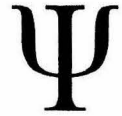




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



728888

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**ESTILOS DE CRIANZA Y DÉFICIT DE ATENCIÓN:  
UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTAN:

**EDITH ACOSTA CRUZ  
MARICELA REYES RODRIGUEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**  
Mtro. Sotero Moreno Camacho  
**REVISORA:**  
Lic. Ma. Del Rocío Maldonado Gómez

México, D.F.

SEPTIEMBRE, 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## Índice

Resumen.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Capítulo I ADOLESCENCIA.....	8
1.1 Definición de adolescencia.....	8
1.2 Principales características.....	9
1.2.1 Desarrollo físico.....	9
1.2.2 Desarrollo cognitivo.....	11
1.2.3 Desarrollo social y afectivo.....	14
1.3 Adolescencia y familia.....	18
Capítulo II ESTILOS DE CRIANZA Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES.....	22
2.1 Conceptualización de familia.....	22
2.2 Tipos de familia.....	23
2.3 Función de la familia.....	26
2.4 Definición de estilos de crianza.....	29
2.5 Tipos de estilos de crianza.....	30
2.6 Efectos de los estilos de crianza a largo plazo.....	36
2.7 Definición y criterios diagnósticos del TDAH.....	40



2.8 Factores asociados a la etiología del TDAH.....	45
2.8.1 Factores genéticos.....	45
2.8.2 Factores ambientales.....	46
2.8.3 Factores neurológicos.....	48
2.8.4 Factores prenatales.....	49
2.9 Tratamiento del TDAH.....	49
2.9.1 Tratamiento farmacológico.....	50
2.9.2 Tratamiento psicológico.....	52
2.9.3 Tratamiento pedagógico.....	53
2.10 Adolescencia y TDAH.....	55
2.11 Antecedentes de la relación de estilos de crianza con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	60
 Capítulo III Método.....	 65
3.1 Justificación.....	65
3.2 Planteamiento del problema.....	67
3.3 Objetivo General.....	67
3.4 Objetivos Específicos.....	68
3.5 Definición de Variables.....	68
3.6 Participantes.....	70
3.7 Escenario.....	70
3.8 Instrumentos.....	70
3.9 Procedimiento.....	74

RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES.....	86
REFERENCIAS.....	92
ANEXOS.....	101

## Resumen

La adolescencia es una etapa llena de cambios, que puede traer consigo diversos conflictos. Sin embargo, para muchos chicos también representa la persistencia de un trastorno que se viene arrastrando desde la niñez, como es el caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, lo que puede generar en la mayoría de los padres, estilos de crianza poco adecuados.

Por tal motivo la presente tesis estuvo encaminada a indagar si existen diferencias entre el estilo de crianza que ha recibido por parte de sus padres el adolescente con TDAH en comparación con los adolescentes sin TDAH. Participaron 70 adolescentes que presentan síntomas de TDAH (30 Mujeres y 40 Hombres), con un rango de 12 a 15 años de edad ( $\bar{x} = 13.25$ ) y 133 adolescentes que no presentan dichos síntomas (63 Mujeres y 70 Hombres) de 12 a 15 años de edad ( $\bar{x} = 13.36$ ).

Se realizaron pruebas t de Student para analizar las diferencias entre los grupos de alumnos con y sin TDAH, respecto a los diferentes Estilos de Crianza. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes con y sin TDAH en el Estilo Parental Relación con el Padre ( $t [201] = 2.16, p < 0.05$ ) y en el Estilo Parental Padre Hostil ( $t [201] = 2.01, p < 0.05$ ). Se concluyó que efectivamente el trato de los Padres hacia sus hijos con TDAH suele ser discordante y agresivo, en comparación con los padres de los adolescentes que no presentan el trastorno.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia se conceptualiza a menudo como una transición entre la infancia y la edad adulta. Es una etapa del desarrollo humano en la cual el individuo se sitúa en una serie de conflictos importantes, de grandes decisiones, de vulnerabilidad ante las presiones del ambiente, la búsqueda de su identidad y una necesidad de independencia.

Además, el adolescente es un ser inestable, inexperto, necesitado de ayuda, pero refractario a recibirla, por miedo a parecer un niño indefenso (Coleman y Hendry, 2003). Este miedo puede perjudicar la forma de interacción padre-hijo, ya que además los padres sienten perder cierta supervisión y control de sus hijos, pero sí bien la comunicación puede cambiar, esto no conllevará a una ruptura completa de la relación, ya que dependerá en gran medida de las bases de crianza que se establecieron desde la infancia.

De manera que un estilo de crianza inadecuado puede influir negativamente en la adaptación del individuo. De acuerdo con Baumrind (1996) los padres suelen adoptar ciertos estilos de crianza, entre los cuales, refirió los siguientes: el autoritario, el permisivo o el democrático también conocido como autoritativo. Los padres autoritarios se rigen por la imposición, dañando la personalidad y autoestima de sus hijos, creando en ellos desconfianza y retraimiento. Los padres permisivos guiados por la indulgencia y poco control sobre sus hijos, influyen para que éstos tiendan a ser inmaduros e impulsivos.

Por último los padres democráticos valoran la individualidad del niño, pero también destacan las restricciones sociales, de esta manera crean en sus hijos seguridad y

confianza en sus propias capacidades y habilidades. Por lo que se puede resaltar que un estilo de crianza eficaz y favorable pudiera ser éste.

Si bien, es difícil conducir y proporcionar una crianza óptima para el desarrollo del adolescente, se complica aun más, cuando el adolescente presenta alguna alteración que viene arrastrando desde la niñez, alterando su conducta y aprendizaje. Una de las múltiples alteraciones que se presentan es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH), siendo el trastorno neuroconductual más común en la infancia, afectando el desarrollo de la niñez en su totalidad (Hernández, 2000).

De acuerdo con el DSM-IV TR, se caracteriza por la presencia de manera persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, generando una desorganización conductual y cognitiva, cuyo diagnóstico precisa tomar en consideración la gravedad con que estos síntomas se muestran, su duración y la amplitud con que interfieren en la vida diaria.

Suele presentarse antes de los 7 años, y deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo en dos o más ambientes: social, académico, laboral o familiar.

Es importante considerar las necesidades actuales basadas en las áreas afectadas, sabiendo que la extensión de las consecuencias del TDAH en la vida del individuo es determinante, siendo esto lo que hace relevante su investigación.

Por lo cual el objetivo de este estudio estuvo encaminado a explorar e identificar la relación que se da entre los estilos de crianza y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, mediante un análisis comparativo del estilo de crianza en adolescentes con síntomas de TDAH en contraste con adolescentes que no presentan dichos síntomas.

Ya que resulta delicado que los chicos con TDAH reciban una crianza inadecuada para afrontar el trastorno, por ello se buscó contribuir en la profundización de esta problemática, y así concientizar sobre las dificultades por las que atraviesan las personas que muestran estos síntomas aunado a las dificultades que se presentan en la adolescencia.

## CAPÍTULO I ADOLESCENCIA

### 1.1 *Definición de adolescencia*

La palabra *adolescencia* deriva de “*adolescere*” que en latín significa *crecer o desarrollarse* hacia la madurez (Hurlock, 1987). Es la etapa que marca el cambio de niño a adulto, sin embargo, no se establece una edad concreta de su inicio y fin, pero se puede considerar que es un período entre los 12 y los 19 años aproximadamente.

Sin embargo, el término *adolescencia* es un constructo social, que varía de una cultura a otra; antes del siglo XX, en las culturas occidentales, el concepto de *adolescencia* no existía, de manera que los niños entraban directamente a la vida adulta cuando comenzaban a mostrar cambios físicos o tenían su primer acercamiento a un oficio. En la actualidad el proceso de pasar de niño a adulto es más largo, y dependerá de factores físicos, psicológicos y sociales que se experimentarán dentro de la *adolescencia*.

Desde el punto de vista psicológico la *adolescencia* comprende un conjunto de cambios internos relacionados con la adquisición de una identidad propia, que incorpora la madurez sexual y que permite utilizar todos los recursos con que cuenta el joven para lograr nuevas adaptaciones, mismas que dentro de su sociedad caracterizan la conducta del adulto.

Para Fernández (1992) es a través del proceso y la dinámica de la propia *adolescencia* como el ser humano deja atrás la fase de la infancia, asume su propio proceso de independización y traza o proyecta los caminos de su futuro, a través del descubrimiento de

nuevos intereses, diferentes identificaciones, desarrollo de nuevas actitudes y capacidades, nuevos gustos y nuevas metas.

Lefrancois (2001), a su vez, definió la adolescencia como el paso de la niñez a la vida adulta, en donde logra la madurez sexual pero, sin asumir las responsabilidades, actitudes ni derechos de un adulto.

Por su parte Ramírez (2007) expresó que la adolescencia es un período de marcados cambios: comienza con la pubertad y acaba generalmente cuando se está “madurando” en el aspecto sexual, moral, intelectual y social.

## *1.2 Principales características*

### *1.2.1 Desarrollo físico.*

Los cambios físicos que experimenta el adolescente ocurren dentro de la pubertad, un proceso en el que afronta ansiedad, frustración pero también satisfacción hacia su propio esquema corporal.

Para Fernández (1992) la pubertad es, en esencia, un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica. Por su parte Papalia en el 2009 la definió, como el proceso que conduce a la madurez sexual o a la fertilidad.

Más que a una determinada edad, la pubertad inicia con la activación del hipotálamo, que empieza a estimular las glándulas endocrinas de todo el cuerpo, principalmente a la pituitaria o hipófisis, se conoce como glándula endocrina porque produce hormonas intensamente, las hormonas son productos químicos que antes se producían en cantidades insignificantes o bien, ahora comienzan a producirse.



Las principales hormonas que juegan un papel importante en la pubertad son las sexuales: los andrógenos en mayor cantidad en los varones, y los estrógenos en las mujeres; la tiroxina en la glándula tiroides; y el cortisol en la glándula suprarrenal, todas estas hormonas tienen la responsabilidad del desarrollo de los órganos reproductores, de la aparición de las características sexuales secundarias y del crecimiento y tamaño corporal.

En cuanto al rápido crecimiento y tamaño corporal, es de notar, que suele ser una de las primeras características que se perciben, las extremidades (manos, pies y cabeza) van alcanzando de manera acelerada el tamaño de un adulto, por lo que frecuentemente se perciben movimientos torpes. En las niñas tiende a ocurrir primero el aumento notorio de la estatura en comparación con los niños, pero posteriormente después del brote de crecimiento masculino, los varones vuelven a ser más altos.

Otro cambio biológico importante es el desarrollo del sistema reproductor, en el que se van acentuando las características sexuales primarias necesarias para la reproducción, en las mujeres, los órganos sexuales incluyen los ovarios, las trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina. Mientras que en el hombre, incluyen, los testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Dichos órganos en ambos sexos crecen y maduran.

Dentro de las características sexuales secundarias que funcionan como signos fisiológicos de maduración pero que no implican directamente los órganos sexuales, se observan en ambos sexos: la aparición de vello púbico y axilar y cambios en la piel y en la voz, aunque este último con más profundidad en los varones. En las mujeres se desarrollan los senos, hay un aumento en amplitud y profundidad de la pelvis; en los

hombres aparece vello facial, desarrollo muscular y un aumento en la amplitud de los hombros.

Además un cambio típico es la creciente actividad de las glándulas sebáceas (productoras de grasa) y sudoríparas, por lo que la grasa corporal se va distribuyendo en diferentes partes del cuerpo para cada sexo, en los varones generalmente se acumula en la zona de la espalda, mientras que en las mujeres se acentúa en caderas. Este incremento de grasa puede ocasionar la aparición del acné, que de acuerdo con Papalia (2009) es más común entre los varones y parece relacionarse con el aumento en la cantidad de testosterona.

Otra señal de madurez sexual importante en los hombres es la producción de espermatozoides; la primera eyaculación o espermarquía, ocurre a una edad promedio de 13 años, pudiendo ocurrir la emisión nocturna durante el sueño, conocida como sueño Húmedo. En las mujeres se presenta entre los 10 y 16 años la menarca (menarquía) que es la primera menstruación, aspecto importante en la mayoría de las culturas para señalar que se pasa de niña a mujer, aunque los primeros periodos menstruales no incluyen la ovulación.

### 1.2.2 Desarrollo cognitivo

Los adolescentes experimentan también cambios en su forma de hablar, de organizar sus pensamientos y de emitir juicios, aunque si bien, al inicio sus pensamientos no son tan firmes, realistas y concretos, sí muestran la capacidad de un razonamiento más abstracto que se va logrando a través del desarrollo cognitivo.

Es importante al hablar de desarrollo cognitivo, que la *cognición* de manera literal es el acto o proceso de conocer o percibir, es decir, el énfasis no está en adquirir información sino en procesarla para tener un conocimiento del medio.

En relación a esta concepción Jean Piaget desarrolló toda una teoría para explicar que a medida que el niño crece, la capacidad cognitiva se desarrolla, para lo cual dividió el desarrollo cognitivo en cuatro fases:

- **Sensoriomotora:** El niño usa sus sentidos (que están en pleno desarrollo) y las habilidades motrices para conocer lo que le rodea, confiándose inicialmente en sus reflejos y, más adelante, en la combinatoria de sus capacidades sensoriales y motrices.
- **Preoperacional:** Se caracteriza por un grado de pensamiento simbólico, animismo, egocentrismo, reversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades), juego simbólico y el desarrollo del lenguaje hablado.
- **De las operaciones concretas:** Hace referencia a las operaciones lógicas usadas para la resolución de problemas. El niño en esta fase es capaz de usar los símbolos de un modo lógico y, a través, de la capacidad de conservar llegar a generalizaciones atinadas. Aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.
- **De las operaciones formales:** Es aquí donde Piaget centra a los adolescentes, considerada esta etapa como el más alto nivel de desarrollo cognitivo, ya que se desarrolla la capacidad de razonamiento abstracto.

Dentro de esta etapa logran comprender sus pensamientos; usar la lógica para solucionar problemas y hacer conclusiones; pueden pensar en términos de lo que podría ser, y no sólo de lo que es; imaginar posibilidades y someter a prueba las hipótesis, capacidad que se conoce como razonamiento hipotético-deductivo.

Así para Piaget esta etapa se desarrolla en el adolescente en base a la maduración del cerebro y a la expansión de las oportunidades ambientales, como la cultura y el tipo de instrucción escolar. De manera que algunos alcanzaran primero o de manera más optima esta etapa que otros.

Esta capacidad del adolescente para manipular la información, ha sido objeto de estudio dentro del procesamiento de la información, Santrock (2004) expresó que dicho proceso enfatiza que las personas manipulan y programan información y diseñan y utilizan estrategias relacionadas con su organización. Siegler (1998, citado en Santrock, 2004) sostuvo que, cuando un individuo percibe, codifica, organiza, almacena y recupera información, está pensando.

Algunos otros investigadores han identificado dos categorías amplias de cambio mensurable en el proceso de la información (Eccles et al., 2003 citado en Papalia, 2009):

- Cambio estructural: Puede incluir el aumento en la capacidad de procesamiento de información e incremento en la capacidad de conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo.

Dicho conocimiento puede ser declarativo ("saber que...") todos los hechos que ha adquirido una persona; procedimental ("saber cómo...") todas las habilidades que ha

adquirido una persona; conceptual ("saber por qué...") es una comprensión racional de las cosas.

- Cambio funcional: Consiste en el incremento continuo en velocidad de procesamiento y un desarrollo adicional de la función ejecutiva, que incluye habilidades tales como atención selectiva, toma de decisiones, control inhibitorio de las respuestas impulsivas y manejo de la memoria de trabajo.

Todas estas cualidades para procesar la información, el adolescente poco a poco las va adquiriendo para ponerlas en práctica ante las circunstancias que se le presentan.

Por otro lado además del procesamiento de la información, un aspecto evidente dentro del desarrollo cognitivo es el lenguaje, ya que en la adolescencia es notorio que se torne más variado y fluido. Por ejemplo, de acuerdo con Owens (1996, citado en Papalia, 2009) es más frecuente que empleen términos como *sin embargo*, *por el contrario*, *en todo caso*, *por consiguiente*, *efectivamente* y *probablemente* para expresar relaciones lógicas. Se vuelven más conscientes de las palabras como símbolos que pueden tener múltiples significados y se deleitan en utilizar ironías, juegos de palabras y metáforas.

### 1.2.3 Desarrollo social y afectivo

Para desarrollar su personalidad, el ser humano va construyendo su yo, cuestiones como identidad y género se vuelven piezas clave, sobre todo con mayor resalto dentro de la adolescencia, siendo un período vulnerable, ya que se experimentan cambios importantes en la identidad y en las relaciones con los otros.

Para Erikson la identidad es un concepto coherente del yo formado por las metas, valores y creencias con las cuales la persona está sólidamente comprometida; como lo expresó en 1968: “la tarea principal de la adolescencia es enfrentarse a la crisis de **identidad versus confusión de identidad** a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad”

Así la identidad se construye a medida que el adolescente resuelve tres puntos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de los valores con los que vivirá y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

Es entonces cuando los adolescentes al resolver esta crisis, desarrollan lo que Erikson definió como la virtud de la fidelidad, que consiste en tener una lealtad sostenida, esperanza o una sensación de pertenecer a una persona amada o a los amigos y compañeros. También puede significar fidelidad a un conjunto de valores, una ideología o un movimiento.

Por su parte, Marcia (1966, 1980 citado en Papalia, 2009) definió cuatro estados de identidad, estados del desarrollo del yo:

- **Logro de identidad:** Se caracteriza por el compromiso con las elecciones tomadas después de una crisis, es decir, un período enfocado a explorar las alternativas.
- **Exclusión:** Consiste en que una persona que no se ha tomado un tiempo para considerar alternativas (es decir, no ha estado en crisis), está comprometida con los planes de otras personas para su vida.
- **Moratoria:** Se refiere a que una persona considera alternativas (en crisis) y parece dirigirse al compromiso.

- Difusión de identidad: Se caracteriza por ausencia de compromiso y falta de consideración seria de las alternativas.

Es importante expresar que para Marcia, la crisis es un periodo de toma de decisiones conscientes, y el compromiso una inversión personal en una ocupación o ideología. Además las categorías que refiere, no las considera etapas, sino que representan el estado del desarrollo de la identidad durante un momento en particular, pudiendo cambiar a medida que los jóvenes se van desarrollando.

Por otro lado, un aspecto clave para lograr la identidad es la sociedad, ya que el adolescente se encuentra interactuando con su medio, y es éste, quien le presenta los diferentes grupos o movimientos, que le serán más interesantes, de acuerdo a sus gustos y expectativas, con los cuales se sentirá perteneciente e identificado.

La sociedad a través de sus instituciones, influye en los individuos para que adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos en el sistema socio-cultural establecido. Este proceso es llamado socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975).

El desarrollo social y las relaciones de los/las adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

- Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
- Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
- Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.

- Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
- Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
- Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

De manera que los adolescentes en esta etapa buscan ampliar sus relaciones, dando mayor importancia a sus pares, con los que pasan más tiempo que con su familia; son ellos quienes les permiten tener una cierta independencia de sus padres, de manera que la familia ya no tiene tanta influencia en ellos como antes.

Además, los pares funcionan como un modelo de rol, al adoptar ciertas características y jerarquías, pero también fungen como compañeros y confidentes. Las amistades permiten que los adolescentes, al ser aceptados dentro de un grupo, se sientan seguros y aprendan habilidades sociales.

La influencia de los pares puede ayudar a explicar la tendencia descendente en motivación y aprovechamiento académico... En un estudio longitudinal... Los estudiantes cuyo grupo de pares era de individuos orientados a altos logros mostraron menos reducción en aprovechamiento y gusto por la escuela, en tanto que aquellos que se asociaban con jóvenes con bajos logros mostraron la mayor declinación (Ryan, 2001, citado en Papalia, 2009).

Dentro de la sociedad, los adolescentes también encuentran un factor que se vuelve clave dentro de esta etapa: la relación de pareja. El noviazgo influye en ellos al



dotarlos de confianza en sí mismos, sentirse amados y por consecuencia reconfortados.

Verse a uno mismo como ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con los impulsos sexuales y formar vínculos emocionales o sexuales, son todos, parte del logro de la identidad sexual (Papalia, 2009).

De manera que en la adolescencia la identidad está marcada por la personalidad, la familia y la sociedad como elementos importantes en la vida de cada ser humano, factores que lo llevarán a desarrollar confianza, buscar metas y vivir en armonía con él y con su medio.

### 1.3 *Adolescencia y familia*

Como se ha mencionado en apartados anteriores son muchos los factores que influyen en las emociones y acciones en la adolescencia, como la maduración, inquietudes sexuales, cambios hormonales, sociales, cognitivos y afectivos. Además de ello, se consideran algunas otras variables importantes en esta etapa, por ejemplo, se hace referencia a que el adolescente vive algo similar a un duelo, al ir abandonando la seguridad de la dependencia infantil y experimentar, a su vez, el quiebre de la imagen parental idealizada, lo que lo lleva a ir formando nuevos vínculos y espacios de sociabilidad diferentes a los familiares.

Cabe mencionar que también se presenta una necesidad de transgresión, es decir, los hijos se revelan hacia las normas establecidas en el hogar; con todo esto se puede destacar un factor que afecta de manera trascendental a los adolescentes: *la familia*.

Shaffer y Kipp (2007) mencionaron que la función central de las familias consiste en atender y socializar con los hijos, siendo la socialización, el proceso que permite al joven adquirir las creencias, valores y conductas consideradas deseables o apropiadas en su cultura.

Cada familia constituye un sistema de relaciones, es decir, relaciones específicas que se construyen entre los miembros de una familia, y no a la simple superposición de sus características individuales. Los padres son fundamentales de manera directa o indirecta, principalmente son los encargados de proveer al adolescente un desarrollo óptimo o no, de acuerdo a su estilo de crianza.

Cuando un niño llega a la adolescencia, los cambios que acompañan su desarrollo, causan cierto desequilibrio normal e inevitable, por ejemplo, el advenimiento de la pubertad y la madurez sexual pueden ocasionar inestabilidad en la relación con cada padre, al igual que los cambios cognoscitivos, pueden afectar la percepción que tiene el adolescente de ellos.

De manera que el estilo de educación que se le proporcione al adolescente, influirá en su tipo de comportamiento, algunos padres adoptan una postura desinteresada e impotente que se manifiesta en una excesiva permisividad, lo que trae consecuencias negativas para su estabilidad.

Por ello es importante el control y la supervisión que los papás procuren a sus hijos; los estudios muestran, que un mal control de los padres está relacionado con diversos comportamientos de riesgo entre los jóvenes (delitos, uso de drogas, rendimiento escolar negativo, etc.) (Coleman y Hendry, 2003).

Pero también, estudios recientes indicaron que un factor sobresaliente en los problemas de comportamiento es la revelación del joven, es decir, los padres tienen el control del joven cuando éste revela qué hace. De esta manera el control y la supervisión están en función más del flujo de comunicación del adolescente hacia su padre, quien debe tomar la iniciativa y obtener información de las actividades de su hijo (Coleman y Hendry, 2003).

En ocasiones los padres asumen una actitud controladora que retarda la independencia del joven; una forma de sobrellevar esto es apoyándolo y manteniendo una comunicación buena y abierta, dando las posibilidades emocionales y materiales para que el adolescente comience una vida independiente satisfactoria.

También se torna elemental, tolerar las opciones que el adolescente tomó en algunos momentos pudiendo coincidir o no con las expectativas de los padres, de lo contrario se pueden producir problemas que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. Ya que uno de los conflictos más trascendente que se presenta en esta etapa, es el desarrollo de la independencia y la autonomía en relación con las relaciones familiares, de manera que el control sobre esta situación no resulta una tarea fácil para los padres, dependerá de las circunstancias de la familia, del origen étnico y de las oportunidades culturales, sociales y económicas disponibles en el ambiente.

Así mismo, influirá la personalidad del adolescente, la situación de los propios padres y las actitudes de ellos hacia sus hijos. Dentro de este factor, surge una nueva perspectiva, varios autores creen que es posible desarrollar la autonomía sin una

ruptura emocional con los padres como se había concebido en los primeros puntos de vista teóricos (Coleman y Hendry, 2003).

Otro aspecto que resulta relevante es que existen muchos eventos paralelos a la adolescencia por los que atraviesa cada miembro de la familia, que hacen que el proceso se vuelva aún más complicado, por ejemplo, los padres también cambian y estos cambios que experimentan pueden afectar la relación con sus hijos (Jensen, 2008).

Carrasco (2000) refirió que los padres generalmente se encuentran en la crisis de la "edad media", en la cual se reevalúan las ambiciones y se cuestionan los logros alcanzados, en ocasiones, los abuelos se preparan para el retiro y los hijos buscan consolidar su propia identidad e insertarse socialmente; esto puede ocasionar cierta inestabilidad, aumento de la ansiedad y conflictos.

Lo que muestra que la familia también atraviesa por cambios en su dinámica, y como se revisará en el siguiente capítulo, existen diferentes tipos de familia (familia nuclear, familia extensa, familia monoparental, etc.) que de acuerdo a la forma en cómo intervenga en la vida del joven afectará de manera positiva o negativa su desarrollo.

Por último, ya descritos los problemas que presenta el adolescente durante este período y sabiendo que es una etapa en la que surgen conflictos importantes, se puede observar que el estilo de crianza influirá en su manera de actuar; los padres al tomar en cuenta lo difícil que resulta el proceso tanto para ellos como para sus hijos, deben buscar ser un medio facilitador para su desarrollo óptimo.

## CAPÍTULO II

### ESTILOS DE CRIANZA Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES

#### 2.1 *Conceptualización de familia*

La definición de familia resulta un tanto complicada debido a la infinidad de características que se relacionan con el término, sin embargo, se puede apreciar que es un factor fundamental en el desarrollo de la persona, es en ella donde se forman y crean hábitos, conocimientos, actitudes y valores en el ser humano, además de ser el núcleo de convivencia más antiguo que existe.

Varios autores coinciden en que la familia puede considerarse el primer agente socializador, en el cual se presentan las normas culturales y morales de la sociedad, es la presentadora del sujeto en el medio en el cual se va a desarrollar. Asimismo la socialización se define como el primer sistema de vital importancia para el continuo con los demás escenarios; es el proceso de incorporación del individuo al grupo social donde vive, lo que supone el establecimiento de lazos afectivos con los miembros de su grupo, accesos a los conocimientos transmitidos socialmente, adquisición de normas y asimilación de valores culturales (Yubero, 1996).

Burgess y Locke (citado en Roche, 2006) definieron a la familia como: "Una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros."

Mientras que Palacios (2005) señaló que la familia es un espacio donde adultos y niños se encuentran para formar parte de procesos de enseñanza-aprendizaje. De

hecho se puede considerar como una verdadera comunidad de prácticas, que se caracteriza por un entorno de relaciones interpersonales donde se adquieren conocimientos, habilidades y destrezas en el uso de herramientas del mundo real.

Es la familia, la primera institución en la que el niño practica y somete a prueba el comportamiento social (Ortiz, 2008); es el grupo, organización o institución social, básica, donde se satisfacen las necesidades esenciales y en donde se establecen generalmente, las relaciones más íntimas, seguras y duraderas.

Por lo tanto es en ella donde se promueve y facilita el desarrollo de los adultos y los hijos implicados. Desde la perspectiva de que los hijos viven en ella, la familia es un contexto de desarrollo y socialización, y desde la perspectiva de los padres es un contexto de desarrollo y realización personal ligado a la adultez humana y las etapas posteriores de la vida.

Sin embargo, la familia a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios que pueden confirmarse con la familia actual, a pesar de ello, la familia siempre ha sido la manera en que el hombre interactúa en el ámbito social. Además, la enseñanza de normas y valores que tiene que ver con el estilo de educación de los padres, influye en el tipo de socialización que quieren darles a sus hijos y así determinar cómo quieren que sean, que tipo de relación tendrán con la familia y amigos, y cómo será su desarrollo físico, intelectual, afectivo y social.

## *2.2 Tipos de familia*

Una vez señalado la definición de familia y sus características, se presentaran los elementos que integran generalmente a ésta:

- La pareja conyugal: integrada por dos adultos que se constituyen como pareja con fines de procreación y complementariedad.
- Los padres: es la relación de la pareja con los hijos en la tarea de educarlos y cuidarlos en su propio desarrollo.
- Los hijos: Son el producto de la relación de pareja, entre ellos se denominan, hermanos.

A pesar de todos estos elementos que constituyen a la familia, son diferentes según su estructura, ninguna sociedad tiene un tipo único de familia ya que ello depende de la cultura, la región geográfica y el nivel socioeconómico.

Rivera (2009) presentó una compilación sobre los tipos de familia más mencionados por diversos autores:

- Familia nuclear (biparentales). Está formada exclusivamente por el padre, la madre y con los hijos de ambos (Esteinou, 2005). En ésta, los roles están distribuidos adecuadamente de manera normal, esta “normalidad” da a los niños la posibilidad de identificación e introyección del funcionamiento de una familia, que influirá en el desempeño como padres en un futuro.
- Familia extensa. Cuando viven más de dos familias nucleares en la misma casa, formada por el conjunto de ascendientes y descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear, es decir, está integrada por el padre, la madre, hijos, tíos, sobrinos, abuelos, entre otros (INEGI y el INM, 2009).
- Familias uniparentales. Se refiere a aquellos hogares en las que sólo hay un progenitor que cohabita con los hijos sin la presencia fija de la pareja, siendo éste el encargado del cuidado de los hijos (Portillo y Torres, 2007).

- Familia unipersonal. Cuando una persona vive sola y no cuenta con parientes (SNDIF, 2006).
- Familia compuesta o reconstituida. Este tipo de organización se reestructura a partir de varias familias nucleares o miembros de éstas, como es el caso de padres viudos o divorciados, con hijos, que vuelven a casarse (Rage, 2002). Por lo que una familia ensamblada puede estar conformada por la pareja adulta, los niños procedentes de los primeros matrimonios y los que pudieran nacer del nuevo lazo matrimonial.
- Familia homosexual. Unión entre dos personas del mismo sexo (Lozano, 2009).
- Familia sin hijos. Se puede establecer por decisión de ambas partes o por imposibilidad de engendrar, sin que la adopción de un niño forme parte de su proyecto de vida (Giberti, 2005; SNDIF, 2006).
- Familias acogedoras y familias sustitutas. Cuando alguien se hace cargo de los niños cuyos padres no están en condiciones de ocuparse de ellos, lo que no determina la pérdida de la patria potestad por su parte, ni ellos han decidido entregar sus hijos por adopción (Mondragón y Trigueros, 2002).

Cada tipo de familia (independientemente de cuál sea), está constituida de valores, hábitos y creencias, al poner en práctica estos recursos generalmente se toman los elementos que consideran valiosos o prácticos para la crianza, esto permite entender que dicha clasificación no indica que una familia es mejor que la otra; por sí misma la estructura no asegura el afecto ni la salud física o emocional de quienes pertenecen a ella. Por ello es importante el tipo de relación que se establezca en su interior; la



comunicación, el afecto y la mutua preocupación pueden contribuir a formar personas sanas capaces de integrarse a la sociedad.

### *2.3 Función de la familia*

La familia, como se ha visto, tiene diferentes estructuras y elementos que la conforman, sin embargo para que la unión de dos personas pueda ser considerada una familia, debe ser capaz de cumplir con una serie de funciones básicas que beneficien a todos sus integrantes, y de esta manera entender por qué el ser humano depende de ella para su supervivencia y crecimiento.

Peña y Rojas (2010) argumentaron que la familia es la responsable del desarrollo psicosocial de sus miembros, debiendo cumplir con ciertas funciones básicas que son:

- A) Promover la supervivencia de sus miembros a través de la satisfacción de necesidades básicas: provisión de alimento, abrigo, techo, educación, salud física y mental.
- B) Satisfacer las necesidades emocionales básicas para poder desarrollarse psicológicamente; esto es posible cuando la familia es capaz de reconocer y ayudar a sus miembros a resolver este tipo de problemas, además de tener la capacidad de ejercer funciones tan importantes como la identidad personal, límites, obligaciones, autoestima, libertad, autonomía, individualidad e independencia entre sus integrantes.
- C) Determinar la actitud que la persona tenga ante la sociedad, ya que por medio de la familia se transmiten modelos, valores, normas sociales y patrones de conducta correspondientes a una sociedad específica.

D) Lograr un principio de continuidad social y de la conservación de las tradiciones humanas.

De igual manera Palacios (2005) hizo referencia a las funciones de la familia dividiéndolas en dos perspectivas: de los adultos y en relación con los hijos. Apuntó que, desde la perspectiva de los adultos, las funciones son:

1. Lograr que se construyan personas adultas con una determinada autoestima y confianza en sí mismo, así como experimentar un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.
2. Ser un escenario de preparación donde se aprenden a afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social.
3. Ser un escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte del pasado hacia el futuro y construyen entre las generaciones el afecto, los valores que rigen la vida de sus miembros y sirven de inspiración para guiar sus acciones.
4. Ser una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que han de realizar, en el caso del adulto: búsqueda de trabajo, de vivienda y de nuevas relaciones sociales. También constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior.

Así también mencionó las funciones que debe cumplir la familia con relación a los hijos:

- Asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.
- Aportar a los hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible.
- Aportar a los hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en el que se encuentran.
- Tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del hijo.

Otra perspectiva es la de Núñez (2007) quien hizo referencia a las funciones maternas y paternas, que pueden ser ejercidas por los dos padres, por uno de ellos solamente o por otras personas sustitutas:

- o Función materna: Se asocia a actitudes físicas y emocionales de cuidado para sus hijos.
- o Función paterna: Se asocia a actitudes que posibilitan el orden dentro de la familia, así como favorecer el desprendimiento, la interdependencia y la separación del hijo, primero de la madre y posteriormente de la familia.

Generalmente el cumplimiento de estas funciones determina el grado de salud física y mental de sus miembros, ya que el funcionamiento familiar está en base a la interacción entre los integrantes, que les permiten valorar los éxitos y fracaso, así como las reglas que determinan quién y de qué manera participa.

## 2.4 *Definición de estilos de crianza*

Como se ha abordado anteriormente, la familia juega un papel importante en el desarrollo y socialización de una persona, al ser el núcleo que le brinda protección y cuidado; de manera que son los padres principalmente, los responsables de cubrir las necesidades básicas que les permitirán a sus hijos crecer sanamente.

Además de los padres también depende la formación emocional, moral y educativa que puedan alcanzar sus hijos, por lo que la responsabilidad que tienen en sus manos se vuelve difícil, debido a que la crianza implica brindar tiempo, esfuerzo y amor, aspectos que no siempre son fáciles de equilibrar.

Sin embargo, sea cual sea el esfuerzo invertido en la crianza, ésta influirá en la formación del ser humano. Para Davidoff (1979, citado en Pérez, 2006) la crianza se basa en el papel de los padres como agentes de socialización. Es decir, la forma de guiar o alentar a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas.

En relación a esta concepción, Harkness y Super (1996) la definieron como el medio por el que los padres socializan a sus hijos moldeando su personalidad.

Darling y Steinberg (1991, citado en Pérez, 2006) definieron los estilos de crianza como el conjunto de actitudes, prácticas y expresiones no verbales que caracterizan las interacciones padre-hijo a través de diversas situaciones.

Para Bettelheim (1999) las prácticas de crianza son los patrones de comportamiento de los adultos enfocados en satisfacer las necesidades de supervivencia de los infantes y que aseguran una buena calidad de vida... los patrones de cuidado fungen como protectores de desarrollo en la mayoría de los casos, no

obstante, también es posible que se constituyan en un factor de riesgo cuando dichas pautas de atención no resultan pertinentes y efectivas.

Por su parte Cuevas (2001) retomó la importancia de la crianza al argumentar que desde el nacimiento se inicia una estrecha relación entre el niño y sus padres, la cual muestra un cierto patrón o estilo, y que a estas formas de interacción en las que los padres transmiten a los hijos educación, roles sociales y morales, afectos y todo un sistema de comportamientos, que irán incorporando a lo largo de su vida se le llama estilos de crianza.

Repetti, Taylor y Seeman (2002) expresaron que es casi innegable que la relación que se establezca de los padres hacia los hijos, afectará su funcionamiento personal y social futuro. Bajo esta percepción, la crianza es el tipo de relación que los padres logren con sus hijos para dotarles de herramientas que les ayudarán a su formación, por lo que se vuelve interesante conocer los diferentes estilos de crianza y cómo afectan a los hijos.

De esta manera se puede apreciar que cada padre proporciona un estilo de crianza diferente, que dependerá de sus características personales y de su aprendizaje.

### *2.5 Tipos de estilos de crianza*

El estilo de crianza que adopte cada padre influirá en la competencia que tendrá su hijo para afrontar las situaciones que se le presenten en la vida. Dicho estilo dependerá de las características propias de los padres, de cómo fueron educados y de la cultura.

Para Vallejo y Manzadiego (2006) las dimensiones a partir de las cuales se determinan los estilos de crianza, son:

1. El involucramiento o aceptación que implica el grado de atención.
2. El conocimiento que los padres tienen de las necesidades de sus hijos.
3. La exigencia y supervisión que indica en qué medida los padres establecen a sus hijos reglas claras de comportamiento y supervisan sus conductas.

La combinación de estas dimensiones generan los diferentes estilos de paternidad.

Baumrind (1996) una de las teóricas que más involucramiento ha tenido en esta área, identificó tres estilos de crianza infantil:

- Los padres autoritarios valoran el control y la obediencia incuestionable. Intentan hacer que sus hijos se conformen, de manera rígida, a un conjunto de normas de conducta y los castigan por violarlas, a menudo utilizando técnicas de afirmación del poder. Son más despegados y menos cálidos que otros padres. Sus hijos son más descontentos, retraídos y desconfiados.
- Los padres permisivos valoran la autoexpresión y autorregulación. Hacen pocas demandas y permiten que los niños controlen sus propias actividades tanto como sea posible. Son cálidos, no controladores y poco demandantes o incluso indulgentes. Sus hijos tienden a ser inmaduros, menos autocontrolados y menos exploratorios.
- Los padres autoritativos o democráticos valoran la individualidad del niño, pero también destacan las restricciones sociales. Tienen confianza en su capacidad para guiar a sus hijos, pero también respetan las decisiones, intereses, opiniones y personalidades independientes de éstos. Son amorosos y

aceptantes, pero también demandan buen comportamiento y son firmes para mantener las normas. Imponen castigos limitados y juicios cuando son necesarios, dentro del contexto de una relación cálida y de apoyo. Favorecen la disciplina inductiva, explicando el razonamiento detrás de sus posturas y alentando la negociación verbal y la reciprocidad. Al parecer, sus hijos se sienten seguros de saber tanto que se les ama como lo que se espera de ellos. Los niños tienden a confiar más en sí mismos, tener autocontrol, autoafirmación y explorar y ser felices.

Maccoby y Martin (1983, citado en Papalia, 2009) añadieron un cuarto estilo de crianza infantil –*descuidado o no involucrado*– para describir a los padres que, a veces debido a estrés o depresión, se enfocan en sus propias necesidades más que en las del niño.

Por su parte Coopersmith (1967 citado en Jiménez, 2000) propuso las siguientes dimensiones de estilos de crianza:

- *Aceptación*. Cuando los padres se preocupan por los sentimientos de sus hijos, surgen actitudes de amor y aprobación del niño.
- *Rechazo*. Estos padres son hostiles, fríos y no aceptan al niño, expresándose de él como un intruso, o como un objeto negativo. Expresan su rechazo mostrándose negligentes hacia sus hijos, indiferentes hacia sus necesidades y aspiraciones. Muestran actitudes de desaprobación, carencia de afecto, hostilidad.

- *Castigo*. Se mencionan tres categorías, las dos primeras son el castigo corporal y el retiro de amor, éstas técnicas son esencialmente negativas, y la tercera es la negación y la separación.
- *Control*. Los padres no solo adoptan una actitud general hacia el tipo de control que emplean, ya que también utilizan la frecuencia y severidad. Primero emplean técnicas positivas o negativas para influenciar la conducta del niño, las técnicas positivas consisten en recompensas, elogios y apoyo de las actitudes que desea el niño, las técnicas negativas se reflejan en castigo físico, aislamiento y retiro de amor.
- *Límites*. Los límites que establecen los padres, pueden variar de diferentes maneras, establecer número ilimitado de reglas, y no tener la fuerza necesaria para que se cumplan, o tener gran número de restricciones inalterables.
- *Permisividad*. Bajo una extrema permisividad, el ambiente proporciona gratificaciones al niño, cuyas necesidades se expresan libremente.

Para muchos, estas dimensiones que plantea Coopersmith fueron más bien parte de la tipología paterna, que contribuye a que se adopten diferentes estilos de crianza.

Tierno y Escaja en 1994 (citado en Sánchez, 2002) propusieron otra clasificación basada en la manera en la que los padres hacen uso de la autoridad, proponiendo siete tipos de crianza:

- **Padres posesivos**: Son aquellos padres que en su deseo de proteger a sus hijos, toman la iniciativa por ellos tratando de resolver sus problemas, procurándoles todo el apoyo necesario para que estos se encuentren bien. Esta actitud



sobreprotectora crea en sus hijos dependencia e incapacidad para tomar decisiones, lo que desemboca en inseguridad.

- **Padres neuróticos:** Suelen ser perfeccionistas e inflexibles, son obsesivo-compulsivos en el orden y la limpieza. Este tipo de conducta, es un modelo que puede adoptar el menor.
- **Padres autoritarios:** Son padres que imponen normas poco flexibles a sus hijos, generando con ello el miedo y la ansiedad.
- **Padres permisivos:** Son aquellos que establecen un bajo o nulo control sobre sus hijos, al tratar de llevar una relación amistosa que no les complique la vida. Razón por la que los niños se guían por motivaciones “hedonistas”, que los llevan a mantener un esfuerzo mínimo por alcanzar sus metas. Entonces los niños se vuelven desordenados, inseguros y desobedientes.
- **Padres violentos:** Son padres que hacen uso de la agresión física y emocional al interactuar con sus hijos. Como consecuencia los niños tienden a ser retraídos, con dificultad para expresar sus sentimientos ante aquellas personas que les manifiesten afecto.
- **Padres legalistas:** Estos padres son parecidos a los autoritarios, sin embargo, con ellos la seguridad se obtiene al apearse estrictamente a las normas establecidas.
- **Padres razonables:** Estos padres muestran una actitud comprensiva y de aceptación hacia el niño, lo cual genera una relación entre padre e hijo en donde la comunicación se encuentra siempre presente; ya que el control que estos padres ejercen se lleva a cabo a través del diálogo y se establecen normas

razonables que respetan la integridad del niño. Logrando que su hijo sea responsable de sus actos, tome sus propias decisiones y fomenta la independencia. Además al mostrarle amor, desarrolla en él seguridad, confianza y una alta autoestima.

Por su parte Hernández (1999), describió la siguiente clasificación:

- **Autoritario:** El progenitor es poco flexible, no da explicaciones, regularmente el ambiente familiar es muy limitado y poco estimulante. Generalmente su hijo es retraído e incapaz de tomar decisiones.
- **Permisivo:** En este estilo se muestra un cierto grado de calidez y afecto, pero, no se establecen reglas ni límites. Por lo que los chicos suelen ser inmaduros e impulsivos.
- **Negligente:** La característica principal de los padres negligentes, es que muestran un completo abandono en la crianza de sus hijos. Regularmente los hijos son desorganizados e inseguros.
- **Control firme:** Estos padres guían las actividades del niño de manera racional y orientada. Establecen reglas y utilizan sanciones, dan reforzamiento verbal, promueven la individualidad, la comunicación y los acuerdos. Así crean en sus hijos seguridad y confianza en sus propias capacidades. Se puede resaltar que un estilo de crianza eficaz y favorable pudiera ser éste.

Aunque cada autor muestre su propia clasificación sobre los estilos de crianza, todos engloban las principales características, así como sus repercusiones en el desarrollo del menor. De manera que se lo propongan o no, los padres y demás

miembros de la familia utilizan preponderantemente un estilo de interacción con el niño e influye de manera determinante sobre (Bornstein, 2000, citado en Schott, 2010):

1. La manera en que éste, interprete el contexto social dentro y fuera de la familia.
2. Su comportamiento y su ajuste personal dentro del contexto familiar y en otros contextos.

Dicho aprendizaje, dotará al menor de habilidades para desenvolverse no solo en su infancia, sino muy probablemente también en la adolescencia y en su vida adulta, cuestiones como toma de decisiones, seguridad y confianza en sí mismo, son aspectos positivos que se vuelven parte de la personalidad de una persona que fue criada bajo estas bases.

## *2.6 Efectos de los estilos de crianza a largo plazo*

Como se ha mencionado anteriormente, el estilo de crianza que adopte un padre para educar a sus hijos, influirá notablemente no solo en su infancia, sino también en su adolescencia y en la vida adulta. La salud física y emocional durante el período de desarrollo depende fundamentalmente de la relación con los padres y otros adultos; ya que las prácticas de crianza suelen estar asociadas también con los trastornos psicológicos, emocionales y físicos de las personas (Sánchez- Sosa y Hernández- Guzmán, 1992).

Referente a esta perspectiva, existen datos que sugieren que los ambientes de crianza ejercen efectos importantes sobre una variedad de desenlaces, que incluyen desde variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, el desarrollo

psicológico saludable y el éxito en la escuela, hasta desenlaces psicopatológicos como el uso y abuso de drogas, el comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes (Dix, Ruble y Zambarano, 1989); pudiendo además presentar depresión, soledad, baja autoestima y rechazo escolar (Craig, 1992).

Dichas variables se vuelven delicadas, porque están vinculadas en mayor medida con los adolescentes, ya que si durante la niñez, se ha tenido una crianza desfavorable, se opta en la mayoría de las veces, por alejarse de los demás, mostrar una actitud tímida o demandante, pero en la adolescencia se puede tornar hacia conductas delictivas, de consumo de drogas, intensa rebeldía y problemas escolares y sexuales; además de los aspectos psicológicos que la acompañan.

Baumrind (1996) postuló la existencia de ciertas características en el ambiente familiar que pueden considerarse factores de riesgo, como son: las relaciones familiares conflictivas, una disciplina familiar inconsistente o autoritaria, interacciones hostiles y otras estrategias punitivas, que aumentan la vulnerabilidad del joven a desarrollar patologías. En cambio, existen otras variables que posibilitan un buen funcionamiento psicológico como son: una aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno-filial con una definición clara de límites y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos.

Shek (1997) habló de la influencia que los estilos parentales y el ambiente familiar, sobre el bienestar psicológico, el ajuste social y los problemas de conducta en los adolescentes, observando que la percepción positiva de la familia se relacionaba con el ajuste en la escuela con un buen rendimiento académico, mientras que la percepción negativa dentro del ambiente familiar originaba mayores conflictos entre padres e hijos;

lo que traía como resultado el desajuste escolar, un bajo rendimiento académico e innumerables problemas de conducta, entre los que destacan el consumo frecuente de drogas.

Por otra parte Smetana (1989) al estudiar la relación de los padres con sus hijos adolescentes, mencionó, que en general los padres expresan que las áreas de su propio control son más numerosas que las indicadas por sus propios hijos. Por lo que los problemas de carácter moral y aquellos concernientes a las convenciones sociales se mantienen como áreas legítimas del control parental, pero a menudo los padres quieren controlar incluso las áreas más personales de sus hijos. Lo que puede ocasionar un conflicto.

Por tanto la crianza infantil excesivamente estricta y autoritaria puede conducir al adolescente a rechazar la influencia de sus padres y a buscar el apoyo y aprobación de sus pares a toda costa (Fulgini y Eccles, 1993, citado en Papalia, 2009).

Por el contrario, los adolescentes que proceden de hogares democráticos tienen una menor tendencia a presentar problemas emocionales. Sin embargo, los niños y adolescentes provenientes de familias autoritarias presentan mayor posibilidad de tener trastornos emocionales. Los hijos de padres con estilos de crianza permisivos tienen mayor tendencia a consumir drogas. Por último, los padres que rechazan o son negligentes tienen hijos más proclives a tener problemas emocionales y de conducta, asimismo, son los que consumen mayor cantidad de drogas (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

Noller y Callan (1991) encontraron que los adolescentes cuyos padres son autoritarios y coercitivos en sus relaciones con ellos son: a) menos propensos a

implicarse en explorar alternativas de identidad; b) más proclives a adoptar normas morales externas, en lugar de internalizar las normas; c) suelen tener menos autoconfianza y menor autoestima y d) tienen más problemas para utilizar sus propios juicios como guía de conducta.

Además, los padres autoritativos insisten en reglas, normas y valores importantes, pero están dispuestos a escuchar, explicar y negociar. Ejercitan un control adecuado sobre la conducta de sus hijos (*control conductual*), pero no tratan de controlar los sentimientos, creencias y sentido del yo de sus hijos (*control psicológico*). El control psicológico, ejercido por medio de técnicas de manipulación emocional, tales como el retiro del afecto, pueden dañar el desarrollo psicosocial y la salud mental del adolescente (Papalia, 2009).

Lo que muestra que el estilo autoritativo busca equilibrar tanto las muestras de cariño para sus hijos y a su vez, establecer reglas y límites firmes. Los padres que se muestran desilusionados de la mala conducta de sus adolescentes son más efectivos en motivar conductas responsivas que los padres que castigan duramente (Krevans y Gibbs, 1996 citado en Papalia, 2009).

Tierno (1992) expresó las graves consecuencias del autoritarismo despótico, aprendido y vivido en el propio hogar durante demasiados años, es bastante frecuente que se transmita de generación a generación como si se tratara de una reacción en cadena. Los hijos que han vivido permanentemente sometidos a estos esquemas van acumulando grandes dosis de agresividad y frustración. Posteriormente tratarán de descargar éstos aprendizajes, bajo la forma de "agresividad transferida" contra personas o situaciones que poco o nada tuvieron que ver con la causa de la frustración.

Finalmente resulta importante destacar como se ha mencionado antes, que el estilo de crianza influirá notablemente a lo largo de la vida del ser humano, cuestiones como maltrato, castigo, imposición, pueden ser formas aprendidas de respuesta para enfrentar las situaciones difíciles que se le presenten a una persona.

Por lo que muy probablemente una persona que es educada bajo un determinado estilo de crianza, aprenderá, muchas veces sin proponérselo, que esa es la mejor forma no solo para educar a sus hijos, sino también para responder ante las adversidades de la vida.

### *2.7 Definición y criterios diagnósticos del TDAH*

Hablar del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), resulta un tema lleno de polémica por la variedad de definiciones e implicaciones que se le han dado, ya que a lo largo del tiempo ha sido estudiado desde diversos enfoques, en un principio fue puramente médico, de manera que se le conocía como daño cerebral mínimo o síndrome de daño cerebral; aludiendo que se trataba de una lesión cerebral, pero al no encontrar pruebas suficientes, en los años 50 se da un giro en la investigación.

Por lo que se optó por una nueva postura, nombrándolo disfunción cerebral mínima, con lo que se trataba de involucrar cuestiones de aprendizaje y conducta asociadas a alteraciones del Sistema Nervioso Central. Aunque en esa década dichas cuestiones eran difíciles de aceptar.

Para los años 70 la definición apuntaba más hacia una perspectiva conductual, remarcando la importancia de la incapacidad para mantener la atención aunada a una

excesiva impulsividad. Finalmente en 1980, considerando las aportaciones que se habían realizado, el DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) le nombró Trastorno por Déficit de Atención.

De esta manera se fueron delineando a través de las décadas los parámetros que definirían al TDAH, actualmente es reconocido como el trastorno neuroconductual más común de la infancia, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Hernández (2000), mencionó que el trastorno es de curso crónico y se caracteriza principalmente por disminución en la atención, dificultad en el control inhibitorio, que se manifiesta con impulsividad en la conducta, y dificultad en la concentración.

Al igual, Fernández y López (2006) señalaron que el trastorno por déficit de atención es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico, que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo.

Por su parte Arbieto (2008) refirió que el TDAH hace referencia a la alteración(es) causada por la carencia, ausencia e insuficiencia de las actividades de orientación, selección, mantenimiento de la atención, y a su deficiencia en el control y regulación para con otros procesos; sin embargo, tal deficiencia no se constituye como factor causal único y exclusivo de los trastornos.

Una de las contribuciones más importantes que se ha realizado sobre este trastorno es la actualización del cuadro sintomatológico que realizó la American Psychiatric Association (APA) en el 2000, postulando que el TDAH suele presentarse antes de los 7 años de edad, caracterizándose por presentar dificultades crónicas en la



atención, lo que refiere bajos niveles de concentración y organización, así como olvidos frecuentes.

Además refiere síntomas de impulsividad, es decir, el impedimento para controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás e hiperactividad, definida como la presencia de niveles excesivos de actividad motora o verbal.

Recalcando que generalmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos.

Por lo que en el DSM-IV TR se establecen los siguientes subtipos:

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.*- El tipo combinado indica que deben haber existido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención, y seis (o más) síntomas de hiperactividad – impulsividad.

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.*- Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención, pero menos de seis síntomas de hiperactividad – impulsividad.

- *Trastorno por déficit de atención, tipo con predominio de la hiperactividad – impulsividad.*- Este subtipo se utiliza si han mantenido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de hiperactividad – impulsividad, pero menos de seis síntomas de desatención.

Además los criterios diagnósticos que refiere son:

**A. Existen 1 o 2:**

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

*Desatención*

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

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

### *Hiperactividad*

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

### *Impulsividad*

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
  - b) Tiene dificultades para esperar su turno.
  - c) Interrumpe y se inmiscuye en las actividades de otros. (p. ej. se entrometen en conversaciones o juegos).
- B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

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

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

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

Como se ha visto, las expresiones de este trastorno pueden llegar a ser muy severas, lo que puede ocasionar constantes dificultades en casa, con la familia y en el contexto social y escolar, ya que las manifestaciones conductuales suelen presentarse de múltiples formas, lo que puede generar un rechazo hacia la persona que lo padece.

## *2.8 Factores asociados a la etiología del TDAH*

A pesar de que el TDAH es objeto de interés desde hace mucho tiempo debido a que es un trastorno muy frecuente en la infancia, en la actualidad todavía no se llega a precisar la etiología del mismo. Sin embargo, la teoría explicativa con más consenso se encuentra basada en los factores genéticos y neurológicos que se describen a continuación junto con otros factores de interés.

### 2.8.1 Factores genéticos

Sin duda hay una gran evidencia de que existe un componente genético en la etiología del TDAH, pero lo que resulta dudoso es el mecanismo de transmisión, ya que, la causa del trastorno no se determina únicamente por una anomalía en los cromosomas,

aunque se ha investigado que el cromosoma 16 está ligado con el TDAH en un 30% (Moyano, 2005) a diferencia de algunos otros trastornos en los que sí hay una disposición cromosómica prevaleciente, sin embargo, para el TDAH se considera que hay una carga hereditaria que se mantiene.

En relación padre-hijo se apunta que entre un 15% y 40% de los padres de niños con TDAH presentan un diagnóstico positivo ellos mismos, comparado con el 3% y 7% en la población general (Campisto, 2003, citado en Pallares, 2010).

Algunos investigadores han realizado estudios en base a niños adoptados, para evaluar dicho factor. Silver (2004) encontró que la incidencia de adopción entre niños y adolescentes con TDAH es cinco veces superior a la de niños sin esta psicopatología, lo que sugiere una fuerte posibilidad de que exista un factor hereditario implicado en la hiperactividad.

Otro campo de investigación ha sido mediante gemelos. Barkley (2005) expresó que existe gran concordancia de síntomas de hiperactividad e inatención en gemelos monocigóticos comparados con gemelos bicigóticos, lo que agrega un apoyo sustancial a las evidencias encontradas en la familia para apoyar una fuerte base genética en el TDAH y sus síntomas comportamentales.

### 2.8.2 Factores ambientales

Dado que algunos niños con antecedentes biológicos y/o genéticos no desarrollan problemas de conducta, se ha estudiado la influencia que en la aparición del TDAH desempeñan las variables familiares y sociales como el nivel socio económico, las

condiciones de vida y de trabajo de los padres, estilos de crianza, recursos materiales y el medio escolar.

En algunos estudios los padres de niños con TDAH muestran un estilo de crianza más controlador y con mayor desaprobación hacia sus hijos. La sintomatología del niño puede llevar a los padres a una desconfianza en su capacidad, generando en éstos estrés, aislamiento social, sentimientos de culpa y depresión. Lo que repercute en su desarrollo emocional y su autoestima, creándose un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH (Herrerros, Rubio, Sánchez y García, 2002).

También se ha observado que la continuidad de las conductas hiperactivas a lo largo del desarrollo, y sobre todo, el mantenimiento de conductas oposicionistas, se relacionan en parte con el uso, por parte de los padres, de un exceso de órdenes y críticas, adoptando un estilo de manejo hipercontrolador e intrusivo (Herrerros, et al., 2002).

Además los efectos psicológicos que tiene sobre la familia un nivel socioeconómico desfavorable y circunstancias sociales adversas, así como pautas educativas se relacionan con los problemas de conducta que puedan presentar los niños y adolescentes (Arbieto, 2008).

De manera que la actitud por parte de los padres, de la familia y de la sociedad para con una persona con TDAH puede beneficiar o desfavorecer el adecuado manejo de los síntomas. Con lo que se comprueba que el ambiente es un medio de apoyo o bien, un obstáculo para su adecuado funcionamiento.

### 2.8.3 Factores neurológicos

Los nuevos estudios de biología molecular, indican que la afectación de la dopamina y serotonina, contribuyen a desórdenes de la conducta como el TDAH. El mal funcionamiento de la dopamina o bajos niveles de ésta se asocia a este trastorno ya que es el neurotransmisor encargado de regular los períodos de atención en el cerebro (Hernández, 2000).

En relación, Ruíz (2004) mencionó que la causa principal del TDAH son las modificaciones neurobioquímicas que se presentan en la regulación y la circulación de ciertos neurotransmisores, específicamente la dopamina, en circuitos frontoestriados derechos y con receptores dopaminérgicos D4R4, en regiones corticales frontales derechas. Lo que provoca un bajo rendimiento académico, así como de socialización, ya que es difícil tener éxito en la adaptación en diferentes ambientes y en las habilidades para relacionarse con los demás.

Por otro lado las lesiones en los lóbulos frontales también se han asociado con el TDAH ya que como se sabe, los lóbulos frontales desempeñan funciones cruciales en el ajuste de la atención, del pensamiento y del comportamiento en respuesta a los cambios en el ambiente, por lo que sí hay lesiones en éstos, ocasionan impulsividad, desinhibición y hasta agresividad, esto, porque al individuo le es muy difícil retardar las gratificaciones, impidiendo llegar a metas a mediano y largo plazo (Herrero, 2001).

Diversas investigaciones han respaldado esta percepción, al encontrar similitudes de los síntomas del TDAH, con aquellos producidos por lesiones o heridas en los lóbulos frontales, generalmente en la corteza prefrontal. Ambos, niños y adultos que han sufrido de una lesión en las regiones prefrontales muestran déficit en el

sostenimiento de la atención, inhibición, regulación de la emoción y motivación así como en la capacidad de organizar su comportamiento (Barkley, 2005).

#### 2.8.4 Factores prenatales

De igual manera hay factores de riesgo que pueden ocasionar o propiciar TDAH, entre éstos se encuentran: premadurez extrema (menos de 1,500 kg al nacer), abuso de sustancias por parte de la madre durante el embarazo, embarazo en adolescentes o en mujeres mayores, nutrición deficiente de la madre, así como enfermedades infecciosas de la madre durante el embarazo (Herrero, 2001).

Por lo que se observa, el TDAH es un trastorno en el que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque todos estos factores mencionados pueden interactuar conjuntamente a distintos niveles e intensidad, en tanto que los estudios se inclinan mayormente a considerar los factores genéticos y neurológicos como causa principal del trastorno, se continúa admitiendo la idea que sugiere una etiología multifactorial, al no identificar un factor causal único.

Sin embargo, el grado de afectación de cada individuo dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno (Gratch, 2009).

#### 2.9 *Tratamiento del TDAH*

Al ser el TDAH un trastorno multicausal, el mejor tratamiento para las personas que lo presentan debe ser multidisciplinario, es decir, orientado a cubrir varios aspectos como



el médico, emocional, académico, entre otros; por ser áreas que pueden resultar muy lastimadas. De manera que se debe coordinar el empleo de diferentes técnicas especializadas, enmarcadas dentro de un modelo e intervención adecuados, por lo tanto un tratamiento integral considera el empleo de fármacos, junto con la intervención psicológica y pedagógica.

Así mismo, es importante que además del paciente, se involucren a todas las personas que influyen en su vida: su familia, profesores, médicos, psicólogos, entre otros, ya que esto conduce a mejores resultados para superar el trastorno y desarrollar en los individuos pautas de comportamiento funcionales y adaptativas, mejorando con ello su calidad de vida, siendo éste el fin último de toda atención terapéutica.

### 2.9.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se basa en el programa médico que indica la administración de medicamentos para controlar los síntomas del trastorno, los tipos que más se recetan son los psicoestimulantes y los antidepresivos tricíclicos. Entre los psicoestimulantes más suministrados se encuentran: el metilfenidato (Ritalín), la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert).

Los porcentajes señalan que alrededor de un 60-70 y un 90% de los pacientes tratados con psicoestimulantes mejoran, especialmente en relación a atención e impulsividad (Chacón, 2007).

Herrero (2001) señaló que los psicoestimulantes afectan los agentes químicos neurotransmisores del cuerpo, en especial a la dopamina y la noradrenalina, permitiendo al niño fijar mejor la atención, controlar la impulsividad, regular la actividad

motriz, mejorar la coordinación motora, y en general, mostrar una conducta con más propósito y objetivo. Sin embargo, es importante señalar los efectos secundarios de suministrar estos fármacos, Chacón (2007) mencionó algunos de ellos: insomnio, dolor de cabeza, dolores de estómago, pérdida de apetito (produciendo pérdida de peso), cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, embotamiento, tics.

Cuando los psicoestimulantes están contraindicados o la respuesta terapéutica no ha sido suficientemente exitosa se recomiendan los antidepresivos tricíclicos, dentro de los cuales, los más utilizados son: imipramina, clomipramina, amitriptilina, y trimipramina. Los efectos secundarios que pudieran causar son: hipotensión, fatiga, sedación, constipación, mareos, náuseas y sequedad de la boca (Gratch, 2009).

Además según este autor, existe una tercera línea de medicación, siendo ésta, los antipsicóticos, es decir, tranquilizantes mayores o neurolépticos. Deben utilizarse como último recurso cuando los síntomas son muy intensos, ya que los efectos adversos más preocupantes son los síndromes extrapiramidales, la disquinesia tardía y el síndrome neuroléptico maligno.

Por último se puede mencionar que no todas las personas con este trastorno requieren una alta administración de medicamento para controlar su conducta, ya que en algunos casos puede intervenir a través de estrategias de modificación de conducta, o bien ajustar el ambiente que les rodea para compensar las deficiencias de atención.

## 2.9.2 Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico generalmente incluye una intervención psicoterapéutica individual o en ocasiones grupal del niño o adolescente, además del apoyo a la familia, principalmente a los padres. Habitualmente asistir a una asesoría psicológica ayuda a que el paciente con TDAH pueda sentirse mejor consigo mismo, además de controlar su atención y agresión.

Es importante aclarar, que existen diversos enfoques de intervención psicológica y que los terapeutas tienen la libertad de preferir un enfoque u otro. Sin embargo, en la actualidad la mayoría se inclina por la terapia cognitivo-conductual, cuya base es la modificación de conducta, teniendo como objetivo promover el cambio de comportamiento de las personas a través de intervenciones psicológicas, de forma que desarrollen sus potencialidades, optimicen las oportunidades disponibles en su ambiente, adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a su medio (Najera, 2007)

Así la terapia cognitivo- conductual ayuda a trabajar asuntos más inmediatos; además de apoyar directamente a cambiar su comportamiento, y se fundamenta en el manejo de las consecuencias ambientales. Chacón (2007) hizo referencia a los dos tipos de técnicas que se utilizan: las *operantes* y las *cognitivas*.

- Operantes: Se dirigen hacia el control de conductas alteradas y supone que éstas, obedecen a factores, acontecimientos o estímulos vigentes en el medio ambiente. Al controlar las circunstancias ambientales, es posible disminuir, afectar y mejorar el comportamiento infantil. Esta técnica se asienta en la administración de refuerzos positivos o negativos y castigos para controlar la

conducta. Así mismo se utilizan procedimientos básicos de moldeamientos y encadenamiento.

- Cognitivas: Estas técnicas son efectivas cuando se aplican asociadas a las técnicas operantes. Parten de la base de que los niños con TDAH tienen déficits en las estrategias y habilidades cognoscitivas que se demandan para ejecutar convenientemente las actividades.

Algunas técnicas son: Entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras.

Además dichas técnicas resultan importantes porque apoyan al paciente para saber cómo relacionarse con su familia, sus pares y profesores, pudiendo convivir de manera adecuada, sin sentirse rechazado y cuidando sobre todo su valía personal.

De esta manera los procedimientos conductuales o cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención: una, a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico; y la otra, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas (Nájera, 2007).

### 2.9.3 Tratamiento pedagógico

Como se mencionó anteriormente, hoy en día la perspectiva interdisciplinaria es esencial para abordar las dificultades cognitivas y conductuales de los niños con TDAH, así, es fundamental tratar el enfoque pedagógico como complemento del tratamiento médico, ya que hay que orientar el retraso escolar y las dificultades de aprendizaje, si existen, entre otros (Santana, 2004).

Chacón (2007), señaló que el tratamiento pedagógico está orientado a optimizar el rendimiento académico, y a tener en cuenta problemas de aprendizaje concretos que manifieste el individuo, adoptando aspectos especiales para que tenga la capacidad de adaptarse a los procesos de enseñanza y aprendizaje de manera normal.

Visto lo anterior, se debe tomar en cuenta que los profesores de las aulas regulares deben tener la formación suficiente para desarrollar un trabajo educativo efectivo con los estudiantes con TDAH.

Dentro de los métodos básicos del tratamiento pedagógico/educativo, se encuentran: tratamiento cognitivo-conductual o sólo conductual (técnicas de modificación de conducta que tiene como fin, aumentar el comportamiento adecuado y disminuir el inadecuado mediante reforzadores y castigos), también son fundamentales las pautas de manejo instruccional, precedidos de orientaciones destinadas a trabajar el establecimiento de normas y la disciplina, así como estrategias de organización y autodirección.

De igual manera el pedagogo, debe proveer de bases a los padres de familia para reforzar lo recomendado por el psicólogo, además de apoyar para la elección de medios específicos para lograr un cambio de conducta y así, poder alcanzar el perfeccionamiento de la persona en forma integral.

En fin, el tratamiento psicopedagógico se efectúa en función de la magnitud y la calidad de las dificultades de aprendizaje y emocionales que cada persona presente, de ahí que cada caso necesita de un programa especial y de un abordaje específico (Santana, 2004).

Con todo lo visto anteriormente, se puede concluir que la combinación de procedimientos conductuales-cognitivos y educativos con el tratamiento farmacológico, es una de las opciones más aceptadas y defendidas por especialistas, sin embargo, la última decisión del tratamiento depende de factores como el estado clínico de la persona, las posibilidades ambientales de aplicar las técnicas y el grado de aceptación de los adultos respecto a las alternativas terapéuticas disponibles (Nájera, 2007).

### *2.10 Adolescencia y TDAH*

La adolescencia es un proceso de cambios y descubrimientos, que ocasiona una crisis en el ser humano, para algunos será muy leve, en tanto que para otros muy fuerte, dependerá de las características de su personalidad y del ambiente en el que está inmerso. Además de esta crisis por todos los cambios importantes que se experimentan, existen adolescentes que siguen arrastrando trastornos de conducta y de aprendizaje, así como los daños que estos provocan, una baja autoestima, una etiqueta impuesta e incluso un trato diferente por parte de sus padres.

El trastorno por déficit de atención generalmente se percibe en la niñez, sin embargo, se sabe que en el 35 al 80% de los niños con este trastorno, persiste en la adolescencia. Esta persistencia tiene consecuencias negativas para la persona que los sufre (Soutullo, 2007) pues si en la infancia fue un aspecto complicado, ahora en la adolescencia se vuelve más difícil de sobrellevar.

Peña (2006), refirió las siguientes áreas psicosociales afectadas en los jóvenes con trastorno por déficit de atención:

1. Área familiar: dependiendo del nivel de conocimiento que se tenga de la enfermedad y de la aceptación y compromiso para ayudar a solucionar algunos problemas relacionados con las manifestaciones clínicas, será el grado de rechazo que la familia tenga con el paciente, sobre todo considerando las quejas de: distracción, no escucha cuando se le habla, es desorganizado, es impulsivo, etc.
2. Área Social: el principal problema probablemente está relacionado con los iguales y con el rechazo que estos hagan del paciente por su nivel de impulsividad, hiperactividad y distracción que ocasionan un ambiente disruptivo para su integración en el grupo de iguales, es decir tienen un peor ajuste social.
3. Área de las relaciones amorosas: esta es una de las áreas más importantes para la mayoría de los adolescentes, sin embargo aquellos portadores de TDAH pueden tener problemas para el reconocimiento de sus propias y ajenas emociones lo que limita el contacto íntimo y las relaciones de noviazgo o de amigos íntimos.
4. Área académica: si el adolescente con TDAH ha sido un niño con TDAH grave y sin apoyo académico es común encontrar adolescentes con fracaso escolar, abandono de estudios, y sentimientos de incapacidad e inadecuación en el plano educativo, incluso es común el rechazo a la escuela o a cualquier sistema educativo que implique un desafío al control de los síntomas de la enfermedad. Además mayor número de notas malas, asignaturas suspendidas y repetición de cursos.

5. Área laboral: tienden a tener trabajos peor remunerados y por debajo de su potencial y capacidad, tiene mayor frecuencia de despidos por lo que cambian más veces de trabajos.

Un adolescente con TDAH que tiene tan afectadas estas áreas de su vida, puede desarrollar una baja autoestima, desencadenando consecuencias peligrosas, como la inclinación a consumir drogas y alcohol, aunado, a que es la adolescencia el momento más propicio para hacerlo, y a que él presenta altos niveles de impulsividad. De acuerdo con Gratch (2009) el alcohol parece ocupar un lugar de privilegio en la escenografía del adolescente de fines de siglo. Está es además una droga de fácil acceso y consumo...ideal para quien necesita mostrarse seguro y desinhibido.

Otra consecuencia de esta baja autoestima es que muchas veces el adolescente con TDAH, presenta una baja o nula motivación para tomar decisiones vocacionales, al sentirse rechazado en su ambiente escolar y con baja capacidad intelectual.

Esta concepción pobre que tiene de sí mismo, tiene su base en que se ve obligado a enfrentarse a los problemas escolares típicos de esta etapa, pero que para él se tornan más difíciles. Es posible que persistan por más tiempo que en otros adolescentes, demoras en el juicio, falta de persistencia, insuficiente autoconciencia y pocas alternativas en la resolución de problemas (Arteaga, 2009).

Jarque, Miranda y Tarraga (2007) argumentaron que a pesar de que se habla de que los síntomas del TDAH se atenúan o cambian en la adolescencia, actualmente se sabe que estos persisten y siguen siendo la causa principal de los problemas que el estudiante con TDAH tiene en su vida escolar.



Esta problemática se complica aún más, debido a que aumenta considerablemente la asociación entre la hiperactividad y los trastornos de conducta, más del 60% de los adolescentes con TDAH cumple también los criterios del trastorno oposicionista desafiante y aproximadamente un 43% de los jóvenes con hiperactividad se relaciona con problemas de conducta (Scandar, 2007).

Por lo que es importante que se realice un buen diagnóstico para que se fortalezcan las áreas débiles de la persona con TDAH mediante el tratamiento adecuado. Aunque, desafortunadamente algunas personas con TDA no fueron diagnosticadas en la infancia, de manera que no entienden lo que les pasa, ni las consecuencias de sus síntomas, y cuando llegan a la adolescencia, debido a que el padecimiento no cesa, pueden ser diagnosticados y tratados por depresión, personalidad antisocial o alteraciones del carácter.

Otro número importante de adolescentes con TDAH manifiesta la enfermedad como una patología crónica, donde existe no sólo el deterioro escolar, familiar y social desde la infancia, sino el desgaste de múltiples evaluaciones y tratamientos en muchas ocasiones infructuosos. Esto hace que tanto el adolescente como la familia no muestren una actitud abierta, activa y participativa, sino de cansancio, desconfianza y pasiva ante la toma del medicamento y las medidas generales que el clínico recomienda.

Gratch (2009) mencionó que una vez que se efectuó el diagnóstico, si la indicación es la realización de un tratamiento, cualquiera que sea éste, durante la adolescencia se enfrentará con la dificultad extra de que el adolescente siente que todo tratamiento es

un intento de sus padres de transformarlo en la clase de hijo que él supone que ellos querían tener.

Con lo que se puede notar que la crianza de adolescentes con TDAH resulta más complicada y estresante, ser padres, implica ponerles ciertas exigencias a los hijos (Ej. completar la tarea escolar, colaborar en las tareas de la casa, regresar a casa antes de la hora límite, etc.); los adolescentes con TDAH tienen más dificultades para cumplir estas exigencias y necesitan más recordatorios y supervisión (CHADD, 2008).

Diversos estudios mostraron que los padres perciben que la conducta de sus hijos producen sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés (Arteaga, 2009). Roselló (2003, citado en Arteaga, 2009) reportó que los padres expresan que tener un hijo con TDA/H genera (incluso en los padres más competentes) sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo que afectan negativamente la interacción que tienen con sus hijos.

Bernal (2008) propuso ciertos indicadores, en los que pueden apoyarse los padres que tienen un hijo con TDAH, para afrontar la crianza:

1. Reconocimiento y aceptación de la existencia de un problema.
2. Capacidad de los padres para repartir las tareas y las responsabilidades en la crianza y educación, así como para compartir las tareas que implican la existencia del TDAH.
3. Participación en una red de apoyo específica (asociaciones, grupos relacionados con TDAH)
4. Conocimiento y formación específica sobre el TDAH.
5. Compromiso con el Sistema Escolar y con el Sistema Médico.

6. Funcionamiento personal, como pareja y como padre/madre al margen del TDAH y sus implicaciones.
7. Si hay hermanos, dedicarles un tiempo y un espacio específicos e individuales.
8. Introducir el humor como estrategia y recurso.

De manera que para que en los padres disminuya la ansiedad y a su vez, sean capaces de orientar a su hijo que padece este trastorno, resulta importante que ellos estén bien informados y que acudan con los profesionales adecuados. Además, la relación positiva que logren con sus hijos, les permitirá comunicarse con claridad, establecer normas claras y proporcionarles apoyo emocional, con lo que los adolescentes con TDAH se sentirán comprendidos y aceptados.

### *2.11 Antecedentes de la relación de estilos de crianza con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

De acuerdo a lo expuesto en apartados anteriores se sabe que el TDAH es un trastorno común dentro de la población infantil, cuyo padecimiento puede seguir en la adolescencia y hasta la vida adulta, lo que provoca un alto nivel de estrés no solo para quien lo padece, sino para su familia, en especial, para los padres, al ser ellos los responsables inmediatos de criar a los hijos.

Y es que de por sí ser padres no es fácil, cuando se le agrega la experiencia de tener un hijo excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo, la tarea se torna a un más difícil, surgiendo en los padres varias interrogantes, se cuestionan hacia

sí mismos su capacidad de crianza, su propia valía personal, las expectativas que tienen hacia sus hijos, la sintomatología del trastorno, su etiología, su tratamiento, etc.

Lo que lleva a la mayoría de los padres a sentirse frustrados, culpables, insatisfechos con su rol parental, pudiendo incluso llegar a negar el padecimiento, al no entender qué es el TDAH, al no saber cómo apoyar a su hijo y en ocasiones también por no contar con la estabilidad económica para el tratamiento. Lo que origina un clima hostil y una pobre comunicación padre-hijo.

De manera que sí ya el TDAH es algo difícil tanto para el paciente como para su familia, la problemática se vuelve más caótica al desenvolverse dentro de un estilo de crianza poco adecuado, fenómeno que ha sido de gran interés para algunos investigadores.

Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007) encontraron que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños no problemáticos.

Miranda, Grau, Marco y Roselló (2007) informaron que las familias que tienen hijos con TDAH usan métodos de disciplina poco adecuados, aplicando estrategias más agresivas y autoritarias.

En la misma línea Hurt, Hoza y Pelham (2007) demostraron que la imposición de los padres autoritarios representa uno de los aspectos más deteriorados de la relación entre padres e hijos con hiperactividad. Además observaron que el sentimiento de soledad y falta de apoyo social y familiar que experimentan los padres está a su vez relacionado con unas prácticas parentales menos efectivas.

Goldstein, *et al.* (2007) presentó conclusiones similares al argumentar que la familia en donde alguno de los hijos tiene un comportamiento hiperactivo e impulsivo, exista o no un diagnóstico claro de TDAH, y que experimenta una situación de estrés y falta de apoyo por parte de su entorno, genera estilos de crianza menos eficaces.

A su vez, Pedraza-Vargas, Perdomo-Carvajal y Hernández-Manrique (2009) encontraron una comprensión determinista de los síntomas del TDAH, que conlleva a adjudicarle ciertos rasgos negativos e incapacidades como resultado del estrés y mecanismo de afrontamiento por parte de los padres, deteriorando así el vínculo afectivo con sus hijos.

Aunado a lo anterior Presentación, Pinto, Meliá y Miranda (2009) argumentaron que los padres mostraban sentimientos y actitudes negativas hacia su hijo con TDAH, además de manifestar dificultades e incomodidad para vivir con él.

Por otro lado, estudios más detallados afirman que los padres de niños diagnosticados con TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo) obtienen mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión, en comparación con los padres de los niños diagnosticados con TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control (Congreso Virtual de Psiquiatría, 2010).

También se han obtenido datos que muestran un estilo más negligente en madres hiperactivas que en madres sin este problema, lo que da buena cuenta de cierto proceso de transmisión familiar, tanto de la hiperactividad como de las variables relacionadas con la misma (Banks, Ninowsky, Mash y Semple, 2008).

Además García (2007) observó que debido al TDAH la relación vincular se ve afectada, presentado madre- hijo niveles de apego inseguro, pudiendo ser un factor de riesgo en relación al curso del TDAH y a las aplicaciones de las medidas terapéuticas.

A su vez, Hurt, et al. (2007) demostró que la afirmación del poder autoritario puede maximizar los efectos de las conductas propias de la hiperactividad, así como fomentar conductas agresivas, lo que origina una menor aceptación por parte de los compañeros de niños con TDAH.

Así, un estilo de crianza poco adecuado desencadena que los síntomas lejos de desaparecer, perduren durante las siguientes etapas del desarrollo, sobre todo en la adolescencia, en la que de continuar el exceso de una crianza estricta y autoritaria, además de una falta de acuerdos, la comunicación se deteriorará y el adolescente puede llegar a rechazar la influencia de sus padres, optando por conductas de riesgo, como conductas adictivas y de delincuencia (Mannuzza, Klein y Moulton, 2008).

En contraste, Hurt, et al. (2007) observó que altos niveles de afecto por parte de los padres hacia sus hijos con TDAH están significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de autoritarismo produce el efecto contrario.

Aunado a lo anterior se ha expuesto que la falta de disciplina es una de las principales características con que se identifica al modelo permisivo, y que, a su vez, este factor ha resultado decisivo en el pronóstico de la hiperactividad; de manera invertida, el modelo autoritativo o democrático resulta predictor de una baja puntuación en hiperactividad (Félix, Trenas, Herreruzo y Pino, 2008).

Como se ha visto, las investigaciones arrojan una base sólida para demostrar que la mayoría de los padres que tienen hijos con TDAH utilizan estilos de crianza poco adecuados, con lo que se origina un círculo vicioso, en el cual, los síntomas del trastorno se vuelven más intensos, entonces los padres se frustran a un más, adoptando un estilo de crianza más negativo.

Lo que da como resultado que la adherencia a un tratamiento adecuado se vea en muchos de los casos truncada, porque se piensa que ya no hay una solución, optándose por ignorar el padecimiento.

Por el contrario se ha afirmado que una crianza adecuada, es decir, adoptando un estilo positivo, en donde el padre le permita a su hijo expresarse, reforzándole a su vez, las conductas adecuadas al manifestarle que está haciendo algo bien o felicitándole por algún logro, contribuirá a que los síntomas del trastorno se controlen e incluso disminuyan, además se desarrollará un mejor apego al tratamiento.

Se precisa entonces, que los síntomas del TDAH producen estrés en los padres de quien lo padece, sin embargo, si utilizan un estilo de crianza positivo, conseguirán sopesar la sintomatología y lograr que para su hijo, el trastorno no sea impedimento para sentirse valioso, capaz de salir adelante e interactuar con los demás, a su vez, la dinámica familiar no se verá afectada, dándose un clima de confianza y comunicación adecuado.

## CAPITULO III

### Método

#### *3.1 Justificación*

La adolescencia es una etapa llena de cambios, que puede traer consigo conflictos psicológicos, escolares y familiares, sin embargo, para muchos chicos también representa la persistencia de un trastorno que desafortunadamente en muchas de las ocasiones se ha agudizado, pudiendo afectar su desarrollo y adaptación.

Tal es el caso, del TDAH, que suele afectar más a la población infantil y adolescente, presentándose antes de los 7 años de edad, y ocasionando dificultades tanto para quién lo padece como para su familia.

De acuerdo a lo revisado en la literatura se subraya que:

Los pacientes con TDAH presentan un bajo nivel de rendimiento académico, deserción escolar, tendencia a la distracción en las actividades habituales, aburrimiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios de humor, problemas de relaciones con los demás, abuso o adicciones tanto a sustancias (alcohol y otras drogas) como adicciones comportamentales: Internet, juego patológico etc., así como también falta de organización en las tareas, descuidos y negligencias (Szerman, 2008).

También, entre sus síntomas muestran una respuesta lenta o nula a las indicaciones que les dan los padres, no concluyen actividades (como la tarea), en ocasiones pierden las cosas, hay una pobre destreza de organización, planificación y manejo del tiempo, así como olvido excesivo. Esto causa en la mayoría de los padres desesperación o alteración que puede desembocar en un mal manejo del paciente.



De manera que la mayoría de los progenitores enfrenta un reto cotidiano en el control de la conducta de su hijo con TDAH, lo que les puede producir irritación, desesperación y frustración al poner a prueba su capacidad de ser padres, además su hijo suele ser motivo de discordia entre ellos (Gratch, 2009).

Esta problemática llega a generar estilos de crianza poco adecuados, observándose que los padres de chicos con TDAH se han mostrado menos comprometidos, lo que origina un peor pronóstico de mejoría (Piffner y MacBurnett, 2006). Afectando al paciente, al crearle sentimientos de frustración, rechazo y baja autoestima y por tanto una mayor inclinación hacia conductas nocivas.

Lo que resulta una cuestión delicada para los adolescentes que ya de por sí se encuentran en constante interacción con un ambiente nocivo. Por tal motivo la presente tesis estuvo encaminada a indagar sobre los estilos de crianza en los adolescentes, lo que puede a futuro contribuir a una mejor intervención terapéutica, al informar y concientizar a los padres, sobre la importancia de interactuar de una manera positiva con sus hijos que presenten este trastorno ya que podrán contribuir a optimizar su desarrollo.

Además es importante darles a conocer la etapa por la que atraviesan sus adolescentes y los cambios significativos que conlleva, haciéndoles hincapié que al mantenerse el trastorno puede producir problemas más severos en todas las áreas de la vida de su hijo.

### *3.2 Planteamiento del problema*

Actualmente el TDAH es un problema frecuente en los adolescentes, quienes además de lidiar con los síntomas y el tratamiento implementado, tienen que soportar el rechazo en el ámbito escolar, social y familiar, sobre todo en este último de sus padres, quienes muchas veces al no saber cómo tratarlo, establecen un estilo de crianza que deteriora el afecto y la comunicación entre ellos.

En la literatura se muestra que el estilo de crianza que los padres proporcionan para educar a sus hijos, influirá notablemente no solo en su infancia, sino también en su adolescencia y en la vida adulta, además, la salud física y emocional durante el período de desarrollo depende fundamentalmente de la relación con los padres y otros adultos; ya que las prácticas de crianza suelen estar asociadas con los trastornos psicológicos, emocionales y físicos de las persona (Sánchez-Sosa y Hernández- Guzmán, 1992).

Por tanto, considerando la literatura surge la siguiente interrogante: ¿El estilo de crianza que ha recibido por parte de sus padres el adolescente con TDAH será diferente en comparación con los adolescentes sin TDAH de su edad?

### *3.3 Objetivo General*

- Comparar los estilos de crianza (relación con la madre, relación con el padre, violencia en la familia, padre hostil, madre hostil, rigidez en las practicas parentales) que han recibido los adolescentes con síntomas de TDAH, con los estilos de crianza de adolescentes que no presentan dichos síntomas.

### 3.4 *Objetivos específicos*

- Identificar los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad).
- Identificar los estilos de crianza en los participantes con síntomas de TDAH y en los participantes sin dichos síntomas.
- Determinar si existen diferencias significativas en el tipo de crianza en los adolescentes con síntomas de TDAH en comparación con los adolescentes sin dichos síntomas.

### 3.5 *Definición de variables*

Variable dependiente: Estilos de crianza

Definición operacional: Se tomó como base la clasificación de los estilos parentales de Blas (2011) en relación a la estructura factorial de los reactivos de la subsección del *Inventario de Salud, Estilos de Crianza y Comportamiento (SEViC)*:

- Relación con la Madre: Explora la relación del participante y su madre.
- Relación con el Padre: Muestra la relación del adolescente y su padre
- Violencia en la Familia: Este factor aborda algunos eventos experimentados o presenciados durante la niñez y adolescencia del participante, vinculados a peleas y agresiones entre los padres.
- Padre Hostil: Mide formas poco afectuosas que tiene el padre en la interacción con su hijo.

- **Madre Hostil:** En este factor se encuentran preguntas sobre el trato agresivo de parte de la madre hacia su hijo.
- **Rigidez en las Prácticas Parentales:** Muestra la percepción del cumplimiento de reglas y sanciones.

Variable independiente: Adolescentes con síntomas de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Definición operacional:

- **Adolescencia:** La palabra *adolescencia* significa *crecer o desarrollarse* hacia la madurez (Hurlock, 1987). Es la etapa que marca el cambio de niño a adulto, se puede considerar que es un período entre los 12 y los 19 años aproximadamente.
- **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:** Síndrome que se caracteriza por presentar dificultades crónicas en la atención, lo que refiere bajos niveles de concentración y organización, así como olvidos frecuentes. Además se acompaña de síntomas de impulsividad, es decir, el impedimento para controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás e hiperactividad, definida como la presencia de niveles excesivos de actividad motora o verbal (APA, 2000).

Para detectar dichas características del TDAH se tomaron como base las puntuaciones obtenidas por los participantes en la *Escala del Reporte Personal (CADS)*.

### 3.6 Participantes

En esta investigación participaron 70 adolescentes que presentaron síntomas de TDAH (30 Mujeres y 40 Hombres), con un rango de 12 a 15 años de edad ( $\bar{x} = 13.25$ ) y 133 adolescentes que no presentaron dichos síntomas (63 Mujeres y 70 Hombres) de 12 a 15 años de edad ( $\bar{x} = 13.36$ ). Todos ellos estudiantes de secundaria. La selección de los alumnos fue a través de su autorización para participar en la investigación, garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.

### 3.7 Escenario

El estudio se realizó en la Escuela Secundaria Técnica N. 117 ubicada al sur poniente de la Ciudad de México.

### 3.8 Instrumentos

Se ha reportado en la literatura que la percepción de crianza desde la visión de los hijos es un mejor predictor del funcionamiento familiar comparado con el informe de crianza desde el punto de vista de los padres o de los cuidadores (Muris y Bosma, 2002 citado en Gasca, 2011).

De manera que para determinar la percepción del estilo de crianza se utilizó el *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)*, y para detectar los síntomas de TDAH se empleó la *Escala del Reporte Personal (CADS)*, ambas con forma de respuesta autoaplicable.

- *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC):*

El inventario fue creado por Sánchez-Sosa y Hernández- Guzmán en 1993; dentro de su estructura incluye dos secciones, la primera explora el deterioro de la salud psicológica y la segunda recolecta datos sobre interacción familiar y de crianza.

De acuerdo a los autores la validación del instrumento se realizó en base a criterios confiables de investigación, utilizando para el diseño procedimientos aceptados para la validez de encuestas, la selección de los signos de desajuste psicológico y las características específicas de los estilos de crianza.

Para fines del presente estudio únicamente se aplicó la segunda sección del SEViC, por ser la que explora específicamente la interacción familiar y los estilos familiares de crianza (Ver anexo A).

Se utilizó la siguiente clasificación de los estilos parentales con sus respectivos reactivos, en base a la agrupación de Blas (2011):

Relación con la Madre:

- Cuando me enfrento a una situación nueva o difícil mi madre(o tutora) me apoya o me reconforta.
- Yo tengo confianza con mi madre(o tutora) como para platicarle algo personal de mí mismo.
- Mi madre (o tutora) muestra interés en mis opiniones.
- Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño.
- Mi madre (o tutora) y yo platicamos como buenos amigos (as).
- En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era).
- Cuando hago un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocen.

- Pienso que la comunicación que tengo con mi familia es.

Un puntaje alto refleja una relación más positiva.

#### Relación con el Padre:

- Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño.
- Mi padre (o tutor) y yo platicamos como buenos amigos.
- Mi padre (o tutor) muestra interés en mis opiniones.
- Cuando me enfrento a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoya o me reconforta.
- En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era).
- Yo tengo confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo personal de mí mismo(a).
- Mis padres (naturales o adoptivos) se muestran cariño o amor el uno al otro.

Un puntaje alto refleja una mejor relación.

#### Violencia en la Familia:

- Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean, lo hacen enfrente de mí y/o de mis hermanos (as).
- Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean, también usan violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.)
- Mis padres (naturales o adoptivos) se pelean discutiendo o gritando.
- Cuando mis padres (naturales o adoptivos) se pelean, amenazan con dejarse, separarse o divorciarse.

- Mi padre (o tutor) toma alcohol.

Un puntaje alto refleja mayor violencia en la familia.

#### Padre Hostil:

- Cuando mi padre(o tutor) me manda a hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo.
- Mi padre o tutor dice cosas de mí, que quieren decir que soy “un tonto (a)” o “inútil”, o me compara negativamente con otros.
- Cuando mi padre (o tutor) me castiga, usa castigo físico (me pega).

Un puntaje alto refleja una relación con mayor agresividad por parte del padre.

#### Madre Hostil:

- Mi madre (o tutora) dice cosas de mí, que quieren decir que soy “un tonto (a)” o “inútil”, o me compara negativamente con otros.
- Cuando mi madre (o tutora) me castiga, usa castigo físico (me pega).
- Cuando mi madre(o tutora) me manda a hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo.

Un puntaje alto refleja una relación con mayor agresividad por parte de la Madre.

#### Rigidez en las Prácticas Parentales:

- Cuando mi madre (o tutora) me castiga, yo sí me lo merezco.
- Cuando mi padre (o tutor) me castiga, yo sí me lo merezco.
- En casa critican a mis amigos (as).



- Cuando me va mal en mis calificaciones, tengo problemas en casa.

Un puntaje alto refleja una mejor disciplina por parte de los padres.

- *Escala del Reporte Personal (CADS)*

Esta escala fue creada por Connors y Well en 1997, para identificar los síntomas más comunes del TDAH (desatención, impulsividad e hiperactividad) (Ver anexo B).

La escala presenta cuatro opciones de respuesta: nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre.

Los reactivos se dividen de la siguiente manera en dos subescalas:

1. Grupo A: Índice de TDAH (Reactivos del 1 al 12).
2. Grupo B: Síntomas de Desatención (Reactivos del 13 al 21) y síntomas de Hiperactividad- Impulsividad (Reactivos del 22 al 30).

Su validez está sostenida sobre la reestandarización en 1998 (cit. en Hernández, 2000) de las escalas que contiene.

### 3.9 Procedimiento

Previo a la aplicación de los cuestionarios, se concertó una entrevista con el Director de la secundaria, él cual al explicarle el objetivo del estudio, autorizó la investigación. Se prosiguió entonces a la aplicación de los instrumentos en dos etapas.

La primera etapa fue para obtener la clasificación de los alumnos con síntomas de TDAH y sin TDAH. La muestra estuvo constituida por 206 participantes (93 Mujeres y 113 Hombres). Los alumnos seleccionados aceptaron voluntariamente participar en la investigación, garantizándoles la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

A cada uno de los alumnos se les proporcionó el CADS dentro del aula de clases, de forma colectiva y dándoles las instrucciones necesarias para su realización. Se les hizo hincapié de que no dejaran ningún reactivo sin responder, y que era de vital importancia que pusieran un seudónimo, para reconocerlos posteriormente.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de calificación del CADS, así los participantes fueron divididos en dos grupos, el primer grupo constituido por los alumnos con síntomas de TDAH (30 Mujeres y 40 Hombres) y el segundo con 133 estudiantes que no presentan dichos síntomas (63 Mujeres y 70 Hombres). Se descartaron 3 cuestionarios por responder menos del 80% de los reactivos.

Finalmente la segunda etapa se llevó a cabo una semana después y consistió en la aplicación del SEViC. Mediante su seudónimo, cada alumno fue designado en el grupo correspondiente (con síntomas de TDAH y sin TDAH), y se les entregó un juego de hojas que incluían los reactivos del instrumento. Se les proporcionaron las instrucciones necesarias, así mismo se cuidó que no dejaran sin contestar ninguna pregunta y que no olvidaran poner su seudónimo.

## Resultados

Como se presentó en la introducción del presente trabajo, el TDAH es una variable importante de investigar ya que resulta delicado que los adolescentes, además de afrontar los problemas típicos de su etapa, se vean inmersos en este trastorno. Por esta razón en la Figura 1 se muestra el porcentaje de jóvenes que presentan síntomas de TDAH en comparación de los que no presentan. En esta figura se observa que del total de la muestra el 34% de los jóvenes presenta síntomas de TDAH, en comparación con el 66% que no presenta dichos síntomas.

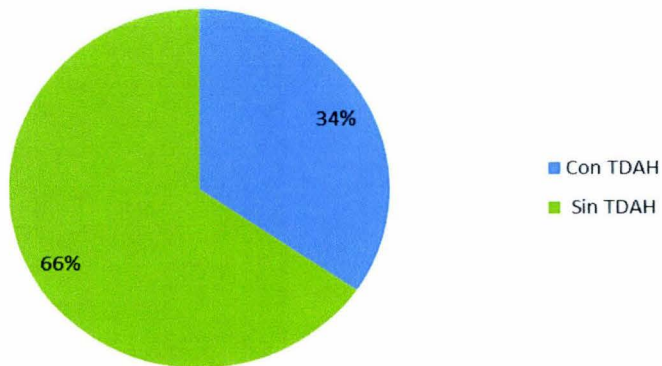


Figura 1. Prevalencia de TDAH

La Figura 2 presenta el porcentaje de hombres y mujeres con TDAH. En esta figura es posible observar que del 34% de los estudiantes que presentan síntomas de TDAH, el 57% son hombres y el 43% son mujeres.

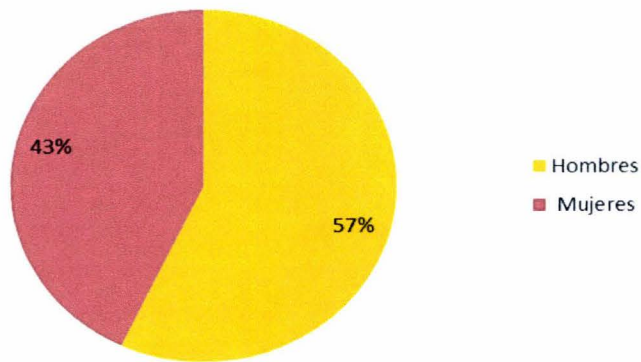


Figura 2. Porcentaje de hombres y mujeres con TDAH

La Figura 3 presenta como porcentajes los subtipos del TDAH. En la figura se observa que del total de la muestra con TDAH, el 4% de los jóvenes presenta el trastorno con predominio de desatención, el 6% tiene predominio de hiperactividad-impulsividad, mientras que el 90% muestra TDAH con síntomas generales.

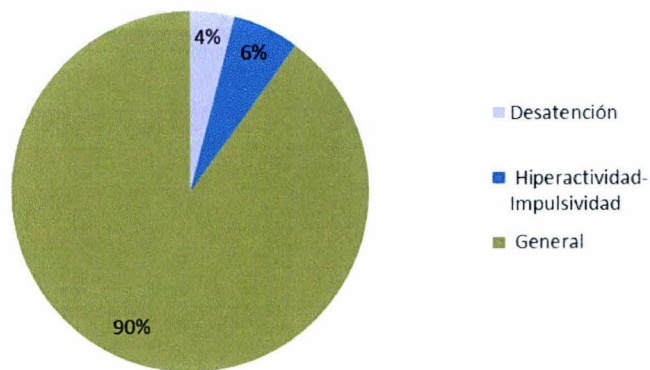


Figura 3. Subtipos de TDAH

Otra variable importante de estudio es el estilo de crianza, ya que las bases que establezcan los padres desde la infancia influirán en la adaptación del individuo.

En primera instancia dentro de ambos grupos se obtuvo la suma de cada participante en cada uno de los seis factores que agrupan los estilos parentales del SEViC, posteriormente se analizaron dichos factores respecto a la variable independiente TDAH, para determinar las diferencias entre los dos grupos. En las siguientes 6 figuras se presentan las diferentes medias para cada uno de los estilos parentales en los dos grupos (con TDAH y sin TDAH).

En la Figura 4 se muestran las medias del grupo sin TDAH y con TDAH para el Estilo Parental de Relación con la Madre. En la figura se observa que el grupo sin TDAH presenta una media mayor que el grupo con TDAH, lo que refleja una relación más positiva con su madre.

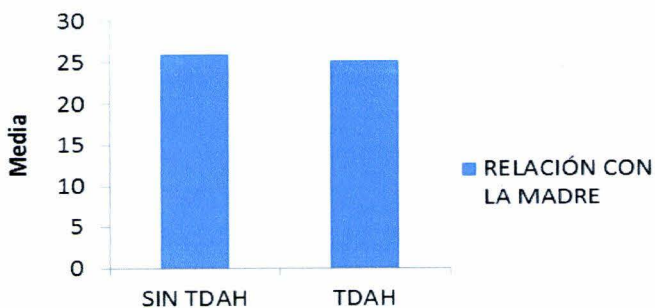


Figura 4. EP Relación con la Madre

En la Figura 5 se muestran las medias del Estilo Parental Relación con el Padre. En la figura se observa que el grupo sin TDAH muestra una media mayor en el Estilo Parental de Relación con el Padre, en comparación del grupo con TDAH, lo que refleja una relación más positiva con su padre.

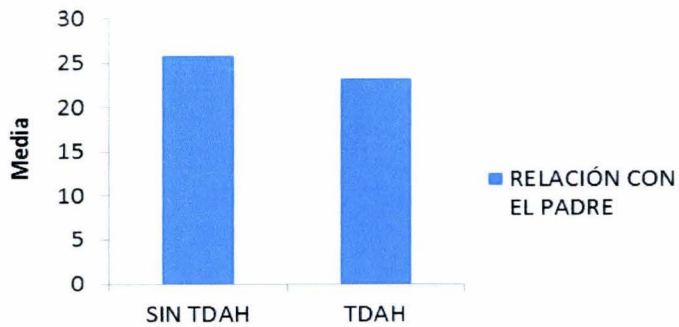


Figura 5. EP Relación con el Padre

En la Figura 6 se muestran las medias del Estilo Parental Violencia en la Familia. En la figura es posible observar que el grupo con TDAH presenta una media más elevada en el Estilo Parental de Violencia en la Familia, en comparación del grupo sin TDAH, lo que refleja que el primer grupo tiene mayor inclinación de experimentar violencia en la familia.

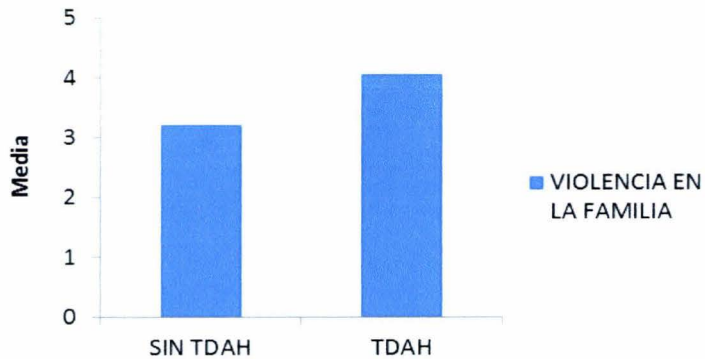


Figura 6. EP Violencia en la Familia



En la Figura 7 se presentan las medias del Estilo Parental Padre Hostil. Se observa una media mayor en el grupo de TDAH en relación al Estilo Parental de Padre Hostil, a diferencia del grupo sin TDAH, lo que refleja que el grupo con TDAH presenta un índice más elevado de experimentar hostilidad paterna.

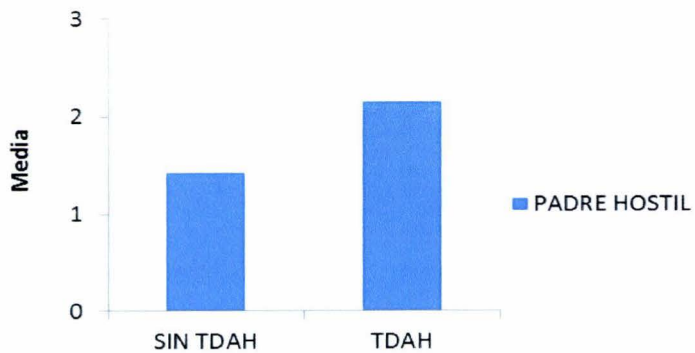


Figura 7. EP Padre Hostil

En la Figura 8 se muestran las medias del Estilo Parental Madre Hostil. En la figura se observa una media más elevada en el Estilo Parental de Madre Hostil para el grupo con TDAH, a diferencia del grupo sin TDAH, lo que refleja que el primer grupo presenta un índice más elevado de experimentar hostilidad materna.

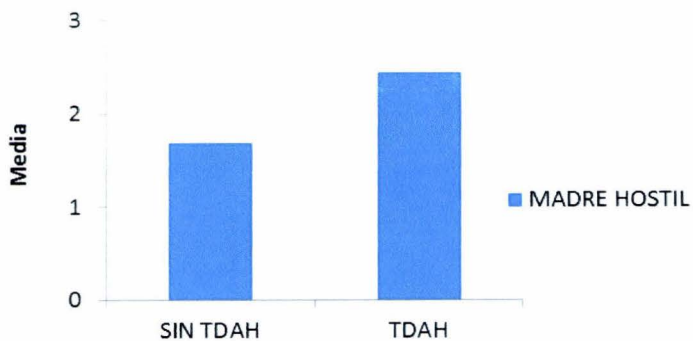


Figura 8. EP Madre Hostil

En la Figura 9 se presentan las medias del Estilo Parental Rigidez en las Prácticas Parentales. La figura muestra una media más elevada en el Estilo Parental de Rigidez en las Prácticas Parentales para el grupo sin TDAH, a diferencia del grupo con TDAH, lo que refleja que el grupo sin TDAH presenta un índice más elevado de rigidez en las reglas y sanciones.

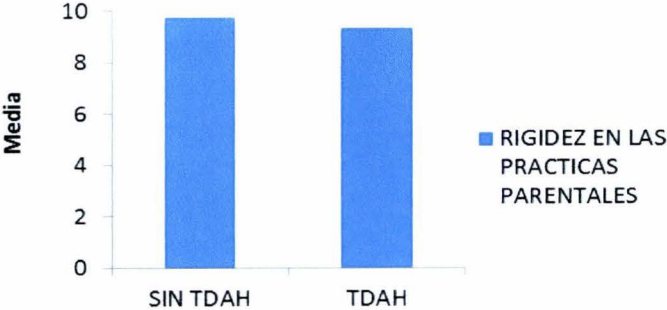


Figura 9. EP Rigidez en las Prácticas Parentales

Considerando el propósito de la presente tesis, después de determinar los valores de las variables TDAH y Estilos de Crianza, fue importante determinar si existieron diferencias significativas en los estilos parentales con respecto a los jóvenes con TDAH y los que no tienen TDAH. Se realizaron pruebas *t* de Student para analizar las diferencias entre los grupos de alumnos con y sin TDAH, respecto a los diferentes Estilos de Crianza.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes con y sin TDAH en el Estilo Parental Relación con la Madre ( $t [201] = 1.03, p > 0.05$ ), en el Estilo Parental Violencia ( $t [201] = 1.39, p > 0.05$ ), en el Estilo Parental Madre Hostil ( $t [201] = 1.86, p > 0.05$ ), ni en el Estilo Parental Rigidez ( $t [201] = 0.73, p > 0.05$ ).

Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes con y sin TDAH en el Estilo Parental Relación con el Padre ( $t [201] = 2.16, p < 0.05$ ) y en el Estilo Parental Padre Hostil ( $t [201] = 2.01, p < 0.05$ ).

Respecto al Factor de Relación con el Padre, el grupo sin TDAH tuvo una media más alta ( $\bar{x} = 25.9$ ) que el grupo con TDAH ( $\bar{x} = 23.3$ ). En esta escala a mayor puntaje, mejor relación con el Padre. Respecto al Factor Hostilidad con el Padre, para el grupo sin TDAH la media fue más baja ( $\bar{x} = 1.4$ ) que para el grupo con TDAH ( $\bar{x} = 2.1$ ). Puntajes más altos representan una mayor hostilidad paterna.

## Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue indagar si existen diferencias en el tipo de crianza de los adolescentes que presentan síntomas de TDAH en comparación de los que no presentan dichos síntomas. Esta pregunta tuvo su origen en la preocupación que existe por comprender si esas diferencias son perjudiciales para los chicos con TDAH.

Debido a que la literatura revisada refleja que ya la adolescencia por sí sola es una etapa complicada para los jóvenes por todos los procesos psicológicos, físicos y sociales inmersos en ella, pero no sólo para ellos, también para las personas que están a su alrededor primordialmente los padres, para los que se vuelve un trabajo arduo guiarlos; ahora, sí se agrega que un chico presenta un trastorno como Déficit de Atención, se puede visualizar que es mucho más difícil.

En relación a la preocupación por esta interrogante, los principales hallazgos de este estudio, como se desglosa a continuación, muestran que efectivamente se dan diferencias entre los estilos de crianza implementados por lo padres de los chicos con TDAH en comparación de los que no presentan este trastorno.

Al abordar el primer objetivo específico: *Identificar los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad)*, se destaca que en base a las puntuaciones en la escala CADS, el 34% de los jóvenes presentaron síntomas de TDAH, en comparación del 66% que no los presentaron, sí bien no es una cifra muy elevada, sí es importante notar que el TDAH es uno de los trastornos que efectivamente abunda en los adolescentes, lo que demuestra la importancia de no negarlo, y mucho menos negar un diagnóstico bien fundamentado para poder tratarlo.

Ahora bien, del 34% de los alumnos con TDAH, el 57% fueron hombres y el 43% mujeres, lo que avala la tendencia de que el trastorno se manifiesta más en el sexo masculino.

En cuanto al segundo objetivo: *Identificar los estilos de crianza en los participantes con síntomas de TDAH y en los participantes sin dichos síntomas*, se encontró que los chicos con TDAH mostraron mayor inclinación hacia los estilos parentales de violencia familiar, hostilidad del padre y hostilidad de la madre, en cambio los adolescentes que no presentaron dicho trastorno tienden más hacia los estilos de relación con el padre, relación con la madre y rigidez en las prácticas parentales, es importante señalar que un mayor puntaje en estos últimos estilos refleja una relación más estrecha y positiva con sus padres.

Finalmente dando respuesta al tercer objetivo: *Determinar si existen diferencias significativas en el tipo de crianza en los adolescentes con síntomas de TDAH en comparación con los adolescentes sin dichos síntomas*, se encontró que una de las diferencias estadísticamente significativas correspondió al factor Hostilidad del Padre. Este hallazgo muestra que el trato de los Padres hacia sus hijos con TDAH es discordante y agresivo, en comparación con los padres de los adolescentes que no presentan el trastorno.

Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el grupo sin TDAH en el estilo de Relación con el Padre. Considerando que a mayor puntaje mejor relación, este resultado indica que la relación de los padres con los hijos que no presentaron TDAH es más armoniosa, cercana y afectiva, en comparación de los padres con sus hijos que presentaron el trastorno.

Estos resultados sugieren que efectivamente los jóvenes con TDAH, se ven afectados por el uso de estrategias poco adecuadas por parte de sus progenitores, lo que dificulta el tratamiento, ya que las necesidades de estos adolescentes se centran en las atenciones, el afecto y la comprensión que los tutores puedan brindarles.

Estos hallazgos son similares a los reportados por Miranda et al. (2007) quienes informaron, que las familias que tienen hijos con TDAH usan métodos de disciplina poco adecuados, aplicando estrategias más agresivas y autoritarias. Goldstein et al. (2007) presentaron conclusiones equivalentes al señalar a los padres de niños hiperactivos como menos afectuosos, más controladores o más negligentes que los de otros niños.

Los resultados arrojados en este estudio, también reafirman lo expuesto por Presentación et al. (2009) quienes observaron que los padres mostraban sentimientos y actitudes negativas hacia su hijo con TDAH.

Además postulan que los chicos que no presentan TDAH tienden a experimentar una relación más afectuosa y positiva con sus padres, mostrando sus progenitores mayor rigidez en la crianza, es decir, mayor consistencia de reglas, valores y premios-sanciones.

Lo que confirma que efectivamente existen otras variables familiares que posibilitan un buen funcionamiento psicológico en el adolescente, como son: la aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno-filial con una definición clara de límites y el respeto de las iniciativas individuales de los hijos dentro de los estándares establecidos (Baumrind, 1996).

Con lo expuesto anteriormente se denota que esta investigación arroja importantes aportaciones al estudio del TDAH, primeramente amplía la línea de investigación sobre este tipo de población, pues los estudios están enfocados generalmente hacia la niñez, resultando ser escasas las investigaciones que aborden este trastorno en la adolescencia.

En segundo lugar se ha confirmado que a los chicos que muestran rasgos de este padecimiento, se les asocia con estrategias de crianza inadecuadas por parte de sus padres, lo que desalienta el oportuno diagnóstico y peor aún el adecuado tratamiento.

También incrementa la especificidad de los estilos de crianza implementados por los padres en los casos de adolescentes que presentan TDAH y en los que no lo presentan. Es decir, se agrupan los estilos parentales para cada uno de los dos grupos. Por un lado se detalla que los estilos de relación con los padres y rigidez en la crianza se inclinan más hacia los chicos sin el trastorno; mientras que la hostilidad de los padres y violencia en la familia se apegan más a los que presentan los síntomas.

Además un dato interesante, es el hecho de que sí bien, los jóvenes con TDAH puntúan más en los estilos de hostilidad de los padres, salió únicamente significativo la hostilidad del padre, lo que pudiera concordar con la figura autoritaria que se ha enmarcado en el progenitor desde tiempo atrás, por ejemplo, Bradshaw (2005), mencionó que la familia se establece en una estructura monárquica durante la historia, en donde, la autoridad paterna era tan irrefutable como la divina y a los niños jamás se les permitía expresar sentimientos de ira hacia sus padres.

Camacho (2000) confirmó la existencia de la familia patriarcal, en la cual la autoridad recaía sobre el padre. El varón ejercía su rol de padre de manera tradicional,



era un hombre de bien, responsable, sin vacilaciones en relación con el bien y el mal, sin embargo era terco y jamás se inmiscuía en las labores domesticas ni en el cuidado de los niños.

Actualmente la familia todavía mantiene cierta estructura autoritaria paternal, es decir, es notable la subsistencia del modelo patriarcal en la familia. Entonces teniendo latente el padre esta figura dictadora, en ocasiones puede desencadenar un distanciamiento hacia su hijo, que además de físico es emocional y afectivo, originando una práctica hostil; se ha demostrado que la afirmación del poder autoritario puede maximizar los efectos de las conductas propias de la hiperactividad, así como fomentar conductas agresivas (Hurt et al., 2007).

Lo que puede abrir una tendencia a formular que el progenitor de un chico con TDAH pudiera mostrar mayor estrés, autoritarismo y poco involucramiento en la crianza a diferencia de la madre, quien se muestra más inmersa.

Finalmente estos datos recalcan la importancia de no negar la presencia del TDAH en la población juvenil, ya que es un padecimiento que verdaderamente origina desajustes en todos los aspectos de su vida, y que de no prestarle atención puede desencadenar otros padecimientos y/ o conductas de riesgo como la delincuencia, las adictivas y el suicidio.

### **Limitaciones**

Es importante recalcar que no existen suficientes instrumentos estandarizados y validados en población mexicana que midan los estilos de crianza, y los que hay, son

para ser contestados por los padres, lo que resulta más complicado, ya que a veces los tutores no disponen de tiempo.

Otro aspecto limitante fue el hecho de no haber contado con un diagnóstico especializado de TDAH, ya que únicamente se obtuvieron los síntomas, lo que obstaculiza discernir si los padres de hijos con TDAH muestran estilos de crianza negativos a raíz del padecimiento, o más bien, los adolescentes que reciben una crianza inadecuada, tienden a desarrollar los síntomas de TDAH.

De manera que para estudios posteriores dentro de esta línea de investigación, sería importante incluir una muestra de chicos diagnosticados con TDAH, de los cuales se pueda conocer su historia clínica y así visualizar cómo ha sido su trayectoria de vida antes y después de haber sido diagnosticados.

Convendría ahondar también, en la percepción, el nivel de estrés y las características que presenta el padre y la madre en relación a su hijo con TDAH, para observar si existen diferencias que influyan notablemente en que el padre sean más hostil con él a diferencia de la madre.

Englobando estos planteamientos, se subraya la importancia de seguir investigando acerca de este trastorno, de buscar cada vez más alternativas, que mejoren la relación entre los padres e hijos que presentan ya sea diagnosticado o no síntomas de TDAH, con lo que se le otorgue una mejor calidad de vida a toda la familia.

## Referencias

- Arbieto, K. (2008). Trastorno por déficit de atención. *Psicología de la educación para padres y profesionales*. Recuperado el 20 de abril del 2011 desde: <http://www.psicopedagogia.com/trastorno-por-deficit-de-atencion>.
- Arteaga, H. (2009). Taller de sensibilización y manejo conductual para maestros de adolescentes con TDAH. *Tesis de Licenciatura no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2000). DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Revisión del Texto. Barcelona: Masson.
- Banks, T., Ninowski, J., Mash, E. y Semple, D. (2008). Parenting Behavior and Cognitions in a Community Sample of Mothers with and without Symptoms of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17 (1), 28-43.
- Barkley, R. (2005). *ADHD and the nature of self control*. New York: Guilford.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family relations. Journal of applied family & child studies*. 45 (4), 405-414.
- Bernal, J. (2008). *Familia, Escuela y Niños Con TDAH. Relaciones Funcionales en "Hiperactivos, estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela"*. Madrid: "LoQueNoExiste".
- Bettelheim, B. (1999). *No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos*. México: Grijalbo.

- Bradshaw, J. 2005. La Familia. Selector S.A de C.V. Florida USA.
- Brukner, P. (1975). *Psicología social del autoritarismo*. México: Siglo XXI.
- Camacho, P., Fernández, S. y Amaris M. (2000). El rol de padre y madre en las familias. *RedalYc. Sistema de Información Científica*. N. 005. Recuperado el 20 de Abril del 2012.
- Carrasco, B. (2000) Curso salud y desarrollo del adolescente: Familia y adolescencia. *Manuscrito no publicado*. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Chile.
- Chacón, M. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. *Tesina de Licenciatura no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.
- CHADD Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2008). TDA/H y adolescentes. *Centro nacional de recursos para el TDA*. Recuperado el 5 de mayo del 2011 desde:  
<http://www.help4adhd.org/es/living/parenting/WWK20A?format=print>.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata, SL.
- Congreso Virtual de Psiquiatría (2010). *Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Recuperado el 3 de Junio de 2011, desde:  
<http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/808/3/36cof945433.pdf>  
.txt
- Craig, G. (1992). *Desarrollo Psicológico* (8ª Ed. 2001) México: Prentice Hall.

- Cuevas, C. (2001). Análisis retrospectivo: estilos de crianza en mujeres con y sin antecedentes de abuso sexual. *Tesis de Licenciatura no publicada*. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Dix, T. Ruble, D. y Zambarano, R. (1989). Mother's implicit theories of discipline: child effects, parent effects and the attribution process. *Child Development*, 60, 1371-1391.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Félix, A., Herreruzo, J. y Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, Vol. 20, n° 4, pp. 691-696. Recuperado el 1 de Junio de 2011, desde: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Fernandes, E. (1992). *Psicopedagogía de la adolescencia*. Madrid: Narcea.
- Fernández, M. y López, M. (2006) Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: Manejo pediátrico. *Protocolos de Neurología*. BOL PEDIATR; 46: 249-257. Recuperado el 20 de abril del 2011 desde: [http://www.sccalp.org/boletin/46\\_supl2/BolPediatr2006\\_46\\_supl2\\_249-257.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2_249-257.pdf)
- García, M. (2007) Apego e Hiperactividad: Un estudio exploratorio del vinculo madre-hijo. *Redalyc Sistema de Información Científica*. V. 25 N° 2 123-134. Recuperado el 3 de Junio de 2011, desde: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78525203.pdf>
- Gasca, I. (2011). Percepción de estilos de crianza y de funcionamiento familiar en adolescentes con problemas de salud mental que solicitaron atención especializada en un hospital psiquiátrico infantil. *Tesis de especialidad no publicada*. Facultad de Medicina. México: UNAM.

- Gratch, O. (2009). *El trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Goldstein, L., Harvey, E. y Friedman-Weieneth, J. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children. Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- Harkness, S. y Super, Ch. (1996). *Parent's cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. New York: Guilford Press.
- Hernández, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. UNAM.
- Hernández, M. (2000). Prevalencia del trastorno por déficit de atención en adolescentes de educación secundaria del DF. *Tesis de Especialidad no publicada*. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Herrero, M. (2001). Modelos y estrategias terapéuticas para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Tesis de Licenciatura no publicada*. Facultad de Filosofía y Letras. México: UNAM.
- Herreros, O., Rubio, B, Sánchez, F. y García, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 19 (1), 82-88.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy* (6ª Ed. 2001) Madrid: McGraw- Hill.

- Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. México: Páidos.
- Hurt, E., Hoza, B. y Pelham, W. (2007). Parenting, Family Loneliness, and Peer Functioning in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.
- Jarque, S., Miranda, A. y Tarraga, R. (2007). Conocimiento, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*. 19 (0004). 585-590.
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Jiménez, M. (2000). Estilos de crianza materno informado por madres e hijos y su relación con el estatus sociocognitivo del niño preescolar. *Tesis de Maestría no publicada*. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Internacional Thomson.
- Mannuzza, S., Klein, R. y Moulton, J. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160, 237-46.
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R. y Roselló, B. (2007) Estilos de disciplina en familias con hijos con TDAH: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (Supl 2), 23-26.
- Moyano, J. (2005). Genética y ADHD. ¿Enfermos o singulares? Argentina: Lumen.
- Nájera, C. (2007). Trastorno por déficit de atención. Teoría, diagnóstico y tratamiento. *Tesis de Licenciatura no publicada*. Facultad de Psicología. México:UNAM.

- Noller, P. y Callan, V. (1991). *The adolescent in the Family*. Inglaterra: Routledge.
- Nuñez, B. (2007). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires:Lugar.
- Ortiz, C. (2008) Estilos de crianza maternos en niños con conducta disocial. *Tesis de Licenciatura no publicada*. FES Zaragoza. México: UNAM
- Palacios, C. (2005). La familia como agente socializador. *Tesis de Licenciatura no publicada*. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Pedagogía. México: UNAM.
- Pallares, J. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: apuntes desde la subjetividad. *Tesis de licenciatura no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.
- Papalia, D. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Pedraza-Vargas, S., Perdomo-Carvajal, M. y Hernández-Manrique, N. (2009). Terapia narrativa en la construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Redalyc Sistema de Información Científica*. V. 8 No. 1. Recuperado el 1 de junio de 2011, desde:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64712168017>
- Peña, O. (Febrero del 2006). Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Aspectos Psicosociales. *ABC Pediatría*. Recuperado el 7 de mayo del 2011 desde:  
<http://www.abcpediatría.com/content/view/2499/26/>.
- Peña, V. y Rojas, E. (2010) ¿El inicio está en la familia? *Tesis de Licenciatura no publicada*. Facultad de Psicología. México: UNAM.



- Pérez, E. (2006). La silenciosa prisión de la timidez ¿Cuestión de educación? *Tesis de Licenciatura no publicada*. FES Acatlan. México: UNAM.
- Pfiffner, L. y McBurnett, K. (2006). Family Correlates of Comorbid Anxiety Disorders in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (5), 725-735.
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, Vol. 2, nº 3, pp. 18-26. Recuperado el 1 de Junio de 2011, desde:  
[http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo\\_3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf)
- Ramírez, R. (2007). La tutoría en secundaria: una estrategia para mejorar las habilidades de estudio de los adolescentes y disminuir el índice de reprobación. *Reporte Laboral no publicado*. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Repetti, R. Taylor, S. & Seeman, T. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rivera, G. (2009). Expectativas sobre los estilos de crianza en parejas con hijos o sin hijos, del área metropolitana de la Ciudad de México. *Actividad de Investigación no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.

- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia. Análisis y Optimización*. España: Servei de Publicacions.
- Ruiz, M. (2004). *Trastorno por déficit de atención, diagnóstico y tratamiento*. México: Editores Mexicanos.
- Sánchez, L. (2002). El papel de la pareja en la educación de los hijos. *Tesina de Licenciatura no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. y Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, 27-34.
- Sánchez-Sosa, J. y Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEViC)*. México: UNAM.
- Santana, M. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva teórica. *Tesina de Licenciatura no publicada*. FES Iztacala. México: UNAM.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.
- Scandar, H. (2007). Tratamiento de adultos y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Fundación de Neuropsicología Clínica*. Recuperado el 28 de mayo del 2011, desde: [www.fnc.org.ar](http://www.fnc.org.ar)
- Schoott, N. (2010). El impacto de las prácticas de crianza en la autoestima de los niños de edad preescolar. *Tesina de Licenciatura no publicada*. Facultad de Psicología. México: Universidad Americana de Acapulco.

- Shaffer, R. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México: Thomson.
- Shek, D. (1997). Family environment and adolescent psychological well being, school adjustment and problem behavior. A pioneer study in a Chinese context. *Journal of Genetic Psychology*. Vol. 158.
- Silver, L. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: Ars Medica.
- Smetana, G. (1989). Adolescents' and parents' reasoning about actual family conflict. *Child Development*, 60, 1052-1067.
- Soutullo, E. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Szerman, N. (2008). *TDA en la adolescencia*. Madrid: DRAFT S.L.
- Tierno, B. (1992). *Ser buenos padres. Escuela de Padres*. Madrid: Paulinas.
- Vallejo, A. y Mazadiego, T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de Educación y Desarrollo*. 5, 55-59.
- Yubero, S. (1996). *El desafío de la educación social*. Universidad de Castilla La Mancha, 254 pp.

## ANEXO A



Facultad de Psicología  
UNAM  
SEViC



### DATOS GENERALES

SEXO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día/mes/año Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Vives con ambos padres:(SI) (NO) Únicamente con: \_\_\_\_\_ Total de personas que viven en tu casa: \_\_\_\_\_

Edad de tu Papá: \_\_\_\_\_ Edad de tu Mamá: \_\_\_\_\_

Ocupación de tu Papá: \_\_\_\_\_ Ocupación de tu Mamá: \_\_\_\_\_

Padecen alguna enfermedad: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tú padeces alguna enfermedad: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Este cuestionario trata de investigar la interacción familiar y de crianza. La información proporcionada se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos. Por favor contesta las preguntas con toda franqueza. No dejes ninguna pregunta sin contestar, a menos que sientas que la pregunta no se aplica a ti en lo absoluto.

Por favor escoge la opción de respuesta que refleje mejor tu propio caso, **rellenando completamente la letra correspondiente**, como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerda, **no hay respuestas buenas ni malas**, por tanto no te preocupes por puntajes o calificaciones. Lee cuidadosamente cada enunciado, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientamos.

### DE ANTEMANO MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

#### EJEMPLO:

1.- En un día normal yo hago:

- a) Una comida
- b) Dos comidas
- c) Tres comidas
- d) Cuatro comidas
- e) Cinco comidas
- f) Seis comidas

Esto significará que realizas tres comidas en un día normal.

1. Pienso que la comunicación que tengo con mi familia es:

- a) Muy Mala
- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena
- e) Muy Buena

2. La situación económica de mi familia podría describirse como:
  - a) En asistencia social o beneficencia
  - b) Clase trabajadora
  - c) Clase media-baja
  - d) Clase media
  - e) Clase media-alta
  - f) Clase alta
  
3. Mi lugar de nacimiento es:
  - a) D.F.
  - b) Interior de la República
  - c) Extranjero
  
4. En total tengo:
  - a) Cero hermanos(as)
  - b) Un hermano(a)
  - c) Dos hermanos(a)
  - d) Tres hermanos(a)
  - e) De cuatro a seis hermanos(a)
  - f) Siete o más hermanos(a)
  
5. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:
  - a) Primero
  - b) Segundo
  - c) Tercero
  - d) Cuarto
  - e) Quinto o posterior
  - f) Último
  
6. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:
  - a) Uno
  - b) Dos
  - c) Tres
  - d) Cuatro
  - e) Cinco
  - f) Seis o más
  
7. En general mi relación con mis hermanos(as) es:
  - a) Muy Mala
  - b) Mala
  - c) Regular
  - d) Buena
  - e) Muy Buena
  
8. Pienso que mis padres prefieren a alguno de mis hermanos(as) más que a mí:
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)

- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

9. Me he criado principalmente con:
- a) Mis padres naturales
  - b) Con mi madre
  - c) Con mi padre
  - d) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
  - e) Padres adoptivos u otros parientes y familiares
  - f) En un orfanato, casa hogar u otra institución

**SITUS PADRES VIVEN, PASA A LA PREGUNTA 14**

10. Mi edad al morir mi padre era:
- a) De cero a cinco años
  - b) De 6 a 10 años
  - c) De 11 a 15 años
11. La causa de su muerte fue:
- a) Edad avanzada o causas naturales
  - b) Enfermedad
  - c) Accidente
  - d) Agresión violenta
  - e) Suicidio
  - f) Otra
12. Mi edad al morir mi madre era:
- a) De cero a cinco años
  - b) De 6 a 10 años
  - c) De 11 a 15 años
13. La causa de su muerte fue:
- a) Edad avanzada o causas naturales
  - b) Enfermedad
  - c) Accidente
  - d) Agresión violenta
  - e) Suicidio
  - f) Otra
14. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:
- a) De cero a 5 años
  - b) De 6 a 12 años
  - c) De 13 o más años
  - d) A veces sí y a veces no
  - e) Siempre vivió o ha vivido conmigo
15. La causa por la que no vivo con algunos de mis padres es:
- a) Separación o divorcio de mis padres
  - b) Muerte de alguno de mis padres
  - c) Por el trabajo de alguno de mis padres
  - d) Por la situación económica

e) Por alguna otra razón

16. Mi padre (o tutor) toma alcohol:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

17. Mi padre (o tutor) usa drogas:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

18. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a) Muy Mala
- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena
- e) Muy Buena

19. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Comercio o técnico
- e) Bachillerato
- f) Profesional o superior

20. Mi padre (o tutor) muestra interés en mis opiniones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

21. Mi madre (o tutora) vive con nosotros en la misma casa:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

22. Mi madre (o tutora) toma alcohol:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

23. Mi madre (o tutora) usa drogas:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

24. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

- a) Muy Buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy Mala

25. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Comercio o técnico
- e) Bachillerato
- f) Profesional o superior

26. Mi madre (o tutora) muestra interés en mis opiniones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

27. Mi padre (o tutor) y yo platicamos como buenos amigos:

- a) Casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año
- f) Una vez al año o menos

28. Mi madre (o tutora) y yo platicamos como buenos amigos (as):

- a) Casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes



- d) Como una vez cada tres meses
  - e) Como dos veces al año
  - f) Una vez al año o menos
29. Cuando mi padre (o tutor) me castiga, usa castigo físico (me pega):
- a) Casi diario
  - b) Como una vez a la semana
  - c) Como una vez al mes
  - d) Como una vez cada tres meses
  - e) Como dos veces al año
  - f) Una vez al año o menos
30. Cuando mi madre (o tutora) me castiga, usa castigo físico (me pega):
- a) Casi diario
  - b) Como una vez a la semana
  - c) Como una vez al mes
  - d) Como una vez cada tres meses
  - e) Como dos veces al año
  - f) Una vez al año o menos
31. El dolor físico producido por el castigo (de mi padre o madre) dura:
- a) Minutos
  - b) Horas
  - c) Días
  - d) Semanas
  - e) Meses
32. Mi padre o tutor dice cosas de mí, que quieren decir que soy "un tonto (a)" o "inútil", o me compara negativamente con otros:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
33. Mi madre (o tutora) dice cosas de mí, que quieren decir que soy "un tonto (a)" o "inútil", o me compara negativamente con otros:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
34. Cuando mi padre (o tutor) me castiga, yo sí me lo merezco:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)

- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
35. Cuando mi madre (o tutora) me castiga, yo sí me lo merezco:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
36. Cuando mi padre(o tutor) me manda a hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo:
- a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
37. Cuando mi madre(o tutora) me manda a hacer algo, me lo dice de modo duro u ofensivo:
- a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
38. Yo tengo confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo personal de mí mismo(a):
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
39. Yo tengo confianza con mi madre(o tutora) como para platicarle algo personal de mí mismo(a):
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
40. En casa critican a mis amigos (as):
- a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)

- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
41. Se me permite decidir cómo pasar mi tiempo libre:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
42. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
43. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca
  - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
44. Cuando me enfrento a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoya o me reconforta:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
45. Cuando me enfrento a una situación nueva o difícil mi madre(o tutora) me apoya o me reconforta:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
  - d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
  - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f) Nunca
46. Cuando hago un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocen:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
  - c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)

- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

47. Yo me enfermo:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (Más de 80% del tiempo)

48. Mis padres (naturales o adoptivos) se muestran cariño o amor el uno al otro:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

49. Mis padres (naturales o adoptivos) se pelean discutiendo o gritando:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

50. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean, también usan violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

51. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean, lo hacen enfrente de mí y/o de mis hermanos (as):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

52. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) se pelean, amenazan con dejarse, separarse o divorciarse:

- a) Nunca
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)

- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo)
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

53. Aparte de mis padres(naturales o adoptivos), hay otro(s) adulto(s) que es(son) importante(s) para mí:

- a) Si
- b) No

54. Si respondió que "sí", este (o estos) adulto(s) es (son) (señale sólo el más importante):

- a) Un hermano mayor o hermana mayor
- b) Un tía o tía
- c) Un abuelo o abuelo
- d) Padrastro o madrastra
- e) Otro pariente
- f) Un(a) vecino(a) o conocido(a)

55. En la escuela hago amistades:

- a) Con mucha dificultad
- b) Con dificultad
- c) Ni fácil ni difícilmente
- d) Con facilidad
- e) Con mucha facilidad

56. Cuando me va mal en mis calificaciones, tengo problemas en casa:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b) Frecuente (del 60% al 80% del tiempo)
- c) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo)
- d) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo)
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f) Nunca

57. Actualmente vivo:

- a) Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b) Con otros parientes
- c) Con amigos o conocidos
- d) Solo (a)
- e) Con mi pareja y/o mis hijos

## ANEXO B

### CADS - Reporte Personal

#### SECCIÓN B

**Instrucciones:** De acuerdo a las frases que se te presentan a continuación, elige la opción que para ti sea la más adecuada. Las opciones son "nunca", "ocasionalmente", "frecuentemente", "siempre". "Nunca" significa que lo que describe la frase nunca ocurre. "Siempre" significa que todas las veces ocurre. Las opciones "ocasionalmente", "frecuentemente" son para respuestas intermedias.

GRUPO "A" - Por favor responde todas las frases:

	nunca	ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
1. Siento deseos de llorar	0	1	2	3
2. Mis padres prestan atención solamente a mi mala conducta	0	1	2	3
3. Mis padres no se dan cuenta o nunca recompensan mi buena conducta	0	1	2	3
4. Mis padres esperan demasiado de mí	0	1	2	3
5. Los ruidos me hacen perder la concentración cuando estoy estudiando	0	1	2	3
6. Me es difícil concentrarme en algo por varios minutos	0	1	2	3
7. Me equivoco en mis decisiones	0	1	2	3
8. Estoy atrasado en mis estudios	0	1	2	3
9. Tengo problemas para concentrarme en una cosa a la vez	0	1	2	3
10. Me enojo y me fastidio con facilidad	0	1	2	3
11. Tengo mala letra	0	1	2	3
12. Pierdo la secuencia cuando estoy leyendo algo	0	1	2	3

GRUPO "B" - Por favor responde todas las frases:

	nunca	ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
1. Por descuido yo cometo errores o tengo problemas prestando atención a detalles	0	1	2	3
2. Tengo problemas para mantener mi atención cuando juego o estoy trabajando	0	1	2	3
3. Tengo problemas para escuchar lo que la gente me dice	0	1	2	3
4. Tengo problemas para terminar mi trabajo escolar u otras tareas	0	1	2	3
5. Tengo problemas organizando mis tareas y	0	1	2	3

actividades				
6. Me disgusta el trabajo escolar o las tareas para la casa cuando hay mucho que pensar	0	1	2	3
7. Pierdo cosas que son necesarias para mis tareas o actividades (Las tareas escolares, lápices, libros, o herramientas)	0	1	2	3
8. Tengo problemas para jugar o entretenerme sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
9. Me distraigo cuando ocurren cosas a mi alrededor	0	1	2	3
10. Soy olvidadizo(a) con respecto a mis actividades cotidianas	0	1	2	3
11. Soy inquieto(a) (con mis manos o pies) o estoy intranquilo(a) en mi asiento	0	1	2	3
12. Dejo mi asiento cuando no se supone que deba hacerlo	0	1	2	3
13. Soy incasable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
14. Estoy haciendo algo	0	1	2	3
15. Hablo demasiado	0	1	2	3
16. Doy respuestas a preguntas que aún no se me han terminado de hacer	0	1	2	3
17. Tengo problemas esperando en la fila o esperando mi turno	0	1	2	3
18. Interrumpo a otros cuando están trabajando o jugando	0	1	2	3

**¡¡MUCHAS GRACIAS!!**