



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta



Estilos de crianza empleados en niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de
Atención e Hiperactividad

TESIS

PRESENTA

Viridiana Guadalupe De Jesus Avelino

NÚMERO DE CUENTA

1524809

ASESOR

Dra. En Psic. Brenda Mendoza González

Toluca, México, septiembre 2020

Contenido

Resumen	5
Abstract	6
Presentación	7
Introducción	8
Planteamiento del problema	11
Capítulo I: Familia y Crianza	14
1.1 Familia como núcleo de la sociedad	14
1.3 Funciones de la Familia	16
1.4 Tipología Familiar	17
1.4.1 Familia Solidaria	19
1.5. Crianza en las familias: Definición de Crianza	23
1.6. Participación de los padres en la Crianza	23
1.7. Características de la Crianza	25
1.8. Crianza: Tipología	27
1.8.1 Autoritativo	29
1.8.2. Autoritario	30
1.8.2. Crianza Positiva	31
1.9. Consecuencias de una crianza poco efectiva	32
Capítulo 2	35

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y crianza.....	35
2.1. Nomenclatura, Definición y Características.....	35
2.2. Comorbilidades del TDAH.	36
2.3. Indicadores del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	38
2.4. Etiología del TDAH.	40
2.5. Evaluación y diagnóstico de TDAH	41
2.6. SUBTIPOS DE TDAH.	44
2.7. La vida en familia con un niño con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	45
2.8. La familia ante un diagnóstico de TDAH de un hijo	48
2.9 Dificultades en la crianza del niño TDAH.	51
2.10. Escuela, TDAH y familia.....	53
2.11. Variables moduladoras.....	55
2.11.1. Características de los niños con TDAH.	55
2.11.2 Características de los padres de hijos con TDAH.....	57
2.12. Estrés ocasionado por la crianza del niño con TDAH.....	57
2.13. Psicopatología parental y su Influencia.	60
2.14. Estilos de crianza de los padres de niños con TDAH.	63
Capitulo III. Método	65
3.1 Objetivo General y Específicos.....	65

3.2 Tipo de Estudio:	65
3.3 Variables Del Estudio:	66
3.4 Participantes	66
3.5. Instrumento	67
3.6 Procedimiento.	67
3.7. Tipo De Diseño:	67
3.8. Procesamiento y análisis estadísticos de datos.	¡Error! Marcador no definido.
Capitulo IV. Resultados	69
4.1. Incidencia	69
4.2. Tipología de los padres de familia	¡Error! Marcador no definido.
Figura 1. Porcentaje de los padres, identificados por su estilo de crianza..	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.	74
Discusiones.	75
Sugerencias	76
Referencias	79

Resumen

La organización mundial de la salud estima que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad afecta a un millón y medio de niñas y niños menores de 14 años en México, dicho trastorno es más común en niños que en niñas en una proporción de seis varones por una mujer. El objetivo del presente estudio es conocer el estilo de crianza que son más utilizados por los padres de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) por sus siglas. Este proyecto fue una investigación de tipo cuantitativo, con un estudio descriptivo y el diseño de la investigación es de tipo transversal. El estudio contó con la participación de padres de niños diagnosticados con (TDAH), los padres fueron de un rango de edad de 21 a 52 años sin importar su sexo, los participantes son padres de niños con edad de 6 a 12 años, de educación primaria en el sector público. Se informó a los participantes que su participación era voluntaria y la información recolectada fue utilizada únicamente con fines académicos y de manera confidencial con base a los objetivos del proyecto. Los padres respondieron al cuestionario de prácticas parentales el cual mide las prácticas de crianza de los padres de acuerdo con la clasificación de Robinson. El instrumento está formado por 62 reactivos, organizados en dos subescalas: padres autoritativos y padres autoritarios. La aplicación del cuestionario se realizó de forma grupal, tuvo una duración de 40 min y se realizó en una sola sesión, se llevó a cabo en un salón de usos. Para identificar los diferentes estilos de crianza que utilizan los padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se desarrolló un análisis multivariado denominado análisis de conglomerados k de medias. Las conclusiones del estudio permitieron responder a la pregunta de investigación, así como cumplir con los objetivos planeados, se discutirán los resultados con base en la evidencia documentada en este trabajo.

Palabras claves¹: crianza, padres de familia, trastorno por déficit de atención.

¹ Obtenidas de Tesouro de iredie

Abstract.

The world health organization estimates that attention deficit hyperactivity disorder affects one and a half million girls and boys under the age of 14 in Mexico, this disorder is more common in boys than in girls in a proportion of six males for a female. The objective of this study is to know the parenting style that is most used by parents of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) for its acronym. This project was a quantitative research, with a descriptive study and the research design is cross-sectional. The study had the participation parents of children diagnosed with (ADHD), the parents were of an age range of 21 to 52 years regardless of their sex, the participants are parents of children with the age of 6 to 12 years, of primary education in the public sector of the municipality of Metepec, State of Mexico. Participants were informed that their participation was voluntary and the information collected was used solely for academic purposes and confidentially based on the objectives of the project. Parents responded to the parenting practices questionnaire, which measures parenting practices according to Robinson's classification. The instrument is made up of 62 items, organized into two subscales: authoritative parents and authoritarian parents. The application of the questionnaire was carried out in a group way, it was carried out in a utility room. different parenting styles used by parents of children with attention deficit and hyperactivity disorder, a multivariate analysis called cluster analysis k of media was developed. The conclusions of the study allowed answering the research question, as well as meeting the planned objectives, the results will be discussed based on the evidence documented in this work

Keywords: parenting, parents, attention deficit disorder.

Presentación.

Se ofrece como marco teórico dos capítulos, en el primer capítulo, analiza una serie de antecedentes teóricos con la finalidad de explicar que es la familia y crianza, continuando con las especificaciones e implicaciones de una familia como lo son sus funciones y tipología, por otro lado se define el concepto de crianza sus características y tipología dentro de esta se destacan 2 que son: un estilo de crianza autoritativa y autoritaria, de igual manera se analiza la participación que tienen los padres en la crianza resaltando la crianza positiva y las consecuencias de una crianza poco afectiva

El segundo capítulo se enfoca en el concepto de trastorno de hiperactividad, teniendo en cuenta los antecedentes, las características, nomenclatura, las comorbilidades del TDAH, la evaluación y diagnóstico del TDAH así como también los indicadores y la etología del mismo, además de los síntomas más relevantes que derivan en subtipos. Por otro lado se define el rol que tiene la familia en la vida de los niños/as con TDAH de igual manera se explica el proceso por el cual pasa la familia ante el diagnóstico de TDAH y sus dificultades, por otro lado se conoce las implicaciones que tiene la escuela y la familia en la vida de los niños con TDAH, así mismo se habla de las características de los niños y los padres, el estrés ocasionado para estos últimos así como también su psicopatología e influencia, finalizando con los estilos de crianza que tienen los padres con niños con TDAH.

El tercer capítulo, detalla la metodología que se llevo a cabo para desarrollar esta investigación (objetivos, planteamiento del problema, tipo de investigación, tipo de diseño y estudio, definición de las variables del estudio, instrumento utilizado y el procedimiento para la obtención de datos, así como el procesamiento estadístico utilizado)

En el cuarto capítulo se describen los resultados obtenidos, las conclusiones y las discusiones de los hallazgos de esta investigación al contrastarlos con otras investigaciones científicas de otros países .

Finalmente se ofrece una lista de referencias citadas en texto, usando formato para citar de la American Psychological Association (APA)

Introducción.

El Artículo 43, dice que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, que permitan su desarrollo tanto físico como mental. Por otra parte, el artículo 46 determina que los niños tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia.

Cuando las niñas y niños son aún pequeños, la violencia principalmente toma la forma del maltrato por parte de sus padres, cuidadores y otras figuras de autoridad; pero a medida que los niños y niñas crecen, la violencia se presenta en otros entornos, muchas veces la violencia contra los niños y niñas se justifica como si fuera algo normal o necesario al verse como un método de disciplina, pero lo que no se ve son las graves consecuencias que ésta tiene en sus vidas, ya que además de socavar su autoestima también incide en su desarrollo. El hogar ocupa el tercer lugar donde los niños están expuestos a la violencia, 1 de cada 15 niños y niñas han recibido alguna forma de castigo severo como método de disciplina (jalones de orejas, bofetadas, manotazos, golpes fuertes) y 7 de cada 10 niños y niñas fueron víctimas de agresión en su casa, siendo las niñas las más afectadas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF., 2017).

Las prácticas de crianza fundamentadas en la expresión negativa de afectos y en la utilización de castigos continuos, características de los estilos educativos autoritarios, se han asociado con un inadecuado desarrollo personal y social de los hijos (Buehler y Gerard, 2002), de manera que los padres, con elevados niveles de expresiones negativas o de rechazo hacia sus hijos principalmente derivado del comportamiento de los niños, se relaciona con hijos que tienen baja cooperación social y un alto nivel de agresividad, así como comportamientos violentos o antisociales (Pichardo, Justicia y Fernández., 2009).

Se dice que el castigo corporal es impulsivo (Holden, Miller y Harris., 1999) En familias autoritarias son más frecuentes los castigos corporales y la disciplina se muestra, más restrictiva y punitiva, y los efectos inmediatos son la supresión o disminución de comportamientos indeseables, para lo cual se acude necesariamente al dolor físico.

Estudios evidencian que la disciplina agresiva es el mejor predictor paterno de la hiperactividad, incluso cuando se controlan los problemas de conducta. (Woodward, Taylor Y Dowdney., 1998) de igual manera se evidencia una significativa relación entre el estilo parental autoritario y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el que la madre presenta niveles elevados de estrés mostrándose más crítica, controladora y autoritaria, con menor inclinación a resolver problemas (Goldstein, Harvey y Friedman., 2007).

En un estudio reciente se evidenció que tener un hijo con problemas de conducta predice el 57% de la variancia del estrés parental (Solem, Christophersen y Martinussen, 2011). Las mayores fuentes de estrés que experimentan las madres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son la permanencia de la condición (cronicidad), la desaprobación familiar, escolar y social que genera la conducta disfuncional de sus hijos y, en algunos casos, el insuficiente apoyo profesional (Dabrowska y Pisula, 2010).

Lo anterior está en concordancia con los patrones de interacción entre las madres y sus hijos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad descritos por la literatura científica, caracterizados por madres que responden menos a las interacciones iniciadas por sus hijos, con un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva, controladora y con menos estrategias de parentalidad positiva; además de menor afectuosidad y con un estilo educativo más negligente (García e Ibáñez, 2007).

Investigaciones antecedentes al presente estudio como el de (Hurt, Hoza y Pelham, 2007). Sitúa al afecto como factor protector y al autoritarismo como factor de riesgo,

o los resultados obtenidos por (Goldstein, Harvey y Friedman, 2007), que señala a los padres de niños hiperactivos como menos afectuosos, más ,controladores o negligentes que los de otros niños.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es Conocer el estilo de crianza que son más utilizados por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Planteamiento del problema.

La tesis se enmarca en la licenciatura de Educación cuyo objetivo es la formación de profesionales que tiene como tareas primordiales comprender y construir alternativas a las dificultades educativas, y participar en las acciones y prácticas institucionales de funcionamiento y cambio del proceso educativo. Una de las problemáticas encaminadas a ser estudiadas por licenciados en educación es la dificultad inherente a las dos instituciones educativas y socializadoras por excelencia: la familia y la escuela, por lo que los resultados educativos de los niños son un producto de la interacción entre los recursos dedicados por la familia a la educación de los hijos con los recursos proporcionados por la escuela. (Coleman 1987).

Uno de sus objetivos principales de la licenciatura es el desarrollar en el estudiante aptitudes, habilidades y destrezas que les permitan comunicar en forma oral y escrita los resultados de investigación, mismas que verán fortalecidas en la presente tesis, así como las competencias profesionales enmarcadas en el perfil de egreso. El Licenciado en Educación contará con las habilidades, que le permitan comprender los diferentes elementos que componen y explican lo educativo; así como la compleja dinámica de las instituciones educativas, con relación a su devenir y su contexto amplio de lo social.

La problematización del estudio implica conocer lo que se ha investigado hasta ahora acerca del objeto de estudio, que en este caso son los estilos de crianza en niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, lo anterior, permitirá justificar sí el objetivo del estudio, es pertinente al brindar información a la línea de investigación de estilos de crianza específicamente con niños con diagnóstico, por lo que a continuación se describirán algunos de los estudios publicados.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se identifica en la etapa infantil, por lo que el diagnóstico es más frecuente en la edad escolar (Cáceres y Herrero, 2011). En los últimos años la demanda más frecuente en las consultas de salud mental infanto-juvenil es el llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA). Se estima que la prevalencia pediátrica en 2008 fue de un 5 a un 8% existiendo un pico en la edad escolar (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2008). Incluso en algunas Comunidades Autónomas es habitual que los niños remitidos a salud mental ya hayan iniciado tratamientos farmacológicos desde pediatría y atención primaria, neuropsiquiatría o bien otros servicios psiquiátricos (Galindo, Robles, Jaimes, Cervera, Montiel 2008).

Una de las problemáticas a la que se enfrentan los padres con niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es que pasa a tener una existencia objetiva que limita la capacidad de los padres para acompañar en el desarrollo de sus hijos y exigiéndoles un alto rendimiento y buen comportamiento. El problema con respecto a la crianza de niños con dicho diagnóstico, es que los padres delegan su autoridad al médico, y creen que su responsabilidad respecto a la crianza finaliza al medicarlos (Cristóforo, 2012).

En algunos estudios realizados en Chile cuyo objetivo es describir la crianza de niños o niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se ha identificado que la relación con sus padres, se caracteriza principalmente por ser relaciones conflictivas, probablemente porque estos son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños (Roselló, García Tárraga y Mulas, 2003).

Un estudio llevado cabo en New York por (Goldstein, Harvey y Friedman, 2007) con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños que no exhibían ningún tipo de conducta problema. Los investigadores encontraron mayores niveles de agresividad y

restricción en familias de niños preescolares con hiperactividad que en las familias de niños no hiperactivos (Stormon-Spurgin y Zentall, 1995)

En Nigeria, se investigó la correlación entre el estilo de crianza de los hijos y el trastorno de hiperactividad por déficit de atención en adolescentes, los resultados señalan que los padres parecen ser agresivos, hostiles, no responden, ofrecen un mal clima emocional y pasan menos tiempo con sus hijos los cuales parecen mostrar poca atención, impulsividad e hiperactividad (Adimora, Nwokenna, Omeje y Umeano 2015).

Por otro lado, existen numerosos estudios, se ha estimado la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en distintas poblaciones obteniendo tasas diversas, por ejemplo: 4,7% en niños de 6 a 11 años en España (Cardó, Servera, Llobera 2007); 10,15% en niños de 3 a 13 años de edad, de Maracaibo, Venezuela (Montiel, Peña, Montie, 2003); 16,1% en niños de entre 4 y 17 años de edad de Manizales, Colombia y un 18% en niños entre 6 a 11 años en Medellín (Cavallo y Simón, 2002).

En población general han referido un intervalo entre un 2 y 30% (DuPaul y Power, 1998), y entre un 4 y 17% (Buitelaar, 1996).

Con respecto a lo expuesto a lo anterior el propósito del trabajo es conocer ¿cuál es el estilo de crianza más utilizados por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

Capítulo I: Familia y Crianza.

1.1 Familia como núcleo de la sociedad.

La formación de menores dentro del núcleo familiar es uno de los factores que más influyen en el desarrollo humano, debido a que son los primeros años de vida cuando el individuo va adquiriendo conductas de comportamiento (Flaquer, 1998). Por ello resulta importante que los valores sean inculcados desde temprana edad y durante el desarrollo del menor, de esta manera tendrá un impacto positivo dentro de la sociedad (Ortega y Mínguez, 2004).

El ser humano aprende a relacionarse desde pequeño dentro una familia, es el lugar donde aprenden la manera en cómo interactuar con los demás, su personalidad se ira formando de acuerdo a la manera de pensar, valores y hábitos que tengas los padres, estos conocimientos le servirán para desenvolverse en un contexto sociocultural (Suárez y Vélez. 2018).

Una característica bastante peculiar que tiene la familia es la relación que mantiene con los factores culturales y biológicos, ya que esta relación suele ser bastante compleja y de una constante interacción (Musitu, Román y Gracia 1988).

Hay factores que forman los vínculos sociales, la familia se forma de manera natural con el fin de perpetuar la especie, psicológicamente los padres se ven involucrados y ligados a satisfacer las necesidades del infante, socialmente les proporciona las herramientas para necesarias para vivir dentro de una comunidad, económicamente los padres tienden a satisfacer las necesidades materiales de sus hijos (Escalante y López , 2002).

Si se examina la historia de las sociedades, es notorio que las familias y sus funciones han ido cambiando con el tiempo y de una cultura a otra, en algunas sociedades la familia tiende a perder algunas funciones básicas, esto dependerá de cómo las partes involucradas se vayan especializando y haciendo evidente una

diferenciación, esto vale para el sistema familiar como la socialización de una nueva generación (Maccoby y Martín,1983).

los padres en la actualidad se preocupan por proporcionarles a sus hijos una identidad, donde no solo destaquen sus características biológicas sino que también características psicosociales, como lo son los valores personales, costumbres, tradiciones y un sentido de pertenencia, los progenitores saben que los niños dependerán de ellos en su totalidad, al menos dentro de los primeros años de vida de este, así que procuran protegerlo y brindarle los cuidados necesarios hasta que paulatinamente sea una persona autónoma e independiente, dictan normas sociales y de convivencia (Escalante y López , 2002).

1.2 Definición de Familia

La definición tradicional que se tiene de familia hace referencia exclusivamente a los lazos sanguíneos en una mutua interacción. El comportamiento de cada individuo está conectado al modo dinámico que se dé entre los miembros de la familia y como este se ve reflejado en un ámbito social donde el núcleo familiar es el primer entorno donde se transmiten y mantienen las ideas de un modo de vida de acuerdo a su cultura (Plata 2003).

La familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos de acuerdo al contexto en el que se encuentren los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo es el conjunto invisible de las maneras funcionales en las que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia y en la que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento. (Minuchin 1982)

La familia actúa como un mediador entre el ambiente y sus hijos, pues la familia es quien facilita al menor el vivir a diario en una sociedad y generar nuevos conocimientos (Mestre, Samper, Tur, y Díez, 2001)

1.3 Funciones de la Familia

Los diferentes roles que desempeñan los padres y madres en la actualidad, influyen de manera determinante en el tipo de crianza que se practica, hoy en día, los padres pueden desempeñar las funciones maternas y paternas y viceversa cambiando de manera significativa los roles y el contexto familiar. La relación con el desempeño escolar del niño y la crianza también se ha visto modificados, los padres ahora suelen brindarles más apoyo emocional a los menores (Barudy, 2009).

Así mismo la educación se debe entender como la manera en la que interactúa la familia con el ambiente y el entorno social, y la manera en la que esta le ayuda desarrollar habilidades cognitivas y su personalidad, pues cuando el ser humano nace no cuenta con los patrones de conducta necesarios para convivir en sociedad es por ello que la cultura en la que se encuentre inmerso y la manera en la que interactúe con la familia influirá de manera significativa (Luengo, 2004).

Las funciones de la familia van en dos direcciones, la interna y la externa. La interna hace referencia a la protección psicosocial, y la externa transmisión de una cultura las cuales dan las pautas para determinar la manera del cómo, cuándo y con quien relacionarse (Cibanal, 2009).

La familia debería ser el núcleo donde el individuo pueda satisfacer sus necesidades básicas ya sea de protección, educación, afectividad, alimentación, descanso y protección, de igual manera la familia deberá garantizar estabilidad emocional social y económica (Sanches, 2011).

De igual manera (Sanches, 2011) distingue seis funciones básicas que debe cumplir la familia.

- Biológica, la familia deberá procrea.

- Educativa y socializadora. Se dice que una persona esta socializado cuando es capaz de adaptarse a la sociedad con las reglas, valores y normas establecidas en su cultura. La cultura es transmitida de generación en generación, es la manera en la que el ser humano va adquiriendo conocimientos específicos, que le permiten desarrollar sus habilidades necesarias para la supervivencia.
- Economía, esta función está satisfecha cuando se cubren las necesidades de vivienda, salud, alimentación, vestimenta y cuidados.
- Protectora y de apoyo. La familia, aporta una estabilidad emocional, al mismo tiempo que ofrece un clima de apoyo, afecto y confianza.
- Afectiva. Se da a través de la creación de lazos afectivos, y un refuerzo para relacionarse socialmente.
- Axiológica. La familia cuenta con los espacios donde el individuo pueda aprender conductas y comportamientos que permitan un apoyo mutuo dentro del núcleo familiar y social.

La familia ayuda a que sus miembros se sientan seguros físicamente de igual manera se sientan pertenecientes a un grupo específico, esto ayuda de manera significativa a que desarrollen una personalidad adecuada, eficaz y adaptada a su contexto social, siendo expresada mayormente por sentimientos que expresan afecto, desagrado o rechazo (Navarro 2007).

1.4 Tipología Familiar

Existen familias que ofrecen diversas maneras de expresar cariño y apoyo, así mismo el cómo los padres se involucran emocionalmente con sus hijos, y aunque pareciera que todos comparten un mismo objetivo desempeñan sus funciones de manera diferente, cual sea el caso las responsabilidades que adquieren los padres en el desarrollo social de los hijos resulta ser clave para promover la autorregulación emocional y el desarrollo de conductas psicosociales (Cuervo 2010).

Debido a lo anterior se cuenta con una amplia gama de tipología familiar, pero el tipo nuclear es el más recurrente en la sociedad, el concepto de familia es multidisciplinar pues tienen características las cuales su contenido es de varias ciencias, como la filosofía, el derecho, la antropología y otras disciplinas humanísticas (Polaino y García. 1993).

La organización de la familia encuentra su origen en el matrimonio, basado principalmente por un hombre y una mujer, pero debido a los constantes cambios que enfrentan las estructuras familiares, a consecuencia de los cambios sociales, económicos, políticos, científicos etcétera, hacen que sea posible la incorporación de un nuevo concepto de organización familiar, ahora no solo obedece a los medios biológicos (Strauss y Corbin 2002).

La creciente diversidad es la adaptación de la sociedad, (Cibanal. 2009) hace referencia a diferentes tipos de familia, las cuales se pueden ver a continuación:

- Familias biparentales. Donde los dos padres se ven involucrados la familia puede ser nuclear, lo que significa solo padres y hermanos o extensa donde también se incluye a los tíos, abuelos, primos etc.
- Familias monoparentales. En estas familias solo uno de los padres es quien está al tanto del menor ya sea de manera nuclear a extensa.
- Familias adoptivas. No es necesario que tengan relación biológica con los niños, ya que estas familias se forman a través de la adopción de un menor.
- Familias reconstruidas. Las familias en este caso pueden ser muy similares a las familias biparentales por su estructura (padre, madre e hijos), sin embargo estas familias se forman después de una separación de los padres biológicos en donde uno de ellos decide formar una nueva familia con un nuevo cónyuge, según (Fine 2001) existen tres ámbitos característicos de este tipo de familias: en primer lugar sus relaciones suelen ser más complejas y los niños suelen tener más de un domicilio, segundo que los roles establecidos para los padres no biológicos suelen ser menos claros, y por último la relación que se establece entre el progenitor y su hijo es anterior a

la nueva relación de pareja por lo que resulta difícil tener puntos de vista similares entre la pareja, pues no se ha tenido el tiempo de discutir el estilo de crianza a utilizar.

- Familias homoparentales. Las personas que forman estas familias son gay o lesbianas, son personas que utilizaron diversos métodos para lograr formar una familia es decir pueden ser familias “homoparentales reconstruidas” o bien como lo plantea (González, López y Gómez, 2010) homoparentales planeadas, donde utilizaron métodos como la adopción o técnicas de reproducción asistida.

1.4.1 Familia Solidaria

Las familias solidarias son las que cumplen su función social de manera plena creando un ambiente favorecedor para el desarrollo de las potencialidades de un individuo, (Escalante y López, 2002). Para ello (Escartin, 1992) propone las siguientes características:

- Control. Es el modo en el que los adultos mantienen el orden y la disciplina desacuerdo con las metas establecidas, cada familia establece el método que tomaran para lograrlo, ya sea de manera democrática o autoritaria.
- Roles. Cada miembro de la familia cuenta con un cometido dentro de la estructura, este puede ser compartido con los demás miembros.
- Conflictos, los conflictos suceden por diversos motivos, pero es importante que los hijos se vean involucrados en la resolución de estos y sus opiniones sean tomadas en cuenta.
- Desarrollo personal. Cada miembro de la familia tiene el derecho a desarrollarse individualmente, madurando física y emocionalmente atreves del apoyo mutuo de la familia.
- Afecto, la reacción cariñosa que existen entre los miembros de la familia, contribuye de manera significativa a las relaciones familiares.

- **1.4.2 Familia Deformante**

Aunque la familia no siempre suele ser un elemento favorecedor a la hora de transmitir habilidades sociales adecuadas, recientes estudios han demostrado que cada día se muestran con mayor frecuencia acciones negativas que producen un ambiente social violento, esto no siempre es a consecuencia de los errores paternos al momento de la crianza, ya que pueden ser promovidos de manera voluntaria o no (Martínez., Fuentes, García, y Madrid, 2013).

La clasificación de las familias deformantes tienen como objetivo explicar de manera precisa las dinámicas que no son favorecedoras para el desarrollo pleno de los hijos y las condiciones que son poco adecuadas para el crecimiento de los individuos, existen 5 subtipos (Escalante y López, 2002).

- Familias discordantes. Son familias que se muestran incompatibles y en desarmonía, generalmente las partes terminan separándose debido a que no se encuentran satisfechos en su relación en los ámbitos, afectivo, emocional y sexual, a pesar de que pueden poseer características positivas, esto afecta a las relaciones interfamiliares pues no existe la búsqueda de resolución de los problemas.
- Familia insegura. Se caracterizan por ser emocionalmente inmaduros, con mucha preocupación por la aceptación social, viven con sentimientos de inferioridad es por ello que sus miembros sean víctimas de rechazo y desaprobación social, lo que genera inseguridad personal, baja autoestima y carencia de autenticidad.
- Familia tiránica. Tiende a ser ejercida por parte de los padres y con menor frecuencia por la madre, son personas preocupadas por el control de sus miembros, exigen una rigidez disciplinaria ignorando y anulando la personalidad de sus hijos, el nivel de agresividad es alto.

- Familia traumatizante. Se caracteriza por expresar graves problemas en las relaciones intrapersonales y son inmaduros, los padres son personas con graves problemas de violencia, la violencia se puede dar de manera física o verbal el acoso morar es una de sus principales características, estos padres suelen ser personas que durante la infancia fueron igualmente maltratados.
- Familia explotadora. Las relaciones afectivas que tiene los padres con sus hijos suelen ser poco significativas y superficiales, los padres obtienen satisfacción en la adquisición de bienes materiales obtenidos a través de la manipulación, extorción, o chantaje emocional de sus hijos.

1.4.3 Familia en riesgo.

Se entiende a las situaciones de riesgo como las situaciones biológicas, psicológicas o sociales que provoquen que una persona o sociedad se torne problemática.

Las situaciones de riesgos representan una mayor probabilidad de que se produzca algún riesgo o daño y por ello mismo las familias se sienten más vulnerables debido a que existen diversas situaciones que han vivido o viven (Casas, 1998).

Existen momentos en los cuales la familia se ve obligada a realizar cambios o modificaciones en sus vidas, son provocados por eventos significativos que tuvieron grandes repercusiones, estos le exigen un cambio a su estructura o su funcionamiento interno, así como su relación con los demás sistemas sociales (Louro y Pría, 2008).

Son diversas las causas por las que una familia se puede llegar a sentir aislada o en una exclusión social. Es decir, la falta de recursos ya sea por escasez de trabajo o alguna enfermedad, los prejuicios o que se sientan parte de una minoría, todo tipo de violencia, dentro del núcleo familiar ya sea sexual, físico o psicológico. Son algunas de las causas que pueden generar otros problemas que van escalando en un

nivel cada vez más grave, como lo son problemas con el alcoholismo, drogas prostitución, etc. (Casas, 1998).

Casas, señala que existen otros indicadores de vulnerabilidad que generan una situación de riesgo en los clasifica de la siguiente manera.

- Perspectiva socioeconómica, se da cuando la familia tiene algún tipo de endeudamiento que no puede pagar, depende de las ayudas sociales, tiene grandes dificultades para acceder al trabajo o simplemente el trabajo no es bien remunerado.
- Perspectiva familia. Esta afecta cuando existe la homoparentalidad ya sea por fallecimiento, separación, abandono aumentando el estrés familiar así mismos las rupturas familiares traumáticas, los ambientes conflictos, enfermedades crónicas o minusvalías de los progenitores.
- Perspectiva social. Se da cuando los inmigrantes tienen dificultades para la integración , ya sea por el idioma, la religión o simplemente la cultura de igual manera se da cuando una persona cuenta con un perfil antisocial incapaz de acceder a las ayudas que le proporcionan o bien no cuenta con el apoyo social y familiar.
- Conflictos de convivencia cívica. Causada por que existe la privación de alguno de los progenitores, la persona cuente con historial de violencia o delictivos.

En conclusión, todos estos factores no representarían ningún problema ni generan riesgo social por sí solos, al menos que exista una interacción donde más de uno se vea involucrados, podríamos decir entonces que el riesgo social tiene que ver más con un deterioro multifuncional originado por tensiones, crisis, carencia de recursos y apoyos sociales que además no tienen la capacidad para resolver por ellos mismos, necesitando ayuda profesional (Sánchez, García, Jara, y Cuartero 2011).

1.5. Crianza en las familias: Definición de Crianza

La palabra crianza deriva de *creare* que significa nutrir y alimentar al niño, orientar, instruir y dirigir (Real Academia Española, 2001). Así pues, la crianza se puede determinar como un proceso de humanización comunal, donde la familia y la sociedad a través de la comunicación y la socialización ayudan a que las personas se adecuen a la cultura, una vez logrado esto el proceso de la crianza a concluido. Cabe destacar que la crianza no se reduce a los cuidados del infante hasta que concluya su infancia, sino que abarca un proceso extenso en el cual el niño o la niña se forman y adquieren capacidades necesarias para enfrentar el mundo en el que se desenvuelven y habitan (Pulido, Castro, Peña y Ariza ,2013).

Podría entonces decirse que la crianza es ir formando actitudes, valores y conductas en una persona. En un intercambio en el cual una persona convive con otra, y a través de la socialización se va ajustando su comportamiento y actitudes a lo establecido culturalmente e inculcándole valores reconocidos por la sociedad, conformándolo a lo que esta determina que debe ser una persona (Torres, 2002).

1.6. Participación de los padres en la Crianza

Los padres son los principales responsables de la atención y seguridad de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia (Céspedes, 2008). Esto significa que los tutores son quienes transmiten en su mayoría los principios, conocimientos, valores, actitudes y hábitos a las generaciones siguientes (Vega, 2006). A través de las distintas generaciones los padres comienzan a conocer y satisfacer las necesidades de sus hijos (Alzate 2003). En este sentido, su función es biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico además del control y exigencias de normas en cuanto a la disciplina. (Vega, 2006). Más recientemente se ha demostrado que va a influir de manera significativa el que tanto los padres conozcan de sus hijos, pues gracias a esto se pueden establecer diferentes formas de inculcar disciplina, además la eficacia del estilo educativo dependerá, en gran medida, de la personalidad de los hijos (Grusec, Goodnow & Kuczynski, 2000).

Para lograr lo anterior los padres deben poner en práctica unas tácticas llamadas estilos educativos, prácticas de crianza, con la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social más óptima y en la dirección que ellos valoran y desean y de acuerdo a su personalidad. (Ramírez. 2005).

Los estilos de crianza son un conjunto de maneras e ideas que los padres utilizan para el desarrollo de sus hijos y la relación que llevarán con ellos, las acciones que se lleven a cabo durante su infancia influirán en su vida adulta (DeMause 1974), se sabe que los padres con mayores niveles de comunican dentro de la familia lograr una crianza más adecuada a las necesidades de sus hijos, muy por el contrario de los padres que presentan bajos niveles de comunicación, ya que tienden a recurrir al castigo físico más a menudo (Musitu y Soledad 1993).

Que las prácticas de crianza resulten ser un tema de interés y como estas tienen que ver directamente con la integración que existe entre padres e hijos sin perder de vista el factor psicosocial (Aguirre 2000). Las prácticas de crianza son un conjunto de acciones que está ligada a los adultos de acuerdo a su cultura (Myes 1994) estas son puestas en prácticas por parte de los mismos como manera de educar u orientar a sus hijos para la integración de una sociedad (Rodrigo y Palacios 1998) con lo que los niños pueden adquirir más o menos habilidades de socialización, como lo son la comunicación y la manera en cómo demuestran su afecto (Delval., 1983).

En el caso de los padres más jóvenes se ha visto que ahora no solo buscan el proveer los recursos materiales necesarios para sus hijos, ahora también saben que la paternidad involucra el cuidado físico y emocional de sus hijos (García y De Oliveira, 2006). De esta manera se ha visto modificado las creencias y actitudes que tienen los padres con respecto a la crianza, ahora los padres también se preocupan por el proceso de socialización y por ello se muestran cada vez menos autoritarios y más democráticos, procurando centrarse en persuadir, orientar o aconsejar en lugar de ordenar e imponer (Requeña, 2008).

1.7. Características de la Crianza

La investigación en crianza ha sido fundamental en los esfuerzos por comprender los procesos de socialización y desarrollo infantil y como este se ve relacionado con los estilos de crianza que son implementados por sus padres (Martínez y García, 2012). desafiando la noción de que los niños y niñas son jugadores relativamente pasivos dentro del proceso de la socialización pues ellas también contribuyen a sus ambientes, y específicamente influyen en la crianza que reciben (Ge, Conger, Neiderhiser, Yates, Troughton y Stewart, 1996). En cuanto a los estudios acerca de los estilos de crianza, se puede afirmar que los primeros estudios se publicaron en la segunda mitad del siglo XX, y se centraron principalmente en las dimensiones del control y del apoyo. Estos estudios se enfocaron en identificar los estilos de crianza que promovían el comportamiento competente en los niños y niñas preescolares, es decir, cuáles estilos de crianza se asociaban con un niño o niña feliz, independiente, amistoso y cooperativo, y cuáles estilos se asociaban a un niño o niña aislado o inmaduro (Baldwin, Kalhorn y Breese 1945).

En estudios sobre crianza en diversos países exponen que por ejemplo en Japón los progenitores se preocupan más por la estimulación de habilidades de autocontrol, la obediencia a la autoridad adulta, la educación social. En comparación con otros países como Estados Unidos donde los padres centran su crianza en la acción individual, el asertividad, la soberanía y la competitividad (Musitu y Soledad 1993).

En estos estudios realizados acerca de las prácticas de crianza, sostienen que hay factores influyentes que son: el sentido emocional y afectivo; la manera en cómo los padres controlan el mal comportamiento (Musitu y Soledad 1993).

Según (Gerald, 1994) existen 8 dimensiones con las cuales se puede medir y clasificar el cómo los padres llevan a cabo la crianza

- Apoyo. El apoyo familiar es uno de los factores principales dentro de la crianza, y el proceso educativo, si este se da de manera efectiva puede resultar beneficioso en las actividades escolares y su efecto positivo en el desempeño académico (Cuervo, A. 2010).El soporte emocional que pueden brindar los padres puede ser variado en una escala que va desde la calidez hasta la hostilidad (Becerra, Roldan, Walter y Aguirre, 2008).
- Establecimiento de límites. Los límites influyen de manera positiva en los niños y niñas, establecer límites hace notar al infante que en la sociedad existen normas y reglas que acatar para una convivencia, aprende que es lo que está bien y lo que no es parte del desarrollo (Phelan, 2005).
- Autonomía. La autonomía debe ser entendida por los padres como la capacidad que deberán tener sus hijos en su vida adulta para mantenerse bien, tanto moral como físicamente, es decir sea capaz de tener responsabilidad en actividades cotidianas como el autocuidado, seguridad personal, comunicación normas, límites etc., por ello que los padres desde la infancia deberán fortalecer estas actitudes (Escalante y López , 2002)
- Participación. Se entiende como el grado de interacción que existe entre padres e hijos, así como la estimación del desarrollo con aspectos como el juego, acompañamiento, el contacto, el respaldo y la expresión emocional, así como también en proveer los medios económicos y recursos para la alimentación, la asistencia médica, escolarización etc. (Gerald, 1994).
- Satisfacción con la crianza. Es el sentimiento natural que sienten los padres por el simple hecho de serlo, esto se mantiene sujeto a la aceptación general de la familia, la cohesión, la confianza, la adaptación, la cercanía afectiva, el apoyo, así como también los roles y tareas designas dentro de la familia. (Tercero y Lavielle, 2013).
- Comunicación. La comunicación no se restringe únicamente a transmitir información, creencias y pensamientos, sino que también supone el crear una relación entre una persona y otra y la manera en que una persona hace participe de su vida a otra (Polaino, y Martínez, 2002).

- Distribución de roles. Los roles son la tarea que se inculcan en la infancia, se expresan en la distribución de creencias que tienen los padres y madres (Solís y Díaz, 2007).
- Deseabilidad social. (Solís, y Díaz, 2007) la define como una escala de validez que los padres esperan obtener con puntuaciones altas de lo que se espera que haga de acuerdo a las creencias sociales, aun cuando la relación que dicen tener con sus hijos sea irreal.

1.8. Crianza: Tipología

Cuando se habla de los estilos parentales se tiene que tener presente que hacen referencia a los estilos más usados a nivel mundial, debido a que no se puede afirmar que todos los padres utilicen los mismos métodos y estrategias en el proceso de crianza de sus hijos (Ceballos y Rodrigo, 1998) se dice que son estilos debido a que logrado una gran permanecía y estabilidad a través del paso del tiempo, esto sin exceptuar las modificaciones que atenido (Climent, 2009).

A Dina Baumbrind se le considera como pionera en las investigaciones con respecto a la crianza, ella habla acerca de una tipología parental y su definición de los estilos, basándose en 4 dimensiones las cuales fueron: expresión de afecto, estrategias para la disciplina, comunicación y expectativas de madurez con ello logró clasificar a los padres en 3 estilos diferentes a los que nombro: Democrático, Permisivo y Autoritarios. (Capano, Del Luján, y Massonnier, 2016).

Mas adelante (MacCoby y Martin en 1983) proponen otros dos estilos, derivado del modelo propuesto por Baumbrind, ellos encuentran que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, es decir (Ramírez, 2005) los padres permisivos, que son definidos como altos en afecto pero bajos en exigencia y los padres negligentes, que son definidos mediante un bajo nivel en las dos dimensiones (Izzedin y Pachajoa 2009). Es así como estos autores añaden otro

estilo a los ya propuestos por Baumbrind al cual denominaron “negligente o indiferente”.

- Estilo permisivo. Los niños que viven en hogares en donde predomine el estilo permisivo, denotan que son menos obedientes, debido a que no se les inculca ni modifican ciertas conductas, ya que los hijos e hijas son quienes establecen sus propias reglas, no suele haber supervisión por parte de los padres, baja autoestima y por lo mismo padecen de la falta de confianza además de que son más susceptibles a caer en consumo de sustancias nocivas para la salud (Torío, Peña e Inda, 2008) cabe destacar que los niños que viven bajo el estilo de crianza permisivo son quienes suelen tener menos conflictos con sus padres (García y García, 2010).
- Estilo autoritario. este estilo se caracteriza principalmente por que los padres valoran la obediencia (Martínez, Fuentes,, García, y Madrid, 2013) demuestran un alto control de exigencias en todo momento, sus normas son muy rígidas y los niveles de comunicación que mantienen con sus hijos son muy bajos (Ramírez, 2005). En cuanto a los hijos sus niveles emocionales y de confianza son muy bajos debido al escaso apoyo que sienten por parte de sus padres, se muestran tímidos, suelen ser muy irritables, vulnerables a las tenciones y poco alegres mostrando baja autoestima e inseguridades (Maccoby y Martin, 1983).
- Estilo democrático o también llamado autoritativo. Los niños que son criados bajo este estilo, suelen tener mejor estabilidad emocional (Oliva, Parra, Sánchez y López, 2007) ya que los padres suelen ser más sensibles a las necesidades de su hijos procurando que exista una buena comunicación bilateral, promoviendo responsabilidad y autonomía (Torío, Peña, e Inda, 2008) como consecuencia los menores no suelen caer en actividades delictivas, mantiene un elevado autocontrol y mejor rendimiento escolar y no

suelen tener tantos conflictos con los padres o (Martínez, Fuentes, García, Y Madrid, 2013).

- Estilo negligente. Los padres muestran poco interés por las actividades de sus hijos, tienen bajos niveles de exigencias y afectividad hacia estos (Vergara, 2002) es un estilo caracterizado por la indiferencia y la pasividad sin afecto, predomina la falta de coherencia y a veces suele haber maltrato físico (Arranz, Bellido, Manzano, Martín, y Olabarrieta, 2004).

1.8.1 Autoritativo

Se dice que los padres autoritativos se caracterizan por ser más cálidos en el sentido que son más afectivos y comunicativos con sus hijos, lo que genera que haya una mejor relación entre las dos partes , suelen resolver los conflictos de manera rápida generando acuerdos mutuos (Steinberg y Silk , 2002). Cuando los hijos están en la adolescencia los padres saben respetar y apoyar su autonomía, esto lleva a que el adolescente se sienta comprometido a cumplir las expectativas que sus padres tienen de él. (Sorkhabi, 2007).

Los padres que manejan este estilo de crianza, promueven en sus hijos habilidades que les ayudara a mantenerse en sociedad como lo son: la autoestima, empatía, tolerancia y la toma de decisiones ante cierto tipo de situaciones, cabe destacar que aunque los padres son muy afectuosos también establecen normas y límites (Darling y Steinberg 1993) monitoreando activamente la conducta de sus hijos (Merino y Arndt, 2004) de echo un estudio publicado antes de 1996 revelo que los adolescentes criados bajo este estilo tienen menos probabilidades de iniciar o aumentar el consumo de nicotina o alcohol , de igual manera padecen en menor medida la depresión, (Weinberg, Radhert, Colliver y glantz, 1998) manifestando una combinación equilibrada de obediencia y autonomía de igual manera se muestran ante la sociedad como personas altruistas y cooperativos manifestando notas escolares altas (Steinberg y Silk , 2002).

En un examen realizado en California a niños de 15 años, se demostró que un 3.993 de padres tenían un estilo de crianza autoritativa los que mostro el examen es que los hijos de estos padres tenían menos probabilidades de presentar síntomas depresivos (Radziszewska, Richardson, Dent y Flay 1996).

En conclusión y de acuerdo con (Baumrind, 1971) las prácticas de crianza que resultan más eficaces implican la empatía y como esta es expresada por los padres, el cómo estos llevan a cabo la resolución de conflictos, además de mantener una buena comunicación siendo sensibles antes las necesidades de sus hijos, brindándoles una afectividad positiva y mostrándose firmes antes los límites y reglas establecidos.

1.8.2. Autoritario

Los padres autoritarios se caracterizan por manifestar altos nivel de control, su exigencia acerca de la obediencia es bastante estrictas, y en caso de no ser obedecidas se castigan con rigor, estos padres no suelen ser comunicativos con su hija y mucho menos se muestran afectivos ante ellos, no valoran la sensibilidad del niño (Ramírez, M. 2005).

De igual forma (Torio, Peña y Rodríguez, 2008) expresa que en este modelo se considera como una virtud la obediencia y se ve favorecida por medidas como el castigo y el uso de la fuerza, los padres no sienten que tengan que rendir cuentas a sus hijos por sus acciones por lo que no existe un dialogo entre ellos, por otra parte (Poli 2009) manifiesta que los padres no van a hacer evidentes sus errores por lo que no pueden admitir que sus hijos tengan la razón en ciertas ocasiones. Esto produce en los niños un comportamiento hostil lo que hace que da vez se haga más grande la brecha de comunicación entre las dos partes (Torio, Peña y Rodríguez, 2008).

En consecuencia la personalidad de los niños tiene efectos negativos, ya que esta se ve amenazada por una baja autoestima, poca espontaneidad y autonomía, su creatividad se muy limitada, las competencias sociales igualmente se ven afectadas pues son poco comunicativos muestran altos niveles de agresividad (Steinberg y Silk, 2002).

Estos niños suelen ser más susceptibles al consumo del cigarro, drogas o alcohol (Radziszewska, Richardson, Dent y Flay 1996) se muestran rebeldes y frustrados, son niños aislados e inseguros (Ramírez 2005).

1.8.2. Crianza Positiva

La UNESCO (1999) se ha interesado en que los niños vivan de manera plena, preocupándose por los factores principales que se deberían de considerar para propiciar al infante los recursos necesarios para desenvolverse dentro y fuera del núcleo familiar, sin importar el lugar de origen o cultura, los niños deberán contar con factores favorecedores como la protección, una vivienda digna, salud, afectividad, un fomento de la autonomía y el aprendizaje.

Esto debido a los cambios que han sufrido las sociedades con el paso de los años, ahora cada vez son más las madres y padres sensibles y empáticos con sus hijos, pues ven en ellos una versión de su “yo” de la infancia, erradicando casi de manera completa los castigos físicos (De Mause 1974).

La paternidad positiva surge como un modo de paternidad responsable adaptada a las necesidades de los niños y niñas de una sociedad, buscando sus bienestar y desarrollo más óptimo, se han desarrollado estudios que demuestran como la crianza positiva disminuye el comportamiento agresivo, desobediencia y berrinches en niños (Mendoza, 2015; 2017; 2018), así como el bullying (Cuenca y Mendoza, 2017; Mendoza, Pedroza, y Martínez, 2014).

La Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, define

la parentalidad positiva como la principal preocupación de los padres debe ser el bienestar y el desarrollo saludable del niño, siendo su educación la más adecuada para que puedan desarrollarse de manera plena dentro y fuera del hogar, debido a que los niños suelen hacer todo de mejor manera cuando sienten el apoyo emocional de sus padres, mostrándose estos de manera más afectuosa y comprensivos, los padres tienen que pasar tiempo de calidad con sus hijos, sabiendo los intereses de estos e involucrándose en su día a día y siendo comunicativos al mismo tiempo de establecer normas y medidas adecuadas en cuanto a la conducta y explicando el motivo de estas en lugar de aplicar castigos severos (Comité de Ministros Europeos, 2006, p. 4).

La comunicación es uno de los principales factores que ayudan a una buena crianza, si los niños observan que entre ellos y sus padres existe una buena comunicación, aumentan sus niveles de amor propio al sentirse escuchados, la comunicación dependerá de cada contexto familiar, su estructura y dinámica, pero siempre tomando en cuenta que deberá existir una apertura y flexibilidad de los adultos hacia con los niños (Palacios 2016).

Los vínculos afectivos también deberán ser tomados en cuenta debido a que a través del contacto físico, y las palabras de aprobación los niños se sienten más seguros y cuando lleguen a una vida adulta tienen menos probabilidades de tener reacciones agresivas lo que mejora su vida en sociedad (Aguirre, 2000).

1.9. Consecuencias de una crianza poco efectiva

Otros estudios comparados entre Jamaica y el Líbano, en Perú y Colombia, señalan que, en esta zona, la crianza destaca por ser una formación severa en cuanto a la disciplina impuesta por el padre y la sobreprotección de la madre. De tal manera, que el castigo aparece como intimidación (Botero, 2009). A pesar de que existe evidencia de que los padres utilicen un estilo de crianza basado en apoyar a los niños y reforzarlos por sus logros es eficaz para la prevención de la violencia (OMS, 2014b) hoy en día se sabe que de acuerdo con el estilo de crianza que se

encuentra relacionada con los derechos de los niños y adolescentes es la crianza humanizada. Ésta es un tipo de crianza que no se basa en el autoritarismo y el control dejando a un lado el maltrato basándose en la reafirmación de la voluntad y la capacidad de decisión de los niños y adolescente (Posada, Gómez y Ramírez 2008).

Una mala crianza lleva aún desajuste psicosocial, el comportamiento psicosocial se entiende como la manera en la que el ser humano se adapta a las demandas de la sociedad en la que vive. Así como el conjunto de capacidades y esfuerzos que pone para la integración dentro de una sociedad, esto también implica que la persona sea capaz de conocer sus problemas y se esfuerce en resolverlos, respetando las opiniones de los demás y llegando a acuerdos mutuos (Velásquez 1998).

Las causas de un problema de desajuste psicosocial no son ocasionadas por la falta de recursos económicos de la persona si no que son la consecuencia del tipo de convivencia dentro del núcleo familiar que tuvo la persona durante la infancia y el estilo de vida al que estuvo sujeto (Ponce 2003).

El desajuste psicosocial afecta de manera significativa a la persona debido a que no se puede adecuar a las normas de sociedad, en el caso de los docentes se presentan casos orientados a un mal comportamiento que resultan destructivos y poco ideales para una vida optima(Sánchez 1993).

La inestabilidad emocional puede ser unos de las características que tienen estas personas, suelen sufrir de ansiedad, tensión, inseguridades, desanimo, pesimismo y depresión. La agresividad se manifestará de distintas maneras, causando daños físicos y morales.

La dependencia de una persona también se ve afectada pues inhibe su sentido de autonomía, las personas constante mente buscan agradar a las demás personas buscando su aprobación de las ideas y acciones que realizan.

Las relaciones familiares también se ven afectadas debido a un realce de los conflictos que existen entre los padres e hijos, son personas incapaces de mantener relaciones cordiales causadas por la ausencia del dialogo durante la infancia de la persona, la falta de flexibilidad y carencias afectivas que tuvieron sus padres a la hora de educar.

Capítulo 2.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y crianza.

2.1. Nomenclatura, Definición y Características

A lo largo de la historia el trastorno por déficit de atención ha tenido diferentes significados para detallar lo que en la actualidad definimos como niños hiperactivos, el término fue cambiando a medida que cambio la psiquiatría infantil, lo que no cambio es que los textos neurológicos, psiquiátricos y psicológicos describen este trastorno como la facilidad de la distracción, inquietud e impulsividad en los niños (Gratch, 2009).

En 1968 el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II) utilizó el término de “reacción hipercinética en la niñez”, Este término hacía alusión al exceso de actividad, inquietud, distraibilidad y a los breves intervalos de atención que tenía un menor (APA., 1968).

Para los años de 1980 el DSM en su 3º edición cambio el término a “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”. En esta edición la manifestación clínica sería la alta distraibilidad y el corto periodo de atención, aunque también podían manifestarse la hiperactividad e impulsividad (Stagnaro, 2007).

Después de ese momento el déficit de atención empieza a ser considerado el síntoma más importante, debido a esta alteración el trastorno en el DSM-IV pasa a ser denominado “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)”. (APA., 1994) concepto que ha permanecido hasta la actualidad (APA., 2013).

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es considerado uno de los trastornos más frecuentes en la población infantil, siendo estos remitidos a los médicos, pediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles (Miranda, García y Soriano,

2002). Se trata de un trastorno de tipo neurobiológico, es decir que surge de la convergencia entre la genética y el ambiente, de manera que es necesario que exista una base genética que predisponga este trastorno y será el ambiente el que module la expresión de los síntomas (Perote, Serrano, y Abad 2012) esto derivara en las deficiencias de las destrezas necesarias para un óptimo desarrollo emocional, social, académico y físico. (DSM-IV., 1994).

El trastorno suele interferir en las distintas áreas de desarrollo social y se define como una condición médica que afecta de un 3 a 9 por ciento de los niños que se encuentran en edad escolar, este trastorno también afecta a los niños en su desarrollo emocional y cognitivo (Fowler, 1992).

Se le conoce como un trastorno de desarrollo biocomportamental, lo que significa que es una perturbación en la conducta y tiene su origen en lo biológico, tiene altas repercusiones en la conducta, comúnmente aparece en la niñez y varía de una persona a otra, rara vez una persona presenta todos los síntomas, los síntomas de este trastorno no son únicos de las personas que lo padecen, de hecho sus manifestaciones son algo común entre los individuos, lo que lo hace diferente es la frecuencia e intensidad con la que se presentan (García 2001).

El trastorno tiende a ser una serie de comportamientos que afectan a niños y niñas en edad preescolar, es el trastorno neuroconductual más común en niños y niñas y prevalece en edades escolares y muy a menudo permanece en la vida adulta del individuo (Shaywitz, 1991).

2.2. Comorbilidades del TDAH.

Un aspecto importante del TDAH es que en la mayoría de los casos, este no se presenta solo, sino que se presenta acompañado de otros síntomas comórbidos (Mateo y Vilaplana, 2007) de hecho el TDAH puro es una representación muy baja pues en su mayoría se asocia con otros trastornos comportamentales o síntomas

comórbidos, representando estos a un 87% de los casos (Mulas, Capilla, Fernandez, Etchepareborda, Campo, Maestu y Ortiz 2006).

Los síntomas comórbidos se pueden clasificar en síntomas internalizaste como la ansiedad, depresión obsesiones y problemas de sueño (Navarro y García, 2011) los cuales son más frecuente en la edad infantil (López, Serrano y Sánchez 2004). De igual manera se pueden clasificar en síntomas externalizantes los cuales tienen relación con los problemas de conducta y agresividad (Navarro y García, 2011) estos conllevan a dificultades escolares que pueden ser negativas, los síntomas externalizantes pueden alcanzar de un 20% a un 30% en relación con el TDAH (Caballo y Simón, 2001).

En los últimos años destacan ciertos problemas y tratarnos con elevadas tasas de comorbilidad con el TDAH como lo son:

- Comorbilidad con trastornos del desarrollo de la coordinación(TDC).
Se caracteriza por que el infante presenta un perfil psicomotor que tiene dificultades para dominar su cuerpo, es decir, suelen ser torpes, presentan dificultades con el ritmo, el equilibrio, la coordinación global, la coordinación espaciotemporal, la motricidad fina que suele ser muy presente en la escritura (Rubio, Salazar, Rojas, 2014). La relación existente entre el TDAH Y EL TDC es de un 47% (Kadesjo y Gillberg 2001).
- Comorbilidad con trastorno de ansiedad.
Se considera que los tratarnos de ansiedad son muy frecuentes en la edad infantil por ello puede resultar difícil determinar si el niño ha desarrollado TDAH a causa de la ansiedad, por su falta de autoestima o viceversa, uno de los aspectos más distintivos del niño TDAH y ansioso es que no suele ser hiperactivo ni disruptivo (Jensen, Hinshaw, Kraemer, Leonora, Newcorn, Abikoff, et al. 2001).
- Comorbilidad con el trastorno de aprendizaje (TA).
Los niños que presentan TDAH en conjunto con TA presentan dificultades en cuanto a la adquisición de aprendizajes escolares, tienen problemas para

poder procesar la información , memorizar palabras, elaborar frases de mayor complejidad y carecen de la percepción del tiempo. Se estima que 1 de cada 4 niños que padecen TDAH presenta trastorno de aprendizaje (Díaz , 2006).

- Comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
Se reporta un 25.5% de prevalencia de TOC en los niños con TDAH (Masi, Millepiedi y Mucci, 2005) este se presenta más en niños que en niñas, se caracteriza por problemas de inatención y conductas agresivas, las personas que padecen de TOC en su etapa inicial junto con TDAH, requieren mayor apoyo extracurricular en clases, presentan más obsesiones que afectan al cuerpo del individuo a diferencia de aquellos que solo presentan un trastorno (Vargas, Palacios, González, y De la Peña, 2008).
- Comorbilidad con los trastornos del sueño.
Suele pasar que las personas con TDAH tengan dificultades para poder conciliar el sueño, esto es muy común y se debe a que estas personas tienen las áreas de la corteza cerebral afectadas, las cuales se encargan de regular el estímulo, o por el empleo de fármacos estimulantes (Reinhardt y Reinhardt, 2013).

2.3. Indicadores del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Una de las características principales del déficit, es que es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, para que se considere TDAH se hace necesaria la consideración de que los síntomas deben presentarse en más de dos ambientes antes de los 12 años de edad (APA, 2013).

Los indicadores de este trastorno se hacen más evidentes cuando comienza la edad escolar, pues es entonces que los profesores pueden ver las diferencias que existen entre los niños. El TDAH se asocia con las actividades que interfieren con el aprendizaje escolar o con las actividades motoras que suelen realizarse dentro del centro educativo (Poeta y Rosa 2007).

Las personas con el trastorno tienen dificultades para mantenerse concentrados en una sola tarea presenta niveles bajos de organización, olvidos frecuentes, impedimento para controlar reacciones inmediatas, esperar turno (Quintero y Lauffer, 2009). El trastorno afecta a su comportamiento de tal manera que los niños agreden, son muy demandantes, suelen desobedecer, gritar, llorar, hacer berrinches incluso a fastidiar, en casos más graves puede tener un comportamiento delictivo (Shaywitz 1991).

A pesar de eso cuentan con una atención completa y automática para la realización de tareas que son de su interés. Estas mismas personas suelen ser propensas a realizar demasiados movimientos durante la realización de diversas tareas, tienden a expresarse con movimientos a la hora de hablar, se caracterizan por tener baja tolerancia a la frustración y se aburren con facilidad (Cabanyés y Polaino, 1997). Estas acciones no se le pueden atribuir a alteraciones neurológicas, retraso mental, trastornos emocionales, sensoriales, de lenguajes o motoras graves, así como tampoco dificultades para el desarrollo social, académico u ocupacional (Quintero y Lauffer, 2009).

Algunos de los indicadores del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA., 2013). son;

- Los retrasos leves del desarrollo lingüístico.
- Retrasos en el desarrollo motor.
- Baja tolerancia.
- Irritabilidad.
- Retraso en el desarrollo social.
- Labilidad del estado de ánimo.
- El deterioro del rendimiento escolar o laboral.
- Problemas cognitivos.
- Problemas de memoria.

2.4. Etiología del TDAH.

La etiología se refiere a los factores que causan el trastorno y aunque su origen aún es desconocido, actualmente se considera un trastorno que cuenta con una base neurobiológica y no se sustenta únicamente de factores sociales (Barkley y Murphy, 2005). Cabe destacar que el TDAH no es un problema de educación, ni social, ni debido a una mala crianza (Barkley, 2009) ello la importancia que tienen los factores ambientales con los que interactúa y como estos crean una gran controversia, se debe tener en cuenta que la etiología debería verse desde una perspectiva multifactorial (Biederman, 2004).

- Factores genéticos.

Los estudios realizados con familias muestran que la genética desempeña un papel importante en la etiología del trastorno, estudios genéticos señalan una elevada prevalencia de TDAH entre los padres y hermanos con pacientes con TDAH (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren, y Sklar, 2010) muestran que existe un riesgo de un 10% a 35% entre los familiares biológicos. Existiendo un mayor riesgo de padecer el trastorno si alguno de los padres ha padecido de este mismo aumentan a un 55% (Barkley y Murphy, 2005).

- Factores biológicos adquiridos.

Existen factores biológicos que pueden influir en el desarrollo del TDAH, estos son adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y posnatal (Millichap, 2008). Los altos niveles de estrés y ansiedad además de hábitos como fumar, consumir alcohol o drogas durante el embarazo (Barkley y Murphy, 2005). así como también las dificultades perinatales como un nacimiento prematuro, o un parto prolongado además de las dificultades posnatales, como nacer con bajo peso, traumatismos craneoencefálicos, deficiencias nutricionales son factores que pueden influir en la sintomatología

del TDAH (Amore, Grizenko, Schwartz., Lageix, Baron, Ter-Stepanian, y Joobar 2005).

- Factores neurobiológicos.

Existen factores neurobiológicos que se relacionan con la etiología de TDAH debido a que se encuentran alteraciones funcionales, estructurales y químicas en el cerebro de quienes lo padecen , debido a esto se encuentra que el origen del trastorno se encuentra relacionado con la disfunción de la corteza prefrontal (Mulas, Capilla, Fernandez, Etchepareborda, Campo, Maestu, Ortiz, 2006). El cerebro de los niños que padecen del trastorno es significativamente más pequeño que el promedio de los infantes y adolescentes(Castellanos y Acosta, 2004). además de que varias estructuras cerebrales y su funcionamiento presentan malformaciones en las personas con TDAH (Castellanos y Acosta, 2002).

2.5. Evaluación y diagnóstico de TDAH.

El TDAH se trata de uno de los trastornos más diagnosticados en edad escolar, de igual manera se le considera como uno de los trastornos con mayor prevalencia. Se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento académico y social, debido a las altas tasas de comorbilidad existentes a lo largo de la vida del paciente y la evolución disocial en la infancia y anti social en la vida del adulto, además de las complicaciones que genera este trastorno, por ejemplo: el fracaso escolar, consumo de sustancias nocivas para la salud, altas tasa de accidentes, etc. hacen que sea de suma importancia su correcto diagnóstico así como también un adecuado tratamiento en la infancia de forma inmediata (Perote, Serrano, y Abad, 2012).

Para un adecuado diagnóstico se debe realizar una investigación clínica exhaustiva de la historia del paciente (Barkley, 1999) además de llevar a cabo un proceso más amplio en el que se puede recurrir a recursos instrumentales tales como: entrevistas, escalas, pruebas psicológicas (Calegaro, 2002). se considera de suma importancia que la información se recoja de 3 fuentes diferentes, las cuales pueden

ser la familia, el colegio, personas involucradas directamente (Perote, Serrano, y Abad 2012).

Es importante que los profesionales que están a cargo de dar un diagnóstico tengan en cuenta que las características primarias del trastorno muchas veces se pueden observar en niños y niñas en diversos momentos, y que estas no necesariamente significan TDAH (Benczik, 2000), de manera que la investigación que se realiza pueda ser de gran ayuda para determinar si los síntomas se presentan en diversos ambientes, así como también se presentan por periodos largos de tiempo o bien la presencia de los síntomas se debe a la reacción de otras condiciones o producto de una situación caótica que este viviendo el infante (Rohde, Filho, Bentti, Gallois y Kieling, 2004).

Para evitar diagnósticos erróneos existen criterios de diagnóstico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad propuesto por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en él se especifica que se debe tomar en cuenta que los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso, para comprender las tareas o instrucciones así como también se debe considerar que para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.(APA 2013)

Existen diversos estudios en los que se observa a los individuos a largo plazo, estos demuestran que entre un 60% y 75% de los niños y niñas con TDAH siguen presentados síntomas en su vida adulta (Reinhardt y Reinhardt 2013). Se sabe que en el 2014 alrededor de quince millones de estadounidenses padecen del trastorno y la mayoría los afectados lo desconoce (Hallowell, y Ratey, 2001).

Para los niños se deben tener en cuenta que deben presentar seis o más de los siguientes síntomas, mismos que se deben mantener presentes durante al menos 6 meses en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo y que afecte directamente a las actividades sociales, académicas o laborales, será entonces que se pueda considerar con TDAH (APA,2013).

.1. Inatención.

- Tiene dificultad para centrar la atención en tareas específicas así como a los detalles
- Tiene dificultades para poder mantener la atención en tareas o actividades recreativas
- Con frecuencia da la impresión de que no escucha cuando se le habla directamente.
- Con frecuencia no sigue las instrucciones así como también tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- Con frecuencia evita, o se muestra poco entusiasta a la hora de iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental
- Pierde cosas necesarias para tareas o actividades
- Se distrae con facilidad por estímulos externos
- Suele olvidar las actividades cotidianas

2. Hiperactividad .

- No logra mantenerse tiempo por mucho es decir juguetea o golpea con las manos o los pies, además suele levantarse en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
- Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas además tiende a hablar excesivamente.

Impulsividad

- Responde antes de tiempo cuando se le realiza una pregunta le resulta difícil esperar su turno
- Con frecuencia interrumpe o se involucra en actividades y conversaciones de otros. (APA, 2013).

2.6. SUBTIPOS DE TDAH.

En función de los resultados obtenidos mediante el diagnóstico se podrá clasificar las siguientes presentaciones:

- Subtipo predominante con falta de atención: este subtipo se caracteriza por que el infante presente en su mayoría síntomas de inatención pero no presenta los síntomas relacionados con hiperactividad-impulsividad durante un lapso de 6 meses (APA, 2013). Los niños con este tipo se caracterizan por tener dificultades en la lecto-escritura y las matemáticas, tienen un proceso cognitivo más lento, tienden a ser socialmente pasivos y parecen ser más autocontrolados en las interacciones sociales. (APA, 2013). En ocasiones se presenta con otros diferentes trastornos como lo son el trastorno de ansiedad y trastorno depresivo (Banascheswki Becker, Scherag, Franke, y Coghill, 2010). Este subtipo suele presentarse más en niñas, debido a que los menores varones tienden más a tener un perfil de hiperactividad e impulsividad (Garrido, 2012).
- Subtipo predominante hiperactiva-impulsiva: el menor llega a presenta síntomas relacionados con la hiperactividad-impulsividad pero no con los síntomas característicos de la inatención. (APA, 2013). Este tipo se caracteriza por tener una dificultad significativa de autorregular su comportamiento debido a una disfunción en el autocontrol (APA, 2013). Tiende a mostrar altos niveles de comorbilidad con otros problemas infantiles, en especial resalta su asociación con el trastorno negativista desafiante (TND) (Godow, Drabick, Loney, Sprafkin, Salisbury, Azizian y Schwartz, 2004) mostrando un porcentaje de asociación del 30% al 70% destacando así los problemas de conducta negativas como: agresiones verbales, físicas o las relacionadas a actividades delictivas (Moreno 2005)

- Subtipo combinado: si el pequeño muestra síntomas asociados a la inatención y de igual manera los síntomas asociados con la hiperactividad impulsividad en un lapso de tiempo de 6 meses (APA, 2013). Este subtipo suele presentarse con mayor frecuencia, y se caracteriza por ser una combinación de los dos subtipos antes mencionados, donde predominan la desatención, la impulsividad y la hiperactividad, además de las dificultades en la lecto-escritura y matemáticas y un menor control para las interacciones sociales (APA, 2013). Cabe destacar que las características de este subtipo se relacionan con las edades del individuo, se sabe que este subtipo suele predominar en determinado momento, pero a medida que el paciente evolucione, su evaluación se inclinara por un subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o bien predominante con falta de atención , siendo así que los casos con el subtipo combinado disminuyan. (Dafny, y Yang 2006)

2.7. La vida en familia con un niño con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

EL TDAH es uno de los trastornos que posee un componente genético, a pesar de ello el ambiente donde se desarrolla el niño, así como también los componentes psicosociales y familiares tendrán un impacto en cómo se desarrolle y evolucione el TDAH. Por ello si la familia sufre de una disfunción puede llegar a ser un factor de riesgo, incrementando los síntomas y su prolongación. (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003).

Los padres requieren de ciertas habilidades, conocimientos y actitudes para poder afrontar lo que conlleva criar a un niño con TDAH. La sintomatología de este trastorno incrementa la posibilidad de que exista un déficit en la expresión del afecto, un estrés superior y un estilo de disciplina duro por parte de los padres provocando así retos muy excepcionales (Johnston y Mash, 2001). La impulsividad, desatención y la hiperactividad dificultan la labor de los padres y en la forma de educar a sus hijos, pues son los padres quienes sufren de sentimientos de frustración

culpabilidad, baja autoestima e insatisfacción en su rol de padre. (McLaughlin y Harrison, 2006).

Estos se encuentran expuestos a críticas frecuentemente debido al comportamiento de sus hijos lo que provoca un aislamiento social (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003), además de que consideran que el cuidado del menor les limita y condiciona su tiempo (Escobar, Soutullo, Hervás, Gastaminza, Polavieja, y Gilaberte 2005) por ello resulta importante el apoyo social que los padres puedan llegar a recibir. En diversos estudios se ha encontrado que las madres que cuentan con un bajo apoyo social manifiestan conductas más inadecuadas en su rol de madres, es por ello que se considera que el apoyo social influye de manera positiva en la crianza y en que las madres generen un sentimiento de competencia parental (McLaughlin y Harrison 2006).

Los padres de niños con TDAH al estar siendo observados constantemente por familiares y amigos en cuanto a cómo llevan la crianza de sus hijos y como resuelve las dificultades del comportamiento inadecuado de los menores, se ven envueltos en un fracaso repetido por lograr la sumisión y obediencia de su hijo con TDAH, por lo que a menudo se sienten menos competentes y con una baja satisfacción parental (Barkley 1990) debido a esto, el apoyo de familiares y personas cercanas a su círculo social resultan eficaces y necesarios para poder desempeñar sus funciones de cuidado y desempeñar un tipo de crianza con mayor eficacia, con menos malestar psicológico y más satisfacción. (McLaughlin y Harrison 2006).

Una investigación internacional realizada por la federación mundial de la salud mental (WFMH) donde participaron 9 países incluyendo México, entrevistó a casi 1000 padres de niños con TDAH, en el estudio se encontró que el 58% consideraba que debido a la sintomatología del trastorno de sus hijos, habían sido excluidos de actividades sociales; el 88% de los padres se sentían con estrés y preocupaciones por el trastorno que padecen sus hijos; el 87% se sentía preocupado por el futuro académico de sus hijos y que este no fuera exitoso; el 60% consideraba que las actividades familiares se veían afectadas; el 50% pensaba que su matrimonio se

había visto afectado negativamente y el 43% consideraba que era difícil ir a lugares con sus hijos. En la investigación resalto que en España el 98% de los padres manifestaron sentirse superados por el trastorno, siendo así que España fuera considerado como el país con mayor impacto en la familia debido al TDAH (WFMH en 2004).

En otras investigaciones se encontró que el 39% de los padres de hijos con TDAH muestran problemas de salud debido a las angustias y preocupaciones por el cuidado de sus hijos, un 18% experimentaba conflictos con la pareja causado por los desacuerdos acerca de cómo manejar el comportamiento del infante y un 39% tenía problemas con los hermanos del menor (Davis, Claudius, Palinkas, Wong, y Leslie 2012).

Las repercusiones que puede haber dentro de la familia suelen ser principalmente de convivencia, debido a que atender las demandas de un niño con TDAH involucra demasiado tiempo y energía por parte de los padres, dejando muy poco para los hermanos, quienes en ocasiones pueden llegar a sentirse menospreciados o llenos de resentimiento. (Néstor, 2009). Provocando así una relación más problemática, menos íntima y con un menos grado de compañerismo entre ellos (Stone 2000).

En ocasiones son los hermanos mayores los que se sienten responsables de sus hermanos con TDAH por ello se auto- responsabilizan del cuidado permanente de su consanguíneo. Sufriendo así de altos niveles de estrés, en especial cuando se presentan situaciones en las que su hermano manifiesta comportamiento impulsivo o agresivo, de igual manera consideran que no saben perder y en ocasiones ya sé que por recomendación de los adultos o por propia iniciativa los dejen ganar (Córdoba y Verdugo 2003).

Se sabe que las relaciones con la familia extensa también se ven afectada, principalmente con los abuelos ocasionando así un distanciamiento lo que provoca estrés al progenitor que es el pariente directo. Aunque también existen excepciones en donde se obtiene un apoyo total e incondicional por parte de la familia extensa (Morande y Lázaro 1992).

2.8. La familia ante un diagnóstico de TDAH de un hijo.

Cuando los padres empiezan a sospechar que existe un problema con el desarrollo de sus hijos entran a una fase de inquietud y alarmas, comienzan a observar más el temperamento y la evolución de sus hijos (Fernández y Aznar, 2004) al darse cuenta que no se desarrollan de la misma manera que otros niños, inician la búsqueda de un diagnóstico que conlleva a acudir con diferentes profesionales como el pediatra, neuropediatría, psiquiatra o psicólogo, en la mayoría de los casos el diagnóstico no llega a realizarse hasta que los niños se encuentran en edad escolar que es cuando comienzan a manifestarse más los síntomas (Bedoya y Alviar, 2013).

Cabe destacar que los síntomas tempranos que llegan a presentar los niños con TDAH, como lo son problemas del sueño, del habla, y de alimentación además de presentar desinterés por la mayoría de las cosas e hiperactividad, puede ocasionar respuestas poco favorecedoras por parte de los padres lo que en la mayoría de las veces puede agravar los síntomas del TDAH. Por ese motivo un diagnóstico temprano puede tener efectos beneficios, no solo por la medicación sino también por los diferentes tipos de terapia, como la familiar que ayudara a evitar la frustración, el castigo y el daño a la autoestima de los niños (Barkley, 1998).

La familia tiene un papel importante en el manejo de los cuidados, al momento de enterarse del trastorno que pueda llegar a sufrir uno de sus integrantes, los padres se van a enfrentar a diversas creencias propias y sociales con respecto al TDAH por lo general les genera sentimientos de culpa, rabia y desesperación (Roselló, García, Tárraga y Mulas 2003). Debido a que el TDAH se relaciona con

desobediencia, enfermedad y pereza a (Bedoya y Alviar, 2013). la familia pasa por una restructuración de sus actividades y papeles, en algunas de las ocasiones se llegan a producir cambios que nos son bien aceptados por todos los miembros. La nueva manera en la que se reestructure la familia puede generar ciertos desajustes que provoquen una reacción de estrés (Fernández y Aznar, 2004).

No solo será el diagnóstico el que provoque cambios si no también el tratamiento, que trae consigo que la familia se involucre totalmente, pero serán los padres quienes sufran los cambios más importantes, Barkley describe cinco reacciones probables del padre ante el diagnóstico:

- Negación: Como la base del trastorno en neurobiológica es más difícil de aceptar y como consecuencia es negada, una de las causas que produce dicha reacción en los progenitores, es la manera en la que se enteran de las dificultades de su hijo. La escuela es el lugar donde por los estímulos y actividades que realizan los infantes, las manifestaciones del TDAH se hacen más evidentes por ello son los profesores quienes recomiendan la consulta de profesionales.
- Alivio: ocurre cuando las familias que estaban en búsqueda de una respuesta con respecto a la conducta de sus hijos, se trata principalmente de los padres que ya han estado tratando de realizar diversos tratamientos previos y con diversas orientaciones, en este caso saber cuál es la causas y tener un diagnostico resulta ser un alivio para los progenitores, pues se trata de por fin ponerle un nombre al conjunto de síntomas que presentaba el menor, y por lo tanto podrá ser atendido y recibir un adecuado tratamiento
- Ira: Esta reacción puede ocurrir cuando los padres han estado dedicado tiempo en la búsqueda de un diagnóstico, en este caso la ira puede ser dirigida había los profesionales consultados con anterioridad, sobre todos si estos profesionales hicieron sentir a los padres que los síntomas que

presentaban sus hijos eran a causa de una mala crianza, los padres también llegan a sentir ira de no haber podido dar con una respuesta antes

- Pena: se refiere a un sentimiento de tristeza cuando los padres caen en cuenta de las limitaciones que podrían llegar a tener sus hijos tanto en el momento del diagnóstico como en un futuro, en la mayoría de las veces la familia tienen que pasar por el sentimiento de pena para que entonces puedan tomar un papel activo para enfrentar el tratamiento, en caso de que el sentimiento de pena no pueda ser superado se recomienda que la familia pueda tener consultas terapéuticas que le permitan aceptar y tomar conciencia de las limitaciones del menor y de las expectativas familiares que ni podrán ser cumplidas por el niño
- Aceptación: es la reacción a la que se espera que lleguen todos los padres en algún momento, si bien esta no será una reacción que tendrán todos los progenitores de principio, es importante llegar a ella pues solo así se aceptan las limitaciones del niño al mismo tiempo que los progenitores renuncien a las expectativas que tienen de sus hijos para el futuro, será entonces que los progenitores puedan comenzar a ayudarlo y acompañarlo durante el tratamiento. (Barkley, 1999).

El estudio realizado por la Federación Mundial Para La Salud Mental encontró que el 50% de los padres entrevistados consideraban que el proceso para el diagnóstico fue muy largo, el 31% tuvo dificultades para ser remitido con un especialista, el 89% recibía medicación, el 60% recibió terapia psicosocial la cual incluye: terapia conductual, terapia familiar, psicoterapia y clases particulares para los niños, el 85% de los padres considera que el tratamiento ayudaba a los menores a concentrarse, el 82% creía que el tratamiento tenía un efecto positivo en el niño/niña, el 79% considera que tanto como el diagnóstico y el tratamiento disminuían la presión sobre la familia, el 75% consideraba el tratamiento facilitaba que el niño pudiera interactuar socialmente, el 62% de los padres pensaban que estaban totalmente informados

por especialistas acerca de las diferentes opciones de tratamiento y por último el 84% de los padres consideraban que están involucrados en las decisiones acerca del tratamiento de sus hijos. (WFMH en 2004).

2.9 Dificultades en la crianza del niño TDAH.

La crianza es un procesos bastante complejo que incluye la tarea y compromiso de poder cubrir todas las necesidades de menor tanto físicas, afectivas y psicosociales, (Miranda, Marco y Grau, 2007) sin embargo las características clínicas que suelen presentar las personas con TDAH, como que sean menos obedientes, más negativos, tercos mandones, además de presentar mal genio, baja tolerancia a la frustración, pero sobre todo presentan dificultades para seguir y catar las órdenes de los padres (Calegaro, 2002) generan problemas sociales y familiares que impide el desarrollo que se espera del infante en estos ambientes (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006).

La convivencia con un niño que padece del trastorno, regularme es descrita como difícil, más si el niño es hiperactivo ya que salen hablan demasiado , no saben jugar solos, y cuando lo hacen nunca es en silencio; siempre hay que estar prestándoles atención, con frecuencia desobedecen, pese a los múltiples intentos de educarlos. Como consecuencia los padres suelen dejar de intentar llevar una relación donde exista la comunicación entre padre e hijo. (McLaughlin y Harrison 2006) Cuando se trata de niños en los que predomina la inatención, los problemas no son menores debido a que son o parecer tímidos y suelen repetir curso o necesitar adaptaciones curriculares (Calegaro, 2002).

Debido a estas características los padres con hijos con TDAH se ven involucrados doblemente, pues tienen que buscar escuelas, profesionales y recursos sociales, además de organizar, dirigir, supervisar, planificar, enseñar, recompensar o castigar a sus hijos más de lo que se requeriría con niños que no padecen del trastorno (Campbell y Verna, 2007).

Un estudio realizado en Valencia donde se entrevistó a 36 familias muestra los problemas de crianza de los niños con TDAH arrojando como resultado que: El 100% de los padres consideran que es más difícil convivir con sus hijos que con otros niños que no padecen del trastorno, el 88% de los padres presenta niveles elevados de estrés, un 75% de los padres considera que no son capaces de controlar y manejar de forma adecuada el comportamiento de sus hijos, más de la mitad de los padres entrevistados consideran que podrían llegar a ser mejores padres pero sus hijos resultan ser un impedimento, además de que les causan enfrentamientos maritales, el 31% de los padres mostraba restricciones en su vida social a causa de tener que criar a un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el 44% entendía que el comportamiento de los menores con TDAH resulta incómodo para sus hermanos (Roselló García, Tárraga y Mulas, 2003).

La familia de un niño con TDAH considera que debe emplear más tiempo en ellos, en su mayoría de veces emplean el tiempo para que el niño realice actividades académicas extra, como clases particulares o tratamientos específicos que derivan de las necesidades de trastorno, por ello se sobre entiende que las familias no tengan tiempo ni el interés por tener actividades culturales o recreativas (Campbell y Verna, 2007).

Cuando existe más de un hijo la crianza, se ve altamente alterada debido a las constantes comparaciones que pueden existir entre los hermanos, habrá situaciones en las que los padres asignan etiquetas de manera inconscientes sobre quien posee TDAH y quien no, otorgando de esta manera roles que en consecuencia puede generar discordia entre los hermanos debido a los tratos que notoriamente serán diferentes (Johnston y Mash 2001)

La relación entre las niñas/niños con TDAH y sus padres se le ser más conflictiva debido a que los menores necesitan mayor cantidad de estímulos y ayuda por parte de los padres, ya que los infantes son menos sumisos y menos dóciles a diferencia de niños que no sufren de este trastorno (Roselló, García, Castellar, Tárraga-Mínguez y Mulas, 2003). debido a esto los padres sufren de aislamiento social y

sentimientos de culpa que repercutirán en el niño o niña en su desarrollo social y emocional, creando de esa manera un círculo vicioso de interacciones negativas que repercuten de manera perjudicial en la convivencia familiar y las manifestaciones sintomáticas del TDAH. (Grau, 2007).

2.10. Escuela, TDAH y familia.

La escuela es el segundo lugar donde los niños pasan más tiempo, por ello es importante que exista una actitud favorable hacia este trastorno, con la intención de evitar que se desplieguen actitudes poco favorables, sin embargo algunos de los profesiones ya sean docentes, pedagogos, maestros y todo el personal de las instituciones educativas tienden en algunos casos a etiquetar a los niños con el diagnóstico o presunción del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Córdoba y Verdugo, 2003).

Se ha encontrado un alta la implicación parental, es decir las familias de los niños con TDAH tiene a colaborar de manera activa en los centros escolares con el objetivo de atender bien las necesidades de sus hijos,(Alomar., 2006) sin embargo cuando los hijos van creciendo y con ello el número de dificultades, el apoyo educativo parental decrece y con ello el rendimiento escolar de los menores (Seitsinger, Felner, Brand, y Burns 2008).

La implicación parental con los profesionales de la educación, así como con las actividades académicas, son componentes esenciales en el progreso escolar de los niños y especialmente en los con niños con TDAH (Mautone, Clarke, Marshall, Soffer, Jones, Costigan, y Power 2015). Existen investigaciones que resaltan la importancia que tiene la implicación familiar en la educación, debido a que esta actúa de manera favorable para que el menor obtenga altos resultados educativos y sociales (McWayne, Fantuzzo, Cohen y Sekino 2004).

La implicación positiva de los padres en la educación en sus hijos mejora el comportamiento de los menores que padecen de TDAH (Hurt, Hoza, y Pelham, 2007). Cabe destacar que no solo es importante la implicación educativa de los padres, sino que también resulta importante las expectativas académicas que los padres tengan de sus hijos, es decir si los padres muestran expectativas altas sobre el logro académico de sus hijos, los menores presentaran un mayor esfuerzo académico así como también actitudes más positivas hacia la escuela (Casanova, García, Torre y Villa 2005) si bien las familias con hijos con TDAH, son las que presentan una menor expectativa acerca del nivel que de estudios que alcanzaran sus hijos en comparación con familias que tienen hijos que no padecen del trastorno, también expresan un gran deseo de que sus hijos puedan alcanzar estudios universitarios (Sánchez, García, Jara y Cuartero 2011).

Las relaciones que existe entre las familias de niños con TDAH y la escuela a menudo son conflictivas, debido a los retos que supone tener a un niño con TDAH dentro del aula (Miranda, García y Soriano, 2002) a pesar de que La escuela es uno de los sistemas más interdependientes y más próximos a la familia, en diversos estudios se ha encontrado que existe una imposibilidad para que la familia y la escuela puedan trabajar en conjunto, a pesar de que estas se constituyen como un micro y mesosistema más importante para el pleno desarrollo del infante (Grau 2007) (Córdoba y Verdugo, 2003).

La dificultad en la relación padres y escuela, suele generar un estrés mayor y una baja satisfacción parental (Grau 2007) lo que conlleva a que el bienestar parental se vea afectado, debido a que los padres sienten que toda la responsabilidad recae sobre ellos además de no sentirse apoyados por la escuela, por ello la valoración, participación e implicación de los padres en los servicios educativos y con los profesionales de la educación son factores importantes para poder mejorar la calidad de la educación por lo que es necesario que los padres se sientan completamente apoyados para que estos puedan desarrollar prácticas de crianza positivas que ayuden al menor a hacer frente a los problemas típicos de la escuela (Mautone

(Mautone, Clarke, Marshall, Soffer, Jones, Costigan, y Power 2015). Por esta razón en la mayoría de veces los padres prefieren mandar a sus hijos a escuela especializadas en trabajar con niños con TDAH o con alguna condición especial (Córdoba y Verdugo, 2003).

Por otra parte, los profesores encargados de la educación de los niños con este diagnóstico se sienten poco apoyados por parte de los padres y perciben que toda la responsabilidad recae en ellos, de igual manera sienten que los daños que padecen del trastorno deben de recibir una atención especializada, atención que ellos no se sienten capaces de brindar pues consideran que la manera como están organizadas las instituciones escolares actualmente no se lo permiten (Vargas, 2013).

2.11. Variables moduladoras.

Existen una serie de variables tanto como en el menor con TDAH como en sus padres, que llegan a tener influencia en los problemas relacionados con la crianza. Las características que puede presentar un niño que hacen que esta tarea resulte complicada son: la edad, el sexo, el subtipo, la presencia de alguna comorbilidad, o de un temperamento difícil. Por otra parte, también existen las características de los padres, las cuales incluyen los problemas psicopatológicos asociados con los padres como, ansiedad, depresión, consumo de sustancias o la presencia del TDAH en alguno de los dos progenitores (McLaughlin y Harrison 2006).

2.11.1. Características de los niños con TDAH.

- Edad: cada una de las etapas plantea un nuevo reto para los padres, la primera infancia suele ser complicada y estresante, debido a que los pequeños presentan un temperamento difícil y problemas en su desarrollo, también se encuentran los problemas del sueño, de la alimentación, retraso en el habla y en la coordinación motora. Cuando se encuentran en la edad escolar, se hace más evidente el TDAH y al llegar a la adolescencia, además

de sufrir las dificultades propias de esta, sufren también de inadaptación social, aislamiento social, depresión, en algunos casos se aumenta el riesgo de consumir sustancias dañinas para la salud. (Barkley, 1998).

- Sexo: la influencia del sexo suele ser relevante en las manifestaciones del comportamiento agresivo, es decir los varones muestran mayores niveles de agresividad así como también niveles elevados en los problemas externalizantes (Broidy, Nagin, Tremblay, Bates, Brame, Dodge y cols., 2003) mientras que las mujeres tienen una mayor probabilidad a presentar un subtipo desatento, por lo que tienen problemas de aprendizaje y problemas en la escuela, por otra parte los riesgos de que presenten comorbilidad de trastornos psiquiátricos como: depresión mayor, trastorno de conducta y trastorno desafiante son menores a las que presenta un varón con TDAH (Biederman, Mick, Faraone, Braaten, Doyle, Spencer, Wilens, Frazier, y Johnson, 2002).
- Subtipos del TDAH: Existe una distribución desigual en cuanto a los problemas que puede presentar un niño con TDAH esto dependerá del subtipo que presente. Se observa que existe un mayor número de problemas de conducta oposicional entre los menores con TDAH de subtipo combinado, comparado con los menores con TDAH subtipo desatento (Crystal, Ostrander, Chen y August, 2003).
- Presencia asociada de un temperamento difícil y/o de TOD: la mayoría de los niños con TDAH desde muy pequeños presenta un temperamento difícil así como un llanto excesivo, irritabilidad lo que dificulta el control de los padres en los primeros años, provocando ciertos tipos de conductas parentales disfuncionales (Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza, Blumenthal, y Gnagy 2004) De igual manera la comorbilidad del TDAH con el trastorno oposicionista (TOC) ocasiona en las familias mayores conflictos y mayor

número de problemas psicoemocionales (Jensen, Hinshaw, Kraemer, Leonora, Newcorn, y Abikoff, 2001).

2.11.2 Características de los padres de hijos con TDAH

- Presencia de TDAH en los padres: el índice de heredabilidad de TDAH es un 0.76, es decir que 76 niños de cada 100 padres que padecen TDAH también son afectados. No es fácil educar a un menor con TDAH, pero resulta aún más difícil si uno de los padres lo padece, situaciones como que padre desconozca su diagnóstico y no haya llevado un tratamiento adecuado agrava el proceso de crianza del menor (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren, y Sklar., 2005).
- Presencia de problemas psicoemocionales: La sintomatología del TDAH puede llegar a influir en los padres y en ocasiones facilita o agrava los problemas psicoemocionales de los progenitores, se sabe que los niños con desordenes en la conducta puede tener efectos adversos en la salud mental de los padres, sienten la ansiedad y la sintomatología depresiva los que más destacan (Córdoba y Verdugo, 2003).

2.12. Estrés ocasionado por la crianza del niño con TDAH.

La palabra estrés refiere a una reacción o respuesta a cualquier cambio que impacta de manera importante a la persona (Melgosa, 1995) Debido a las alteraciones que el estrés puede llegar a ocasionar, se puede entender como: un conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas que puede experimentar un organismo cuando este es sometido a fuertes demandas (Oblitas, 2004).

Así pues, el estrés parental puede ser ocasionado por la crianza, la cual se produce a partir de ciertas características de los hijos y las características de los padres.

Algunas de las características que se asocian con el estrés parental son: el humor, la habilidad que tienen los menores para adaptarse a los cambios, su nivel de distraibilidad e hiperactividad y las demandas que este puede llegar a ocasionar (Miranda, Marco y Grau, 2007).

Se debe tener en cuenta que los niveles de estrés no dependen únicamente de las características del infante, sino que también hay diversos factores que se relacionan, como por ejemplo la personalidad del padre su psicopatología, la calidad de la relación de pareja que este tenga o incluso su situación económica(Theule, Wiener, Tannock, y Jenkins 2013).

Se han realizado numerosas investigaciones acerca del estrés parental destacando la investigación Richard R. Abidin quien es un reconocido psicólogo que ha dedicado gran parte de su vida al estudio de la relación entre padres e hijos y propuso un modelo compuesto de cuatro dimensiones: malestar paterno, interacción disfuncional padre- hijo, niño difícil y estrés total, con la intención de medir el estrés que los progenitores (Abidin, 1992).

- Malestar paterno: se refiere al malestar que perciben los padres del niño a la hora de ejercer su papel de padres/madres. El cual es provocado por factores personales que se encuentran estrechamente vinculados con el sentido de competencia y capacidades que tienen los progenitores a la hora de desempeñar su rol, así como también las tensiones que se asocian con las funciones de su vida personal.
- Interacción disfuncional padre-hijo: se refiere principalmente a la percepción que tienen los padres de sus hijos y lo que estos esperan de ellos, y la medida en que los infantes satisfacen o no las expectativas de sus progenitores.
- Niño difícil: se relaciona con la manera en que los padres perciben o valoran a sus hijos con respecto a la facilidad o dificultad que representa a la hora de

controlar su conducta. En esta dimensión también se evalúa una serie de patrones desafiantes o desobedientes.

- Estrés total: esta dimensión se refiere al grado total que pueden llegar a experimentar los padres a la hora de ejercer su papel y está determinada por las dimensiones de malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil, es decir que reflejan las tensiones de los progenitores en su rol, las tensiones en la crianza y las tensiones de las expectativas no satisfechas (Abidin 1992).

El sistema parental de (Abidin,1992) han ayudado a definir la importancia del rol parental, los esquemas y expectativas que los progenitores llegan a tener como medidores de estrés resaltando así las repercusiones negativas en la familia ocasionadas por este. Las familias de los niños con TDAH suelen llevar un ritmo de vida con constantes angustias y castigos, en este punto los padres suelen buscar un culpable debido a que se está produciendo un cambio que no pueden controlar dentro del sistema familiar como puede ser que el niño comience a mostrar signos de conducta perturbadora. (Barkley, 2000).

Asumir el diagnóstico de un hijo con TDAH sin duda representa una nueva experiencia y retos para la familia, (Poeta, 2004) así es como su vida da un cambio total y en ocasiones su vida privada pasa a ser pública y permanentemente accesibles para los profesionales de los sistemas educativo, así como los sanitarios que tengan relación con el niño (Fernández y Aznar, 2004). Generalmente el diagnóstico simboliza un acontecimiento estresante que los progenitores llegan a percibir como una desafío o amenaza, (Poeta, 2004) Cabe destacar que cuando el menor no llega a ser diagnosticado, los padres en su búsqueda de encontrar un culpable suelen apuntar a su cónyuge (Fernández y Aznar, 2004).

Es así como la crianza de un niño o niña con TDAH provoca un impacto negativo de estrés y agotamiento en los padres (Poeta, 2004). Los altos niveles de estrés y frustración en los progenitores se deben principalmente a que en sus intentos por controlar la conducta de sus hijos no suelen tener éxito, ya que los métodos

convencionales de crianza no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. (Grau-Sevilla, 2007). Los niños con TDAH en su mayoría nacen con una predisposición biológica a experimentar dificultades en la atención e inhibición de los impulsos lo que requiere que los padres pongan más atención (Miranda, Marco y Grau, 2007) presentando así la necesidad de estar siempre pendiente de ellos y de su conducta, en varias ocasiones los padres llegan a tomar la decisión de reducir su jornada laboral o incluso abandonar su trabajo, este tipo de situaciones contribuyen a que los niveles de estrés sean más altos en la familia, a causa de que económicamente los ingresos bajan, de manera que las familias ya no puedan permitirse un tratamiento en sus distintas modalidades ya sea a nivel farmacológico, psicológico o refuerzos escolares (Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

Debido a que los padres muestran niveles elevados de estrés también se muestran más críticos, controladores y autoritativos, además de que se muestran con mayor desinterés por resolver los problemas utilizando menos métodos de crianza positivos con los menores que padecen de TDAH (Grau, 2007).

2.13. Psicopatología parental y su Influencia.

Los trastornos mentales de los progenitores se relacionan con mayor riesgo de alteraciones psicológicas y del desarrollo, del infante, además de que las alteraciones que el menor llegue a sufrir durante la infancia persistirán en la adolescencia (Stein, Pearson, Goodman, Rapa, Rahman, McCallum y Howard 2014). En algunos casos las familias que tienen un hijo con TDAH uno o los dos padres pueden también presentar TDAH u otra psicopatología, esto representa un factor de riesgo importante para los menores, y llegar a ser un factor influyente para la aparición de trastornos asociados con el TDAH (Mulas, Capilla, Fernandez, Etchepareborda, Campo, Maestu , Ortiz, 2006).

Los padres de niños con TDAH muestran niveles sintomáticos más altos de TDAH, trastorno depresivo y trastorno depresivo de personalidad que los padres de menores que no padecen del trastorno. Las madres muestran niveles de depresión

más altos, mientras que los padres tienen problemas con el consumo de alcohol (Margari, Craig, Petruzzelli, Lamanna, Matera, y Margari, 2013). Existe una tasa elevada de trastornos del humor, ansiedad conductiva y abuso de sustancias entre los familiares de primer grado de menores con TDAH, otro factor influyente para que aumenten las tasas de la psicopatología de los padres es la presencia de comorbilidad asociada con el TDAH.(Johnston y Mash, 2001).

La psicopatología parental puede tener efectos posteriores (Lee, Lin, Robson Yang, Chen y Niew, 2013) encontró que las madres que padecen de depresión y tiene hijos con TDAH mostraban interacciones menos positivas comparada con las madres sin depresión pero que también tenían hijos con TDAH, de igual manera muestran más rechazo, insatisfacción, beligerancia, dominancia, criticismo, ira, estos sentimientos también eran de manera reciproca de los menores hacia a las madres.

Es por ello que la depresión materna parece impactar más, debido a que las madres depresivas son menos sensibles a las conductas positivas y negativas de sus hijos, fallan en responder de manera positiva a las interacciones madre/hijo y muestran un afecto poco positivo en situaciones de conflicto (Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal y Jensen, 2007).

La comorbilidad que pueden llegar a presentar algunos menores con TDAH, así como también los trastornos del comportamiento oposicionista desafiante. Se asocia con trastornos de ánimo, trastornos de ansiedad y la dependencia de estimulante como la cocaína y problemas de consumo de alcohol en los padres (Chronis Raggi, Clarke, Rooney, Diaz y Pian 2008) Los síntomas del comportamiento oposicionista y desafiante en un niño con TDAH son factores que complican el funcionamiento familiar, lo que en ocasiones deriva en una disminución del calor parental, así como también una disciplina intrusiva y negativa (Kashdan Jacob, Pelham, Lang, Hoza, Blumenthal, y Gnagy 2004).

La dependencia de los padres por el alcohol está asociada a tasas elevadas de TDAH en los hijos. El consumo de esta sustancia durante el embarazo es un factor de riesgo ambiental. Así mismo el consumo de alcohol por parte de los padres también es un factor de riesgo en las etapas posteriores del desarrollo en los niños con TDAH (Bornovalova, Hicks, Iacono, 2010). En un estudio realizado con familias de noruega se encontró que los hijos de los padres que abusan de bebidas embriagantes muestran problemas de conducta, atención y de adaptación escolar, especialmente si se trata del alcoholismo materno (Torvik, Rognmo, Ask, Røysamb, & Tambs, 2011).

En un estudio donde se evaluó el efecto del TDAH y el abuso de sustancias en los padres de niños con TDAH, se realizaron 4 grupos basándose en la situación de los padres: grupo 1 padres sin ningún trastorno, grupo 2- padres con TDAH, grupo 3- padres con trastorno de abuso de sustancias y grupo 4- padres con TDAH y trastornos de abuso de sustancia. Los resultados indicaron distintos porcentajes respecto a la presencia de TDAH en los menores de acuerdo a las características de los padres. Encontrando que se trata del 3% para el grupo 1, el 13% para el grupo 2; el 25% para el grupo 3 y el 50% para el grupo 4 (Wilens, Hasey, Biederman, Berdin, Tanguay, Kwon, y Faraone 2005).

En un estudio en el que se compararon a los padres con y sin TDAH (TDAH ausente o en remisión) se encontró que los padres que padecen de TDAH persistente durante toda su vida tienen más psicopatologías en cuanto a las dimensiones de alto neuroticismo y baja responsabilidad. También se encontró que, si además de los padres los hijos también padecen de TDAH, los padres mostraban un alto rango de psicopatología como somatización, obsesivo-compulsiva, inseguridad social, depresión, ansiedad, hostilidad, fobias, idealización paranoide, neuroticismo y estrés (Steinhausen Gollner, Brandeis, Muller, Valko, y Drechsler, 2012).

2.14. Estilos de crianza de los padres de niños con TDAH.

Las dimensiones y las variables que se han formulado para definir un estilo educativo se ha ido modificando con el paso del tiempo, es decir a mediados del siglo pasado solo se habían identificado dos dimensiones (apoyo y control parental) para definir las relaciones padre/ madre-hijo/hija, en la actualidad se consideran cuatro aspectos (el afecto o apoyo, el grado de control o disciplina, el grado de madurez, y la comunicación entre padres y madres e hijos o hijas.) estas dimensiones y sus combinaciones serán las diversas experiencias educativas que el infante vivirá dentro del núcleo familiar las cuales influirán en su desarrollo (Torío-López, Peña-Calvo & Rodríguez-Menéndez, 2008).

Se ha establecido que la calidad de las relaciones familiares y la interacción entre sus miembros podría estar relacionados con el desarrollo y diversos patrones de la psicopatología infantil, se sabe que el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y el TDAH son más comunes en familias disfuncionales y en un ambiente con niveles elevados de adversidad (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005).

Los factores ambientales tienen un papel muy importante en la evolución a largo plazo del trastorno, de forma que si se cuenta con un estilo de paternidad optima, puede que el niño solo desarrolle TDAH, por el contrario, si se cuenta con un estilo de paternidad poco positiva puede que el niño desarrolle el TDAH con alguna comorbilidad.(Pennington, y Ozonoff, 1996).

Existen dos tipos de estilos parentales que se consideran perjudiciales para la educación del infante, estos son el estilo parental permisivo y el autoritario. Los padres con hijos con TDAH al experimentar mayores niveles de estrés utilizan más órdenes y pautas, muestran más desaprobación, son partidarios de los castigos físicos y manejan de manera poco efectivamente el comportamiento de sus hijos (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek y Friedman (2004).

Los padres de hijos con TDAH tienen alterada la percepción parental y por ello mismo poseen una baja tolerancia a las conductas del menor (Barkley 1990) es por ello que los padres de niños con TDAH se caracterizan frecuentemente por utilizar procedimientos de disciplina punitiva y aplicar castigos físicos desde la primera infancia (Stormshak, Bierman, McMahon y Lengua, 2000) cabe destacar de que igual manera los padres también utilizan un estilo de disciplina permisivo, con bajos niveles de comunicación e interacción entre padre- hijo (Keown y Woodward, 2002).

Se ha encontrado que los padres y madres con hijos con TDAH son más controladores y menos afectuosos incluso optan por un estilo parental negligente (Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007), La disciplina agresiva y poco proactiva suele ser muy utilizado por los padres provocando sentimientos negativos de los padres hacia sus hijos de manera que los refuerzos positivos son escasos (Roselló García-Castellar, Tárraga Mínguez, y Mulas 2003) Es así que los menores con TDAH reciben menos afecto y más sobre protección además de un control autoritativo por parte de sus padres, tienen menos interacciones afectivas con sus progenitores, problemas más severos de comportamiento en casa y perciben menos apoyo familiar que los niños que no padecen del trastorno (Chang, Chiu, Wu y Gau, 2013).

La presencia del TDAH en los progenitores también puede llegar ser un factor esencial en el estilo de crianza que emplean. Existe un relación muy estrecha entre los síntomas de TDAH que puede llegar a sufrir una madre y un estilo de disciplina poco eficaz y más permisivo de igual manera las madres con más síntomas de TDAH se implican menos en la crianza así como una paternidad menos positiva (Chronis, Raggi, Clarke, Rooney, Diaz y Pian 2008) La presencia del TDAH en los padres puede tener consecuencias en el desarrollo emocional de menor, (Edel, Juckel, y Brüne, 2010) observo que los adultos que recuerda haber tenido madres y padres con síntomas relacionados con el TDAH tenían un estilo de crianza adverso, así como también problemas de vinculación en las relaciones

sentimentales dificultad en para la regularización emocional, los adultos con tdah que tuvieron madres con TDAH recuerdan más rechazo y un estilo de crianza autoritativo, sin embargo en 2008 sugieren una hipótesis de similitud adaptativa la cual da a entender que según los síntomas TDAH que los progenitores pueden llegar a padecer están relacionados con una mayor comprensión del comportamiento del hijo. En consecuencia, la convivencia, así como el tiempo compartido resultan más fructífero o (Psychogiou, Daley, Thompson, y Sonuga. 2008).

Capítulo III. Método

3.1 Objetivo General y Específicos

Objetivo General:

Conocer el estilo de crianza que son más utilizados por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Objetivos Específicos:

Conocer la frecuencia con las que los padres percibe ser autoritarios o autoritativos (factores del instrumento)

Conocer los diferentes grupos de padres conformados de acuerdo con el estilo de crianza.

3.2 Tipo de Estudio:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan estas (Sampieri, 2010).

Los estudios descriptivos se llevan a cabo cuando el investigador está interesado una o más características (variables) de uno o varios grupos de una población, el interés fundamental de este tipo de estudio es descubrir lo que sucede en una situación determinada. (García, 2009)

3.3 Variables Del Estudio:

Estilos de crianza

De acuerdo con (Brenner y Fox 1999) plantean que las prácticas parentales son las que en realidad tienen un efecto directo sobre la vida del niño dado que, son las conductas las que logran el impacto, mientras que el estilo parental solamente actúa como moderador del vínculo entre lo que los padres actúan y lo que el niño desarrolla en consecuencia.

3.4 Participantes

Participarán padres de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) los padres serán de sexo indefinido con rango de edad de 21 a 52 años..

Criterios de selección

Los participantes deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión para participar en el estudio:

- Ser padres de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Estar en un rango de edad de 21 a 54 años.
- Que sus hijos estudien la escuela primaria.

- Sus hijos estudien en escuelas del sector público en el municipio de Metepec.

3.5. Instrumento

Para dar respuesta al objetivo de la investigación se usará el Cuestionario de prácticas parentales (Gaxiola, Frías, Nehemías, Olivas. 2006) el cual mide las prácticas de crianza de los padres de acuerdo con la clasificación de Robinson, dicho instrumento va dirigido a padres con hijos en edad preescolar y primaria, el instrumento está formado por 62 reactivos.

3.6 Procedimiento.

El investigador asistirá a tres escuelas primarias para reunirse con el director general y gestionar los permisos para desarrollar el estudio en su institución. Se explicarán los objetivos y procedimientos de la investigación, solicitando específicamente permiso para la aplicación de instrumentos de medición a los padres de familia de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La recolección de datos se obtendrá realizando una aplicación del cuestionario de prácticas parentales de manera grupal con duración de 40 min y se realizara en una sola sesión,, para ello se requerirá de un salón de usos múltiples que cuente con la ventilación e iluminación adecuada, se contará con la presencia de alguna autoridad escolar, se verificará que cada reactivo del cuestionario este contestado, además se les informará a los participantes que la información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos y de manera confidencial con base a los objetos del proyecto.

3.7. Tipo De Diseño:

Trasversal, se caracteriza por circunscribir la recogida de información a un único momento en el tiempo. El objetivo de la investigación puede ser descriptivo (describir las características de una población en una fecha concreta, como

acontece en el censo de población, por ejemplo) explicativo (analizar, mediante una encuesta, las variables que inciden en la ocurrencia de un hecho o acción determinada, por ejemplo), o de otro orden. Lo que distingue a esta variedad de diseño es que la recogida de información se lleva a cabo de una sola vez, aunque se incluyan circunstancias temporales o contextos ambientales diferentes (D'Ancona, 2001).

Este tipo de estudio se realiza en un momento determinado; nos interesa el fenómeno en el presente. Puede ser cualquier tipo según la clasificación. Su principal objetivo es estudiar el fenómeno en un momento determinado. (Pick López, Y Faubert, 2002).

Capítulo IV. Resultados

Este capítulo se divide en dos partes, la primera de ellas muestra los resultados del análisis de frecuencia (estadística descriptiva) usada para dar respuesta al primer objetivo específico.

4.1. Incidencia

Para dar respuesta al primer objetivo específico: conocer los diferentes grupos de padres conformados de acuerdo con el estilo de crianza, se desarrolló un análisis de frecuencia. El análisis se muestra en las Tablas 1 y 2

A continuación, se expone la Tabla 1, en la que se describe la frecuencia con la que ocurren comportamientos relacionados a un estilo de crianza autoritativo.

Tabla 1. Porcentaje de frecuencia con la que los padres tienen un comportamiento relacionado a la crianza autoritativa.

Reactivo	Nunca	De vez en cuando	Casi la mitad del tiempo	Muy seguido	Siempre	Total
Permito que mi hijo/a interrumpa a los demás.	77,8%	14,8%	3,7%	0%	3,7%	100
Evito regañar y/o criticar a mi hijo/a, aun cuando no se comporta de la forma	25,9%	33,3%	25,9%	14,8%	0%	100
No tomo en cuenta la mala conducta de mi hijo/a.	51,9%	14,8%	3,7%	11,1%	18,5%	100
Le ofrezco recompensa a mi hijo/a para que cumpla con lo que le pido.	29,6%	33,3%	0%	14,8%	22,2%	100
Cedo cuando mi hijo/a hace un escándalo por algo	51,9%	22,2%	7,4%	11,1%	7,4%	100
Disciplino a mi hijo/a luego de alguna mala conducta	11,1%	7,4%	11,1%	18,5%	51,9%	100

Amenazo con castigar a mi hijo/a frecuentemente en vez de hacerlo de verdad	18,5%	44,4%	18,5%	7,4%	11,1%	100
Doy castigos a mi hijo/a y después no los llevo a cabo	29,6%	18,5%	22,2%	18,5%	11,1%	100
Bromeo y juego con mi hijo/a	0%	14,8%	18,5%	29,6%	37,0%	100
Soy respetuoso/a con las opiniones de mi hijo/a motivándolo/a para que las exprese	14,8%	14,8%	11,1%	18,5%	40,7%	100
Conduzco la mala conducta de mi hijo/a hacia una actividad más adecuada	3,7%	14,8%	3,7%	22,2%	55,6%	100
Considero las preferencias de mi hijo cuando hacemos planes en familia.	0%	29,6%	18,5%	18,5%	33,3%	100
Motivo a mi hijo/a para que se exprese libremente, incluso cuando no esté de acuerdo conmigo	11,1%	22,2%	11,1%	14,8%	40,7%	100
Considero los deseos de mi hijo/a antes de decirle que haga algo	29,6%	25,9%	14,8%	7,4%	22,2%	100
Permito que mi hijo/a dé su opinión con respecto a las reglas familiares	3,7%	18,5%	14,8%	18,5%	44,4%	100
Insisto en las razones o motivos de las reglas	0%	11,1%	0%	44,4%	44,4%	100
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de su comportamiento.	11,1%	11,1%	0%	29,6%	48,1%	100
Le explico a mi hijo cómo me siento cuando se porta bien o mal	14,8%	11,1%	18,5%	7,4%	48,1%	100
Converso con mi hijo/a cuando se porta mal	14,8%	14,8%	3,7%	18,5%	48,1%	100
Ayudo a mi hijo a entender el efecto de su comportamiento, animándolo/a hablar de las	0%	7,4%	18,5%	18,5%	55,6%	100

consecuencias de sus acciones							
Explico a mi hijo/a las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas	3,7%	3,7%	11,1%	11,1%	70,4%	100	
Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco en su crianza	22,2%	18,5%	14,8%	14,8%	29,6%	100	
Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo/a	11,1%	14,8%	0%	25,9%	48,1%	100	
Animo a mi hijo a hablar sobre sus problemas	0%	18,5%	7,4%	29,6%	44,4%	100	
Respondo a los sentimientos y necesidades de mi hijo/a	0%	7,4%	0%	29,6%	63,0%	100	
Le digo a mi hijo/a que valoro sus intentos y sus logros.	0%	7,4%	7,4%	18,5%	66,7%	100	
Conozco los problemas o preocupaciones de mi hijo/a en la escuela.	3,7%	7,4%	7,4%	25,9%	55,6%	100	
Conozco los nombres de los/as amigos/as de mi hijo/a.	7,4%	14,8%	0%	22,2%	55,6%	100	
Felicito a mi hijo cuando se porta bien.	3,7%	11,1%	11,1%	14,8%	59,3%	100	
Le muestro cariño a mi hijo/a con besos y abrazos.	7,4%	11,1%	3,7%	14,8%	63,0%	100	

En la Tabla 1 se muestran los resultados de las frecuencias de los padres que tienen comportamiento relacionado con un estilo de crianza autoritativo. Se realizó un análisis con respecto a los datos obtenidos de frecuencias sobre “Siempre”, identificándose que siete de cada diez padres, perciben que ellos siempre explican a sus hijos las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas, siete de cada diez expresan a sus hijos que valoran sus intentos y sus logros, 6 de cada 10 padres Responde a los sentimientos y necesidades de mi hijo/a además de decirle a sus hijo/a que valoran sus intentos y sus logros. De igual manera 6 de cada 10 padres Felicita a su hijo cuando se porta bien y le muestra cariño a su hijo/a con besos y abrazos.

A continuación, se expone la Tabla 2, en la que se describe la frecuencia con la que ocurren comportamientos relacionados a un estilo de crianza autoritario.

Tabla 2. Porcentaje de frecuencia con la que los padres tienen un comportamiento relacionado a la crianza autoritario

Reactivo	Nunca	De vez en cuando	Casi la mitad del tiempo	Muy seguido	Siempre	Total
Me muestro inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de mi hijo/a.	55,6%	22,2%	3,7%	7,4%	11,1%	100
Establezco reglas estrictas para mi hijo/a	3,7%	18,5%	25,9%	22,2%	29,6%	100
Temo que disciplinar a mi hijo/a cuando se porta mal hará que no me quiera	74,1%	7,4%	7,4%	0%	11,1%	100
Tengo confianza en mis habilidades para criar a mi hijo/a	0%	7,4%	11,1%	29,6%	51,9%	100
Considero que es difícil disciplinar a mi hijo/a	48,1%	29,6%	7,4%	3,7%	11,1%	100
Reto o critico a mi hijo/a cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él/ella	40,7%	25,9%	25,9%	3,7%	3,7%	100
le exijo a mi hijo/a que haga determinadas cosas o actividades.	14,8%	22,2%	14,8%	25,9%	22,2%	100
Le digo a mi hijo/a qué hacer	7,4%	7,4%	0%	40,7%	44,4%	100
Cuando mi hijo/a pregunta por qué tiene que conformarse con algo, le digo: "porque yo lo digo", o "porque soy tu padre/madre".	55,6%	14,8%	3,7%	18,5%	7,4%	100
Amenazo a mi hijo/a con castigarlo/a sin justificación alguna	70,4%	14,8%	3,7%	0%	11,1%	100
Cuando dos niños/as se están peleando, primero los/as castigo y después les pregunto por qué lo hicieron	59,3%	14,8%	7,4%	7,4%	11,1%	100

Castigo a mi hijo/a dejándolo solo/a en alguna parte sin darle antes una explicación	70,4%	18,5%	11,1%	0%	0%	100
Parezco estar más preocupado/a de mis propios asuntos que de los de mi hijo	74,1%	14,8	7,4%	0%	3,75%	100
Le pego una cachetada a mi hijo/a cuando se porta mal.	70,4%	18,5%	3,7%	0%	7,45%	100
Uso el castigo físico con mi hijo/a como una forma de disciplina	29,6%	48,1%	11,1%	3,7%	7,4%	100
Le pego en las nalgas a mi hijo/a cuando es desobediente	25,9%	48,1%	7,4%	11,1%	7,4%	100
Disciplino a mi hijo/a con castigos, más que por la razón.	29,6%	44,4%	7,4%	14,8%	3,7%	100
Discuto o regaño con mi hijo/a.	3,7%	48,1%	29,6%	11,1%	7,4%	100
Me enojo con mi hijo/a	11,1%	40,7%	37,0%	0%	11,1%	100
No estoy de acuerdo con mi hijo/a.	18,5%	40,7%	18,5%	14,8%	7,4%	100

En la Tabla 2 se muestran los resultados de las frecuencias de los padres que tienen comportamiento relacionado con un estilo de crianza autoritario. Se realizó un análisis con respecto a los datos obtenidos de frecuencias sobre “nunca”, a lo cual dio lo siguiente, con un 55.6% de los padres nunca se muestran inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de su hijo/a, el 29.6% nunca uso el castigo físico con su hijo/a como una forma de disciplina. Además de que 7 de cada 10 padres nunca amenaza a su hijo/a con castigarlo/a sin justificación alguna, no emplea castigo a su hijo/a dejándolo solo/a en alguna parte sin darle antes una explicación

De igual manera 7 de cada 10 de los padres nunca parecen estar más preocupado/a por sus propios asuntos que por los de su hijo de igual manera nunca le pegan una cachetada a sus hijo/a cuando se porta mal.

CONCLUSIONES.

La conclusión del primer objetivo específico (frecuencia con las que los padres percibe ser autoritarios o autoritativos), es que seis de cada diez padres son autoritativos, es decir, son padres que crían a sus hijos usando explicaciones y dando razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas, valorando sus intentos y sus logros además de responder a los sentimientos y necesidades de igual manera felicitan a su hijo cuando se porta bien y le muestra cariño a su hijo/a con besos y abrazos.

La conclusión derivada del objetivo general (conocer el estilo de crianza que son más utilizados por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) señala que la mayoría de los padres entrevistados, no presenta un estilo de crianza determinado, ya que utilizan diferentes estrategias para criar, que a su vez pertenecen a diferentes estilos de crianza, el que más usan los padres es el mixto al combinar la crianza autoritaria con la autoritativa.

Discusiones.

Derivado del primer objetivo específico, se concluye que los padres usan con mayor frecuencia la crianza autoritativa con sus hijos, pero aunque la usan con mayor frecuencia no la usan en aislado, ya que la combinan con la autoritaria, en otras investigaciones pero con grupos de edad diferente a los participantes en este estudio se identificó que los padres de estos niños se perciben menos cálidos, mostrando un afecto negativo y controladores sintiéndose identificados con un estilo de crianza más autoritaria (Goldstein, Harvey y Friedman., 2007), en otro estudio se identificó de igual manera que los padres se perciben más autoritarios, estas diferencias se pueden deber a la diferencias en las metodologías empleadas ya uno de ellos fue investigación cualitativa (Bullard 1997), y el otro estudio fue con niños preescolares en culturas muy diferentes a la Mexicana (Goldstein, Harvey y Friedman., 2007).

Con respecto a las conclusiones generales derivadas de esta tesis, se identificó que la mayoría de los padres entrevistados muestran un estilo de crianza mixto, por los que estos resultados concuerdan con la literatura de (Torío, Peña y Rodríguez, 2008 ; Harris, 2002) quienes concuerda con que los padres no tienen un estilo de crianza fijo, ya que pueden ir variando de acuerdo a contexto familiar. Sin embargo, esto difiere con un estudio realizado por Alizadeh y Andries (2002) donde examinaron el estilo educativo de los padres de niños con TDAH Iraníes, en dicho estudio, participaron 130 padres con hijos entre los 7 y los 10 años, los hallazgos revelaron que los padres que tenían hijos con TDAH obtenían puntuaciones más elevadas en un tipo de crianza, esta fue la autoritaria. Por otra parte Keown y Woodward (2002) realizaron un estudio donde evaluaron los estilos de disciplina utilizados por 33 padres de niños con TDAH en edad preescolar utilizando la escala "Parenting Scale" el cual es un cuestionario que mide las similitudes y diferencias

en la forma en que los padres crían, dicho estudio arrojó como resultado que la mayoría de los padres presentan un estilo de crianza autoritaria, dichas diferencias se pueden deber a la diferencia de edad de los niños evaluados, así como por el número de padres participantes en el estudio, la cultura y los instrumentos usados.

Sugerencias

En base a todo lo expuesto en esta tesis se recomienda que se debe seguir investigando y profundizando el tema acerca de los estilos de crianza que llevan los padres de niños con TDAH, en México para poder responder a las diversas interrogantes que puedan seguir surgiendo en esta temática. Así como también brindar a las Instituciones Educativas los conocimientos acerca de los instrumentos para la identificación de los factores del TDAH, con la finalidad de que en caso de requerirlo llevar a cabo la realización pertinente con las evaluaciones necesarias y poder establecer un diagnóstico temprano para que se pueda prevenir las manifestaciones de factores más significativos.

Se sugiere seguir investigando en los métodos que pueden utilizar los padres, y que dichas investigaciones puedan incidir en una población más amplia. Para poder llevar a cabo una crianza más positiva ya que según la OMS (2014b) apoyar a los niños y reforzarlos por sus logros es eficaz para la prevención de la violencia.

De igual manera resultaría interesante realizar diversos estudios en los que se profundice el tema de los subtipos de TDAH y como hay que tratar cada uno de ellos, así como también cual sería el estilo de crianza más recomendado de acuerdo a sus necesidades

Fomentar la participación de los padres y madres, en la participación de la vida de sus hijos, ya que la participan de los padres en este tipo de estudios resulta importante, pues nos muestran gradas perspectivas de como se encuentra el funcionamiento de los hogares .

Por último se cree necesario la realización de más estudios acerca de cómo las escuelas necesitan estar más preparadas con un mayor conocimiento en cuestiones del trastorno, con la finalidad de que se puedan llegar a crear una serie de estrategias, en las que se oriente al padre o tutor del niño con TDAH. Podría tomarse

como referencia el libro ¡Auxilio! ¡Mi hijo no trae manual! (Pedroza, Mendoza, et al., 2013). El cual brinda las herramientas necesarias para lograr identificar algunos problemas de conducta en los hijos además ofrece una guía, paso a paso, para prevenir y controlar dichos problemas .

Referencias

- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412
- Aguirre, E. (2000). Socialización y prácticas de crianza. *Socialización: Prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia
- Alomar, B. (2006). Personal and family paths to pupil achievement. *Social Behavior and Personality*, 34(8), 907-922. doi:10.2224/sbp.2006.34.8.907
- Alzate, M. (2003). El descubrimiento de la infancia, modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna. *Revista de Ciencias Humanas*, 9, 17- 24.
- American Psychiatric Association. (1968) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, second edition. Washington DC: Author
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV)*. (4th edition) Washington, D. C.: Author
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Amore, L.B., Grizenko, N., Schwartz, G., Lageix, P., Baron, C., Ter-Stepanian, M., Joober, R. (2005) Complication in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 120-126
- Aníbal, R. (2010). La Metodología Cuantitativa y su Uso en América Latina. *Cinta de moebio*, (37), 1-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2010000100001>.
- Arranz, E., Bellido, A., Manzano, A., Martín, J. L., y Olabarrie-ta, F. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológicodurante la infancia. En E. Arranz (Coord.), *Familia y desarrollo psicológico*. (pp. 70-95) Madrid: PearsonEducación
- Baldwin, A., Kalhorn, J. & Breese, F. (1945). Patterns of parent behavior. *Psychological Monographs* 58(3), pp. 1-85.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(3), 237-257.

- Barudy, J. (2009). Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Barkley RA. (2000). Hacerse cargo del TDAH: la guía completa, con autoridad para los padres. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley R. (2009) La hiperactividad no es un trastorno social ni familiar, sino genético y neurológico. *El País*, pág. 6.
- Barkley R.A., Murphy K.R. (2005) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, 2, The Guilford Press, New York
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for diagnosis and treatment*. New York, Guilford Press, 74-105.
- Barkley, R.A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279, 44-49.
- Barkley, RA (1999). *Atención - Trastorno por déficit / hiperactividad: un manual para diagnóstico y tratamiento* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barkley, RA., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. [http:// dx.doi.org/10.2307/112661](http://dx.doi.org/10.2307/112661)
- Baumrind, D. (1973). A.D. Pick (ed.). *Minnesota Symposia on child psychology*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 7: 3-46.
- Baumrind, Diane (1971) *Current Pattern of Parental Child Development*. University of California - Berkeley
- Becerra, Sara. Roldan, Walter y Aguirre, Maribel. (2008) "Adaptación del Cuestionario Parental (PCRIM) en Canto Grande". Universidad Federico Villarreal. Facultad de Psicología – Lima.
- Bedoya, L., & Alviar, M. (2013). Familias atrapadas en la hiperactividad. *Revista Facultad de Trabajo Social*. 29 (29), 237-259
- Benczik, EBP (2000). *TDAH - Escala de déficit de atención / trastorno de hiperactividad: versión para maestros*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Biederman J. (2004), Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview
Biological psychiatry, 57 (11) pp. 1215-1220
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E. y Johnson, M. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal Psychiatry*, 159, 36-42.
- Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, M. M. (2010). Familiar transmission and heritability of childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*, 167(9), 1066–74.
- Botero Gómez P, (2009) Salazar Henao M, y Torres M L. Prácticas discursivas institucionales y familiares sobre crianza en ocho OIF de Caldas - Prácticas discursivas y familiares sobre a educação em oito Observatórios de Infância e Família (OIF) de Caldas, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2009; 7(2) julio-diciembre: 803-835.
- Broidy , L.M., Nagin, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E., Brame, B., Dodge, K.A. y cols. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviours and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Brenner, V. y Fox, R. (1999). Una clasificación empírica de las prácticas de paternidad . *Revista de genética Psicología*, 160 (3), 343-356.
- Buehler, C , Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64, 78–92.
- Buitelaar, J.K. (1996). LaVan Engeland H: Epidemiological approaches. In Sandberg S, ed. *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bullard, J.A. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHA child behaviour on the family: The impact and coping strategies. *Disertation Abstratcts International: Section B: Tthe Sciences and Engineering*, 57 (12B), 7755.
- Caballo, V., & Simón, M. (2001). *Manual de Psicología: Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide. <http://www.casadellibro.com/libro-manual-de->

psicologia-clinica-infantil-y-del-adolescente-trastorn-os-
especificos/9788436816419/821298

- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997). Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: planteamiento actual de un viejo problema. En Polaino-Lorente y col., Manual de Hiperactividad Infantil (pp. 31-46), Madrid: Unión Editorial.
- Cáceres, J. , Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev Neurol*, 52. 527-532. Recuperado de <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/582/58229962009/6>.
- Calegaro, M. (2002). Evaluación psicológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En *Evaluaciones y medidas psicológicas: producción de conocimiento e intervención profesional*. São Paulo: Casa do Psicólogo. [Enlaces]
- Campbell, J. y Verna, A. (2007). Effective parental influence: academic home climate linked to children s achievement. *Educational Research and Evaluation*, 13(6), 501-519. doi:10.1080/13803610701785949
- Capano Bosch, Alvaro, & del Luján González Tornaría, María, & Massonnier, Natalie (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 6 de octubre de 2019]. ISSN: 0254-9247. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3378/337846349009>
- Cardó, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la pre-valencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol*; 10-4. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000400004.
- Casanova, P. F., García-Linares, M. C., de la Torre, M. J., & Carpio, M. D. L. V. (2005). Influence of family and socio-demographic variables on students with low academic achievement. *Educational psychology*, 25(4), 423-435

- Casas, F. (1998): infancia: perspectiva psicosociales. Barcelona. Paidós.
- Castellanos, F.X. y Acosta, M.T. (2002). "El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico". *Revista de Neurología*, 35, 1-11.
- Castellanos, F.X. y Acosta, M.T. (2004). "Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". *Revista de Neurología*, 38, S131-136.
- Cavallo, V. y Simón, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide. Recuperado de https://www.academia.edu/.../Manual_de_psicología_clínica_infantil_y_del_adolescen...
- Ceballos, E., y Rodrigo, M.J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigoy J. Palacios (Comp.), *Familia y desarrollo humano*. (pp.225-243). Madrid: Alianza.
- Céspedes, A. 2008 *Educación de las Emociones, educar para la vida*. Santiago, Chile, ed. B S.A.
- Chang, L-R., Chiu, Y-N., Wu, Y-Y. y Gau, S. (2013). Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 128-140.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1237–1250.
- Cibanal, L. (2009). "Introducción a la sistémica y terapia familiar", recuperado 9/09/2019
- Climont, G. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*, (12/13), 186-213.
- Coleman, J. S. (1987). Families and schools. *Educational Researcher*, 16, 32-38. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189x016006032>.

- Comité de Ministros Europeos. (2006). Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva. En: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad_positiva/es_parentpo/adjuntos/13.%20Recomendacion%20comite%20ministros.pdf: Council of Europe. Committee of Ministers.
- Córdoba, L. y Verdugo, A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familiares de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Revista Siglo Cero*, 34, 19-33.
- Cristóforo, A. (2012). Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta, en: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.) *Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur (p.)*, Ciudad de México, México: Tendencia.
- Crystal, D.S., Ostrander, R., Chen y August, G. (2003). Multimethod Assessment of Psychopathology Among DSM-IV Subtypes of children with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: Self-parent and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29, 189-205.
- Cuenca, V. y Mendoza, B. (2017). Comportamiento Pro-social y agresivo en niños: Tratamiento conductual dirigido a Padres y Profesores. *Revista Acta de Investigación en Psicología*, 7, 2691-2703.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas.Perspectivas en Psicología*. Vol.6. Nº.1.
- D'Ancona Cea, M.A. (2001): *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Dabrowska, A. y Pisula, E. (2010). Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism and Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/41421128_Parenting_stress_and_coping_styles_in_mothers_and_fathers_of_pre-school_children_with_autism_and_Down_syndrome

- Dafny, N., & Yang, P.B. (2006). The role of age, genotype, sex, and route of acute and chronic administration of methylphenidate: a review of its locomotor effects. *Brain Research Bulletin*, 68(6), 393-405.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 1-10
- Davis, C., Claudius, M., Palinkas, L. A., Wong, B. y Leslie, L. K. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and DHD and implications for ADD care. *Journal of Attention Disorders*. 16, 675-684.
- De Mause, L. (1974). La evolución de la infancia. Recuperado de: <http://l.sb10.com/istoriya/3057/index.html>: <http://l.sb10.com/istoriya/3057/index.html>
- Delval, J. (1983). *Crecer y pensar*. Barcelona, De Laia.
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 44-55.
- Díaz- Herrero, A., Brito de la Nuez, A., Lopez PINA, J., Perez-Lopez, J. Y Martinez Fuente, M (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española de Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*,22(4), 1033-1038.
- DuPaul, G. y Power JT. (1998). Anastopoulos AD, Reid R: *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford Press.
- Ebere, D. (2015). *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Volume 205, 9, Pages 702-70
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815051289>.
- Edel, M. A., Juckel, G., & Brüne, M. (2010). Interaction of recalled parental ADHD symptoms and rearing behavior with current attachment and emotional dysfunction in adult offspring with ADHD. *Psychiatry Research*, 178(1), 137–141.
- Escalante, F. y López, R. (2002, 2ª Ed.). *Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. México: Editorial Asesor Pedagógico, S.A. de C.V.
- Escartín, M.J. (1992). El sistema familiar y el trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*,1, 55-75.

- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervás, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. y Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364-369.
- Faraone, S.; Perlis, R.; Doyle, A.; Smoller, J.; Goralnick, J.; Holmgren, M. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Faraone, S.V. y Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 159-180.
- Federación Mundial de la Salud. (WFMH). (2004). Convivir con el TDAH: desafíos y experiencias. www.wfmh.org.
- Fernández Martín, F. D., & Aznar Díaz, I. (2004). La formación de los docentes en la intervención con alumnos/as con déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Fine, A. (2001). Pluriparentalités et système de filiation dans les sociétés occidentales. In D. B. Le Gall, *La pluriparentalité* (pp. p.69-93). París: PU
- Flaquer, L. (1998). Familia i noves formes de convivència'. En S. Giner (ed.) *La societat catalana*. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, pp. 401-415
- Fowler, M. C. (1992). *CHADD Educators Manual*. Plantation, FL: CASET Associates.
- García Castaño, Fernando (2001). *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Hispalis.
- García, B. & De Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano: Visiones femeninas y masculinas*. México: El Colegio de México.
- García, B., (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México: El manual moderno.
- García, F. & Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33(3), 365-384.

- García, M. Y Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo MadreHijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), pp. 123- 134. Recuperado de <http://www.asmi.es/arc/doc/78525203.pd>.
- Garrido Fernández, V. (2012). Comorbilidad en el niño y adolescente. Tesis Doctoral. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría.
- Gaxiola Romero José y Frías Armenta, Martha y Cuamba Osorio, Nehemias y Franco Betanzos, Jonathan David y Olivas Salido, Lucia Carolina (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (1), 115-128. [Fecha de Consulta 5 de Septiembre de 2020]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29211108>
- Ge, X., Conger, R., Cadoret, R., Neiderhiser, J., Yates, W., Troughton, E. & Stewart, M. (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors.
- Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory: Manual*. Los Angeles: Westem Psychological Services
- Gerdes, A. C., Hoza, B., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Wigal, T., & Jensen, P. S. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 705–714
- Godow, K.D., Drabick, D.A.G., Loney, J., Sprafkin, J. Salisbury, H. Azizian, A. y Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as sourcespecific syndromes. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1135-1149.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A., y Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parentingstress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.

- González, M., López, F. , Gómez, A. (2010). Familias homoparentales. En E. O. Arranz, Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares (pp. 101-120). Madrid: Pirámide.
- Gratch, L.O. (2009). El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Grau, M. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. The impact of ADH subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. En T. E. Scruggs y M. A. Mastropiere (Eds), *Advances in learning and behavioral disabilities*. (Vol 20, pp. 139-162).New York: Elsevier JAI Press.
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J. & Kuczynski, L. (2000) New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211.
- Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). TDA: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta. Madrid: Editorial Paidós.
- Holden, G.W., Miller, P.C. y Harris, S.D. (1999). The instrumental side of corporal punishment: Parents' reported practices and outcomes. *Journal of Marriage and the Family*, 61(4), 908-919.
- Hamid Alizadeh PhD y Caroline Andries PhD (2002) Interacción de los estilos de crianza y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en padres iraníes, *terapia de comportamiento infantil y familiar*, 24: 3, 37-52, DOI: 10.1300 / J019v24n0303
- Hurt, E. A., Hoza, B. y Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, pp. 543- 555.
- Hurt, E. A., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 35(4), 543-555.

- Izzedin, R. y Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Fundación Universitaria Los Libertadores*, 15(2), Lima (Perú). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a05v15n2.pdf>
- Jeffre, L. y Pope. (2002). muestreo simplificado. En *investigación de mercados* (282). Bogotá: Norma
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Leonora, N., Newcorn, J., Abikoff, H., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158
- Johnston, C. y Mash, E. J. (2001). Families of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child Family and Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kadesjo B, Gillberg C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry* 42: 487-92.
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D. y Gnagy, E.M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD ad Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 33,169- 181.
- Keown, L. y Woodward, L. J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553.
- Lee, P., Lin, K., Robson, D., Yang, H., Chen, V. C., & Niew, W. (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 34,1, 656-668.
- Lindgren, H. C. (1984). *Introducción a la psicología social*, México. Trillas.
- López-Villalobos, J., Serrano-Pintado, I., & Sánchez-Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407. R

- Louro BI, Pría MC. 2008 Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.*;24(4):4.
- Luengo, J. (2004). La educación como hecho. Teorías e instituciones contemporáneas de educación. P.p:1-22. Disponible en <http://www.ugr.es/~fjjrios/pce/media/1- EducacionHecho.pdf>
- Maccoby, E. E. & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E.M Hetherington y P. H. (eds): *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development*, 4, 1-101. New York: Wiley
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M. G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 1036–1043.
- Martínez, I., Fuentes, M., García, F. & Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242. [http:// dx.doi.org/10.20882/adicciones.51](http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.51)
- Martínez, M., & García, M. C. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 169-178. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2012000100010
- Masi G, Millepiedi S, Mucci. (2005) Un estudio naturalista de niños y adolescentes referidos con trastorno obsesivo compulsivo. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44: 673–681.
- Mateo, F. M., & Vilaplana Gramaje, A. (2007). Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*, 5, 13-28. Recuperado de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_72/nr_769/a_10377/10377.pdf

- Mautone, J. A., Clarke, A. T., Marshall, S. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., ... & Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67.
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R. & Friedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), pp. 158-168.
- McLaughlin D. y Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health* , 11, 82-88.
- McWayne, C., Fantuzzo, J., Cohen, H. L., & Sekino, Y. (2004). A multivariate examination of parent involvement and the social and academic competencies of urban kindergarten children. *Psychology in the Schools*, 41(3), 363-377.
- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz
- Mendoza, B (2015). *Bullying. Familia y Escuela. Protegiendo juntos. Programa de atención.* Cd de México, México: Pax México
- Mendoza, B, Pedroza, F. y Martinez, K.. (2014). *Prácticas de Crianza Positiva: Entrenamiento a padres para reducir el Bullying.* *Acta de Investigación Psicológica*, 4 (3), 1793- 1808.
- Mendoza, B. (2017). *Prácticas de crianza y bullying: Descripción en alumnado de Educación Básica.* *Revista Innovación Educativa*, 17, (74),125-142.
- Mendoza, B. (2018). *Educa y Protege a tus hijos. Manual para padres.* México: Pax México, UAEM y Voluntariado de SEDENA.
- Merino, C. y Arndt, S. (2004). Análisis factorial confirmatoria de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: Preliminar validez de constructo. *Revista de Psicología*12(2). Recuperado de MN M,http://www.freewebs.com/cesarmerino/Store%20of%20pub/Merino_Arndt.pdf
- Millichap, J.G. (2008). Etiologic classification of attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365.

- Minuchin, S. (1982). Familia y Terapia familiar. Buenos Aires.
- Miranda, A., García, R. Y Soriano, M. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(2). 249-274
- Miranda, A., Marco, R. y Grau, D. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In T. Scruggs and M. Mastropieri (Eds). *Advances on learning and behavioral disabilities* (pp. 139-62). NJ: Elsevier.
- Montiel, C., Peña, J. y Montiel, L. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Rev Neurol*; 37 (9): 815-9. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000400004.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I. & Peña, J. A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2), pp. 297- 310.
- Morande, G, y Lázaro, I. (1992). Trastornos por déficit de atención en la infancia y en la adolescencia (TDA). Comorbilidad e interacción con trastornos de conducta (TC) y trastornos afectivos (TA). En T. Bonet (comp.) *Problemas Psicológicos en la Infancia*. (pp.83-92). Valencia. Promolibro. Cinteco.
- Moreno, I. (2005). *EL niño hiperactivo*. Madrid: Piramide
- Mulas, F., Abad Mas, L., Etchepareborda, M. C., Díaz-Lucero, A., Hernández, S., Ruiz Andrés, R., y Pascuale, M. J. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43(1), 71-81
- Mulas, F., Capilla, A., Fernandez, S., Etchepareborda, M, C., Campo, P., Maestu F., Ortiz, T. (2006). Shifting-related brain magnetic activity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 373-379.

- MUSITU, G. y M. SOLEDAD-LILA (1993). Estilos de socialización e intensidad de la comunicación en las relaciones padres-hijos. *Revista de Psicología Universitas Tarragonensis* 15.2: 15-29
- Musitu, G., Román, J.M., Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Editorial Labor
- Myers, R. (1994). *Prácticas de crianza*. Santa Fe de Bogotá, Celam-Unicef. . (1993). *Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, OPS.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *Trastorno de hiperactividad e inatención: diagnóstico y manejo del TDHA en niños, jóvenes y adultos (Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in Children, young people and adults)*.
- Navarro y otros(2007): *familias y problemas*. Madrid Ed. Síntesis
- Navarro, M. I., & García-Villamisar, D. A. (2011). Funcionamiento ejecutivo en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva ecológica de los perfiles diferenciales entre los tipos combinado e inatento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 113-124. doi: 10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10355
- Néstor Javier (2009). *Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH*. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 199-214.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Australia: International Thompson Editores.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56
- Organización Mundial de la Salud (2014b). *La prevención de la violencia: Evaluación de los resultados de programas de educación para padres*. Revisado el 05 de septiembre de 2020 en

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103610/1/9789243505954_spa.pdf?ua=1&ua=1

- Ortega, P., Mínguez, R. (2004). Familia y transmisión de valores. Teoría de educación, 15: 33-56. Disponible en https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71937/1/Familia_y_transmision_de_valores.pdf
- Palacios, C. (Junio de 2016). El reto de conseguir que nos cuenten su día. Hacer Familia.
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Perote Alejandro, Alfonso, Rosario Serrano Agudo, y Luis Abad Mas. 2012. TDAH: origen y desarrollo. Madrid: Instituto Tomás Pascual IM&C.
- Phelan, T.W. (2005). Autoestima. Entendiendo y manejando las críticas transiciones en la vida de su hijo. AMISTADD. www.amistadd.com.ar/publicaciones.htm
- Pichardo Martínez, M. C.; Justicia, F. J. i Fernández Cabezas, M. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), pp. 37-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80144041002.pdf>.
- Pick.,S., López, A. Y Faubert, V. (2002). Como investigar en las ciencias sociales. México: Trillas.
- Plata, A. (2003). La percepción del adolescente con conducta antisocial acerca de su ambiente familiar. Tesis de licenciatura. México: Centro Cultural Universitario Justo Sierra, A.C.
- Poeta L.S, (2004). Estudio epidemiológico Rosa Neto F. en los síntomas de déficit de atención / hiperactividad y trastornos de comportamiento en las escuelas públicas de la red Florianopolis utilizando EDAH. *Rev Bras Psiqu*, 26 (3): 150-5.
- Poeta, Lisiane Schilling, y Francisco Rosa Neto. 2007. «Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad». *Revista de Neurología* 44(03):146.

- Polaino, A. y Martínez, P. (2002) La comunicación en la pareja, errores Psicológicos más frecuentes. Editorial DRialp S.A. Madrid.
- Polaino, A., García, D. (1993). Terapia familiar y conyugal. Principios, modelos y programas. Madrid, España: Ediciones Rialp, S.A.
- Poli, O. (2009). No tengas miedo a decir no . Madrid: Palabra.
- Posada, A, Gómez, J & Ramírez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil, , Acta Pediátrica de México 29, (5) , 45-53.
- Psychogiou, L., Daley, D. M., Thompson, M. J., Sonuga-Bake, E. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Development and Psychopathology* 20, 121–137.
- Pulido, S., Castro, J., Peña, M. y Ariza, D. P. (2013). Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 245-259. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77325885004>
- Quintero, F., Lauffer, J., y Quintero L., F. (2009) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida, (3ª.ed) Elsevier España, S.L.
- Radziszewska B, Richardson JL, Dent CW, Flay BR. 1996 Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *J Behav Med.*; 19(3):289-305.
- Rajeev, M.D. y Riaz, M.D. (2003). Attention Deficit Hyperactivity disorder: Can we do better?. *International Pediatrics*, 18, 84-86.
- Ramírez M. 2005 *Estudios Pedagógicos XXXI*, Nº 2: 167-177, 2005 ENSAYOS PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE CRIANZA
- Ramírez, María Aurelia. (2005). PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE CRIANZA. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 31(2), 167-177. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Reinhardt MC, Reinhardt CA (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr (Rio J.)*; 89(2): 124-30.

- Requeña, M. (2008). Los jóvenes en las sociedades contemporáneas. En C. Mingote & M. Requeña (Eds.), *El malestar de los jóvenes. Contextos, raíces y experiencias* (pp. 41-66). Madrid: Díaz de Santos.
- Rodrigo, M.J. y J. Palacios (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial
- Rohde, LA, Miguel Filho, EC, Benti, L., Gallois, C. y Kieling, C. (2004). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad en la infancia y la adolescencia: consideraciones clínicas y terapéuticas. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 31 (3), 124-131.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), pp. 79-84.
- Roselló, B., García-Castellar, R., TárragaMínguez, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), pp. 79-84.
- Rubio-Grillo MH, Salazar-Torres LJ, Rojas-Fajardo A. (2014) Habilidades motoras y de procedimiento que interfieren en la vida académica habitual de un grupo de estudiantes con signos y síntomas de TDAH. *Rev Colomb Psiquiatr.* 43:18–24
- Samperi, R., Collado, C. Y Pilar, L. (2007). *fundamentos de metodología de la investigación*. España: interamericana.
- Sanches J.M, (2011) *RECURSOS DE INTEGRACION social para niños, adolescentes y familias en situaciones de riesgo: los centros de día de atención a menores*. Tesis doctoral: Universidad de granadas.
- Sánchez, D., García, R., Jara, P., & Cuartero, T. (2011). Valoración de los padres acerca de la implicación escolar y de las expectativas académicas y profesionales de sus hijos. JM Román, MA Carbonero y JD Valdivieso (Comp.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural*, 9185-9194.
- Seitsinger, A., Felner, R., Brand, S. y Burns, A. (2008). A large-scale examination of the nature and efficacy of teachers practices to engage parents: assessment,

- parental contact, and student-level impact. *Journal of School Psychology*, 46, 477- 505. doi:10.1016/j.jsp.2007.11.001
- Shaywitz, SE, Shaywitz BA.(1991) Introduction to the special series on attention-deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 1991; 24, 68-71.
- Solem, M. B., Christophersen, K. A. y Martinussen, M. (2011). Predicting Parenting Stress: Children's Behavioural Problems and Parents' Coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162-180.
- Solís Cámara Reséndiz, Pedro y Díaz Romero Marysela (2007) Relaciones entre Creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños- Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia – España.
- Sorkhabi Surces of parent-adolescent conflict: content and form of parenting Social Behavior and Personality, 38 (6) (2010), pp. 761-782
- Stagnaro, J. C. (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En E. Laurent, M. Furman, S. Scheinkestel, R. Skiadaressis, *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual* (pp. 55-63). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-19
- Steinberg, J.S. Silk Parenting adolescents I. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Vol. I. Children and parenting, Erlbaum, Mahwah, NJ (2002), pp. p103-p134
- Steinhausen, H. C., Drechsler, R., Földényi, M., Imhof, K. y Brandeis, D. (2003). Clinical course of attention deficit hyperactivity disorder from childhood towards early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1085-1092.
- Steinhausen, H.-C., Gollner, J., Brandeis, D., Muller, U. C., Valko, L., & Drechsler, R. (2012). Psychopathology and Personality in Parents of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(1):38-46.
- Stone, K. (2000). An investigation of sibling relationships of children with ad/hd and their older siblings. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 60 (8-B): 4255

- Stormshak Elizabeth A., Bierman Karen L., McMahon Robert J. y Lengua Liliana J. (2000) Prácticas de crianza y problemas de conducta disruptiva infantil en la escuela primaria temprana, *Journal of Clinical Child Psychology*, 29: 1, 17-29, DOI: [10.1207 / S15374424jccp2901_3](https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_3)
- Stormont-Spurgin, M. y Zentall, S. S. (1995). Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 491-509. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1020855429085>.
- Strauss, A & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 173- 198, Disponible en <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Tercero, G. Lavielle M del P. y otros (2013) Escala de satisfacción Familiar por adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes escolares mexicanos: Datos normativos. *Revista Salud Mental*. México.
- Theule J., Wiener J., Tannock R., & Jenkins J.M. 2013 Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *J. Emot. Behav. Disord.*; 21, 3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>.
- Torío, S., Peña, J. V. & Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 2(1), 62-70.
- Torío-López, S., Peña-Calvo, J. V. & Rodríguez-Menéndez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*. *Revista Interuniversitaria*, 20, pp. 151-178
- Torres V., L.E. (2002). Ejercicio de la paternidad en la crianza de hijos e hijas. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Torvik, F. A., Rognmo, K., Ask, H., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: Results from the HUNT study. *BMC Public Health*, 11,1, 706.

- UNESCO. Sector de educación. (1999). Cuidado y desarrollo de la primera infancia. El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje. Unidad Primera Infancia y Educación Familiar. París: Talleres de la Unesco.
- UNICEF. (2017) La infancia, la adolescencia y el ambiente sano en los planes de desarrollo departamentales y municipales; una mirada a la planeación local en favor de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes mexicanos. Mexico: UNICEF.
- Vargas Álvarez, Luis Alberto, Palacios Cruz, Lino, González Thompson, Guillermo, & de la Peña Olvera, Francisco. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud mental*, 31(4), 283-289
- Vargas, A. (2013). La construcción social de la hiperactividad en la escuela (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/77273547.pdf>
- VEGA, M. 2006 Estilos de crianza y sus efectos. Taller para padres, Instituto Alemán de Valdivia. [en línea] < www.educarchile.cl > [consulta: 9 septiembre 2019]
- Vergara, C. (2002). Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos. (Tesis de Maestría) Universidad de Colima, Colombia
- Viktor, B. Y Robert, A. (1999). An Empirically Derived Classification of Parenting Practices, *The Journal of Genetic Psychology*, 160:3, 343-356.
- Weinberg NZ, Radhert E, Colliver JD, glantz MD. 1998 Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*; 37(3):252-61
- Wilens, T.E Hasesy, A.L., Biederman, J., Berdin, E., Tanguay, S., Kwon, A. y Faraone, S. V. (2005). Influence of parental SUD and ADHD on ADND in their offspring: Preliminary results from a pilot-controlled family study. *The American journal on Addictions*, 14, 179-187
- Woodward, L., Taylor, E. Y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), pp. 161-1

Young, S., Fitzgerald, M. & Postma, M.J. (2013). TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Shire AG, con el apoyo del European Brain Council (EBC) y Gamian-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks).