



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**INFLUENCIAS DEL APEGO Y PSICOPATOLOGÍA
PARENTAL EN ADOLESCENTES CON TDAH**

Autor: Marcos López Pajares
Directora: Elena Gállegos de las Heras
Tutor metodológico: David Paniagua

Madrid
Mayo, 2016

Marcos López
Pajares.

**INFLUENCIAS DEL APEGO Y PSICOPATOLOGÍA PARENTAL EN
ADOLESCENTES CON TDAH.**



INFLUENCIAS DEL APEGO Y PSICOPATOLOGÍA PARENTAL EN ADOLESCENTES CON TDAH

Resumen

Antecedentes: La seguridad en el apego favorece el desarrollo de las capacidades de autorregulación, las cuales se encuentran muy afectadas en el TDAH. Los objetivos de este estudio fueron: (i) analizar la asociación entre TDAH e inseguridad en el apego, y (ii) estudiar la relación existente entre la psicopatología de los padres y la del adolescente. **Método:** Se realizó un estudio transversal de casos y controles. La muestra estaba compuesta por 30 adolescentes de entre 13 y 18 años (15 con TDAH y 15 sin trastorno psiquiátrico), y por 20 padres de adolescentes con TDAH (11 madres y 9 padres). Se utilizaron los siguientes cuestionarios: CaMiR-R para la evaluación de las representaciones de apego, SCL-90-R para la psicopatología paterna y CBCL para la de los adolescentes. **Resultados:** respecto al primer objetivo, no se encontró asociación entre la seguridad/inseguridad del apego y la presencia/ausencia de TDAH. Respecto al segundo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del CBCL (salvo en las de somatizaciones, problemas sociales y la no aceptación de normas) al comparar la psicopatología de los adolescentes con TDAH en los grupos de padres (elevada psicopatología/baja psicopatología). **Conclusiones:** No se puede afirmar con los datos de nuestra investigación que la inseguridad en el apego se relacione con el diagnóstico TDAH. En cambio, la relación entre psicopatología paterna y psicopatología del hijo es evidente y sugiere la necesidad de incluir intervenciones en el subsistema parental y en la familia en el tratamiento de adolescentes TDAH.

Palabras clave: TDAH, autorregulación, apego, psicopatología parental.

Abstract

Background: attachment security favors the development of self-regulation skills, which are very affected in ADHD. The objectives of this study were: (i) analyze the association between ADHD and attachment insecurity, and (ii) study the existing

relationship between parental and adolescents' psychopathology. **Method:** A cross-sectional study of cases and controls was performed. The sample consisted of 30 adolescents between 13 and 18 years (15 with ADHD and 15 without psychiatric disorder), and 20 parents of adolescents with ADHD (11 mothers and 9 fathers). The following questionnaires were used: CAMIR-R for assessing attachment representations, SCL-90-R for parental psychopathology and CBCL for adolescents' psychopathology. **Results:** Regarding the first objective, no association between security / insecurity of attachment and the presence / absence of ADHD was found. Concerning the second objective, differences were found statistically in all scales of the CBCL (except somatization, social problems and non-acceptance of standards) by comparing the psychopathology of adolescents with ADHD in parent groups (high psychopathology / low psychopathology). **Conclusions:** With the data from our research we can't affirm that attachment insecurity relates to the diagnosis of ADHD. Instead, the relationship between parental psychopathology and child psychopathology is evident and suggests the need to include interventions in the parental subsystem and the family in the treatment of adolescents with ADHD

Keywords: ADHD, self-regulation, attachment, parental psychopathology.

El presente trabajo trata de demostrar la importancia y posibilidades que tiene la lectura de la psicopatología desde la teoría del apego. Se pretende investigar acerca del papel que tiene el apego en el desarrollo del TDAH. Más concretamente, el objetivo es ver, hasta qué punto, diversas variables psicosociales (apego establecido con los cuidadores, el funcionamiento psíquico de estos, etc.) son útiles y hasta necesarias para entender el desarrollo del TDAH, uno de los más frecuentes motivos de consulta en los equipos de psiquiatría infantil.

Apego

La teoría del apego comienza con las aportaciones de John Bowlby, las cuales fueron rechazadas por buena parte de la comunidad psicoanalítica. Sin embargo, gracias a las aportaciones de autores como Ainsworth, Main y Fonagy, que continuaron sobre las premisas de Bowlby, este rechazo empezó a desaparecer y la cantidad de investigación sobre el tema ha aumentado exponencialmente dando lugar a diversas

propuestas de intervención basadas en el vínculo que buscan la modificación de los modelos internos de vinculación (Slade, 2008).

Según Bowlby, los seres humanos tenemos una predisposición innata a formar lazos emocionales estrechos para lograr obtener una sensación de seguridad y poder regular la angustia a lo largo de toda la vida (Sheinbaum, Bedoya, Kwapil y Barrantes-Vidal, 2013). Es la expectativa acerca de la disponibilidad de las figuras de cuidado lo que motiva la vinculación en el recién nacido (Wallin, 2012). Para Bowlby el vínculo temprano de apego cumple una función específica, brindar seguridad, lo cual es necesario para la supervivencia del recién nacido y de la especie (Juri, 2011). Esa motivación se manifiesta en tres tipos de conducta: búsqueda, seguimiento y mantenimiento de proximidad respecto a la figura de apego; uso de la figura de apego como base segura desde la que es posible la exploración; y búsqueda de la figura de apego como refugio seguro en situaciones de peligro (Wallin, 2012).

Desde el primer momento, el bebé codifica cognitivamente y emocionalmente las interacciones con sus principales cuidadores, lo cual acaba dando lugar a los <<modelos operativos internos>> acerca de uno mismo y de los demás (Sheinbaum et al, 2013). Estos modelos determinan la forma en la que nos relacionamos con los demás, pero sobre todo, la forma en la que tendemos a regularnos cuando aparecen fuentes potenciales de peligro o amenazas (Juri, 2011). Ainsworth, gracias al procedimiento que diseñó denominado <<La situación extraña>>, logró identificar tres estilos de vinculación con sus progenitores en función de los patrones comunicativos que establecían (Wallin, 2012):

- **Bebés seguro:** exploran cuando se sienten a salvo y buscan consuelo en el vínculo cuando perciben alguna amenaza. Tras la separación de su cuidador tienen la capacidad de tranquilizarse de inmediato. Esta flexibilidad es consecuencia de la interacción con una madre sensible que es receptiva a las señales del bebé. La comunicación entre ambos era empática, colaborativa y contingente (una parte emite señales y la otra las atiende).
- **Evitativo:** incesante exploración e indiferencia ante la marcha y el regreso de la madre, falta aparente de angustia. Sin embargo, la angustia existe ya que el pulso cardíaco es igual de elevado como el de los niños visiblemente angustiados (Spangler y Grossmann, 1993). Ainsworth descubrió que las madres de los

bebés elusivos habían rechazado los intentos de conexión. La comunicación era prácticamente inexistente, no se expresaba ningún deseo de proximidad (Wallin, 2012).

- Ambivalente: aquellos que sacrifican la exploración en pos de tratar de localizar a la madre y lograr su proximidad. Se descubrieron dos tipos de niños ambivalentes, los que se enfadaban y los que se mostraban pasivos. Ambos se angustiaban ante la separación. Tras el reencuentro, los enfadados oscilaban entre la apertura activa al contacto con la madre y las expresiones de rechazo. Los clasificados como pasivos sólo manifestaban tenues conatos. Sin embargo, este reencuentro no atenuaba la angustia. Las madres de los bebés ambivalentes sólo estaban disponibles de forma imprevisible y ocasional. Además, estas madres, de forma sutil o más explícita, obstaculizaban la autonomía del hijo, lo que puede explicar la inhibición exploratoria que los caracteriza. La comunicación en este tipo de díadas era paradójica, parecía que los bebés amplificaban las expresiones de apego, pero el alivio tras el reencuentro era insignificante.

Posteriormente, Main y Solomon, citados por Kobak y Madsen (2008), identificaron otro tipo de apego, el desorganizado/desorientado. El niño necesita a los padres pero estos son aterradores para el niño, ve a aquellos como refugio seguro, pero al mismo tiempo como la fuente de peligro. El miedo en los bebés se explica desde padres negligentes que pueden llegar a maltratar a los hijos, o simplemente desde el propio temor de los padres ante las señales de sus hijos que se acaba transmitiéndose.

Ainsworth entendió estos patrones como el “reflejo de la necesidad infantil de cultivar el mejor apego posible con los padres que presentaban una resistencia y una vulnerabilidad especialmente agudas (...). Los niños deben adaptarse al carácter de sus progenitores” (Wallin, 2012, p. 49). Por tanto, ya Ainsworth intuyó que las características de los padres condicionan la interacción con el hijo y por tanto, el tipo de apego que establecerá.

Este descubrimiento permitió el desarrollo de un campo de investigación prolífico, el de la estabilidad del apego a lo largo de la vida y el de la transmisión intergeneracional, fenómeno ampliamente demostrado por la comunidad científica (por ejemplo, Connor, 2006; Van Ijzendoorn, 1995; Benoit y Parker, 1996; Bernier y

Miljkovitch, 2009). No obstante, existe estudios (citados en Quezada y Santelices, 2009) en los que esta relación no se encuentra, lo cual permite suponer que tanto la estabilidad como la transmisión de los patrones de apego no son inevitables. Por tanto, la profundización en este tema es uno de los objetivos de la presente investigación, ya que puede dar lugar al diseño de intervenciones terapéuticas que permitan corregir los patrones de transmisión intergeneracional del apego, ya que la inseguridad del apego se relaciona con déficits en la regulación afectiva y por ende, con la psicopatología (Thorell, Rydell y Bohlin, 2012).

En cuanto a la evaluación de los distintos estilos de vinculación, los métodos son diversos. La edad de los sujetos a los que se pretenda evaluar el tipo de apego es un factor que condiciona los diversos métodos de evaluación. Así, por ejemplo, en los primeros años de vida (0-5 años) se evalúa a partir de registros comportamentales, en concreto, a partir de las conductas de apego (fundamentalmente con <<La situación extraña>>). Cuando el niño supera estas edades (5-12), esas conductas de vinculación se traducen en representaciones mentales sobre la confiabilidad y seguridad de sus progenitores, del mundo y de los demás. Por tanto, el método de evaluación cambia. Se deja de evaluar las conductas de apego y se procede a evaluar las representaciones que los niños tienen de sus principales figuras de apego (fundamentalmente, con el método de historias incompletas). En este punto es en el que las técnicas proyectivas y diversos instrumentos de entrevista semiestructurados se erigen como principales métodos de evaluación. Respecto al adulto, la variedad de métodos se para determinar el tipo de apego es muy elevada. Se utilizan cuestionarios de autoinforme, entrevistas semiestructuradas, técnicas proyectivas, etc. (Román, 2011).

Respecto a la adolescencia, existe una notable ausencia de métodos de evaluación con buenas propiedades psicométricas. Mientras que en adultos, se han elaborado diversos cuestionarios de autoinforme que han mostrado buenos índices de fiabilidad y validez, respecto a la adolescencia los esfuerzos por desarrollar instrumentos precisos y válidos de autoinforme han sido muy escasos. Esto ha favorecido que la investigación sobre apego en adolescentes no haya sido tan prolífica como en otras etapas evolutivas. En este sentido, diversos autores han desarrollado el Camir-R, una versión reducida de un instrumento de autoinforme de evaluación de las representaciones de apego adulto y lo han validado para población española adolescente (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

A raíz de lo expuesto, se considera importante utilizar dicho instrumento para aportar mayor conocimiento en temas de apego en relación a los adolescentes. Se fundamenta en la concepción teórica de Mary Main y evalúa las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar. La estructura interna del cuestionario se compone de siete dimensiones, cinco de ellas relativas a las representaciones de apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y traumatismo infantil) y las dos restantes relativas a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres; permisividad parental).

Los autores de dicho cuestionario proponen un sistema de codificación de los adolescentes en tres tipos de apego en base a la comparación de la puntuación obtenida a lo largo de las cinco dimensiones que evalúan las representaciones de apego con las puntuaciones T de la población. Los tres estilos de apego propuestos son los siguientes: seguro, preocupado y evitativo). El apego preocupado equivaldría al apego ambivalente propuesto por Ainsworth. Respecto al apego desorganizado, los autores de Camir-R postulan que con un instrumento de autoinforme es imposible categorizar a un sujeto en este tipo de apego, ya que para ello se requiere la identificación de lapsos en la monitorización del razonamiento o discurso. Sin embargo, señalan que la dimensión *Traumatismo infantil* podría utilizarse como indicador de posible apego desorganizado que se debería confirmar con la *Entrevista de Apego Adulto* (Lacasa y Muela, 2014).

Psicopatología de los progenitores y apego en el hijo:

Grossmann (1993) señalaba que las diferencias en las conductas de apego de los niños dependen de la conducta diferencial de los cuidadores. Por tanto, en caso de que los progenitores presenten psicopatología, su conducta se verá alterada, afectando a su disponibilidad, sensibilidad hacia los demás (entre ellos su hijo), etc. influyendo así en el vínculo que se establezca con el bebé. La psicopatología paterna está estrechamente relacionada con la inseguridad del apego del bebé. De hecho, según señalan Quezada y Santelices (2009), tiene una capacidad predictiva del 69% sobre la inseguridad del apego del bebé. Por ejemplo, la depresión postparto de la madre dificulta el establecimiento de lazos emocionales con su hijo (O'Higgins, James, Glover y Taylor, 2013). Por el contrario, las madres que demuestran altos niveles de sensibilidad hacia el

hijo y pocos problemas, favorecen el desarrollo de un apego seguro en sus hijos (Gartstein e Iverson, 2014).

TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo consistente en un patrón de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo (APA, 2014). La prevalencia mundial se estima en un 5,2%, encontrándose diferencias de género (mayor prevalencia en hombres que en mujeres). También se han encontrado diferencias en función de la edad, por ejemplo, la sintomatología del TDAH se ve reducida en el tránsito a la adolescencia temprana (Roskam et al, 2014).

Este trastorno favorece la aparición de problemas académicos, relacionales, familiares y clínicos (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2004). Además, es de naturaleza crónica, persistiendo en gran medida en la adolescencia y la adultez, y está asociado a consecuencias negativas como la baja autoestima, fracaso escolar, abandono escolar, problemas de conducta y delincuencia entre otros (Miranda, Jarque y Rosel, 2006).

En cuanto a su etiología, se han asociado al TDAH tanto factores ambientales como neurocognitivos. De acuerdo con teorías cognitivas, este trastorno se puede explicar por un bajo funcionamiento de las funciones ejecutivas. También puede deberse a una falta de motivación o a un déficit en el procesamiento temporal. Las explicaciones neurobiológicas, como el papel crucial del gen transportador de dopamina, también han sido propuestas. No obstante, se ha reconocido que los factores neurocognitivos no pueden explicar toda la varianza en los síntomas del TDAH (Roskam et al, 2014)

También se han propuesto factores ambientales implicados en la etiología del TDAH. En este sentido, las características culturales y el ambiente familiar juegan un papel importante. En relación a las segundas, el TDAH es más frecuente en familias con problemas conyugales, bajo nivel socioeconómico, delincuencia paterna, etc. (Roskam et al, 2014).

En cuanto al tratamiento, los farmacológicos, los psicosociales y la combinación de ambos han obtenido los mejores resultados (Miranda et al, 2006). Sin embargo, estos autores, citando diversos estudios, señalan que la administración de psicoestimulantes

como único tratamiento constituye la opción más económica y producen efectos a corto plazo, pero tienen importantes limitaciones, como por ejemplo, que entre el 10% y el 30% no se benefician de ella y experimentan efectos adversos. Además, la duración de este tipo de tratamientos es indefinida y cuando se abandona el tratamiento, los síntomas del TDAH reaparecen.

En cuanto al curso del trastorno, Ibañez (2004) otorga un peso fundamental al papel que los padres tienen en el empeoramiento de las características del trastorno. La relación padres-hijo suele acabar siendo problemática en los casos de niños con TDAH, aumentando la excitación del niño y empeorando el curso.

Por estos motivos (etiología multicausal, limitaciones del tratamiento farmacológico, influencia de variables ambientales como las características paternas en el curso y pronóstico), se considera necesario profundizar en el modo en que las diversas variables psicosociales favorecen la aparición y el empeoramiento del curso y pronóstico de las personas con TDAH, con el fin de diseñar intervenciones más eficaces.

Influencia de los padres en el TDAH

La influencia de los padres en la aparición de psicopatología en sus hijos ha sido ampliamente estudiada por la comunidad científica. Por ejemplo, la presencia de trastornos del estado de ánimo en los padres es predictor de síntomas de depresión y ansiedad para chicos y chicas adolescentes (Burstein, Ginsburg, Petras y Ialongo, 2010). En otro estudio se comprueba que la presencia de psicopatología en la madre está asociada a problemas internalizantes y al consumo de drogas en el adolescente. En un estudio de Calvo, Lázaro, Castro, Morer y Toro (2007), se acaba concluyendo que los padres de pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) presentan mayor incidencia de trastornos de personalidad (evitativo y obsesivo-compulsivo) y de trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa y depresiva que los padres de pacientes sin TOC. En cuanto a los niños que han sufrido abuso físico, la literatura también es muy extensa. Por poner un ejemplo reciente, diversos autores han comprobado que el abuso físico por parte de padres predice problemas emocionales, de comportamiento, de autorregulación y sociales en el niño (Aplpleyard, Haskett, Loehman y Rose, 2015). En definitiva, el número de investigaciones que pone de

manifiesto la influencia que los progenitores tienen en la aparición de psicopatología en sus hijos es muy extensa.

En relación al TDAH, su relación con las características asociadas a los padres también se ha visto demostrada en diversos estudios. Por ejemplo, se ha comprobado que los estilos parentales están relacionados con el TDAH (Deault, 2010), ya que los padres de estos niños tienden a presentar determinados estilos parentales que los padres de aquellos sin el trastorno. Por ejemplo, padres de niños con TDAH presentan puntuaciones más bajas en el estilo permisivo y mayores en el autoritario que los padres de niños sin TDAH (Firouzkouhi, Assareh, Heidaripoor, Eslami y Pishjoo, 2013). También se conoce que los estilos parentales inconsistentes están asociados a síntomas depresivos en los niños con TDAH (Ostranger y Herman, 2006). Además, los padres de niños con TDAH suelen mostrar niveles altos de reactividad, tienden a ser más críticos con sus hijos, menos gratificantes y menos sensibles que los padres de niños sin TDAH (Modesto-Lowe, Danforth y Brooks, 2008)

Además, Deault (2010) señala que el TDAH está asociado a problemas de funcionamiento familiar que incluyen estrés dentro de la familia, altos niveles de psicopatología por parte de los padres y conflictos de pareja. En esta línea, la presencia de psicopatología en los padres es común en ellos e influye en la respuestas que dan a sus hijos (Modesto-Lowe, Danforth y Brooks, 2008). Keown (2012) señala que bajos niveles de sensibilidad por parte de los padres y la baja consideración positiva de la madre predicen mayores niveles de inatención en la mediana infancia, y que la intrusividad paterna era predictora de la hiperactividad-impulsividad en la escuela.

En los estudios citados, la relación entre características asociadas a los padres y la presencia de TDAH se pone de manifiesto. Sin embargo, no queda claro si las características de los padres son previas al trastorno o posteriores. Existen numerosas investigaciones en los que se subraya el efecto que el TDAH tiene sobre los padres y el funcionamiento familiar, pero al revés la investigación no es tan prolífica (ya sea por la falta de estudios longitudinales o por el elevado ratio de estudios transversales que no permiten afirmar cuál es la causa y cuál la consecuencia).

En relación a esto, se cree interesante retomar el concepto de apego. Los niños con TDAH suelen presentar apegos inseguros (Roskam et al, 2012; García e Ibañez, 2007;). El desarrollo del vínculo de apego se suele producir en el primer año de vida y por tanto, lo consideraremos previo al diagnóstico de TDAH, lo cual no quiere decir que

no exista con anterioridad al establecimiento de los vínculos de apego una alteración neurocognitiva. En este sentido, es relevante retomar las investigaciones acerca la capacidad de autorregulación emocional en los infantes y las que relacionan psicopatología paterna con la inseguridad del apego de sus hijos.

No obstante, todavía no queda claro en este trabajo la relación entre el apego del niño y el posterior desarrollo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, lo cual se tratará de abordar en investigaciones posteriores, en aras de arrojar luz sobre los caminos que pueden llevar a un niño con una alteración neurocognitiva al establecimiento de vínculos inseguros de apego y posteriormente a la manifestación clínica del TDAH.

Relación entre apego y TDAH

Se considera que el TDAH es un trastorno de etiología múltiple. Aun así, la mayoría de estudios se han centrado en estudiar la influencia de déficits neurocognitivos, como las funciones ejecutivas (Thorell et al, 2012). Sin embargo, hay niños que no muestran alteración en estas funciones, por lo cual se intuye que deben coexistir otra serie de factores en su desarrollo (Wahlstedt, Thorell y Bohlin, 2009).

Uno de ellos es el apego entre el hijo y el cuidador, ya que el apego es el responsable de las capacidades de autorregulación, las cuales se encuentran muy afectadas en los niños con TDAH (Thorell et al, 2012). Existen muchos estudios de carácter transversal. Por ejemplo, el apego inseguro se ha relacionado a los síntomas de hiperactividad e inatención en una muestra de 384 adolescentes de entre 11 y 16 años (Keskin y Çam, 2010). Sin embargo, según Thorell y sus colegas (2012), estudios longitudinales donde se ponga de manifiesto la relación predictiva entre apego y posterior desarrollo de TDAH no son tan frecuentes. No obstante, citan alguno, en el que se encuentran que altos niveles de apego desorganizado al año de vida correlacionan con el posterior desarrollo de síntomas de TDAH a los 6-8 años.

Por tanto, la capacidad de autorregulación es fundamental como factor protector frente a diversas patologías, no solo en relación al TDAH. Por ejemplo, Brumariu, Kerns y Seibert (2011) señalan que bajas capacidades de regulación emocional (buena conciencia emocional, menos interpretaciones sesgadas y peores estrategias de afrontamiento) se relacionan con inseguridad en el apego. De esta forma, la seguridad

en los vínculos se relaciona con menos dificultades en la identificación de emociones, mientras que la desorganización del apego con mayor frecuencia de interpretaciones catastróficas y menos habilidades de afrontamiento.

Por otra parte, García e Ibañez (2007), en un estudio exploratorio arrojan ciertos estadísticos descriptivos en los que se observa la relación diferencial entre la seguridad/inseguridad del apego en niños con y sin TDAH. Por ejemplo, un 47,1-52,9% de seguridad-inseguridad para niños con TDAH, mientras que para el grupo de control la distribución es de 75%-25%. Además, en relación al tipo de apegos inseguros en los niños con TDAH, se encuentra que el mayor porcentaje corresponde a niños desorganizados (35%), frente a un 17,6 tanto para el evitativo como para el ambivalente.

Estos datos apoyan la tesis de que el TDAH se relaciona con la inseguridad del apego y con la de que el tipo de inseguridad más frecuente asociada a este trastorno es la del desorganizado. En concreto, según Stiefel, citado por Quiroga e Ibañez (2007) existen dos patrones de apego relevantes en relación al TDAH, el preocupado y el desorganizado.

En cuanto a la presente investigación, los objetivos son dos. El primero consiste en valorar si existe relación entre la seguridad/inseguridad del apego y la presencia de TDAH en adolescentes. Se espera encontrar mayor porcentaje de inseguridad en el apego en adolescentes con TDAH que en adolescentes sin historial psiquiátrico. El segundo consiste en explorar si existe relación entre la psicopatología paterna y la psicopatología del adolescente. Para ello, se establecieron dos grupos (padres con elevada psicopatología y padres con baja), y se espera que los hijos de padres con elevada psicopatología presenten mayores puntuaciones en psicopatología que los hijos de padres con baja psicopatología.

MÉTODO

Participantes:

La muestra de la presente investigación la compusieron adolescentes de entre 13 y 18 años y padres de parte de esos adolescentes. Respecto a los adolescentes, 15 estaban diagnosticados de TDAH y 90 eran sujetos sin historial psiquiátrico. Respecto a los padres, la muestra se compuso de 20 padres del grupo de adolescentes con TDAH, 9 de los cuales fueron hombres (45%).

De los 105 adolescentes a los que se tomó medidas acabaron formando parte del estudio 30, debido a que los grupos estaban muy descompensados en tamaño y ello implicaba un problema de representatividad. Por ello, en aras de que no afectase a la potencia de la muestra se decidió igualar el tamaño de ambos grupos, de tal forma que hubiese 15 adolescentes con TDAH y 15 sin trastorno psiquiátrico.

Para la selección de los 15 sin historial psiquiátrico se procedió a una selección al azar. Ésta consistió en ordenar aleatoriamente a los sujetos y escoger a los 15 primeros igualando con el grupo de TDAH de tal forma que hubiese la misma proporción de chicos y chicas (60% hombres) y la misma distribución de edad. Respecto a esto último, no se pudo conseguir la misma distribución de edad y se trató de que las diferencias entre ambos grupos fueran las mínimas posibles. La media de edad de los adolescentes con TDAH fue de 15,3 ($DT = 1,68$) y la del grupo de control 15,8 ($DT = 1,32$).

Los criterios de inclusión del grupo de adolescentes TDAH fueron estar diagnosticado de TDAH y tener una edad comprendida entre 13 y 18 años. Respecto al grupo de control, los criterios fueron no tener historial psiquiátrico y tener entre 13 y 18 años.

Respecto a los padres, se accedió a ellos a través de sus hijos con TDAH. De los 20 que formaron parte, 9 eran hombres (45%), con una media de edad de 46,43 ($SD = 3,62$). Las mujeres componían el 55% del total de padres y tenían una media de edad de 43,48 ($DT = 3,23$). El criterio de inclusión fue ser padres de un adolescente diagnosticado de TDAH.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, es decir, en función a la disponibilidad de acceso. En concreto, se accedió a sujetos con TDAH a través del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y el Centro Psicológico Loreto Charques de Madrid (especializados en TDAH). El grupo de control lo compusieron adolescentes de varios grupos de Scouts.

Instrumentos:

Representaciones de apego:

Para la evaluación de las representaciones de apego se utilizó *CaMir-R* (Balluerka et al, 2011), versión reducida de la versión original completa correspondiente a Pierrehumbert, Karmaiola y Sieye (1996).

El cuestionario evalúa las representaciones de apego y para ello se sirve de 32 ítems tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo) relativos a 7 dimensiones. De esas 7, cinco se evalúan las representaciones de apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; preocupación familiar; interferencia de los padres; autosuficiencia y rencor hacia los padres; y traumatismo infantil) y las dos restantes la estructura familiar (valor de la autoridad de los padres; permisividad parental). El cuestionario, permite categorizar a los adolescentes en 3 estilos de apego: seguro, evitativo y preocupado.

Respecto a las propiedades psicométricas, el cuestionario presenta buenos índices de consistencia interna que oscilan entre 0,6 y 0,85, y validez convergente y de decisión.

En la presente investigación, se tomaron medidas a los adolescentes de las 7 dimensiones. Sin embargo, sólo se utilizó la dimensión *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* para determinar si el estilo de apego era seguro o inseguro. No se matizó el tipo de apego inseguro por falta de muestra que permitiese perfilar con garantías qué estilo de apego se relaciona en mayor grado con el TDAH.

Psicopatología paterna:

Cuestionario de 90 síntomas (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R) (Derogatis, 1975; adaptación española de González Rivera, 2002). El cuestionario aporta información sobre nueve áreas de síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad,

ideación paranoide, psicoticismo y ansiedad fóbica) y tres índices generales (Índice de Severidad Total, Total Síntomas Positivos e Índice de Distrés de Síntomas Positivos).

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta (0 = Nada en absoluto, 4 = Mucho o extremadamente). En este estudio las puntuaciones se van a expresar en medias.

En relación a las propiedades psicométricas, los índices de fiabilidad de esta versión en población española oscilan entre .77 y .90 (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008) y han quedado ampliamente demostradas a lo largo de años de investigación (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008).

Psicopatología en adolescentes

En la presente investigación también se utilizó el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001). Este instrumento evalúa la presencia de psicopatología en niños y/o adolescentes de 6 a 18 años de edad en los últimos 6 meses. En él se recoge información demográfica, competencias de los sujetos, posibles enfermedades/discapacidades, etc.

Está compuesto por 120 ítems con 3 opciones de respuesta referidos a problemas de conducta que pueden presentar. Los ítems se distribuyen en 8 escalas relativas a problemas de conducta (aislamiento, ansiedad / depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva). También permite obtener puntuaciones en otras 2 escalas de banda ancha (trastornos internalizantes y trastornos externalizantes) y la puntuación total (Lacalle, 2009). Las propiedades psicométricas de este instrumento están ampliamente avaladas por numerosos estudios.

Procedimiento:

El diseño que se utilizó para la presente investigación fue un transversal de casos y controles. Para la primera hipótesis se comparó los porcentajes de seguridad/inseguridad de las representaciones de apego entre los adolescentes con TDAH y los adolescentes sin trastorno psiquiátrico. La captación de la muestra de adolescentes con TDAH se acudió al Hospital Universitario Fundación Alcorcón y al Centro Psicológico Loreto Charques de Madrid (especializados en TDAH). En ambos centros, los adolescentes se encontraban en tratamiento farmacológico y psicológico

simultáneo. Se contactó con ellos y una vez firmada la autorización por parte ambos centros y por parte de los padres de los menores, se procedió a la administración de las pruebas, tanto a ellos como a sus padres. Por otra parte, los adolescentes sin historial psiquiátrico provinieron fundamentalmente de grupos de Scout en Madrid, previa autorización de sus padres. A los padres de estos adolescentes no se les administró ninguna prueba.

En relación a la segunda hipótesis, consistente en evaluar la relación existente entre la psicopatología de los padres y la de sus hijos, se realizaron análisis de correlaciones en primer lugar para valorar si existía relación. Comprobada la relación positiva, se crearon dos grupos de padres: los que tenían mayores puntuaciones de psicopatología y los que tenían menos psicopatología. Para ello, se utilizó el Índice de Severidad Total (GSI) del cuestionario SCL90-R. En concreto, se hicieron dos grupos en base a la mediana, ya que en la literatura científica este instrumento se ha utilizado a modo de variable dependiente y no se encontró un criterio concreto para establecer puntos de corte que permitiesen crear grupos.

Con anterioridad a la petición de los permisos necesarios y a las autorizaciones de los padres, el presente estudio pasó por la comisión de ética de la Universidad Pontificia de Comillas, con una valoración por parte de éste favorable.

En todo momento, se informó a los participantes que la participación era voluntaria, que se podían retirar en cualquier momento y que sus respuestas serían totalmente anónimas y confidenciales.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 20. Se utilizaron estadísticos descriptivos para describir la muestra. Chi-Cuadrado para la comparación de porcentajes de seguridad/inseguridad entre adolescentes con TDAH y adolescentes sin trastorno psiquiátrico. Se utilizó una t-tudent para comparar la puntuación de cada grupo en la dimensión *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego*. Correlaciones para evaluar de manera preliminar la relación entre psicopatología paterna y psicopatología del hijo adolescente. t-student para comprobar posteriormente si existían diferencias significativas en las diferentes dimensiones de

psicopatología del adolescente entre padres de hijos con TDA con elevada psicopatología y aquellos que presentaban menores puntuaciones de psicopatología (en función del GSI del SCL-90-R).

Para poder realizar la comparación de medias, previamente se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk ($p > .05$), para valorar si las puntuaciones en las diversas escalas se ajustaban a una distribución normal, y la prueba de Levene, de cara a comprobar el supuesto de homogeneidad de varianzas.

RESULTADOS

Relación entre seguridad/inseguridad del apego y presencia de TDAH/ausencia psicopatología

Los resultados respecto a la seguridad/inseguridad del apego, mostraron que el 60% de los adolescentes con TDAH tenía un apego inseguro. Respecto a los jóvenes sin historial psiquiátrico referido, el porcentaje de adolescentes con apego inseguro fue del 40%. Sin embargo, no se pudo concluir que las variables estuviesen asociadas, $\chi^2(1,30) = 1,2$; $p = .273$.

Respecto a las puntuaciones en la dimensión *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego*, cabe decir que no se ajustaron a una distribución normal en el caso de los sujetos sin TDAH ($W = 0.882$; $p < .001$). No obstante, se pudo asumir el supuesto de normalidad de la distribución de las puntuaciones de la variable en función de los criterios de Curran, West y Finch (1996). Por otro lado, se pudo asumir la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene ($p > 0,05$). Aun así, no se encontraron diferencias significativas en la media de las puntuaciones en la dimensión de seguridad entre los grupos, $t(28) = -0,855$; $p = .4$.

Relación entre psicopatología paterna y psicopatología del hijo adolescente

La relación entre psicopatología de los padres y la psicopatología del hijo adolescente fue evaluada preliminarmente mediante la Correlación de Pearson encontrándose relación positiva entre ambas variables ($n = 20$; $r = 0,689$; $p = 0,001$). Por tanto, a mayor psicopatología en los padres mayor psicopatología en los hijos con TDAH.

Posteriormente, se dividió a los padres en dos grupos utilizando como criterio la mediana de las puntuaciones en GSI, se testaron los supuestos de normalidad y homogeneidad en función de ambos grupos y se compararon las diferencias de medias en las escalas del CBCL.

Respecto a la normalidad, se encontró que diversas variables no se ajustaron una distribución normal en algunos de los grupos. El de padres con baja psicopatología no se ajusta en las siguientes escalas: Externalización, Ansiedad/depresión,

Retraimiento/depresión, Somatización, Problemas de pensamiento, y Aceptación de normas. Respecto al grupo de padres con elevada psicopatología, todas las escalas cumplen el supuesto salvo Conducta agresiva. No obstante, se pudo asumir el supuesto de normalidad en todas las escalas en función de los criterios de Curran, West y Finch (1996). En relación a la homogeneidad de varianzas, se pudo asumir en todas las escalas salvo en la de Externalización y en la de Aceptación de normas.

Los resultados de las comparaciones de medias se muestran en la Tabla 1. Se encontraron diferencias significativas en las medias en la puntuación total y en las siguientes escalas: problemas internalizantes, problemas externalizantes, ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, problemas de pensamiento, problemas de atención y conducta agresiva. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en relación a las somatizaciones, a los problemas sociales y a la no aceptación de normas.

<i>Tabla 1.</i> Diferencia de medias entre padres con elevada y baja psicopatología en las diferentes escalas del CBCL (psicopatología del adolescentes)					
Escalas CBCL	M (DT) Baja psicopatología (N=10)	M (DT) Elevada psicopatología (N=10)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Puntuación total	37,80 (23,64)	71,9 (15,71)	-3,799	18	.001*
Problemas internalizantes	9 (7,13)	18,3 (4,17)	-3,560	18	.002*
Problemas externalizantes	11,1 (11,298)	21,4 (5,76)	-2,568	13,380	.023*
Ansiedad/depresión	3,1 (3,54)	8,5 (3,02)	-3,665	18	.002*
Retraimiento/depresión	2,90 (2,234)	5,8 (2,35)	-2,830	18	.011*
Somatización	3 (3,06)	4 (3,09)	-,728	18	.476
Problemas sociales	3,6 (3,27)	6,5 (3,57)	-1,894	18	.074
Problemas de pensamiento	1,50 (2,51)	6,2 (4,89)	-2,703	18	.015*
Problemas de atención	8,1 (3,07)	13,8 (2,66)	-4,437	18	< .001*
No aceptar normas	5,1 (5,63)	7,4 (2,17)	-1,206	13,380	.252
Conducta agresiva	6 (6,03)	14 (5,32)	-3,146	18	.006*

* *p* < .05

DISCUSIÓN

Uno de los dos objetivos principales del presente estudio consistía en valorar si existía relación entre la seguridad/inseguridad en el apego y la presencia de TDAH. La hipótesis sostenía que aquellos adolescentes con TDAH tenderían a presentar mayores porcentajes de inseguridad que los adolescentes sin historial psiquiátrico en lo referente a las representaciones de apego de las figuras parentales.

Los resultados de esta investigación señalan que no se puede hablar de que exista tal relación, ya que la significación de Chi-Cuadrado (χ^2) es 0,273 ($p > .05$). Aun así, los datos de frecuencias empíricas permiten ver que la proporción empírica tiende a ser parecida a los datos que sugiere la literatura científica en este campo. En concreto, se encuentra que los sujetos con TDAH presentan mayores porcentajes de inseguridad en el apego (60%) que los adolescentes sin presencia de psicopatología (40%).

No se puede afirmar la existencia de la relación que la literatura científica refiere ya que no se obtiene significación. Esto nos lleva a tratar de encontrar factores que lo puedan explicar y describir por tanto las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la principal limitación a la que se ha tenido que hacer frente se refiere al bajo tamaño muestral de los grupos, el cual ha sido menor que la frecuencia esperada para cada condición. Por tanto, encontrar que las diferencias son estadísticamente significativas es complicado. En concreto, la frecuencia esperada para las distintas condiciones es 7,5 sujetos y en la presente investigación hay condiciones en las que sólo participan 6. Por tanto, el tamaño muestral reducido se constituye como la principal limitación.

A su vez, esto ha podido influir en los porcentajes de seguridad/inseguridad en el apego encontrados en el grupo de adolescentes con TDAH. En el grupo de control la distribución es similar a la encontrada en la población adolescente (Van Ijzendoorn, 1995; Bakermans-Kranenbourg y Van Ijzendoorn, 2009; Lacasa y Muela, 2014). Más concretamente, en población no clínica, los metaanálisis suelen mostrar que la distribución respecto a la seguridad suele oscilar alrededor del 60%, y por tanto, la distribución del grupo de control se ajusta a la encontrada en la literatura. Esto no sucede con el grupo de adolescentes con TDAH. La literatura señala que el porcentaje de seguridad en el apego suele rondar el 25-30% (Van Ijzendoorn, 1995; García e Ibañez, 2007), mientras que en la muestra de la presente investigación el porcentaje es

del 40%. Por tanto, el limitado tamaño muestral ha podido influir en que no se encuentre una distribución en el grupo de adolescentes con TDAH similar a la que la literatura señala, y por ello puede ser que no se haya encontrado relación entre las variables mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2).

Otra limitación que puede haber influido en que el porcentaje de seguridad en el apego del grupo de adolescentes con TDAH haya sido mayor al encontrado en la literatura gira en torno al tipo de muestreo utilizado. En la presente investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se accedió a sujetos con TDAH en base a la accesibilidad. En concreto, participaron adolescentes con TDAH que se encontraban recibiendo tratamiento tanto psicológico como farmacológico. Sin embargo, no se accedió a adolescentes que no estuviesen recibiendo tratamiento o que sólo estuviesen en tratamiento farmacológico, sin el componente del tratamiento psicológico.

Si se profundiza en ello, se puede intuir que aquellos padres que tratan de brindar tratamiento psicológico y farmacológico son padres más implicados en la crianza de sus hijos que aquellos que sólo brindan tratamiento farmacológico (o ni si quiera eso). Por tanto, en este estudio tenemos a padres de adolescentes que se implican mucho en la crianza, cuidado y bienestar de sus hijos. Seguramente esta característica de los padres haya sido una constante presente a lo largo de la vida de sus hijos hasta la adolescencia. Esto, a su vez, se constituye como factor que incide en los vínculos entre padres e hijos, y por tanto, los vínculos de apego en estas familias pueden no estar tan dañados como se esperaba.

Además, en el trabajo psicológico con adolescentes el vínculo juega un importante papel y se trabaja sobre él como herramienta de cambio. El psicólogo no sólo trabaja sobre la sintomatología del TDAH directamente, sino que de forma más o menos explícita, el vínculo es abordado y propuesto como objetivo terapéutico. Por tanto, se entiende que aquellos adolescentes con TDAH que hayan pasado o estén en procesos de psicoterapia pueden haber mejorado o reparado la forma de vincularse con respecto a sus padres y al resto de personas. Esto no se consigue con el tratamiento farmacológico. Por tanto, tener a padres que brindan todo tipo de ayuda disponible a sus hijos puede haber favorecido que los porcentajes de seguridad en el apego sean mayores de los esperados.

El otro objetivo fundamental del presente estudio consistía en valorar la relación entre la psicopatología de los padres y la del adolescente con TDAH. La hipótesis sostenía que la psicopatología de los hijos estaba relacionada con la psicopatología de sus progenitores.

Los resultados de esta investigación indican que esta relación es alta, positiva y significativa ($r = 0,689$; $p = .001$). Por tanto, a medida que los padres puntúen más en psicopatología tenderán a tener hijos con mayores indicadores de psicopatología. En concreto, padres con elevada psicopatología tienen hijos con mayores puntuaciones en problemas internalizantes, externalizantes, ansiedad, depresión, problemas de pensamiento, problemas de atención y conducta agresiva. De hecho, en la mayoría de escalas en las que se encuentran diferencias significativas, la media de las puntuaciones tiende a ser el doble en los adolescentes con padres con elevada psicopatología que las del otro grupo. A pesar de que algunas de estas áreas puedan estar explicadas por la presencia del TDAH, otras no.

Con todo, no se puede afirmar que la patología de los padres sea un factor que determine la patología de los adolescentes, puesto que el estudio no permite tal aseveración al tratarse de un diseño transversal. Por tanto, no se puede conocer cuál es el antecedente y cuál la consecuencia, o si ambas variables se interrelacionan mutuamente en una relación bidireccional. Si tenemos en cuenta postulados teóricos de los enfoques sistémicos, se puede intuir que esta última opción es la más plausible. Es decir, determinados síntomas del niño que es diagnosticado por TDAH pueden influir en el bienestar y salud mental de los padres, y viceversa, dando lugar a influencias recíprocas que se retroalimentan entre sí.

Uno de los resultados fundamentales de todas estas interacciones es el estrés en la familia y en concreto, en los padres, cuya influencia sobre todos los miembros del sistema familiar ha quedado ampliamente contrastada (La Valle, 2015; Stoner, Mares, Otten, Engels y Janssens, 2016; Wiener, Biondic, Grimbo y Herbert, 2016). De hecho, diversos autores parecen sugerir que este factor incide de forma recíproca tanto en el adolescente como en los padres (por ejemplo, Stoner et al, 2016). El estrés parental afecta en diversas áreas, tales como restricciones a la hora de hacer otras actividades no relacionadas con la paternidad, alienación social y conflictos con la pareja.

Por tanto, incluir a la familia en el tratamiento ofrecido al hijo, tratando de reducir el estrés en los padres, puede ser un elemento importante de cara a que ello tenga repercusiones sobre todo el sistema y finalmente, sobre el adolescente con TDAH. El resultado sería la reducción del estrés en la familia. Ello supondría incidir sobre una característica común a las familias con hijos con TDAH en aras de poder cortar el flujo de relaciones bidireccionales entre la psicopatología de los padres y la del hijo, que se constituye como uno de los factores de mantenimiento del malestar y las dificultades. Además, tendría efectos positivos a corto plazo en la sintomatología del adolescente. De hecho, existen estudios en los que se demuestra que reduciendo el estrés parental e incrementando el locus de control interno mediante un programa de padres de 8 semanas de duración, se producen efectos positivos en los comportamientos disruptivos de los hijos y en las estrategias de afrontamiento de éstos (Moreland, Felton, Hanson, Jackson y Dumas, 2016).

Todo esto, nos permite reflexionar acerca de la necesidad de plantear intervenciones en las que no sólo se tenga en cuenta al adolescente con TDAH. El trabajo con ellos y la investigación sobre factores de riesgo que incidan en la sintomatología y en las vías que llevan a la comorbilidad debe continuar de cara a poder desarrollar estrategias de prevención e intervención cada vez más eficaces. Sin embargo, ya no se puede obviar la necesidad de trabajar con los padres. El objetivo que se ha de perseguir es tratar de reducir la psicopatología y el estrés en la familia, ya que ello dificulta las relaciones entre los miembros. Si no se trabaja en este plano, la comunicación intrafamiliar que favorezca la resiliencia va a ser complicado desarrollarla.

Para ello, se considera interesante poder plantear encuadres terapéuticos en los que se tenga en cuenta a la familia y los distintos subsistemas. Una buena estrategia podría consistir en proporcionar un servicio que incluyese terapia farmacológica y psicológica para el adolescente, terapia de pareja para los padres y terapia familiar. Se entiende que de esta forma, las oportunidades de ayuda serán mucho mayores.

Finalmente, como líneas futuras a esta investigación se proponen 2 líneas fundamentales. En primer lugar, poder replicar la presente investigación salvando las limitaciones previamente planteadas. Es decir, aumentando la muestra de adolescentes con TDAH y tratando de obtener sujetos que no estén en tratamiento psicológico para valorar si existen diferencias en los porcentajes de seguridad/inseguridad del apego. En

segundo lugar, realizar una nueva investigación en la que se evalúe la eficacia diferencial en función de diversos componentes del tratamiento. Los componentes a evaluar serían los que se han ido citando a lo largo de esta discusión: trabajo con el adolescente sobre el vínculo, sesiones de trabajo con el sistema parental y terapia familiar (estrés parental, relaciones entre los miembros, abordaje de conflictos, etc.).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Appleyard, K., Haskett, M. E., Loehman, J. y Rose, R. A. (2015). Physically abused children's adjustment at the transition to school: child, parent, and family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 957-969. Doi: 10.1007/s10826-014-9906-7
- Bakermans-Kranenburg, M. J. y Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11 (3), 223-263.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMi-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23 (3), 486-494.
- Bateman, W. y Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 411-430. Doi: 10.1002/jclp.20241
- Benoit, D. y Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Bernier, A. y Miljkovitch, R. (2009). Intergenerational transmission of attachment in father-child dyads: The case of single parenthood. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 170 (1), 31-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.3200/GNTP.170.1.31-52>
- Brumariu, L. E., Keerns, K. A., y Seibert, A. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Relationships*, 19, 569-585. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01379.x
- Burstein, M., Ginsburg, G. S., Petras, H. y Ialongo, N. (2010). Parent psychopathology and youth internalizing symptoms in a urban community: A latent growth model analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 61-87. Doi: 10.1007/s10578-009-0152-y

- Calvo, R., Lázaro, L., Castro, J., Morer, A. y Toro, J. (2007). Parental psychopathology in child and adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 647-655. Doi: 10.1007/s00127-007-0202-3
- Connor, S. (2006). Grandparents raising grandchildren: Formation, disruption and intergenerational transmission of attachment. *Australian Social Work*, 59 (2), 172-184. Doi: 10.1080/03124070600651887
- Curran, P.J., West, S.G., y Finch, J.F. (1996). The robustness of Test Statistic to Nonnormality and Specifications Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods* 1 (1), 16-29.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 168-192. Doi: 10.1007/s10578-009-0159-4
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas, y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología Cloninger. *Psicothema*, 20 (4), 525-530.
- Firouzkouhi, M., Assareh, M., Heidaripoor, A., Eslami, R., y Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45-49. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/APP/19375>
- Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- García, M. e Ibañez, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 123-134. Extraído el 8 de Junio de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525203>
- González de Rivera, J.L. (2002). Versión española del SCL-90-R. Madrid: TEA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador (2010) Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya, Guías de Práctica

Gartstein, M. A. e Iverson, S. (2014). Attachment security: The role of infant, maternal, and contextual factors. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2), 261-276.

Ibáñez, M. (2004). Psicoterapia individual, terapéutica de juego en la hiperactividad. En: Tomás, J. (Ed.), *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Barcelona, España: Editorial Laertes.

Juri, L. J. (2011). *Teoría del Apego para psicoterapeutas: La teoría del apego en la clínica, II*. Madrid: Psimática.

Keown, L. J. (2012). Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: The role of father-child and mother-child Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 569-581. Doi: 10.1007/s10802-011-9586-3

Keskin, G. y Çam, O. (2010). Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 433-441. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01540.x

Kobak R, y Madsen SD (2008). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*(23-47). Nueva York: Guilford Press.

Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente*, 24, 83-93.

- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- La Valle, C. (2015). *The effectiveness of mentoring youth with externalizing and internalizing behavioral problems on youth outcomes and parenting stress: A meta-analysis*. United Kingdom: Taylor & Francis.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16, 402-407.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 18 (3), 335-341.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S. y Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47, (9), 865-872. Doi: 10.1177/0009922808319963
- Moreland, A., Felton, J., Hanson, R., Jackson, C. y Dumas, J. (2016). The relation between parenting stress, locus of control and child outcomes: Predictors of change in a parenting intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 34-43.
- O'Higgins, M., James, I. St., Glover, V. y Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 381-389. Doi: 10.1007/s00737-013-0354-y
- Ostrander, R. y Herman K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 89-98
- Quezada, V. y Santelices, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 42 (1), 53-61. Extraído el día 10 de junio de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880005>

- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas de exploración a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8 (2), 27-38.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M. J., Santelices, M. P., Juffer, F., et al. (2014). Another way of thinking ADHD: The predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 133-144. Doi: 10.1007/s00127-013-0685-z
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20 (2), 284-290.
- Sheinbaum, T., Bedoya, E., Kwapil, T. R. y Barrantes-Vidal, N. (2013). Comparison of self-reported attachment in young adults from Spain and the United States. *Psicothema*, 25 (4), 514-519. Doi: 10.7334/psicothema2012.345
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*(762-782). Nueva York: Guilford Press.
- Spangler, G. y Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Stoner, L., Mares, S., Otten, R., Engels, R. y Janssens, J. (2016). The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 76-86.
- Thorell, L. B., Rydell, A. M. y Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14 (5), 517-532. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706396>

- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387-403.
- Wahlstedt, C., Thorell, L. B., y Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Child Psychology*, 37, 551-564. Doi: 10.1007/s10802-008-9286-9
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia (2ª edición)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. y Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561-574.