

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Estilos parentales, dinámica familiar y psicopatología
en padres de niños con TDAH

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Nadia Gabriela Villanueva Narváez

TUTOR:

Dr. Julio César Flores Lázaro

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Julio", positioned above a horizontal line.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Nadia Gabriela Villanueva Narváez

Correo electrónico: naleirbag_@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dr. Julio César Flores Lázaro

Correo electrónico:juliodf@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre de los asesores:

Dra. Armida Granados Rojas

Correo electrónico: thegardiro@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

RESUMEN

Antecedentes: Pocos estudios abordan desde una perspectiva ecológica el TDAH. Este trabajo se centra en la descripción del microsistema parental en una población de niños con diagnóstico de TDAH. **Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo es describir los estilos parentales, la dinámica familiar y la psicopatología parental afectadas en los padres de niños con TDAH así como la correlación entre estas dimensiones. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo y correlacional con una muestra conformada de 15 parejas de padres, 15 madres y 15 padres de niños varones entre 7 y 10 años con diagnóstico de TDAH del Hospital Dr. Juan N Navarro. Se utilizaron la Entrevista Estructurada MINI Plus y Mini Kid para evaluar la psicopatología en padres y en el niño respectivamente. Se utilizó la escala ASRS para detectar TDAH y su severidad en los padres. Para evaluar la dinámica familiar se utilizó la escala de E.R.I, para los estilos parentales se utilizó el cuestionario de Prácticas Parentales de Robinson. **Resultados y conclusiones:** Se encontró una correlación significativa entre la psicopatología paterna y dimensiones del estilo autoritario en la muestra total (hostilidad verbal y castigo corporal). Los padres perciben una dinámica familiar con adecuados niveles de unión y expresión así como con escasas dificultades. Sin embargo, se encontró una relación estadísticamente significativa para el puntaje del ASRS y la percepción de dificultades en el grupo de padres en comparación con las madres. De la muestra total en un 70% se presentó psicopatología. En el grupo de madres, se observó mayor frecuencia de Trastornos afectivos y Trastorno de ansiedad generalizada mientras que en grupo de padres se encontró una mayor prevalencia de TDAH

Términos MeSH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, estilos parentales, dinámica familiar.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	MARCO TEORICO.....	5
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	233
4.	JUSTIFICACIÓN	24
5.	HIPÓTESIS	25
6.	OBJETIVOS	255
7.	MATERIAL Y MÉTODO	255
8.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	255
9.	VARIABLES DE ESTUDIO	266
10.	PROCEDIMIENTO:.....	289
11.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	2929
12.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	300
13.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	344
15	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	344
14.	RESULTADOS	344
15.	DISCUSIÓN.....	400
16.	CONCLUSIONES	433
18.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	433
19.	REFERENCIAS	455
20.	ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.

1. TABLA 1.....	8
2. TABLA 2.....	16
3. FIGURA 1.....	22
4. FIGURA 2.....	23
5. TABLA 3.....	26
6. FIGURA 3.....	29
7. TABLA 4.....	29
8. TABLA 5.....	35
9. TABLA 6.....	35
10. TABLA 7.....	36
11. TABLA 8.....	37
12. TABLA 9.....	38
13. TABLA 10.....	38
14. TABLA 11.....	39
15. TABLA 12.....	40

INTRODUCCIÓN

Existen evidencias en la literatura que respaldan que los estilos parentales y la dinámica familiar inadecuados se presentan en padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Las dificultades en el comportamiento de los niños se asocian a estrés parental importante, lo cual genera o contribuye a prácticas parentales maladaptativas que repercuten en la funcionalidad del niño. Particularmente, los niños con TDAH muestran pocas habilidades autoregulatorias que influyen en estilos parentales más severos. La presencia de estilos parentales de crianza inconsistentes y punitivos se asocia con el incremento en la presentación psicopatología comórbida y exacerbación de los síntomas conductuales y de TDAH en el niño, lo cual repercute en la calidad de la relación padres-hijo.

Adicionalmente, un factor negativo complementario es la presencia de psicopatología en uno u ambos padres; las familias con un miembro con TDAH son proclives a tener un funcionamiento precario, con pobre eficacia parental, disfunción marital y a manejar mayores niveles de estrés.

De acuerdo a la teoría transaccional del desarrollo, éste se da no sólo en el individuo, sino en la relación entre el individuo y su contexto. Las experiencias ambientales vistas como la interacción del niño con el cuidador modifican el comportamiento del niño y viceversa, de allí que el ambiente familiar sea fundamental para el desarrollo o la afectación de la salud mental del niño.

Tomando como punto de partida una visión bioecológica, este trabajo busca describir el microsistema inmediato en donde está imbuido el paciente, la familia y dentro de esta los padres, abordando los estilos parentales, la dinámica familiar y la psicopatología paterna

MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno heterogéneo con un complejo de factores genéticos y medioambientales que se expresan en una amplia variedad de manifestaciones: severidad, comorbilidad y el efecto de genotipos y fenotipos¹.

El estudio del TDAH puede organizarse desde diferentes perspectivas y de acuerdo a diferentes objetivos, siendo el diagnóstico, la caracterización clínica y tratamiento de los niños con TDAH lo que comúnmente es motivo de estudio, relegando a un segundo plano la influencia del ambiente¹.

Bronferbreener, planteó la necesidad de situar el desarrollo humano dentro de un contexto: “estudiando las fuerzas que dan forma a los seres humanos en los ambientes reales en los que viven”. Para él, el desarrollo psicológico se definía como los cambios perdurables en los que el ser humano percibe su ambiente y se relaciona con él. Este autor, se refirió al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe en la otra (como las muñecas rusas); en el nivel más interno se encuentra la estructura inmediata en la que está la persona. Así, el desarrollo se da a partir de estas estructuras o microsistemas, teniendo cada uno un rol, en el cual el individuo mantiene relaciones interpersonales y patrones de actividades, por ejemplo, el hogar o la escuela².

En el siguiente nivel, situado más al exterior, está el *mesosistema* que se origina de la relación bidireccional que se mantiene entre dos microsistemas. El *exosistema* constituye todos los entornos en los que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los que se reproducen hechos que lo afectan. El *macrosistema*, se refiere a las correspondencias en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso, exo), que existen al nivel de una subcultura o de la cultura en conjunto con el sistema de creencias o ideología que sustenta a este subsistema. De esta manera, el sistema de creencias, la ideología, la organización política, social y económica en las que se desarrolla una persona moldean los sistemas de menor orden².

En este modelo, también se toma en cuenta que todo fenómeno psicológico se expande a través del tiempo, lo que Bronferbreener denominó “*cronosistema*”. Dentro de éste cronosistema existe el *microtiempo* que se refiere a la continuidad así como a la discontinuidad en los procesos. El *mesot tiempo* se refiere a los procesos que ocurren en intervalos de días o semanas. El *macro tiempo* se refiere a los sucesos cambiantes de una sociedad a través de generaciones².

Bronferbreener nominó al modelo anterior como “*Proceso- Persona-Contexto- Tiempo*”. Define como “proceso” a la relación dinámica del individuo y el contexto a lo largo del tiempo. Los procesos son proximales cuando la interacción se da de manera recíproca entre un organismo biopsicosocial y las personas, los objetos y símbolos de su entorno. La naturaleza de esta interacción es regular e inmediata en periodos de tiempo^{2, 3}.

En 1993, Bronferbreener y Ceci, con el fin de conceptualizar los efectos sinérgicos entre ambiente y genética, propusieron el modelo bioecológico en los que los procesos proximales (dinámica entre individuo y contexto) como mecanismos en que los genotipos se transforman

en fenotipos. Bajo esta visión, específicamente, proponen que la heredabilidad está influenciada por los procesos proximales y la calidad de los ambientes en los que estos ocurren⁴.

Este modelo bioecológico coincide con el paradigma actual de la epigenética, que se basa en la interacción entre los genes y el ambiente durante el desarrollo de un organismo a lo largo de la vida⁵. Se conoce que los mecanismos epigenéticos (el estilo de vida, el comportamiento, experiencias particulares, condiciones medioambientales) modifican la actividad de los genes o su expresión alterando la organización de la cromatina sin modificar el ADN. Los agentes traumáticos, invocan procesos epigenéticos que afectan las trayectorias del desarrollo, en general, de manera perjudicial. El estado epigenético o el epigenoma incorpora complejos mecanismos moleculares que integran esa asociación perdida entre el genotipo y fenotipo que propone Bronferbrener en su modelo⁶.

La interacción de los diversos sistemas nos indica patrones de heredabilidad, de presentación clínico patológica, así como de determinantes relacionales a nivel social, mostrándose como indicadores de pronósticos negativos para el desarrollo del niño⁷.

Tomando en cuenta la perspectiva bioecológica, así como el impacto de la relación del individuo-ambiente sobre el pronóstico, este trabajo buscará describir una aproximación a la caracterización de los padres de los niños con TDAH, la existencia de psicopatología en estos, sus estilos parentales y las cualidades de su dinámica familiar.

Características del tdah y factores asociados.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que puede estar presente a lo largo de toda la vida. Los síntomas y déficits neuropsicológicos asociados en el TDAH son evidentes desde la etapa preescolar y aunque los síntomas pueden declinar en algunos casos, los síntomas y el deterioro asociado pueden persistir hasta la etapa adulta^{8,9}.

Las tasas de prevalencia tanto para niños como para adolescentes varían dependiendo la región, sin embargo, para Estados Unidos se habla de una prevalencia con un rango entre el 3 al 11 %¹⁰, 4.2%-6.3%¹¹ y 5.29%¹². Según el DSM 5 la prevalencia en la mayoría de las culturas es de 5% en niños y en adultos 2.5%.¹³ En un estudio realizado por Caraveo, Colmenares y Romano en el 2003, en niños de 4 a 16 años de la Ciudad de México, la prevalencia fue del 5%¹⁴. La prevalencia global es de de 9 al 13% en niños de 5 a 13 años y de 8.7 % en adolescentes de 13 a 17 años¹².

Acorde al DSM 5, el TDAH tiene una mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino en la población general, con una diferencia por sexo de 2:1 en niños y de 1.6:1 en adultos¹³.

Los síntomas nucleares del TDAH incluyen hiperactividad, impulsividad y la incapacidad para sostener la atención. La inatención se refiere a un estilo de comportamiento que involucra desorganización y falta de persistencia; su impacto varía con las demandas externas de atención; la hiperactividad se refiere principalmente a un exceso de movimiento y la impulsividad se refiere a actuar sin un proceso reflexivo previo. Todos estos síntomas pueden alterar de manera significativa el funcionamiento académico, social y familiar¹³.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), para recibir un diagnóstico formal de TDAH, un individuo debe cumplir por los menos con 6 o más síntomas de inatención o 6 o más síntomas de hiperactividad e impulsividad antes de los 7 años en dos o más contextos. Además caracteriza el TDAH en subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado¹⁵.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), utiliza la categoría de Trastorno hipercinético y requiere que los tres componentes estén presentes, sin llegar a constituir el subtipo combinado del TDAH del DSM IV¹⁶.

El DSM 5, define al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo que produce déficits en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, que a menudo persiste hasta la edad adulta. Los síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años. Añade al diagnóstico especificadores que señalan presentaciones de síntomas, no subtipos: presentación combinada, presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Además, agrega especificadores de severidad asociados al grado de deterioro funcional¹³. En la Tabla 1 se realiza una comparación de los criterios diagnósticos para TDAH según DSM IV-TR, CIE-10 y DSM 5.

Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos para TDAH.

DSM IV-TR	CIE-10	DSM 5
Síntomas de inatención.	Síntomas de inatención	Síntomas de inatención.
A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas	Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores	Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades

DSM IV-TR	CIE-10	DSM 5
escolares, en el trabajo o en otras actividades.	escolares y en otras actividades	(por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.	Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego	Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada)
A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.	A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.	Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
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).	Imposibilidad persistente para completar las tareas escolares asignadas u otras misiones.	Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.	Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos)
A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)	A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido.	Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)
A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).	A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc	Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	Fácilmente se distrae ante estímulos externos.	Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

DSM IV-TR	CIE-10	DSM 5
A menudo es descuidado en las actividades diarias	Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.	Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
Síntomas de hiperactividad	Síntomas de hiperactividad	Síntomas de hiperactividad-impulsividad
A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.	Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.	Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento
A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.	Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.
A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).	A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.	Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social	Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
A menudo habla en exceso.		Con frecuencia habla excesivamente
Síntomas de impulsividad	Síntomas de impulsividad	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
	Con frecuencia hace exclamaciones o responde	Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola)

DSM IV-TR	CIE-10	DSM 5
menudo precipita respuesta antes de haber sido completadas las preguntas	antes de que se le hagan las preguntas completas	
A menudo tiene dificultades para guardar turno.	A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)	A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.	
	Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.	

Fuente; Elaborado por autora a partir de: *13, 15, 16.

Heredabilidad y TDAH.

Existe gran porcentaje de niños con TDAH que tiene padres con rasgos de este trastorno que no cumplen los criterios diagnósticos. En 1999 Rhee, Waldman, Hay, & Levy sugirieron que el origen del TDAH viene de una impronta genómica con un origen epigenético en que sólo ciertos genes activos de la madre o el padre juegan un papel importante en el trastorno, reconociéndose que el TDAH que es un trastorno con patrón de heredabilidad estimado de más de un 75%^{20,21}. Biederman y Faraone en 1997, encontraron que del 25 a 30% de los niños con TDAH tiene al menos un padre con TDAH. Por otra parte, en estudios más recientes se evidenciaron que éstas cifras iban del 25% al 50%²².

Hawi y colaboradores en el 2005, hipotetizaron que debido a que el TDAH es un trastorno que ocurre principalmente en varones, lo esperado es que la transmisión se diera en línea paterna²³. Sin embargo, Goss y colaboradores en el 2007, encontraron que el TDAH es trasmisible también de la madre a varones, aunque la trasmisión es más fuerte de padres a hijos en comparación con las hijas²⁴.

Curso de TDAH en el adulto.

Algunos autores refieren que de los niños diagnosticados en la infancia, el 76% mantiene el trastorno en esta etapa de la vida lo que está relacionado probablemente con la evidencia

sobre la persistencia de los síntomas²⁵. La prevalencia de TDAH en adultos está estimada entre un 2.5 y 4.9 %^{26,27}. En cuanto a la clasificación diagnóstica, en el DSM-IV se indica una nota de codificación para adultos y adolescentes que actualmente presentan síntomas y no cumplen totalmente los criterios, lo cual debe de especificarse como remisión parcial. En el DSM 5 se considera que los mayores de 17 años deben cumplir cinco criterios en al menos una de las áreas de inatención o hiperactividad-impulsividad presentes durante seis meses. Adicionalmente se ha estudiado que el diagnóstico de TDAH en el adulto debe considerar no sólo los criterios del DSM sino otras manifestaciones clínicas. Wender agregó a los criterios de hiperactividad, inatención e impulsividad en el adulto, características asociadas a funciones ejecutivas como alteraciones en la regulación emocional y la planificación-organización²⁸. En estudios realizados por Barkley en el 2008 en adultos, se encontró que esta población tiene con mayor frecuencia dificultades para mantener la concentración en la preparación de clases o trabajos, fallas en la memoria, problemas para iniciar proyectos, distracción fácil por estímulos irrelevantes, dificultades para seguir instrucciones, dificultades para mantenerse despierto o alerta en situaciones aburridas, impaciencia y dificultad marcada para tolerar la espera así como toma de decisiones impulsivas²⁹.

Abordando los subtipos en adultos, Millstein, en 1997 encontró que el subtipo combinado se asoció a tasas más altas de Trastorno oposicionista desafiante, mientras que el Trastorno obsesivo compulsivo y el Trastorno de estrés postraumático se asociaron al subtipo hiperactivo³⁰. Un estudio realizado por Sprafkin y colaboradores en el 2007, encontró que el subtipo combinado se asocia con mayor fuerza a la severidad de los síntomas en el TDAH³¹. Es de relevancia conocer que aproximadamente un 70% de los adultos con TDAH presenta al menos un trastorno comórbido³¹. Los adultos con TDAH presentan mayor riesgo de labilidad emocional, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, fobias específicas, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y sustancias, trastorno bipolar y trastornos de conducta^{30,32}. El TDAH y la comorbilidad psiquiátrica asociada en adultos frecuentemente afectan la calidad de vida y el funcionamiento ya que este tiende a ser deficiente en función de la capacidad intelectual y nivel educativo. Adicionalmente, se observan conflictos en las relaciones familiares, de pareja y sociales. Otras manifestaciones asociadas al funcionamiento psicosocial de los adultos con TDAH son el incremento de accidentes laborales y automovilísticos, conductas delictivas, y el uso y abuso de alcohol y sustancias³². Particularmente Biederman encontró mayor frecuencia de separaciones y divorcios en adultos

con TDAH con respecto a controles sanos, en concordancia con lo descrito por Murphy y Barkley, quienes observaron que esta población presenta comúnmente matrimonios múltiples y problemas maritales^{29, 33}.

En la literatura se ha descrito también, una historia de pobre desempeño educacional y mayor tendencia a ser despedidos de trabajo en adultos con TDAH en comparación con adultos controles. También se ha observado que el adulto con TDAH maneja fuertes sentimientos de incompetencia, inseguridad e ineffectividad^{33, 34}.

En suma, el TDAH repercute de forma negativa en calidad de vida y funcionamiento del individuo a lo largo de su evolución; la regla más que la excepción tanto en el niño como en el adulto es la comorbilidad, por lo en el siguiente apartado se buscan describir las características psicopatológicas de los padres de niños con TDAH haciendo hincapié en los padres que también padecen el trastorno.

Características psicopatológicas en los padres de niños con TDAH.

Acorde a estudios realizados por Mash y Johnston las madres de niños con TDAH tienden a reportar más depresión, autoreproches y aislamiento social, además de una menor búsqueda de atención para sus propios problemas que madres de niños sin TDAH³⁵. Por su parte, Brown y Pacini describieron que los padres de niños con TDAH presentaron más síntomas depresivos que los controles³⁶.

Chronis y colaboradores, exploraron la relación entre los reportes de psicopatología materna y los síntomas conductuales de niños con TDAH, con TDAH comórbido con Trastorno oposicionista desafiante y trastornos de la conducta, obteniendo resultados que indicaban que mientras los niños con TDAH tenían un incremento del riesgo de que la madre o el padre tuvieran TDAH; las madres de los niños con trastornos comórbidos asociados tenían un riesgo incrementado de problemas psicológicos, un aumento de los síntomas de trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, dependencia a estimulantes y cocaína, alcoholismo además de una infancia con TDAH y comportamiento disruptivo³⁷.

Pfiffner, encontró un aumento en la tasas de trastornos de personalidad antisocial en los padres así como depresión en niños con TDAH comórbido con problemas de conducta. También evaluaron la ansiedad parental y las practicas parentales en niños con TDAH, encontrando que la ansiedad materna predecía ansiedad en el niño³⁸.

Burke, midió las interacciones reciprocas entre padres e hijos y examinó la influencia del

comportamiento parental en los trastornos de la conducta (TDAH, Trastorno oposicionista desafiante y Trastorno de la conducta); encontrando que los síntomas de conductas disruptivas ejercen una mayor influencia en las prácticas parentales que lo que el comportamiento parental ejerce en los síntomas³⁹.

De manera particular, Wymbs y colaboradores, estudiaron a padres con diagnóstico de TDAH, el efecto de la comorbilidad tanto de niños como adultos y la interacción de los síntomas padre-hijo en la crianza. Efectuaron un estudio comparativo transversal ciego, en el que se buscó evaluar los efectos comparativos y combinados de niños y padres con TDAH en la parentalidad y la calidad de la relación interparental. Se evaluó también la influencia de conductas oposicionistas. Se encontró que la conducta disruptiva y los síntomas de TDAH interactúan sinérgicamente al incrementar el riesgo de estilos de crianza negativa. También se encontró que existía un riesgo de comunicación interparental negativa en niños con trastornos conductuales. La conducta de los niños interactuó significativamente de manera negativa con los síntomas de inatención de los padres. Los padres con síntomas elevados de inatención fueron reportados por sus parejas con una comunicación más negativa⁴⁰.

En el 2003, Harvey y colaboradores, realizaron un estudio que evaluó la sintomatología de TDAH de los padres y el comportamiento de estos con sus hijos también con diagnóstico de TDAH, encontrando que los síntomas de inatención de los padres e impulsividad se asociaban a un estilo parental laxo, así como a discusiones. Los síntomas de inatención en las madres influían en una relación negativa con sus hijos⁴¹.

La investigación acerca de cómo repercute el TDAH en el adulto en la parentalidad, sus prácticas, el ambiente familiar podría aportar una visión más amplia de las trayectorias de desarrollo hacia una mayor o menor funcionalidad y al desarrollo de comorbilidad en sus descendientes. Las dificultades en la parentalidad en adultos con TDAH pueden ser amplificadas por la alta tendencia de sus descendientes a tener un temperamento difícil y/o a una vulnerabilidad a estímulos ambientales, sin remitirse estas dificultades únicamente TDAH del niño sino también a la comorbilidad que éste presenta³⁵.

Con todo lo anteriormente descrito se tiene un sustento para observar como la psicopatología presentada en los padres del niño con TDAH; el propio TDAH de los padres y su comorbilidad asociada repercuten en los estilos parentales y en la dinámica familiar. En la siguiente sección se hace un abordaje general de los estudios sobre estilos parentales para después particularizar en las características de padres de niños con TDAH.

Estilos parentales y TDAH.

Los estilos parentales se ubican en el microsistema más inmediato del individuo (familiar), por lo que son tema de interés principal en este trabajo. Los estilos parentales son una constelación de actitudes hacia el niño, que le son comunicadas y que crean un clima emocional en el cual los padres expresan sus conductas, ya sea dirigidas a metas en las cuales los padres expresan su deberes (prácticas parentales) y comportamientos no dirigidos a metas, como gestos, cambios en el tono de voz o la espontánea expresión⁴².

La conceptualización de los estilos parentales surgió desde 1960, con Baumrind, que operacionalizó el concepto como una combinación lineal de dimensiones específicas tanto del padre como del niño⁴³. Las dimensiones del niño incluyen: el autocontrol (tendencia a suprimir, redirigir e inhibir el impulso de actuar en situaciones en las que no es apropiado hacerlo); uso- evitación (reacciones al estímulo novedoso, estresantes o excitantes); humor subjetivo (afecto predominante observado en el niño) y autoconfianza (habilidad de manejar sus asuntos en determinadas situaciones independientemente de sus pares así como la afiliación a estos). En las dimensiones de los padres, se encuentran: el control parental (funciones socializadas de padre tales como dirigir el comportamiento del niño a metas, la modificación de su expresión de agresividad y dependencia, así como la manera que el niño internaliza los estándares de los padres); demandas de madurez de los padres (expectativas intelectuales y de comportamiento que se tienen del niño); comunicación parental (medio que utiliza el padre para logra la confianza del niño y que éste le exprese sus sentimientos y opiniones y el cuidado parental (conductas del padre dirigidas a garantizar el bienestar físico y emocional del niño)^{43,44}.

Dos de las dimensiones del comportamiento de los padres que más se han estudiado son el apoyo y el control. El apoyo se considera el grado en que los hijos se sienten aceptados y ser tomados en cuenta por sus padres, el cual ha mostrado una relación positiva con el bienestar de los hijos. El control conductual se refiere a los límites, reglas y regulaciones de las conductas de los hijos que prescriben los padres, el cual asocia con efectos positivos en los hijos y el control psicológico alude a los comportamientos de los padres que interfieren con el desarrollo de la individualidad del hijo(a)⁴⁴.

En base al control ejercido por los padres sobre el niño, Baumrind describió una tipología que divide a los estilos parentales en tres tipos: permisivo, autoritario y autoritativo⁴³.

En el estilo parental permisivo los padres exhiben la tendencia a ser no punitivos, a aceptar y ser consecuentes con los impulsos, deseos y acciones del niño, brindan explicaciones a las reglas familiares y establecen pocas demandas en cuanto a las responsabilidades domésticas. Asimismo, acceden a que el niño regule sus propias actividades, tienden a evitar el ejercicio del control parental y no encaminan al niño a obedecer estándares externos. Con frecuencia usan la manipulación, pero no como manera de poder sino para complacer las metas del niño⁴³. Los padres autoritarios tienden a controlar y evaluar las conductas y actitudes del niño en base a un estándar de conducta usualmente absoluto y formulado por una autoridad de mayor jerarquía. El padre valora la obediencia como una virtud y tiende a ser punitivo, forzando las conductas o creencias del niño a ajustarse con lo que piensa que es la conducta correcta. El estilo autoritario utiliza la restricción de la autonomía, la preservación del orden en base a una estructura tradicional altamente valuada en la que no se fortalece el diálogo⁴³. El estilo autoritativo, por otro lado, busca dirigir las acciones del niño, pero en una forma racional, permite el diálogo, fomenta la autonomía mientras el padre mantiene su propia perspectiva como adulto, pero reconoce los intereses especiales del niño, utiliza la razón y el poder para encausar los objetivos futuros del niño pero basa sus decisiones en los deseos del niño; los padres autoritativos son padres muy demandantes y muy responsivos, ofrecen apoyo emocional, la posibilidad de autonomía y la comunicación bidireccional, lo que permite a los hijos desarrollar competencia instrumental (caracterizada por cooperación con adultos y compañeros), independencia responsable, madurez psicossocial, y éxito académico⁴³. En la Tabla 2 se resumen las principales características de los estilos parentales mencionados anteriormente.

Tabla 2. Características de los estilos parentales

ESTILO PARENTAL	CARACTERÍSTICAS
Autoritario	Control en base a un estándar absoluto de mayor jerarquía. La obediencia es virtud. Restricción de la autonomía, preservación del orden, sin diálogo. Padres que tienden a ser punitivos.
Permisivo	Padres no punitivos, consecuentes con el niño, brindan explicaciones a las reglas familiares, escaso control parental. Uso de la manipulación, pero no como manera de poder sino para complacer las metas del niño.
Autoritativo	Los padres dirigen racionalmente las acciones del niño, permiten el diálogo, fomentan la autonomía, reconocen los intereses especiales del niño. Demandantes y muy responsivos, ofrecen apoyo emocional y comunicación bidireccional.

Fuente: Elaborada por autora. ^{*43}

Aplicando lo anterior al modelo bioecológico sobre el que se estructura este trabajo, también

se observa la repercusión de la cultura en el nivel del macrosistema en los estilos parentales: Darling y Steinberg refieren que los estilos parentales se ven influenciados por el contexto social en el que se desenvuelven las familias, ya que estas se encuentran dentro de un sistema sociocultural que puede influir en los estilos de crianza de los hijos, debido en parte a las creencias prevalecientes sobre la efectividad de ciertas estrategias educativas, o a las metas y expectativas con relación a las interacciones entre padres e hijos. Encontraron que el estilo autoritativo tiene más influencia en el éxito académico en los adolescentes blancos estadounidenses que en el grupo de afroamericanos⁴². El efecto de la cultura también es señalado por Baumrid, ya que demostró que el estilo autoritario se asoció con timidez en niños europeo-americanos, mientras que en las niñas afroamericanas se asoció con asertividad⁴².

Instrumentos para medir estilos parentales.

En 1996, con el objetivo de identificar prácticas parentales específicas en todas las tipologías del modelo propuesto por Baurimd en múltiples culturas, Robinson y colaboradores, crearon un instrumento para medir esta tipología en preescolares y escolares. El Cuestionario de Prácticas parentales de Robinson consiste en 62 reactivos completados para su validez intercultural por participantes de Estados Unidos (181 madres y 98 padres), Australia (191 madres, 107 padres, 198 niños), China (188 madres, 168 padres, 208 niños) y Rusia (207 madres, 169 padres, 220 niños)^{45, 46}.

Estilos parentales predominantes en niños con TDAH.

Las prácticas parentales son consideradas uno de los factores más importantes asociados a problemas conductuales y a su cronicidad⁴⁷.

Las investigaciones de Barkley y Kanigham, encontraron que las madres de niños con TDAH tienen estilos más controladores cargados de criticismo y son menos responsivas con sus hijos, y en un intento por controlar los síntomas de hiperactividad utilizan métodos punitivos (relacionados con niveles de estrés parental), aplicando castigos que se asocian a conductas oposicionistas y agresivas⁴⁸.

Anastopoulos y Guevremont encontraron que existía una relación significativa entre el estilo autoritario parental entre las madres y niños con TDAH, siendo las madres más autocráticas y mostrando menos inclinación a la resolución de problemas⁴⁹. Yusefia y colaboradores, realizaron un estudio comparativo entre madres de niños con TDAH y sus respectivos

controles, encontrando relación causal entre los síntomas de TDAH de los niños y el estrés en las madres lo cual se asociaba a empleo de métodos punitivos para el control de los niños⁵⁰. Moghaddam en el 2013, realizó un estudio comparativo de los estilos parentales utilizados en niños con TDAH y niños sin TDAH de 7 a 12 años encontrando que los padres de los niños con TDAH eran menos permisivos y más autoritarios; confirmando los resultados previos⁵¹. Existen también estudios que consideran la relación entre la psicopatología de los padres y las prácticas parentales en niños con trastornos de la conducta. En un estudio realizado por Kashdan y colaboradores, en el que madres y padres completaron una batería para medir la severidad de los síntomas, la calidad de la relación entre padres e hijos y síntomas de ansiedad y depresión; se encontró que las conductas oposicionistas, más no los síntomas de TDAH, predecían una parentalidad menos positiva, con una calidez deficiente y un pobre involucramiento parental positivo⁵². Se puede destacar, la evidencia existente de los programas de entrenamiento parental tienen efecto positivo en la conducta de niños con TDAH⁵³. Otro factor a tomar en consideración es que los niños con pobres habilidades autoregulatorias como los niños con TDAH, pueden provocar estilos parentales más severos. Los padres de niños con TDAH tienden a utilizar más castigos (verbales y/o corporales), y técnicas más punitivas que otros padres⁵³. Deater-Deckard y Scar encontraron que el estrés parental está asociado a autoritarismo y a un paternaje severo y rígido que se correlaciona con problemas en el comportamiento del niño⁵⁴.

En general la evidencia demuestra que los padres de niños con TDAH tienden a presentar estilos parentales maladaptativos. Observaciones clínicas en familias en donde ambos padres e hijos fueron diagnosticados con TDAH han mostrado dificultades en el paternaje. Los padres reportan con más frecuencia dificultades en la atención sostenida durante la supervisión y monitoreo de los niños, tienden a la procrastinación en funciones parentales como la hora de dormir o del baño, y exhiben problemas en la planeación y el cuidado de funciones instrumentales o de organización como recordarles a los niños sus actividades, planear fechas y tareas. Murray y Joshton en el 2006, al comparar madres con TDAH con controles sanos (controlando que todos los niños tenían TDAH, otras formas de psicopatología materna y trastornos de la conducta), encontraron que las madres eran menos consistentes, monitoreaban menos a sus hijos y tenían menos rutinas familiares. Las madres con TDAH también ofrecieron menos soluciones efectivas para resolver problemas. En los padres con mayor cantidad de síntomas con TDAH se observó más involucramiento parental con

parentalidad autoritaria. En contraste con los padres con menos síntomas de TDAH, que mostraron menos involucramiento pero más estilos autoritarios de disciplina³⁵.

Múltiples estudios coinciden en que los individuos con TDAH han mostrado tener una mayor tendencia a alteraciones en la memoria de trabajo, control inhibitorio y planeación⁵⁵.

En la literatura se menciona que la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la planeación y sus extensiones adaptadas a la vida diaria (gestión del tiempo, organización, autocontrol) son necesarios para un apropiado control parental y una mejor responsividad emocional. La memoria de trabajo en particular, tiene un rol imperativo en la planeación de acciones basadas en el contexto, lo que se puede asociar al desempeño de las madres en el cambio atencional, la memoria de trabajo visoespacial y la atención sostenida³⁵.

En los padres con TDAH, un déficit autoregulación que contribuiría a un adecuado automonitoreo de la propia conducta, puede repercutir en que las prácticas parentales fallen en cubrir las necesidades del niño resultando en deficiencias en el apoyo al niño en determinada tarea o en aumentar la empatía en respuesta a la frustración³⁵

El funcionamiento motivación también es necesario para un control parental óptimo y una respuesta emocional adecuada. Una disminución en la motivación puede derivar en una disciplina sobreactivada, en problemas de jerarquizar y organizar tareas parentales. Un padre que tiene dificultades en establecer límites de tiempo en su mente puede verse en la dificultad del cuidado del niño ante situaciones de peligro³⁵.

En el estudio de Barret y Fleming del 2010, se demostró como los niños se mantienen más interesados en función del propio interés de la madre hacia el bebé en el contexto de múltiples estímulos, lo que sugeriría que el circuito de la recompensa podría jugar un rol crítico en el aspecto de la maternidad⁵⁶. A partir de aquí se especula en como un déficit en la recompensa e incapacidad para la espera de la madre pudieran asociarse a un pobre sensibilidad para la retroalimentación positiva del niño disminuyendo la calidad y la respuesta emocional con éste. Al repercutir el propio funcionamiento ejecutivo en las principales dimensiones de las prácticas parentales como el control y la responsividad, se puede entender desde este punto de vista la tendencia de los padres de niños con TDAH a tener estilos parentales maladaptativos³⁵.

El entendimiento de las maneras en que los padres pueden ayudar a sus hijos a regular tanto emociones como comportamiento, y a facilitar la amistad con pares y el fomentar el desarrollo académico; son críticos para el conocimiento de las maneras en que los niños con TDAH cursan con diferentes trayectorias. Especialmente en los padres de niños con TDAH, cada

etapa del desarrollo representa nuevos retos a sus habilidades de crianza.

Como se ha mencionado, el objetivo de este trabajo es brindar una perspectiva bioecológica, siendo pocos estudios han vinculado la psicopatología del padre y del niño a estilos parentales. De manera similar es escasa la evidencia bajo esta perspectiva, de cómo pudieran interrelacionarse la psicopatología parental y estilos de parentales maladaptativos con alteraciones negativas en la dinámica familiar. A continuación se abordaran particularidades del ambiente familiar donde algunos de los miembros presentan síntomas de TDAH.

Dinámica familiar yTDAH.

La dinámica familiar, como componente del microsistema en el que se desarrolla el niño, impacta en la resolución de dificultades familiares, comunicación roles y control conductual así como la respuesta afectiva y el involucramiento⁵⁷.

Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluyen la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”⁵⁸.

Instrumentos de medición de la dinámica familiar.

Algunos de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para evaluar o medir diferentes aspectos del funcionamiento familiar y del ambiente familiar son: FES "Family Environment Scale" (Escala de Ambiente Familiar) creada por Rudolph Moos (1974) con una confiabilidad de 0.68-0.86; FACES II "Family Adaptation and Cohesion Scale II" (Escala de Adaptación y cohesión) de Olson y colaboradores (1983) con una consistencia interna de 0.78 a 0.90 en los diferentes grupos de aplicación; FAD "Family Assesment Device" (Diseño de medición familiar) de Epstein y colaboradores (1983), con un alfa estandarizada por reactivo de 0.97 y BLOOM (1985) con un alfa de las subescalas que varía de 0.40 a 0.85 ⁵⁸. La escala de relaciones intrafamiliares E.R.I se construyó en base a los instrumentos descritos con anterioridad y consta de 56 reactivos. Evalúa la dinámica familiar en base a tres dimensiones: unión y apoyo, expresión y dificultades. Está dirigida a población adolescente y adulta, sin embargo, existe una versión que facilita la comprensión de los reactivos para población infantil. La dimensión de unión y apoyo mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir

y de apoyarse mutuamente, se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de dificultades se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de expresión mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto⁵⁸.

La dinámica en familias de niños con TDAH.

En la revisión realizada por Joshton y Mash, se evidenció que las familias de niños con TDAH tendían a tener más problemas familiares y disfunción marital, pobre eficacia parental y mayores niveles de estrés particularmente en niños con comorbilidad de trastorno oposicionista desafiante³⁵. La relación entre los padres y los niños con TDAH en general está asociada con más conflictos y se considera más estresante que en las familias de niños que no tienen TDAH. Vivir en una familia con TDAH tiene una influencia en todos sus miembros. Las madres han descrito su rol de cuidadoras como demandante y estresante, tienden a tomar mayor responsabilidad en la crianza, lo que se ha asociado con mayor estrés psicológico. La inconsistencia en la disciplina paterna y su escaso involucramiento se ha asociado con TDAH y con mayor estrés materno⁵⁹.

Se ha descrito la tendencia a que las familias de niños con TDAH se caractericen por problemas en la organización y conflictos familiares presentando los padres en general mayor estrés psicológico, menor sentido de bienestar, y menor funcionamiento familiar favorable en los niños con TDAH⁶⁰.

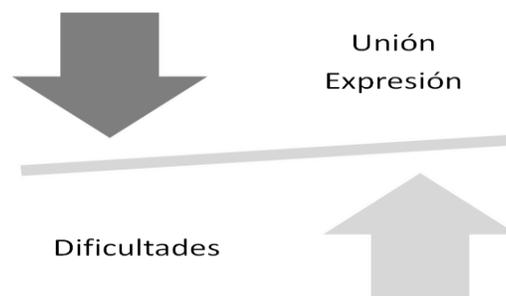
En el estudio realizado por Lindahl se reportó mayor conflicto y menos cohesión en familias con TDAH y Trastorno oposicionista desafiante que en familias control o sólo con TDAH. En ambiente familiar de los niños con TDAH comórbidos con trastornos de la conducta se asocia a altos niveles de conflicto (enojo abiertamente expresado, agresión y conflicto entre los miembros de la familia) así como menor organización (al planear actividades y responsabilidades)⁶¹. Las estrategias de afrontamiento parentales se vuelven maladaptativas, manteniendo o exacerbando las dificultades conductuales⁵⁹.

Por otro lado, se habla de que los problemas en el comportamiento de los niños resultan en pobres habilidades de autorregulación pueden propiciar estrés parental importante y al mismo

tiempo, un comportamiento parental maladaptativo incrementa las alteraciones conductuales y la disfunción en el niño. Las experiencias del medio ambiente traducidas en la interacción con el cuidador modifican el comportamiento del niño y viceversa⁴². Las influencias bidireccionales resultan en cambios en el comportamiento del niño y las interacciones entre éste y sus padres. El paternaje inconsistente e inefectivo se ha relacionado con un incremento en el estrés parental⁶².

En suma, la dinámica en familias que tienen un miembro con TDAH muestra una tendencia a mostrar dificultades, poca cohesión y altos niveles de conflicto, lo cual se exagera sobre todo ante la presencia de comorbilidad en el niño. Existe una dificultad en la literatura para sistematizar la caracterización en la dinámica familiar ya algunos trabajos abordan las dimensiones de cohesión, conflicto y de manera particular estudian el estrés como componente negativo de esta, por lo que en este trabajo se buscará describir la dinámica familiar en función de las dimensiones de unión, expresión y dificultades y si bien estudiarla desde un modelo bioecológico que busque la integración, delimitarla particularmente de los estilos parentales y la psicopatología.

Figura 1. Factores que contribuyen a la dinámica familiar



Fuente: Elaborado por autora *50.

Integración en un Modelo Ecológico.

En el presente trabajo, como se ha mencionado, se busca dar un enfoque bioecológico al TDAH, partiendo desde el ambiente inmediato en el que esta embebido el individuo: su microsistema. Se recopila la evidencia que caracteriza la psicopatología, los estilos parentales utilizados y la dinámica familiar de los padres de niños con TDAH.

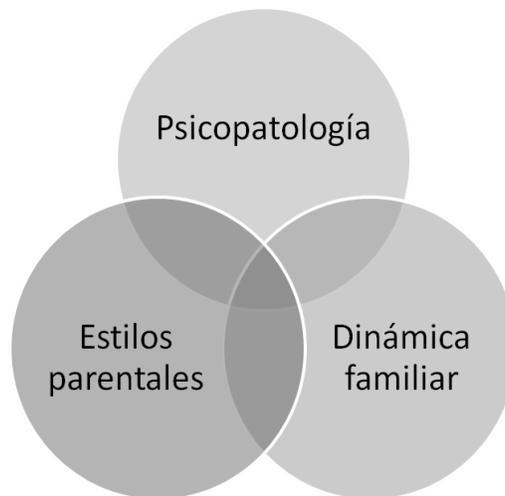
En la literatura se conoce que los padres de niños con TDAH tienden a tener estilos parentales

autoritarios y permisivos, exhibiendo poco control parental y escasa responsividad, si los padres también tienen TDAH el impacto negativo en el niño es mayor⁴⁸⁻⁵¹.

La dinámica familiar es un engrane importante en el microsistema del individuo y simultáneamente un componente de repercusión inmediata en el macrosistema del individuo en desarrollo, por su impacto en el contexto cultural del mismo. La evidencia descrita apunta a que las familias de niños con TDAH exhiben una tendencia al conflicto, sin embargo no se aborda desde las conductas de los padres y el clima emocional que estas crean por lo que este trabajo busca caracterizarlo⁵⁹⁻⁶².

El objetivo principal de este trabajo es que partiendo de una perspectiva bioecológica se describan características de la psicopatología paterna, los estilos parentales y la dinámica familiar así las interacciones entre estas dimensiones (Figura 2).

Figura 2. Interacción entre psicopatología, estilos parentales y la dinámica familiar.



Fuente: Elaborado por la autora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los protocolos de diagnóstico, caracterización clínica y tratamiento de los niños con TDAH, el enfoque es principalmente en el niño y sólo se toma en cuenta la salud mental de los padres, dinámica familiar, y los estilos parentales como información secundaria o como un antecedente posiblemente desvinculado. Los paradigmas actuales de la epigenética en salud mental se enfocan en la caracterización precisa del ambiente (en este caso familiar) en que el paciente

vive y se desarrolla como uno de los componentes importantes en el desarrollo/afectación de la salud mental del niño, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué psicopatología se asocia a los principales estilos parentales y a las características de la dinámica familiar en padres de niños con TDAH?

JUSTIFICACIÓN

La interacción de los diversos sistemas nos indica patrones de heredabilidad, de presentación clínica patológica, así como de determinantes relacionales a nivel interpersonal-social, mostrándose como indicadores de pronósticos negativos para el desarrollo del niño⁷.

Las dimensiones psicopatología parental, dinámica familiar y estilos parentales son extensas y complejas y con fines de estudio se tienden a abordar de forma fragmentada por lo que se busca estudiar la interacción de estas dimensiones desde una perspectiva bioecológica, siendo que en esta se plantea cómo la interacción recíproca de un organismo biopsicosocial con las personas, los objetos y símbolos de su entorno en periodos de tiempo da como resultado la estratificación de distintos sistemas en los cuales funciona. Como se ha mencionado, la dinámica entre el individuo y su contexto inmediato son mecanismos en los que el genotipo se transforma en fenotipo, siendo la heredabilidad influenciada ampliamente por el ambiente⁴.

El presente trabajo es una mirada al microsistema de los padres y busca describir ciertas características de las que existe evidencia que tienen impacto sobre el propio individuo pero que son relegadas a un plano secundario, tales como la psicopatología de los padres los estilos parentales y la dinámica familiar. De este “microsistema parental”, se pueden apreciar cada una de estas características por separado con fines descriptivos, que pueden ser utilizados para posteriormente estudiar su influencia sobre el individuo y viceversa.

Situándonos en la psicopatología paterna, los padres de niños con TDAH tienen un mayor riesgo a presentar psicopatología, y en particular los padres de niños con TDAH y trastornos de la conducta tienen un riesgo incrementado de problemas psicológicos, un aumento de los síntomas de trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, dependencia a estimulantes y cocaína, alcoholismo además de una infancia con TDAH y comportamiento disruptivo³⁶.

Otra arista de interés especial son los estilos parentales, ya que existe evidencia que demuestra que los padres de niños con TDAH tienden a utilizar estilos parentales inadecuados, autoritarios, cargados de criticismo, así como estilos permisivos que se asocian a comorbilidad de TDAH con trastornos de conducta⁴⁹⁻⁵².

En cuanto a la dinámica familiar se ha observado que las familias de niños con TDAH tienden a tener más problemas familiares y disfunción marital, pobre eficacia parental, mayores niveles de estrés y dificultades de organización⁵⁹.

Se requiere primordialmente describir estas características en los padres para posteriormente relacionarlas con la repercusión directa que tienen en el individuo, en este caso al niño con TDAH, siendo necesario identificar los componentes más importantes de estas dimensiones, para que el clínico que atienda al niño con TDAH se enfoque en controlar aspectos específicos.

HIPÓTESIS

H1: La psicopatología, los estilos parentales permisivos y autoritarios, así como una dinámica familiar conflictiva se presentan en padres de niños con TDAH.

H0: La psicopatología, estilos parentales permisivos y autoritarios, así como una dinámica familiar conflictiva no se presentan en padres de niños con TDAH.

OBJETIVOS

General

Describir la psicopatología parental, los estilos parentales y la dinámica familiar en los padres de niños con TDAH así como la correlación entre estas dimensiones.

Específicos

1. Determinar y describir la psicopatología en los padres de niños con TDAH.
2. Describir los tipos de estilos parentales en niños con TDAH.
3. Describir las características de la dinámica familiar donde el niño tiene TDAH.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño. Transversal descriptivo y correlacional

Muestra. La muestra se conformará de 15 parejas de padres, 15 madres y 15 padres de niños varones entre 7 y 10 años con diagnóstico de TDAH. Se obtendrá de los usuarios de los servicios del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro.”

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Padres de niños con las siguientes características:

- Niños varones entre 7 y 10 años

- Con diagnóstico clínico de TDAH (Criterios DSM-V)
- Sin medicación durante los últimos 4 meses
- Que accedan a participar todos en el estudio.

Criterios de exclusión

Padres de niños con las siguientes características:

- Con menor escolaridad a secundaria terminada
- Pacientes con CI limítrofe.

Criterios de eliminación.

- Padres de niños que abandonen el estudio.
- Que no completen las evaluaciones.

Variables de estudio:

Tabla 3. Tipos de variable.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Estilo parental	Constelación de actitudes hacia el niño y que le son comunicadas y que crean un clima emocional en los cuales los padres expresan sus conductas	Autoritario Autoritativo Permisivo	Nominal Independiente	-Envolvimiento -Razonamiento Democrático -Relación de amistad -Hostilidad verbal -Castigo corporal -No razonamiento -Directividad autoritaria -Falta de supervisión -Ignorar mal comportamiento -Carencia de confianza
Dinámica familiar	Interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término	Puntaje obtenido en la escala ERI	Escala Ordinal Continua Independiente	Expresión: puntaje alto, medio, medio bajo y bajo Unión: puntaje alto, medio, medio bajo y bajo Dificultades: puntaje alto, medio, medio bajo y bajo

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
	está cercanamente asociado al de "ambiente familiar" y al de "recursos familiares			
Psicopatología	Presencia síntomas	Trastorno valorado por el MINIPLUS	Independiente Nominal	Resultados o categorías Mini plus
TDAH en el adulto (ASRS)	Trastorno caracterizado por hiperactividad, impulsividad y la incapacidad para sostener la atención que persiste en la vida adulta	ASRS.si y no Leve Moderado Severo	Ordinal Independiente	4 puntos en apartado A de ASRS. Positivo para TDAH 0-16. Poco probabilidad de TDAH equivale a leve en severidad 17-23. Probabilidad media de TDAH, equivale a moderado en funcionalidad 24 o más. Mucha probabilidad de tener TDAH, equivale a severo en funcionalidad.
Edad	Cantidad de años vividos desde el nacimiento	Años cumplidos	Independiente Cuantitativa discreta	0 al infinito
Sexo	Denominación genérica que hace referencia a la cualidad masculino o femenino	Femenino Masculino	Independiente Cualitativa nominal	Femenino =2 Masculino=1
Escolaridad	Cantidad de años cursados y aprobados en algún establecimiento educativo	Escolaridad mayor a 6 años	Independiente Cuantitativa discreta	De 7 al infinito
TDAH en el niño *	Trastorno caracterizado por hiperactividad, impulsividad y la incapacidad para sostener la atención de inicio en la infancia antes de los 7 años	Trastorno del comportamiento perturbador en el MINIKID	Dependiente Dicotómica	Si: 1 No: 0

Nota: *Unica variable dependiente del estudio.

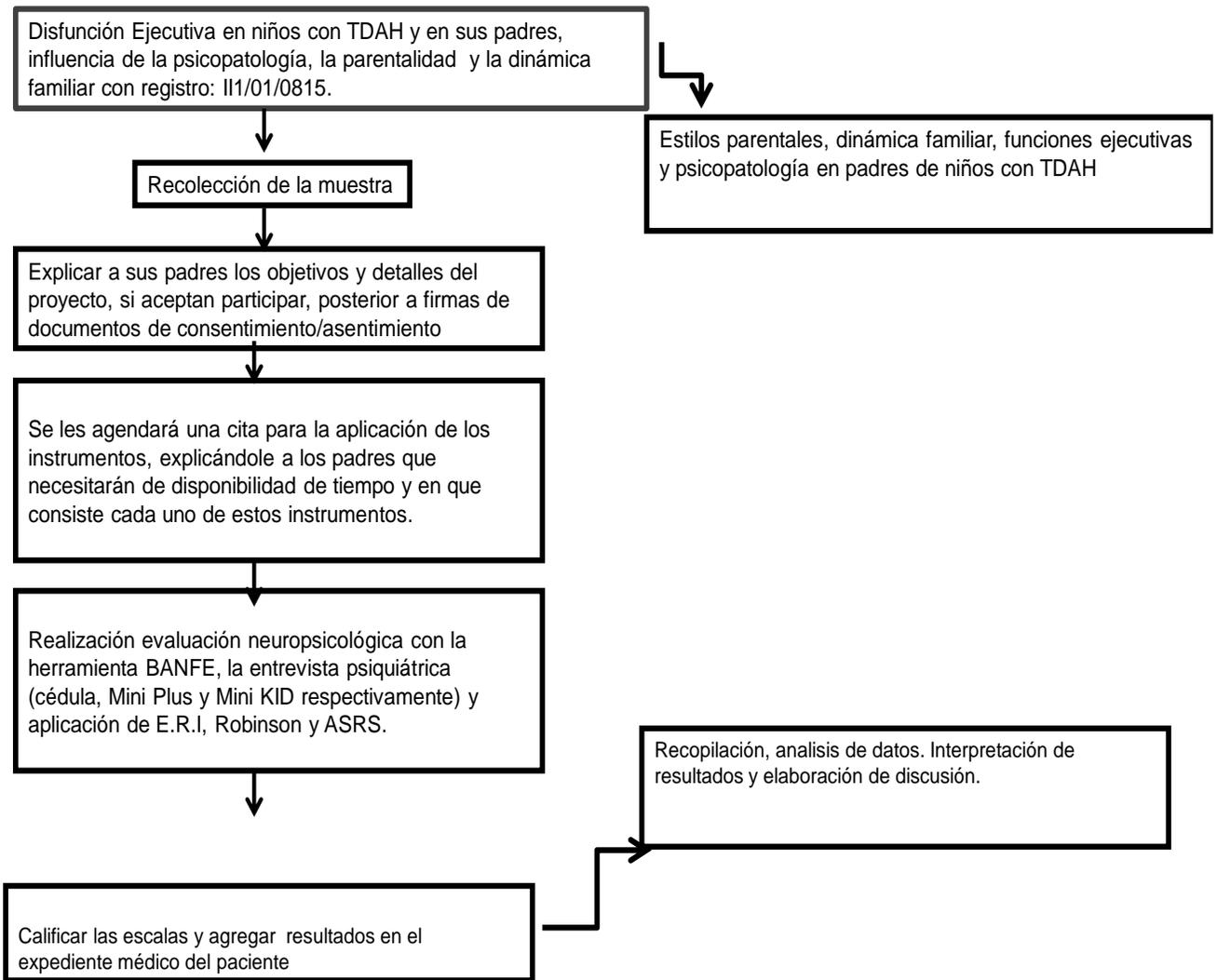
Procedimiento:

Este trabajo se deriva del Proyecto de investigación: Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar con registro: II1/01/0815. Investigador principal. Dr. Julio César Flores Lázaro, aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro (anexo 1). El presente proyecto se denomina “Estilos parentales, dinámica familiar y psicopatología en padres de niños con TDAH” y tiene el registro: II1/01/0815/Ta (anexo 2)

El procedimiento consistió en:

1. Detectar niños con diagnóstico de TDAH en los servicios de admisión y consulta externa; y el cumplimiento de los criterios de inclusión.
2. Explicar a sus padres los objetivos y detalles del proyecto, si aceptan participar, posterior a firmas de documentos de consentimiento/asentimiento (Ver anexo 3)
3. Se les agendó una cita para la aplicación de los instrumentos, explicándole a los padres que necesitarán de disponibilidad de tiempo y en qué consistía cada uno de estos instrumentos, así como que se busca evaluar.
4. Aplicación de la entrevista psiquiátrica (Cédula de datos, Mini Plus y Mini Kid respectivamente) y aplicación de E.R.I, Robinson y ASRS. Este procedimiento llevará para los adultos 90 minutos a 120 minutos (por cada participante). Para los niños una sesión de 50 minutos.
5. Se procedió a calificar las escalas y agregar e interpretar resultados en el expediente médico del paciente. Si se detectó la presencia de psicopatología psiquiátrica en los padres que amerite valoración mediata o inmediata, se les entregó hoja de referencia pertinente.
6. Se agenda nueva cita en un promedio de 4 semanas, para retroalimentación con el equipo que realizó las pruebas.
7. Se recopilarán y se procederán al análisis de datos.
8. Interpretación de resultados y elaboración de discusión y conclusiones.

Figura 3. Procedimiento del estudio.



Cronograma:

Tabla 4. Cronograma de actividades.

FECHA	ACTIVIDAD	PRODUCTO
Abril/2016	Organización	Organización
Mayo-2016- febrero2017	Selección-evaluación de la muestra	16 casos evaluados
Febrero- marzo 2017	Integración de la base de datos	Base de datos con resultados
Abril-mayo 2017	Análisis estadístico y conceptual	Resultados significativos
Mayo 2017-junio 2017	Presentación y entrega de tesis	Entrega tesis.

Instrumentos de medición:

PADRES.

Entrevista neuropsiquiátrica internacional Mini-Plus. Shehaan y colaboradores, 1999 (anexo 4)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. •Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos⁶³.

Cuestionario de prácticas parentales de Robinson. Romero Gaxiola y colaboradores, 2006 (anexo 5).

El Cuestionario de Prácticas Parentales (Parenting Practices Questionnaire), desarrollado por Robinson y colaboradores (1995), utilizó la base teórico-analítica de Baumrind (1967,1972, 1983) sobre los estilos educativos de los padres de niños escolares y preescolares, ya que estaba diseñado para población adolescente. Dicho cuestionario consta de 62 preguntas, derivadas de un cuestionario de 133 preguntas aplicadas a 1,251 padres con hijos en edad preescolar y primaria. Tiene 5 respuestas posibles para cada pregunta: “Siempre, casi siempre, algunas veces, casi, nunca” y se base en las siguientes dimensiones que a su vez integran cada una de las tipologías de los estilos parentales: Envolvimiento, razonamiento, democrático, relación de amistad, hostilidad verbal, castigo corporal no razonamiento, directividad autoritaria, falta de supervisión, ignorar mal comportamiento y carencia de confianza.

Los autores reportaron alfas de Cronbach significativas para las escalas utilizadas, siendo de 0.91 para los 27 reactivos relacionados con la escala autoritativa, 0.86 para las 20 preguntas de la escala autoritaria, y 0.75 para las 15 preguntas de la escala permisiva. Para su validación al español, Romero Gaxiola realizó un estudio en una muestra tomada de dos ciudades del estado de Sonora (México): Hermosillo y Nogales; la primera es la capital del estado y la segunda es fronteriza con Estados Unidos. Para ello, se escogieron dos colonias donde habitaban personas de clase alta, media y baja. Se entrevistó a 60 madres de familia (40 de Hermosillo y 20 de Nogales). El criterio de selección fue que las madres de familia tuvieran hijos entre 6 y 15 años de edad. La edad promedio de estas mujeres fue de 35 años, con una desviación estándar de 6.6; la media del tiempo de convivencia con su pareja fue de 13 años (D.S. = 6.37), y el promedio de edad de los menores seleccionados fue de 9.7 años (D.S. = 2.7). No se requiere un entrenamiento previo para su aplicación, ya que la naturaleza es autoaplicable. El tiempo de realización promedio es de 15 minutos^{45, 46}.

Escala de Relaciones Intrafamiliares, Rivera Heredia y Andrade Palos, 2010 México, idioma original español, ERI (anexo 6).

La Escala de Relaciones Intrafamiliares E.R.I se construyó en base a los siguientes instrumentos: FES "Family Environment Scale" (Escala de Ambiente Familiar), FACES II "Family Adaptation and Cohesion Scale II" (Escala de Adaptación y cohesión); FAD "Family Assessment Device" (Diseño de medición familiar) y BLOOM (1985). El E.R.I consta de 56 reactivos. Evalúa la dinámica familiar en base a tres dimensiones: unión y apoyo, expresión y dificultades. Está dirigida a población adolescente y adultos sin embargo, existe una versión que facilita la comprensión de los reactivos para población infantil⁵⁸.

Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

Validez estadística: mediante análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la ciudad de México⁵⁸.

Validez Clínica: al comparar el ambiente familiar y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre personas que han y que no han intentado suicidarse; cuando hay o no

violencia en la familia; entre diferentes grados del consumo de drogas entre mujeres con y sin cáncer de mama) y con mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo⁵⁸.

Validez concurrente: se han realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes

Esta escala no requiere un entrenamiento previo y su tiempo de administración aproximado es de 15 minutos.

Autorreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta, ASRS (anexo 7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la escala de Autorreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta (ASRS, por sus siglas en inglés: *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist*) con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. La ASRS fue creada en conjunto con la revisión de la Entrevista Compuesta Internacional de Diagnóstico de la OMS. Para desarrollar esta escala se entrevistaron 154 sujetos de 18 a 44 años de edad que participaron en la replicación del escrutinio nacional de comorbilidad. El ASRS es un cuestionario de 18 reactivos que mide síntomas actuales de TDAH en población adulta. Se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada reactivo una puntuación de corte o criterial, a partir de la cual el reactivo es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Este punto de corte se sitúa en el tercer valor (“Algunas veces”) para los reactivos 1, 2, 3, 9, 12, 16 y 18, y en el cuarto valor (“Con frecuencia”) para el resto. Las puntuaciones también pueden ser tratadas como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”). Los 6 primeros reactivos conforman la versión de cribado (ASRS Screening) para la detección rápida de síntomas sugestivos de TDAH en adultos. Los reactivos interrogan sobre la presencia de síntomas durante los 6 meses anteriores a la evaluación. Los 4 primeros reactivos investigan síntomas de inatención y los dos últimos de hiperactividad y se consideran puntuaciones criterio las tres primeras desde “a veces” a “muy frecuentemente”, y las tres últimas desde “con frecuencia” a “muy frecuentemente”. Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto.

De esta versión larga, con base en un análisis de regresión logística, se seleccionaron seis preguntas para formar una versión corta (ASRSVC) con el fin de optimizar la concordancia con la clasificación clínica, lo que generó que el promedio no ponderado de la ASRSVC fuera superior al promedio no ponderado de la ASRSVL en cuanto a: sensibilidad (68.7% vs 56.3%), especificidad (99.5% vs 98.3%), precisión en la clasificación total (97.9% vs 96.2%) y concordancia entre las respuestas dicotomizadas de los síntomas según el ASRS y según las evaluaciones clínicas medidas a través de kappa de Cohen ($k = 0.76$ vs. 0.58). La versión en español por Ramos-Quiroga. En México fue validada por Reyes Zamorano y colaboradores. Se evaluaron 447 estudiantes de licenciatura (287 mujeres, con una media de edad de 23.59 años) de cuatro universidades del Distrito Federal; todos los sujetos contestaron el ASRS y la FASCT obteniendo correlaciones positivas y significativas en ambas escalas ($r = 0.79$) y el índice de acuerdo entre el diagnóstico de ambas escalas fue alto ($k = 0.58$). El tiempo de aplicación estimado es de 5 minutos. No se requiere un adiestramiento del aplicador. Al evaluar 4 puntos en apartado A de ASRS se toman en cuenta como positivo para TDAH. El ASRS también evalúa severidad en base a funcionalidad 0-16 puntos equivale a leve en funcionalidad, 17-23 equivale a moderado en funcionalidad 24 o más, equivale a severo en funcionalidad⁶⁴.

NIÑOS

Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, MINI-KID (anexo 8).

Instrumento estandarizado, consistente en una entrevista estructurada para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10. Está compuesta por 25 módulos identificados por letras, cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica del eje I. Se aplica a los niños a partir de los 6 años. La concordancia Kappa inter-evaluadores es superior a 0.8 para depresión, manía/hipomanía, trastorno por estrés postraumático y esquizofrenia. En la presente investigación la MINI-KID se usará para construir la variable de criterio, de manera categórica. Los datos de validación del instrumento original señalan que, al comparar con los resultados de una entrevista realizada por un psiquiatra, posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75, y un valor predictivo de casos negativos de 0.92. Validada al español por Ferrando y colaboradores, con una confiabilidad inter-

evaluador de 0.9 a 1 y la temporal de 0.6 a 0.75, la validez concurrente con entrevista clínica fue del 0.35 al 0.5. Se requiere un adiestramiento para la aplicación con una duración promedio de 15 a 30 minutos⁶⁵.

Análisis estadístico:

Posterior a la integración de las bases de datos (formato Excell, y SPSS). Se realizarán pruebas estadísticas frecuentes: descriptivas como chi cuadradas.

Descripciones por medidas de tendencia central para datos sociodemográficos y las características estilos parentales, dinámica familiar y psicopatología. Se utilizará la corrección bivariada de Pearson para buscar la asociación entre dimensiones.

Consideraciones éticas:

El proyecto es de riesgo mínimo, según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (artículo 17) DOF: 3 feb 1983 y sus actualizaciones. Ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (anexo 2), cumpliendo todos los requisitos en esta materia. Durante la realización de este estudio se tomarán en cuenta Beneficencia: ante todo se busca el brindar un beneficio a los participantes, por lo que al realizarles las escalas de acorta el tiempo de distancia entre el diagnóstico y un tratamiento adecuado. Por lo que serán canalizados a una institución para que puedan recibir atención la cual sea cercana a domicilio. No maleficencia: En ningún momento será perjudicado paciente alguno, ya que no implica ninguna manipulación que le ponga en riesgo. Autonomía: todos los participantes, así como sus padres son libres de decidir si participan o abandonan el estudio en el momento que lo deseen. Justicia: Todos los interesados pueden ingresar al estudio, siempre y cuando firmen el consentimiento y el asentamiento informado. Fue aprobado por el Comité de Ética en investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” (anexo 9). Así mismo la autora del presente trabajo, realizó el Curso en línea del NIH de EUA, denominado “Protección de los participantes humanos de la investigación” (anexo 10).

RESULTADOS

Descripción de la muestra.

La muestra total fue de 15 parejas de padres (15 madres y 15 padres). La edad promedio de las madres fue de 35.8 años con un rango de 26-46 años, están cuentan con una escolaridad promedio de 12.27 años. Los padres tienen una edad promedio de 40.46 años con un rango

entre 26-52 años y una escolaridad promedio de 12.27 años (Tabla 5).

Tabla 5. Datos sociodemográficos.

SUJETOS	EDAD PROMEDIO	RANGO	ESCOLARIDAD	RANGO
Madres	35.80 (6.91)	26-46	12.27 (2.38)	9-18
Padres	40.47 (9.86)	26-52	12.00 (2.39)	9-16

Nota: N=30 Edad promedio y escolaridad en años.

De la muestra total en un 70% se encontró una prevalencia psicopatología según el MINI PLUS (madres 33.3%, padres 36.7%). En el grupo de mamás un 36.7% presentó un Episodio depresivo mayor, un 20% presentó Distimia, un 30% un Trastorno de ansiedad generalizada, el 33% de las madres presentaron TDAH y 10% un Trastorno por consumo de etanol. En cuanto al grupo de padres, presentaron un Episodio depresivo mayor en 10%, Distimia 3%, Trastorno de ansiedad generaliza (10%), TDAH (23.3%) y un trastorno por etanol (10%). El promedio de número de trastornos en la muestra fue de 1.25 (Tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia de psicopatología en madres y padres.

MINI-PLUS	MADRES	PADRES
Psicopatología	33.7%	36.7%
Episodio depresivo mayor	36.7%	10%
TAG	30%	10%
TDAH- adultos	33%	23.3%
Distimia	20%	3%
Trastorno por abuso de etanol	10%	10%

Nota: Madres N=5. Padres N= 15.

Se describe la muestra por grupos separados: En el grupo de las mamás se encontró que 66.7% presentan psicopatología, de la cual, EDM 53.3%, TAG 40%, Distimia 40%, TDAH-adultos 20% y abuso de alcohol 6%. En el grupo de los papás se encontró que 73.3% presentan psicopatología, de la cual, EDM 20%, TAG 20% y Distimia 6%, TDAH-adultos 46.7% y abuso de alcohol 20%.

Se realizó la prueba de chi cuadrada para identificar la relación entre el número de trastornos mentales que se presentan y la presencia de una determinada patología. También se

analizaron por separado al grupo de padres y al grupo de madres. Tomando en cuenta todo el grupo de padres, se encontró que no existen relaciones estadísticamente significativas. En el grupo de las madres se encontró que la presencia del diagnóstico de Episodio depresivo mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Distimia se correlaciona con un mayor número de trastornos mentales que se presentan. Para el grupo de papá, sólo la presencia del diagnóstico de TDAH fue estadísticamente significativa para la relación (Tabla 7).

Tabla 7. Psicopatología entre el grupo de papás y mamás.

MINI-PLUS	MADRES N=15		PADRES N=15	
	Frecuencia	X ²	Frecuencia	X ²
EDM	53.3%	5.400 *	20%	1.667 sig
TAG	40%	3.726*	20%	0.600 sig
TDAH- adultos	20%	0.067	46.7%	5.84*
Distímico	40%	11.267 *	6%	3.267 sig

Nota: Episodio depresivo mayor; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada. Prueba x2 relación entre el número de patologías que se presentan en total por cada padre y una patología en particular. *p<0.05.

Mediante la escala ASRS, se midió la presencia/ausencia del TDAH en adultos en el grupo de ambos padres. Se obtuvo un puntaje promedio de 23.67 con un amplio margen de desviación estándar de 12.19.

Al realizar la corrección bivariada de Pearson entre los resultados de las escalas ASRS, y la entrevista por medio del MINI; se encuentra que como grupo (n=30) tanto el número de indicadores de TDAH, como el puntaje obtenido de estos indicadores (ASRS) correlacionan con el número de trastornos mentales que se presentan.

El grupo de madres se caracteriza por presentar pocas correlaciones significativas, por ejemplo presenta una correlación marginal entre el número de indicadores de TDAH y el número de trastornos mentales

En el grupo de padres se encontró que tanto el número de indicadores de TDAH, como el puntaje obtenido de estos indicadores (ASRS) correlacionan con el número de trastornos mentales que se presentan (Tabla 8).

Tabla 8. MINI PLUS y severidad de síntomas de TDAH.

AMBOS PADRES	MINI TOTAL
ASRS indicadores	0.604 p= 0.001
ASRS puntaje	0.396 P= 0.037
MADRES	
ASRS indicadores	0.549 p= 0.052
ASRS puntaje	0.210 p= 0.471
PADRES	
ASRS indicadores	0.696 p= 0.006
ASRS puntaje	0.711 p= 0.004

Nota: p= <0.05. MINI Total (número de trastornos mentales que se presentan)

Psicopatología y estilos parentales.

En cuanto a los estilos parentales se encontró una correlación significativa entre el número de trastornos mentales que presentan ambos padres y el castigo corporal del estilo parental autoritario ($p=0.023$ $r^2=12.445$). Se encontró una tendencia marginal entre el número de trastornos mentales presentados en ambos padres y la hostilidad verbal del estilo parental autoritario con una $p=0.065$ y una $r^2=0.36$. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el número de trastornos mentales que se presentan y las dimensiones del estilo parental autoritativo ni permisivo. De igual modo, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el puntaje del ASRS y las dimensiones del estilo parental autoritativo y las dimensiones del estilo parental permisivo de ambos padres.

Cuando se examinó por separado el número de trastornos mentales que se presentan en las madres, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el número de trastornos mentales presentados por la madre y la dimensión de hostilidad verbal del estilo parental autoritario ($p=0.039$, $r^2=0.578$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el número de trastornos mentales presentados por la madre ni las dimensiones de los estilos parentales autoritativos ni permisivos.

Al examinar únicamente a los padres, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el número de trastornos mentales presentados y las dimensiones de los estilos parentales (Tabla 9).

Tabla 9. Número de trastornos mentales y las dimensiones de los estilos parentales.

DIMENSIÓN DE ESTILO PARENTAL	TIPO DE ESTILO PARENTAL	MINI TOTAL	MINI MADRES	MINI PADRES
Envolvimiento	Autoritativo	-	-	-
Razonamiento	Autoritativo	-	-	-
Ser democrático	Autoritativo	-	-	-
Relación de amistad	Autoritativo	-	-	-
Hostilidad verbal	Autoritario	p= 0.065 r²= 0.367	P=0.039 r²= 0.578	-
Castigo corporal	Autoritario	p= 0.023 r²=0.445	-	-
No razonamiento	Autoritario	-	-	-
Directividad autoritaria	Autoritario	-	-	-
Falta de supervisión	Permisivo	-	-	-
Ignorar mal comportamiento	Permisivo	-	-	-
Carencia de confianza	Permisivo.	-	-	-

Nota: La correlación es significativa con un valor de $p < 0.05$

Tabla 10. Correlación entre dimensiones de estilos parentales y ASRS.

ESTILO PARENTAL	ASRS MADRES	ASRS PADRES
Envolvimiento	P=0.835	P=0.221
Razonamiento	P=0.055 r².543	P=0.669
Ser democrático	P= 0.848	P=0.478
Relación de amistad	P=0.746	P=0.553
Hostilidad verbal	P=0.935	P=.298
Castigo corporal	P=0.982	P=0.153
No razonamiento	P=0.382-	P=0 .334
Directividad autoritaria	P=0.511	P=0.270
Falta de supervisión	P=0.109	P=0 .544
Ignorar mal comportamiento	P=0 .899.	P=0.789
Carencia de confianza	P=0.738	P=0.500

Nota: La correlación es significativa con un valor de $p < 0.05$

Dinámica familiar.

En el grupo de las madres se encontró una media de 45.06 en la dimensión de Unión lo que lo ubica en un puntaje Medio Alto según la escala de E.R.I, mientras que en el grupo de padres, en la dimensión de Unión se obtuvo una media de 43.13 puntos lo que corresponde a un puntaje Medio Alto.

En el grupo de madres se obtuvo una media de 69.12 en la dimensión de expresión que ubica al grupo en un puntaje Medio, mientras que se obtuvo una media de 83.73 en el grupo de padres que ubica al grupo con un puntaje Medio Alto.

En el grupo de madres se obtuvo una media de 47.12 en la dimensión de dificultades que ubica al grupo en un puntaje medio bajo, mientras que se obtuvo una media de 47.77 en el grupo de padres que ubica al grupo con un puntaje medio bajo (Tabla 11).

Tabla 11. Promedio de puntajes obtenidos en la escala ERI por grupo.

DIMENSIÓN	GRUPO DE MADRES	GRUPO DE PADRES
Unión	45.06 (Medio alto)	43.13 (Medio alto)
Expresión	69.12 (Medio)	83.73 (Medio alto)
Dificultades	47.12 (Medio bajo)	47.77(Medio bajo)

Al realizar la prueba de Pearson se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de los indicadores de ASRS de ambos padres y la dimensión de dificultades en la dinámica familiar ($p = 0.012$, $r^2=0.460$). Cuando se valoró por separado a las madres no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el puntaje del ARSR y alguna de las dimensiones del ERI, en contraste con los hallazgos encontrados en los padres, ya que se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de indicadores del ASRS de los padres con la dimensión de dificultades en la dinámica familiar ($p=0.04$; $r^2=0.718$). No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el número de trastornos mentales que se presentan en ninguno de los grupos con las dimensiones de la dinámica familiar (Tabla 12).

Tabla 12. Correlación entre los puntajes de ASRS y E.R.I.

DINÁMICA FAMILIAR	AMBOS PADRES	ASRS MADRE	ASRS PADRE
UNION	p= .140 r ² =0.470	p=.424 r ² =-.223	p= 0.750 r ² =.094
EXPRESION	p=0.432 r ² =.152	p=.455 r ² =.209	p=.999 r ² =.000
DIFICULTADES	p=.012 r²=.460	p= .432 r ² =.211	p=0.04; r²=0.718

Nota: La correlación es significativa con un valor de $p < 0.05$

DISCUSIÓN

El presente trabajo elabora una visión del microsistema de los padres y busca describir ciertas características de las que existe evidencia que tienen impacto sobre el propio individuo (en este caso en niño), pero que son relegadas a un plano secundario, tales como los estilos parentales, la dinámica familiar y la psicopatología de los padres¹

Coincidiendo con lo descrito en la literatura en que al menos un 25 a 50 % de los niños con TDAH tiene un padre con TDAH²²; en esta muestra se encontró una prevalencia de TDAH de un 20% en el grupo de las madres y de 46.7% en el grupo de los padres. Se observó una correlación significativa en la corrección bivariada entre la psicopatología total de los padres con el puntaje del ASRS, es decir, a mayor psicopatología mayor severidad síntomas de TDAH en los padres, en contraste con una correlación marginal en el grupo de madres. Connor y colaboradores encontraron hallazgos similares en niños con TDAH, en los cuales a mayor severidad de síntomas de TDAH presentaban mayor psicopatología ansiosa depresiva y síntomas externalizados⁶⁶.

Los padres de niños con TDAH muestran una alta prevalencia de psicopatología asociada, encontrándose en este estudio un 70% de psicopatología en la muestra total. Las madres de niños con TDAH tienden a presentar trastornos depresivos y de ansiedad con mayor frecuencia^{35, 36, 37}. En particular en esta muestra, el grupo de mamás mostró mayor prevalencia para Episodio depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada y Distimia. En los padres se encontró una prevalencia menor para estos trastornos. Según lo descrito en algunos estudios, la mayor prevalencia de patología internalizada en las madres se puede asociar que, las madres exhiben mayor estrés parental en esta población y que éste predice el desarrollo de depresión en comparación con los padres⁵³. También se ha descrito que las madres de niños con TDAH tienden a tomar mayor responsabilidad en la crianza, lo que se ha asociado

con mayor estrés psicológico. La inconsistencia en la disciplina paterna y su escaso involucramiento se ha asociado con TDAH y con mayor estrés materno cual puede repercutir directamente en el desarrollo de trastornos afectivos y de ansiedad en el grupo de madres⁵³.

Otras consecuencias observadas en el niño de niveles altos de depresión materna se han asociado con reportes negativos del estilo parental así como problemas conductuales⁶⁷

De manera coherente con lo reportado en la literatura, se encontró correlación significativa entre el número de trastornos mentales que presentan ambos padres y el castigo corporal del estilo parental autoritario así como una tendencia marginal entre el número de trastornos mentales presentados en ambos padres y la hostilidad verbal también del estilo parental autoritativo, lo que demuestra la influencia negativa de la psicopatología combinada de ambos padres sobre el estilo parental observándose mayor correlación en el grupo de madres lo que puede atribuirse a como ya se había referido anteriormente, a que las madres tienden a estar más involucradas en los aspectos de la crianza del niño.

La población con TDAH muestra de manera prominente un amplio rango de trastornos comórbidos del eje I, como trastornos de ansiedad (40%-60%)⁶⁸; trastornos por sustancias (41%-67%)⁶⁹, así como depresión (24%-60%)⁷⁰. Los hallazgos obtenidos en la muestra total comprueban lo que han revelado otros estudios⁴⁵ La mayor parte de lo reportado en la literatura se centra en la asociación entre los síntomas del TDAH en el niño y los estilos parentales, delegando en forma secundaria la correlación de los síntomas de TDAH de los padres y el tipo de estilos parentales asociados. Adicionalmente y según lo descrito en la literatura, tener padres con TDAH tiene consecuencias negativas. En estudios de Murray y Joshton, las madres con TDAH mostraron ser menos consistentes, que monitoreaban menos a sus hijos y tenían menos rutinas familiares. Las madres con TDAH también ofrecieron menos soluciones efectivas para resolver problemas. En los padres con mayor cantidad de síntomas con TDAH se observó más involucramiento parental con parentalidad autoritaria³⁵. A pesar de lo anterior, en este estudio, en particular, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes del ASRS y los estilos parentales autoritarios y permisivos como se hubiera esperado, únicamente una correlación marginal entre el puntaje del ASRS y la dimensión de razonamiento del estilo parental autoritativo de las madres y en este sentido aunque se ha descrito que la interacción entre el TDAH paterno y las características del niño tienden a interactuar de manera que impiden el desarrollo óptimo del niño, también se conocen maneras en como el TDAH paterno puede atenuar o impedir el desarrollo de problemas en el niño con

estilos parentales más adaptativos, por ejemplo que los padres con TDAH tiene una mayor sincronía con el ritmo de actividades del niño con TDAH, aunque no se ha descrito la severidad del TDAH paterno y si recibían tratamiento³⁵.

De forma adicional, los síntomas de TDAH en los padres se asocian con dificultades en la supervisión dimensión incluida en el estilo parental permisivo y la impulsividad parental con estilos parentales autoritarios, aunque éste última dimensión no se estudió en este trabajo⁵².

Por otro lado, la escala ERI reveló que la percepción de la dimensión de Unión, tendió en nuestra muestra a mostrar puntajes estadificados en Medio alto, lo que se traduce una mayor percepción del un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

Por su parte, la dimensión de expresión, que mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto, se caracterizó en el grupo de madres por mostrar un puntaje medio, en contraste con los padres un puntaje medio alto, lo que se traduce en que la percepción de la expresión tiende a ser más positiva en los padres que en las madres.

La dimensión de dificultades en la dinámica familiar, se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles, es decir el grado de percepción del conflicto, obteniéndose puntajes medio bajos tanto en el grupo de padres como en el de madres, lo que habla de una percepción del conflicto tendiente a ser positiva.

En general podría decirse, que los padres de esta muestra, tienden a tener una percepción positiva de la dinámica familiar, lo cual contrasta con lo que se ha encontrado en la literatura ⁵¹⁻⁵⁴; aunque se se encontró la peculiaridad de una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de los indicadores de ASRS de ambos padres y la dimensión de dificultades en la dinámica familiar; cuando se examinaron los grupos por separado, se encontró que eran los padres los que presentaban esta correlación, lo cual coincide con lo reportado en la literatura, por ejemplo en el 2002, investigaciones conducidas por Biederman, Farone y Monuteaux encontraron que los adultos diagnosticados con TDAH reportan una cohesión familiar reducida y un conflicto incrementado comparados con padres sin TDAH. Estas asociaciones fueron significativas inclusive cuando se contralaron otras formas de psicopatología parental, el estatus socioeconómico y el estatus de TDAH del niño⁷¹.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una correlación significativa entre la psicopatología paterna y dimensiones del estilo autoritario en la muestra total (hostilidad verbal y castigo corporal) observándose una tendencia a este tipo de estilo parental en el grupo de madres, no en padres.
2. Ambos padres perciben una dinámica familiar con adecuados niveles de unión y expresión así como con escasas dificultades. Sin embargo se encontró una relación estadísticamente significativa para el puntaje del ASRS y la percepción de dificultades en el grupo de padres en comparación con las madres.
3. De la muestra total en un 70% se encontró una prevalencia psicopatología según el MINI PLUS (madres 33.3%, padres 36.7%). En el grupo de mamás un 36.7% presentó un Episodio depresivo mayor, un 20% presentó Distimia, un 30% un Trastorno de ansiedad generalizada, el 33% de las madres presentaron TDAH y 10% un Trastorno por consumo de etanol.
4. En cuanto al grupo de padres, presentaron un Episodio depresivo mayor en 10%, Distimia 3%, Trastorno de ansiedad generaliza (10%), TDAH (23.3%) y un trastorno por etanol (10%). El promedio de número de trastornos en la muestra fue de 1.25.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Dentro de las principales limitaciones de este trabajo fue principalmente el tamaño de muestra lo cual puede asociarse con la poca correlación entre las variables estudiadas. Se encontraron dificultades para la pesquisa de los pacientes con los criterios de inclusión necesarios observándose poca participación de los padres para la realización de la pruebas. Otra limitante importancia fue el tiempo que se requirió para la aplicación de las pruebas en cada uno de los participantes (con un promedio aproximado de dos horas aproximadamente) lo que limitó algunas familias continuaran en el seguimiento.
2. Una limitación fue la realización en población únicamente clínica sin contar con un grupo control, desconociéndose si los hallazgos se encontrarían en población sana.
3. Otras limitantes importantes fueron las escalas de autoreporte utilizadas, como inconsistencias en algunos reactivos del Cuestionario de prácticas parentales
4. Este trabajo se limitó a describir el microsistema parental, sin tomar en cuenta la correlación con síntomas de TDAH y comorbilidad que se han descrito en la literatura con influencia importante en los estilos parentales y la dinámica familiar, por lo que valdría la pena

la realización de estudios que tomaran en cuenta también la interacción de estas dimensiones del niño y de los padres.

Un aspecto importante y que no se evaluó fue la interacción de los síntomas del niño con TDAH sobre los estilos parentales y la dinámica familiar por lo que se sugiere que estudios ulteriores tomen en cuenta este aspecto del que existe importante sustento en la literatura.

Es recomendable realizar estudios longitudinales para evaluar el curso del impacto de psicopatología, la dinámica familiar y los estilos parentales, realizando intervenciones pertinentes en cada uno de estos niveles.

Existen estudios en los que se ha encontrado un efecto positivo con programas de entrenamiento parental tanto en funciones ejecutivos como en las prácticas parentales por lo que se propone que se realicen intervenciones desde un programa que promueva estilos parentales responsivos y adaptativos para este tipo de población, la búsqueda sistemática de psicopatología en los padres incidiendo a un nivel en el microsistema más directo del individuo repercutiendo en forma positiva en su pronóstico³⁶.

REFERENCIAS

1. Archer T, Oscar Berman M. Epigenetics in Developmental Disorder: ADHD and Endophenotypes. *Journal of Genetic Syndromes & Gene Therapy*. 2011;2(1):1-33.
2. Gifre M, Guitart M. Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronferbrenner. *Contextos Educativos Revista de Educación*. 2012;0(15):79.
3. Bronferbrenner U, Ceci S. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev*. 1994 Oct;101(4):568-86.
4. Bronferbrenner U. Ecological Models of Human Development. *Internacional Enciclopedia of education*. Oxford, 1993; (3) 37-43
5. González-Pardo H, Pérez Álvarez M. Epigenetics and its implications for Psychology *Psicothema* 2013,(25);3-12
6. Boyce W, Kobor M. Development and the epigenome: the 'synapse' of gene-environment interplay. *Developmental Science*. 2014;18(1):1-23.
7. Barkley, R. A., DuPaul, G. J., McMurray, M. B. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consulting and Clinical Psychology* (1990) 58, 775-789
8. Daley D. Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*. 2006;32(2):193-204.
9. Geissler J, Lesch K. A lifetime of attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic challenges, treatment and neurobiological mechanisms. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2011;11(10):1467-1484.
10. Barkley R, Biederman J. Toward a Broader Definition of the Age-of-Onset Criterion for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(9):1204-1210.
11. Mash E. J. Barkley, R. *Child psychopathology*. New York (2)
12. Rohde L. Is There a Need to Reformulate Attention Deficit Hyperactivity Disorder Criteria in Future Nosologic Classifications? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008;17(2):405-420.
13. Psychiatric Association A. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1st ed. Editorial Médica Panamericana.

14. Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2002;44(6):492-498.
15. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona (2002), Masson.
16. CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. 1st ed. Madrid (1999), Meditor
17. Lahey B, Pelham W, Loney J, Lee S, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD From Preschool Through Elementary School. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(8):896.
18. Barkley R. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997;121(1):65-94
19. Nigg J, Willcutt E, Doyle A, Sonuga-Barke E. Causal Heterogeneity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Do We Need Neuropsychologically Impaired Subtypes?. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1224-1230.
20. Rhee S, Waldman I, Hay D, Levy F. Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(1):24-41.
21. Freitag C, Rohde L, Lempp T, Romanos M. Phenotypic and measurement influences on heritability estimates in childhood ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;19(3):311-323.
22. Faraone S, Biederman J. Do Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Major Depression Share Familial Risk Factors?. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. 1997;185(9):533-541.
23. Hawi Z, Segurado R, Conroy J, Sheehan K, Lowe N, Kirley A et al. Preferential Transmission of Paternal Alleles at Risk Genes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Human Genetics*. 2005;77(6):958-965.
24. Goos L, Ezzatian P, Schachar R. Parent-of-origin effects in attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*. 2007;149(1-3):
25. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10 year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*. 2010; 117:299-304.

26. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942–948.
27. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;194: 204–211.
28. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;931:1
29. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. New York, NY: Guilford Press; 2008.
30. Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, (1997). 2, 159-166.
31. Sprafkin, J., Gadow, K. D., Weiss, M. D., Schneider, J., & Nolan, E. E. Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *Journal of Attention Disorders* (2007)11:114-124.
32. Garcia CR, Bau CH, Silva KL, Callegari-Jacques SM, Salgado CA, Fischer AG, et al. The burdened life of adults with ADHD: Impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry*. 2012;27:309-13.
33. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T. E., Norman, D., Lapey, K. A., et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1993. 150, 1792-1798.
34. Ortiz S, Medrano A, Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; 2016:1-14
35. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child and Fam Psychol Rev* 2001;4:183–207.
36. Brown R, Pacini J. Perceived Family Functioning, Marital Status, and Depression in Parents of Boys with Attention Deficit Disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 1989;22(9):581-587.
37. Chronis AM, Lahey BB, Pelhem WE, Kipp HL, Baumann BL. Psychopathology and

- substance abuse in parents of young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 42:1424–1432.
38. Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Judice S Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psycho* 2005; 33:551–563
 39. Burke JD, Pardini DA, Loeber. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:679–692
 40. Wymbs Bryan, Wymbs Bryan, Dawson. Child ADHD and ODD Behavior Interacts with Parent ADHD Symptoms to Worsen Parenting and Interparental Communication. *J Abnorm Child Psychol* ,43,107–11 DOI 10.1007/s10802-014-9887-4
 41. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord*. 2003 Sep;7(1):31-42.
 42. Darling, N. Steinberg, L. Parenting style as a context: an integrative model. *Psychol Buletin*, 1993; 113, 487-496.
 43. Baumrind, D. Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gunn, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.): *The encyclopedia of adolescence 1991*; (pp.746-758).
 44. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of pre-school behavior. 1st ed.
 45. Olivas Salido L C, Gaxiola Romero J, Cuamba Osorio N, Franco Betanzos J D, Frías Armenta M, Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2006; 11:115-128.
 46. Robinson C, Mandleco B, Olsen S, Hart C. Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Practices: Development of a New Measure. *Psychological Reports*. 1995;77(3):819-830.
 47. Conger RD et al. A family process model of economic Hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Dev* 1992; 63(3): 526-541.
 48. Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., Smallish, L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study, *J Ame Academy of Child and Adolesc Psych*, 1979; 29, 546-557.
 49. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among

- families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 1992 Oct; 2005): 503-520.
50. Yousefia SH, Soltani Far A, Abdolahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 2011; 30: 1666 – 1671.
 51. Moghaddam et al. The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2013; 4 : 45–49
 52. Kashdan TB, Jacob RG, Pellhem WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD et al. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol* (2004)33:169–181
 53. Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development* (2005) 14,117–132.
 54. Deater-Deckard, K., & Scarr, S. Parenting stress among dual learner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology* (1998), 10, 45–59.
 55. Castellanos F, Sonuga-Barke E, Milham M, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences.* 2006;10(3):117-123.
 56. Barrett J, Fleming A. Annual Research Review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2010;52(4):368-397.
 57. Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *J Fam Therapy*, 2000; 22, 168-189
 58. Heredia M., Andrade P. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) (2010). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29
 59. Peters, K., Jackson, D. Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Advan Nursing*, 2009; 65, 62-71.
 60. Patterson, Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., Ramsey, E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Ame Psychologist*, 1989; 44, 190–205

61. Lindahl KM: Family process variables and children's disruptive behavior problems. *J Family Psychol* 12: 420–436, 1998. 49
62. Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development* (2005) 14,117–132.
63. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
64. Reyes-Zamorano, García-Vargas, Palacios-Cruz Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud *Revista de Investigación Clínica* 2013 ; (63) :30-38
65. Zúñiga UNM Trastornos psiquiátricos usando el Mini-Kid en una muestra clínica de niños y adolescentes con y sin autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. Tesis de subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. UNAM. (2014). México, Ciudad de México.
66. Connor DF¹, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Feb;42(2):193-200
67. Chi, T.C. & Hinshaw, S.P. Mother–Child Relationships of Children with ADHD: The Role of Maternal Depressive Symptoms and Depression-Related Distortions *J Abnorm Child Psychol* (2002) 30: 387
- 68.80. Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine*. 2012; 42, 875-887.
69. Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*.2009;54, 673-683.
70. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. Comorbid psychiatric disorders in adults with ADHD. *ADHD Rep*.2007; 15(2), 1-7.
71. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring.

Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences.
2002; 32:817–827.

ANEXOS

ANEXO 1. Aprobación por el Comité de Investigación del HPIJNN, para el proyecto general.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"



México D.F. a 11 Febrero 2016

Asunto: Aprobación

Oficio: 053

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presente:

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación de inicio titulado *"Heredabilidad y epigenética de la disfunción ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención"* con clave de registro **III/01/0815**, y que por sugerencia de este comité cambia su título a *"Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar"*, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.

ANEXO 2. Aprobación por el Comité de Investigación del HPIJNN, para el proyecto derivado.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/962/1216
Asunto: Registro de tesis derivada
México, D.F., a 5 Diciembre de 2016

Dr. Julio César Flores Lázaro
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: Disfunción ejecutiva en niños y en sus padres; influencia en psicopatología, parentalidad y dinámica familiar
No. de registro: **II1/01/0815**
Aprobación CI: 10 Febrero 2016

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Relación entre los estilos parentales, la dinámica familiar y la psicopatología; con la comorbilidad de niños con TDAH**
No. Registro: **II1/01/0815/Ta**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesis de: **Nadia Villanueva Narváez**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

ANEXO 3. Consentimiento informado.

Consentimiento informado

Proyecto: *Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar.* Registro: II1701/0815.

Como padres, han sido invitados a participar en un proyecto de investigación registrado y aprobado en el Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; para conocer si su hijo con TDAH presenta dificultades en “funciones ejecutivas (capacidades que permiten la organización, la regulación y el control cognitivo y de la conducta). Debido a que se ha encontrado alta carga de herencia padres-hijos en el TDAH. Esta misma evaluación se realizará a usted y su esposo(a), con el fin de determinar si presentan alguna disfunción ejecutiva, se conozca cual es; y junto con una evaluación sobre su estilo de ser madre/padre (educar-formar a sus hijos), y algunas características de su salud mental, y de su ambiente familiar; permita conocer la forma en que estas características influyen en la conducta y el desempeño cognitivo de su hijo. Su participación en este proyecto no tendrá ningún costo monetario.

Procedimiento. Se les aplicará tanto a ustedes como a su hijo, una batería de pruebas de funciones ejecutivas (BANFE), una prueba breve de inteligencia (Shipley-B), y cuestionarios breves de: estilos parentales (Robinson), relaciones intrafamiliares (E.R.I.), auto-reporte de síntomas de TDAH (A.S.R.S.), y de impulsividad (Plutchick). Así como una entrevista psiquiátrica (M.I.N.I.). Todo este procedimiento tomará aproximadamente dos horas. Se realizarán por especialistas, que podrán asesorarlo durante el proceso de la evaluación por si usted tiene dudas o inquietudes que le surjan de las preguntas o las pruebas que se le apliquen.

En el caso en que durante el proceso de evaluación presentarán molestias, incomodidad, o dudas, los profesionales que los estarán evaluando están capacitados para atenderlas de forma inmediata.

Al finalizar el estudio, (en un lapso no mayor a 4 semanas), los resultados estarán disponibles en el expediente clínico de su hijo. Esta información estará disponible en el expediente de su hijo, y los especialistas que lo atienden podrán contar con un conocimiento más específico de la problemática de su hijo. Si se encontrarán características clínicas en alguno o ambos padres, se notificará al profesional tratante para que se les oriente y se les dirija hacia el tratamiento más adecuado.

En cualquier etapa del proceso de la evaluación, o posteriormente en cualquier momento ustedes tienen derecho a solicitar aclaraciones de sus dudas, le solicitamos se dirijan al responsable del proyecto: Dr. Julio César Flores Lázaro (tel: 5544498019, correo electrónico: julionp@gmail.com), o a la psicóloga Eliana Medrano (tel: 5523076416) quienes resolverán sus dudas, en caso de que por alguna circunstancia decidan retirarse del estudio, ellos le proporcionarán un formato por escrito. Los datos que hasta el momento se hayan obtenido de cualquier participante de su familia, serán eliminados. Esta situación no tendrá ningún efecto negativo en el tratamiento que actualmente se ofrece en el hospital.

Si llegará a tener mayores dudas o quejas de la atención recibida o de los procedimientos, podrá dirigirse con la Psic. Cynthia Esperón Vargas (tel. 5535562179) quien es la secretaria del Comité de Ética en Investigación.

Si ustedes aceptan participar en el estudio, aceptan que la información obtenida sea resguardada en una base de datos por el investigador responsable. La identidad personal (nombres y apellidos) será reemplazada por un código de números y letras, de esta forma se garantizará la privacidad de sus datos. La información obtenida de las evaluaciones se utilizará para la redacción de artículos científicos que permitan una mejoría en el conocimiento de la problemática familiar y parental en el trastorno por déficit de atención.

Hemos leído las condiciones del estudio: *Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar*; y se nos han aclarado las dudas respectivas.

Aceptamos como padres participar en el proyecto, y autorizamos también la participación de nuestro hijo.

Nombre y firma:

Madre: _____

Padre: _____

Fecha: _____

Testigo 1

Nombre y firma: _____ Fecha: _____

Testigo 2

Nombre y firma: _____ Fecha: _____

ANEXO 4. Asentimiento informado.

Asentimiento informado

Proyecto: *Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar.*

Has sido invitado (junto con tus padres) a participar en un proyecto de investigación registrado y aprobado en el Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; para conocer si presentas dificultades en “funciones ejecutivas” (capacidades que permiten la organización, la regulación y el control cognitivo y conductual). Con el objetivo de conocer cómo estas dificultades influyen en tu conducta y en tu desempeño cognitivo. También tus papás serán incluidos en el estudio, ya que se ha encontrado importante influencia de los padres en las funciones ejecutivas de sus hijos.

Se te aplicará una batería de pruebas de funciones ejecutivas (BANFE), una prueba breve de inteligencia (Shipley-B); y contestarás un par de cuestionarios uno sobre la forma en que tus padres te educan y se relacionan contigo (escala de percepción de control parental de niños), y otro para saber cómo es tu ambiente familiar (escalas de relaciones intrafamiliares E.R.I.). Todo este procedimiento tomará aproximadamente una hora. Estos procedimientos se realizarán por especialistas, que podrán asesorarte durante el proceso de la evaluación por si tienes dudas o inquietudes que te surjan de las preguntas o las pruebas que se le apliquen. Podrás expresar tus dudas a la Psicóloga. Eliana Medrano Nava, o al Doctor. Julio César Flores Lázaro.

En el caso en que durante el proceso de evaluación presentarás dudas, molestias, incomodidad o inquietud; los profesionales que te estarán evaluando están capacitados para atenderlas de forma inmediata.

Al finalizar el estudio, (en un lapso no mayor a 4 semanas), los resultados estarán disponibles en tu expediente clínico. Esta información estará disponible para los especialistas que te atienden en el hospital.

En cualquier etapa del proceso de la evaluación, o posteriormente en cualquier momento tienes derecho a retirarte del estudio, simplemente con comunicárselo a tus padres. Los datos que hasta el momento se hayan obtenido de cualquier participante de su familia, serán eliminados. Esta situación no tendrá ningún efecto en el tratamiento que actualmente se te ofrece en el hospital.

Si aceptas participar en el estudio, la información obtenida sea resguardada en una base de datos por el investigador responsable. La identidad personal (nombres y apellidos) será reemplazada por un código de números y letras, de esta forma se garantizará la privacidad de sus datos. La información obtenida de las evaluaciones se utilizará para la redacción de artículos científicos que permitan una mejoría en el conocimiento de la problemática en el trastorno por déficit de atención.

Acepto participar en el proyecto: *Disfunción Ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar.* He leído las condiciones del estudio, y se me han aclarado las dudas respectivas.

Nombre y firma:

Testigo:

Fecha: _____

ANEXO 4. MINI PLUS.

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weill-Engerer, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto

University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Anexo 5. Cuestionario de prácticas parentales de Robinson.

Cuestionario de prácticas parentales de Robinson. (Romero Gaxiola et al., 2006).

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Motivo a mi hijo(a) a hablar de sus problemas.					
2. Disciplino a mi hijo(a) por medio del castigo más que usando la razón					
3. Conozco los nombres de los amigos de mi hijo(a).					
4. Encuentro difícil disciplinar a mi hijo(a).					
5. Felicito a mi hijo(a) cuando se porta bien.					
6. Nalgueo a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
7. Juego y bromeo con mi hijo(a).					
8. Evito ofender o criticar a mi hijo(a) cuando actúa contrario a mis deseos.					
9. Muestro simpatía cuando mi hijo(a) se encuentra herido(a) o frustrado(a).					
10. Castigo a mi hijo(a) quitándole privilegios con poca o ninguna explicación.					
11. Consiento a mi hijo(a).					
12. Brindo confianza y entendimiento cuando mi hijo(a) se encuentra triste.					
13. Grito y rezongo cuando mi hijo(a) se porta mal.					
14. Me porto tranquila y relajada con mi hijo(a).					
15. Permito que mi hijo(a) moleste a otro.					
16. Le explico a mi hijo(a) lo que espero de él(ella) antes de que inicie una actividad.					
17. Ofendo y crítico para que mi hijo(a) mejore.					
18. Muestro paciencia con mi hijo(a).					
19. Jalo con fuerza a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
20. Amenazo con castigar a mi hijo(a) y no lo cumplo.					
21. Estoy atenta(o) a los deseos y necesidades de mi hijo(a).					
22. Permito a mi hijo(a) establecer las reglas de la familia.					
23. Discuto con mi hijo(a)					
24. Tengo confianza de mis habilidades para educar a mi hijo(a).					
25. Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas que deben ser obedecidas.					
26. Me preocupo más de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mis hijos.					
27. Le digo a mi hijo(a) que aprecio sus logros o sus intentos de lograr algo.					
28. Castigo a mi hijo(a) llevándolo(a) a un lugar aislado con poca o ninguna explicación.					
29. Ayudo a mi hijo(a) a entender el impacto de la conducta motivándolo (a) a que hable acerca de las consecuencias de sus propias acciones.					
30. Temo que disciplinar a mi hijo(a) cuando se porte mal provocará que no me quiera.					

31. Tomo en cuenta los deseos de mi hijo(a) antes de pedirle que haga algo.					
32. Exploto en enojo con mi hijo(a).					
33. Me doy cuenta de los problemas y preocupaciones que tiene mi hijo(a) en la escuela.					
34. Antes castigaba más frecuentemente a mi hijo(a) que ahora.					
35. Le expreso afecto a mi hijo(a) con abrazos, besos o al cargarlo(a).					
36. Ignoro la mala conducta de mi hijo(a).					
37. Empleo el castigo físico como una manera de disciplinar a mi hijo(a).					
38. Disciplino a mi hijo(a) después de que se porta mal.					
39. Pido perdón a mi hijo(a) cuando comento errores al educarlo(a).					
40. Le digo a mi hijo(a) que es lo que tiene que hacer.					
41. Me dirijo hacia mi hijo(a) cuando causa algún problema.					
42. Hablo y razono con mi hijo(a) cuando se porta mal.					
43. Doy una cacheteada a mi hijo(a) cuando se porta mal.					
44. No estoy de acuerdo con mi hijo(a).					
45. Permito que mi hijo(a) interrumpa a otros.					
46. Tengo tiempos agradables junto a mi hijo(a)					
47. Cuando dos niños se están peleando, primero los disciplino y después les pregunto por qué lo hicieron.					
48. Animo a mi hijo(a) a que libremente exprese lo que siente cuando no está de acuerdo conmigo.					
49. Premio a mi hijo(a) para que reconozca lo que hace bien.					
50. Ofendo y critico a mi hijo(a) cuando no hace bien lo que tiene que hacer.					
51. Respeto las opiniones de mi hijo(a) al ayudarlo a que las exprese.					
52. Mantengo reglas claras y estrictas a mi hijo(a).					
53. Le explico a mi hijo(a) como me siento con su buena o mala conducta					
54. Amenazo a mi hijo(a) con castigarlo(a) con poca o ninguna justificación					
55. Tomo en cuenta las preferencias de mi hijo(a) al hacer los planes familiares.					
56 Cuando mi hijo(a) me pregunta por qué tiene que hacer algo, le contesto que porque yo lo digo, o porque soy su mamá y porque así lo quiero.					
57. Me muestro insegura (o) sobre qué hacer ante la mala conducta de mi hijo.					
58. Explico a mi hijo(a) las consecuencias de su mala conducta.					
59. Demando que mi hijo(a) haga cosas.					
60. Cambio la mala conducta de mi hijo(a) hacia actividades más aceptables.					
61. Jalo a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
62. Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas.					

ANEXO 6. ERI.

ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecua a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 58 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1

EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
53	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Peleanos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

ANEXO 7 Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
<p>Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.</p>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
SECCIÓN A					
7. Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?					
10. Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					
SECCIÓN B					

ANEXO 8. MINI KID

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

ANEXO 9. Aprobación por el Comité de Ética en Investigación del HPIJNN, para el proyecto general.



Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 06 de abril de 2016.

Oficio Núm. 15

Dr. Julio César Flores Lázaro.
Responsable de proyecto.
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que derivado de la última revisión realizada a los documentos de Consentimiento y Asentimiento pertenecientes al proyecto de investigación titulado "Disfunción ejecutiva en niños con TDAH y en sus padres, influencia de la psicopatología, la parentalidad y la dinámica familiar" con número de registro 111/01/0815, se decidió aprobarlos ya que cumplen con los criterios normativos en materia de Ética en Investigación para ser utilizados en su proyecto.

Asimismo lo exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en el cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas del estudio.

Atentamente.

Psic. Cynthia Esperón Vargas.
Secretaría del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

ANEXO 10. Certificado Curso NIH.

