting Stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.

Goodyear, P. y Hynd, G. W. (1992). Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 273-305.

Goyette, C.H., Coners, C.K. y Ulrich, R.F. (1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, pp. 221-236.

Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N. & Allegri, R. (2007). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 31, 20.

Grau Sevilla, M. D. (2007). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. Universidad de Valencia, España. Tesis Doctoral.

Greenhill, L. L. (1991-1997). Attention-deficit hyperactivity disorder. En J. M. Wiener (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Heward, W. E. (2000). *Niños excepcionales; una introducción a la educación especial*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.

Hidalgo Vicario MI. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria (2ª Edición). Madrid: Ergon; 2007. P. 1339-51.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C. Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., Arnold, L. E. et al. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 555-568.

Hurt, E. A., Hoza, B. y Pelham, W. E. (2007). Parenting, Family Loneliness, and Peer Functioning in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.

Knutson, J. F, DeGarmo, D. S., Reid, J. B., Leve, L. D., Chamberlain, P, (2004). Patterns and predictors of growth in divorced fathers' health status and substance use. *American Journal of Men's Health*, 4(1), 60-70.

Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68, 94-112.

Landau, Milicic WM, Kleffner FR. Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. *Neurology* 1988; 523-530 lenguaje del niño. Barcelona: Masson, 2ª edición 2001. p. 3-28.

Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshal, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M. y Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.

Lewis, C. C. (1981). The effects of parental firm control: a reinterpretation of the findings. *Psychological Bulletin*, 90, 547-563.

Loftus, studies of adoptees from psychiatrically disturbed biological parents, 1975. 125: 534-49.

Loney. J. Kramer, Milich (1980-1983). Hyperactivity and aggression in the diagnosis of attention deficit disorder (pp. 99-135). En B.B Lahey y A. E Kazdin (Dir). *Advances in learning clinical child psychology*. Nueva York: Plenum.

López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A. & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25 (1): 70-77.

Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983, 1996). Socialization in the context of the family: Parent child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

McCleary, L. y Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: Evaluation and psychoeducation group. Patient Education and Counseling, 38, 3-10.

Milicic, N. Condemarín, M. , Gorostegui, M. (2004) Déficit Atencional “Estrategias para el diagnostico y la intervención psicoeducativa” Pág. 94 . Ed. Ariel.

Miranda, A., Presentación, M. J. y Roselló, B. (2005). Trastornos hiperactivos. En R. González Barrón (Coord.), Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Pirámide.

Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. & 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): 23-5.

Montiel-Nava, C. Peña, J.A. y Montiel-Barbero, I. (2005). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. Revista de Neurología, 37, 815-819.

Moreno, I. y Servera, M. (2002- 2007). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.), Intervención en los trastornos del comportamiento infantil (pp. 217-253). Madrid: Pirámide.

Morrison y Stewart, bilateral inheritance as evidence for polygenicity child the syndrome, 1974.

Myers K, CoUettB: Escalas de evaluación. En Wiener J, Dulcan M. (Eds) Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. España: Masson. 2006.

Oliva, A., Parra, A y Sánchez, I. (2004). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. Apuntes de Psicología, 20 (2), 225-242.

Orlansky, H. (1949). Infant care and personality. Psychological Bulletin, 46.

Pardo, A & Ruiz, M. (2000). Spss 11 guía para el análisis de datos. Análisis no paramétrico. México: Mc Graw Hill.

Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.

Pineda D, Henao G, Puerta I, et al: Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol* 1999; 28 (4): 365-72.

Quay, H. C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.

Raya Trenas, A.F., Herreruzo Cabrera, J. & Pino Osuna M.J. (2008) El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4): 691-696.

S. Rapoport , J. L. Quinn , P. O. (1975). Food additives and hyperactivity. *Clinical Pediatrics*, 14(10), 956-959.

Ratey, (2005) *Driven To Distraction* phanteon 729- 49.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Richaud De Minzi M. C (2007) fortalecimiento de recursos cognitivos, afectivos, sociales en niñez en riesgo ambiental por pobreza.

Roa, L. y Del Barrio, V. (2011). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRIM) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 329-341).

Roció González, (2005) Percepción de estilos parentales en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 1-105, Mar del plata, Argentina.

Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1): 79-84.

Rothbaum, F. y Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.

Sanchez Gonzales (2010) análisis de las funciones cognoscitivas y del lenguaje en niños escolarizados con TDAH. 61-75.

Sandoval J, Cols, 1980 Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *Am J Orthopsychiatry*. 1987 Jan;57(1):22-32.

Santurde del Arco, E. & Del Barrio del Campo, J.A. (2010). Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Sandberg, S.T., Rutter, M. y Taylor, E.A. (1978). Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20, pp. 279-299.

Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Ed. Distal.

Sears, R. R. (1958). Personality development in the family. En J. M. Seidman (ed.), *The Child*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Sears, R. R., Maccoby, E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston IL: Row, Peterson.

Sergeant, J. y Van Der Meere, J. J. (1990). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 3, pp. 207-245). Nueva York: Plenum Press.

Symonds, P. M. (1939). *The psychology of parent-child relationships*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Schafer, E.S. 1959, A Circumplex Model for Maternal Behavior. *Journal of Abnormal and social Psychology*. 59.

Shaffer, D. R. (1994). *Social and personality development*. Belmont, California: Brooks/Cole.

Shelton, K. K., Frick, P. J. y Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.

Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clí (Barc)* 2003; 120 (6): 222-6.

Steinberg, L. (2001). We know some things: Adolescent-parent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-20.

Steinberg, L., Dornbusch, S. M. y Brown, B. (1985-1992). Ethnic differences in adolescent achievement: An ecological perspective. *American psychologist*, 47, 723-729.

Steinberg, L., Elmen, J. D. y Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. y Dornbusch, S. M. (1994). Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.

Steinberg, L., Lamborn, S., Dornbusch, S. y Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.

Strauss, A. Lethinen y Werner, L. E. (1947-1986). *Psychopatología and Education of the Braininjured Child*. Nueva York: Grune Stratton.

Schwartz, J., Barton-Henry, M. & Pruzinsky, T. (1985). Assessing childrearing behaviors: A comparison of ratings made by mother, father, child, and sibling on the CRPBI. *Child Development*, 56: 462 – 479.

Torío López, S., Peña Calvo J.V. & Rodríguez Menéndez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 20: 151-178.

Trites, R. L., Blouin, A. G. y Laprade, K. (1982). Factor analysis of the Conners Teacher Rating Scale based on a large normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 615-623.

Verdugo L, Astaburuaga M, Muñoz C, Navarrete D: Test de Conners en niños de segundo básico de la provincia de Talca. *Rev Chil Pediatr* 1986-2006; 77 (6): 621-88.

Whalen, C. K., Henker, B., King, P. S., Jamner, L. D., & Levine, L. (1987-1977). Adolescents react to the events of September 11, 2001: Focused versus ambient impact. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 1-11.

Wilson, J. M. y Marcotte, A. C. (1996). Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 579- 587.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (2001-2002). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.

Zentall, S. S., Smith, Y. N., Lee, Y. B. y Wiezcorek, C. (1995). Mathematical outcomes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 8, 510-519.

