



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI ICADE CIHS

VARIABLES FAMILIARES RELACIONADAS CON EL TDAH EN NIÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor: Marta Andrés Quero

Tutor: Alba Moreno Encinas

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

1. Introducción	
1.1 TDAH	3
1.1.1. Definición y criterios diagnósticos	3
1.1.2. Prevalencia	3
1.1.3. Etiología.....	4
1.1.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	5
1.1.5. Manifestaciones clínicas y funcionamiento del niño con TDAH	6
1.1.6. Tratamiento	7
1.2 Variables familiares	9
1.2.1 Apego.....	9
1.2.2 Estilos parentales	10
1.2.3. Estrés parental.....	11
1.3 Objetivo general y objetivos específicos	12
2. Método	12
3. Resultados	15
4. Discusión y conclusiones	34
5. Referencias.....	41
6. Anexos	51

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, o TDAH, es un trastorno del neurodesarrollo con una prevalencia notable en la población infanto-juvenil. Su origen es de base neurobiológica, aunque pueden intervenir otras variables como las familiares. El TDAH se caracteriza por la inatención, hiperactividad e impulsividad y puede presentar comorbilidad con diferentes trastornos. Con todo, la presente revisión sistemática tiene como objetivo principal analizar la influencia de variables familiares (apego, estilos parentales, estrés parental y otras variables) en el desarrollo y funcionamiento de niños con TDAH. Para ello se ha realizado una búsqueda en tres bases de datos y se seleccionaron 15 artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados indican que las variables familiares como el apego, el estrés parental y los estilos parentales afectan a la sintomatología del TDAH en el niño y en algunos casos a su desarrollo socioemocional y conductual. De esta forma, en los estilos parentales los resultados son variables dependiendo de la práctica analizada. Mientras que, en el estrés parental se observa mayor consistencia y se asocia de manera positiva con la sintomatología del TDAH. En el caso del apego, los resultados son heterogéneos, aunque el apego seguro se relaciona con menos dificultades. Además, se identifican otras variables relevantes como la autoeficacia parental, la adversidad familiar y sobrerreactividad maternal, entre otras. En conclusión, las variables familiares tienen impacto sobre el TDAH, influyendo uno sobre otro de manera bidireccional, y siendo necesaria una mayor investigación sobre el contexto familiar en este trastorno.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), variables familiares, apego, estrés parental, estilos parentales.

Abstract

Attention-Deficit Hiperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with a significant prevalence in children and adolescents. Its origin is neurobiological, although other variables, such as family factors, may play a role. ADHD is characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity, and can be comorbid with different disorders. This systematic review aims to analyze the influence of family variables such as attachment, parenting styles, parental stress on the development and functioning of children with ADHD. A search was conducted in three databases, and 15 articles were selected based on inclusion and exclusion criteria. The results indicate that family variables such as attachment, parental stress and parenting styles affect ADHD symptoms in children and, in some cases, their socio-emotional and behavioral development. Regarding parenting styles, the results vary depending on the specific parenting practices analyzed. Parental stress, however, shows greater consistency and is positively associated with ADHD symptoms. In the case of attachment, the results are heterogeneous, although secure attachment is associated with fewer difficulties. Furthermore, other relevant variables were identified, such as parental self-efficacy, family adversity, and maternal overreactivity, among others. In conclusion, family variables have an impact on ADHD, influencing each other bidirectionally, and further research on the family context in this disorder is needed.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), family variables, attachment, parental stress, parenting styles.

1. Introducción

1.1 TDAH

1.1.1. Definición y criterios diagnósticos

El TDAH o trastorno por déficit de atención e hiperactividad es considerado un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por patrones de inatención y/o hiperactividad que afectan de manera significativa al funcionamiento cotidiano. Así, se puede presentar de manera combinada (inatención e hiperactividad), con predominio de inatención o con predominio de hiperactividad. La inatención puede incluir: dificultad para atender a los detalles, descuidos u olvidos, problemas con la atención sostenida, distracción durante conversaciones, falta de organización y planificación, pérdida de objetos...La hiperactividad puede incluir e impulsividad puede incluir: dificultad para permanecer quieto o sentado, interrumpe a otras personas, verborrea, problemas para esperar el turno... (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 59-60). En el Anexo A se detallan los criterios diagnósticos.

1.1.2. Prevalencia

En una amplia revisión Ayano et al. (2023) estudian las prevalencias encontradas en diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis de entre 2007 y 2020. Estiman que la prevalencia internacional del TDAH en niños y adolescentes es del 8%. En cuanto a diferencias por género, la prevalencia fue dos veces mayor en niños (10%) que en niñas (5%). Por tipos, el subtipo inatento es el más frecuente, seguido del hiperactivo, y finalmente, el combinado.

En población española, es complicado encontrar algún estudio científico representativo en los últimos 5 años. Los datos de prevalencia los podemos conocer a través de estudios más antiguos y algunos no ofrecen cifras de población española general, sino que centran en una Comunidad Autónoma. Por ejemplo, se registró en Cataluña en 2017 una prevalencia de 4,06% en 2017, siendo mayor en niños que en niñas, y la mayor prevalencia se situaba entre los 13 y 17 años con un 7,28% (Pérez-Crespo et al., 2020). También en esta comunidad autónoma, en concreto en Tarragona, se encontró una prevalencia del 7,7% en niños en edad escolar (Canals Sans et al., 2021).

A nivel nacional, Ramos-Quiroga et al. (2023) ofrecen algunos datos de prevalencia en su estudio, aunque estos no pueden considerarse representativos de la población ya que solo corresponden a personas registradas en el sistema sanitario. Encuentran una prevalencia de

4,1% en niños y solo un 0,1% en adultos. Estas cifras muestran el infradiagnóstico, sobre todo en adultos y en mujeres porque solo una cuarta parte de los diagnósticos correspondían a mujeres.

1.1.3. Etiología

Las causas o etiología del TDAH son principalmente de base neurobiológica, aunque también pueden verse involucrados diferentes factores ambientales.

El TDAH tiene un gran componente hereditario, podemos hablar de un 70% - 80%, producido por la combinación e interacción de diferentes genes. Así, tener familiares con este trastorno, especialmente de primer grado, es un predictor importante. Esta heredabilidad viene demostrada también gracias a los estudios con gemelos (Faraone & Larsson, 2019, 2019; Ribasés et al., 2023; Rodríguez Santos, 2010; Thapar et al., 2013; Thapar & Cooper, 2016). En sintonía con este hecho, se puede decir que el TDAH tiene un origen poligénico, es decir, se debe a la acción combinada de diversos genes. Y es esta poligenia la que, para algunos, es la responsable de las múltiples comorbilidades del TDAH (Faraone & Larsson, 2019; Ribasés et al., 2023). Las vías genéticas que se han identificado han sido las relacionadas con la dopamina y la noradrenalina (Curatolo et al., 2010; Faraone & Larsson, 2019; Rodríguez Santos, 2010; Koirala et al., 2024; Núñez-Jaramillo et al., 2021). No obstante, hay autores como Thapar et al. (2013) que reconocen que los efectos de estos genes son pequeños, y otros como Núñez-Jaramillo et al. (2021) para el que las conclusiones acerca de la genética son inconsistentes.

Por otra parte, hay factores ambientales, prenatales y perinatales que también se relacionan con la etiología del TDAH. Estos son: bajo peso al nacer, prematuridad, hipoxia perinatal, exposición prenatal a alcohol, pesticidas y metales pesados como el plomo (Núñez-Jaramillo et al., 2021; Sciberras et al., 2017; Thapar et al., 2013; Thapar & Cooper, 2016). Además, la exposición al tabaco también se ha considerado factor de riesgo en algunos casos (Sciberras et al., 2017; Thapar & Cooper, 2016). Sin embargo, Sciberras et al. (2017) no encuentran evidencia de relación causal entre la presencia de estos factores de riesgo y el TDAH y Núñez-Jaramillo et al. (2021) afirman que estos factores no están presentes en todos los casos. A su vez, Sutanto et al. (2023) identifican algunos factores de riesgo maternos: exceso de peso materno, parto abdominal o vaginal operatorio, exposición a tabaco, psicopatología materna, emergencias neonatales. La combinación entre ellos es lo que constituye el riesgo, no la presencia de uno solo.

También hay algunas variables familiares relacionadas con la etiología del TDAH. Barreto-Zarza et al. (2022) explican que el estrés familiar y que los padres se perciban como poco competentes, se relacionan con niveles más elevados de hiperactividad e inatención en los niños. Siendo que, el estrés de los padres y la autoeficacia de estos afectan a la expresión de los síntomas. En relación al apego, hay estudios que asocian el apego inseguro con los síntomas de inatención e hiperactividad, en concreto, el desorganizado es el que se ha asociado con los casos más graves. Aunque, subrayan que el apego interacciona con otros factores cognitivos y contextuales (Wylock et al., 2021; Storebø et al., 2013). Además, Hornstra et al. (2019), señalan que los niños con TDAH informan que tienen menos confianza en que sus padres van a estar disponibles emocionalmente, lo que afecta al vínculo.

Por tanto, podemos decir que el TDAH tiene una etiología multifactorial y heterogénea.

1.1.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Algunos trastornos, por su sintomatología y manifestaciones pueden confundirse con el TDAH e incluso solaparse los síntomas en algunos de ellos. Los porcentajes de comorbilidad del TDAH con otros trastornos varían en diferentes estudios, aunque todos se sitúan en horquillas similares; alrededor del 60%-70% de las personas con TDAH cumplen con los criterios para tener algún otro trastorno psiquiátrico (Canals et al., 2024; Fernández Jaén et al., 2018; Reale et al., 2017; Bastardas Sardans et al., 2015; Hervás Zúñiga & Durán Forteza, 2014).

El trastorno del espectro autista (TEA) es uno de los más comórbidos con el TDAH y comparten entre ellos algunos síntomas como la impulsividad, la inatención y la hiperactividad (Hervás Zúñiga & Durán Forteza, 2014). El DSM-5 incluye un cambio importante en este aspecto, es la primera vez que se reconoce la coexistencia de ambos trastornos, ya que en ediciones anteriores el TDAH quedaba excluido si había un diagnóstico previo de TEA. La comorbilidad presenta un rango amplio teniendo en cuenta diferentes estudios, siendo frecuente la confluencia de ambos trastornos y condicionando la intervención clínica, aunque es necesaria una mayor investigación (Rico-Moreno & Tárraga-Mínguez, 2016). Sin embargo, autores como Hours et al. (2022) defienden que no existe evidencia suficiente de esta comorbilidad, ya que se puede malinterpretar, y ser simplemente un TEA con déficits atencionales propios de éste.

Por otra parte, en la infancia, podemos encontrar comorbilidad del TDAH con trastornos de conducta. Se ha visto que la comorbilidad entre ambos es clínicamente relevante,

y afecta de manera notable a la calidad de vida, impactando negativamente en diferentes áreas, sobre todo cuando los problemas de conducta son graves (Aitken et al., 2018). Dentro de los trastornos de conducta, el trastorno negativista desafiante es uno de los que más se asocia al TDAH, en concreto, cuando se trata de TDAH combinado, con una prevalencia del 53% y hasta del 63% cuando también presentan autismo (Mayes et al., 2025).

El TDAH en la juventud y edad adulta puede tener comorbilidad con trastornos por consumo de alcohol y sustancias. El consumo de sustancias es mayor en los jóvenes con TDAH y se asocia a la existencia síntomas externalizantes, siendo el trastorno de conducta el que más predice el consumo (Miranda et al., 2016). Asimismo, autores como Brandt et al. (2021) señalan que el rasgo de impulsividad es lo que más influye en que las personas con TDAH padezcan problemas graves con el alcohol, quedando el diagnóstico mismo de TDAH en un segundo plano.

Continuando con la adultez, el trastorno bipolar es otro de los que pueden aparecer como comórbidos al TDAH. Se encuentra una fuerte asociación entre ambos trastornos, siendo que, cuando hay TDAH el trastorno bipolar suele aparecer en edades más tempranas. Esta combinación de ambos trastornos hace que los episodios del trastorno bipolar sean más graves, se dan más comorbilidades con otros trastornos y empeora el pronóstico (Tamam et al., 2008). En la actualidad, se extraen conclusiones similares y la coexistencia de ambos trastornos es mucho más frecuente de lo esperado. Es necesaria una evaluación conjunta y tratar primero trastorno bipolar, para después añadir tratamiento para el TDAH si fuera necesario (Parker, 2025).

1.1.5. Manifestaciones clínicas y funcionamiento del niño con TDAH

Además de los criterios diagnósticos que aparecen en el DSM-5, donde la inatención, hiperactividad e impulsividad son los rasgos que caracterizan el TDAH, este tiene un impacto significativo en el funcionamiento global del niño, afectando a múltiples áreas que incluyen la cognitiva, emocional, social y adaptativa (Wanni Arachchige Dona et al., 2023)

Una de las áreas más afectadas en niños con TDAH es la de las funciones ejecutivas, sobre todo aquellas que tienen que ver con la regulación de la atención y el control inhibitorio (Sadozai et al., 2024). También se ven implicadas la memoria de trabajo, la vigilancia y la planificación, aunque estas dificultades ejecutivas no se observan en todos los casos (Willcutt et al., 2005).

El área social se ve igualmente impactada en los niños con TDAH: estos pueden presentar déficits en esta área, en concreto, en el lenguaje pragmático y la teoría de la mente. Estas dificultades reciben la influencia de las funciones ejecutivas, por ejemplo, la inhibición les puede conducir a respuestas sociales impulsivas y la menor memoria de trabajo les puede dificultar mantener el seguimiento de una conversación (Capuozzo et al., 2024). Estas dificultades pueden conllevar que los niños con TDAH tengan más riesgo de sufrir rechazo social por parte de iguales (Hoza, 2007).

La regulación emocional es otra área en la que podemos observar afectación, siendo que el TDAH conlleva desregulación emocional con alta reactividad y labilidad. Esta reactividad podría ser respuesta a los problemas inhibitorios en las funciones ejecutivas. También pueden presentar problemas de empatía, aunque esto se ve más presente cuando hay problemas de conducta asociados (Graziano & Garcia, 2016).

Todas estas áreas evolucionan y cambian en función de la edad. La inatención e hiperactividad/impulsividad propias del TDAH son más altas en los niños que en los adolescentes. Mientras que, los adolescentes tienen peor funcionamiento global y habilidades adaptativas y aumenta la presencia de psicopatología no específica del TDAH. Una de las explicaciones de este cambio es precisamente el cambio de etapa escolar a la secundaria (De Rossi et al., 2023). La labilidad emocional aumenta en la adolescencia (Graziano & Garcia, 2016).

1.1.6. Tratamiento

Para el tratamiento del TDAH resulta fundamental el uso de fármacos en la mayoría de los casos, así como complementarlo con psicoterapia, siendo esta combinación el tratamiento más completo con el que se han obtenido mejores resultados (Reale et al., 2017; Sibley et al., 2023; Sibley et al., 2025; Thapar & Cooper, 2016).

En cuanto al tratamiento farmacológico, se distinguen dos tipos de fármacos; estimulantes y no estimulantes. Los estimulantes son los fármacos más utilizados para el tratamiento del TDAH debido a su gran eficacia y evidencia contrastada, y son principalmente el metilfenidato y la dexanfetamina (García Ron et al., 2015; Haavik, 2025; Ramos-Quiroga et al., 2023; Sibley et al., 2025; Thapar & Cooper, 2016). Estos fármacos actúan sobre la dopamina y noradrenalina, son eficaces tanto en niños como en adolescentes y adultos, y sus efectos adversos son transitorios (García-Ron et al., 2015). Por otro lado, los fármacos no estimulantes como la atomoxetina actúan sobre la noradrenalina, pero su efecto es menor que

el de los anteriores (Amado Puentes et al., 2015; Sibley et al., 2025). Hay otros fármacos como los antidepresivos que no están indicados concretamente para el tratamiento del TDAH o los antipsicóticos que se utilizarían para aumentar la acción de los estimulantes (Amado Puentes et al., 2015).

Sin embargo, se encuentran algunas limitaciones a los fármacos: Pozzi et al., (2020) señalan que hay aproximadamente un 30% de personas que no responden a los tratamientos convencionales o no los toleran. Además, estos fármacos no actúan sobre la desregulación emocional y los déficits cognitivos, y la labilidad emocional e irritabilidad suelen persistir. Otros autores como Taylor (2019) advierte que los efectos de los fármacos estimulantes se van reduciendo tras varios años de uso debido a la tolerancia y que en la adolescencia la mayoría dejan de tomarlos lo que afecta a su función preventiva.

Con respecto al tratamiento no farmacológico, la terapia de tipo conductual es una de las más estudiadas, aunque por si solas no tienen gran eficacia y han de utilizarse en combinación con los fármacos, Además, sus efectos a largo plazo son cuestionables y son eficaces sobre todo cuando hay síntomas asociados como problemas de conducta (Fenollar Ibáñez et al., 2015; Thapar & Cooper, 2016). La terapia cognitivo-conductual también se recomienda como complemento a la medicación y para cuando el TDAH coexiste con problemas emocionales (Fenollar Ibáñez et al., 2015; Sibley et al., 2025). Sin embargo, Sibley et al. (2023), consideran que, aunque este tipo de terapia no tiene efectos directos sobre los síntomas sí que produce mejoras sobre el bienestar y funcionamiento familiar. Igualmente, para el tratamiento del TDAH en niños se considera fundamental el trabajo con los padres y con el contexto escolar (Fenollar Ibáñez et al., 2015; Sibley et al., 2025). Östberg y Rydell (2012) ponen en práctica con padres y profesores el entrenamiento grupal propuesto por Barkley y observan una disminución de la inatención e hiperactividad junto con el oposicionismo en el hogar. A su vez, Abikoff et al. (2015) encuentran que tanto los programas genéricos de entrenamiento para padres para mejorar el comportamiento de los niños, como aquellos específicos para el TDAH (New Forest Parenting Programme) son eficaces. Lo fundamental es que el entrenamiento de los padres se centre en fomentar una parentalidad consistente y no sancionadora.

En paralelo, es importante la información que ofrecen las guías APA y Nice ya que muestran los tratamientos empíricamente validados. La APA sostiene que lo que se ha mostrado más eficaz es la medicación y/o la terapia de conducta, mientras que la guía NICE

considera que la utilización de medicación debe utilizarse solo para los casos más graves o en los que las otras intervenciones no han sido efectivas (NICE, 2018; Society of Clinical Child and Adolescent Psychology [SCCAP], s.f.). Ambas coinciden en que la intervención con el mayor nivel de evidencia es el entrenamiento conductual para padres.

1.2 Variables familiares

Dada la composición multifactorial del TDAH, resulta fundamental no sólo analizar su naturaleza neurobiológica, sino también el contexto en el que el niño se desarrolla. De esta manera, el entorno familiar desempeña un papel clave, ya que las diferentes variables que lo componen pueden afectar a la expresión de los síntomas o a la evolución del trastorno. Así, comprender las variables familiares involucradas en ello no sólo permite mejorar el funcionamiento de los niños con TDAH, además puede ayudar a orientar las intervenciones para mejorar el pronóstico del niño (Thapar et al., 2013; Barreto-Zarza et al., 2022).

1.2.1 Apego

El apego es definido por Bowlby (1969, citado en Oliva, 2004) como la vinculación afectiva duradera del niño con su o sus figuras de referencia. Estas son base segura para el niño y le permiten explorar sabiendo que tiene esa base segura a la que volver. El apego es una tema de supervivencia ya que se activa un sistema de conductas mediante las que el niño busca la protección de esa figura de referencia. A su vez, con las primeras interacciones se van construyendo modelos internos que configuran la manera de relacionarse en el futuro.

Mary Ainsworth (1978, citada en Oliva, 2004) a través de la situación extraña distingue tres tipos de apego: el apego seguro, que es la forma más sana de apego porque las figuras de referencia actúan de forma responsiva, el apego inseguro-evitativo en el que los niños sufren rechazo por parte de sus figuras de apego y presentan dificultades emocionales, y el apego inseguro-ambivalente en el que los cuidadores son inconsistentes en su forma de actuar (unas veces están disponibles y otras no). Posteriormente, surge un cuarto tipo de apego propuesto por Main y Salomon (1986, citados en Oliva, 2004), el apego desorganizado. Surge por la necesidad de clasificar algunos que no encajaban en los otros tres tipos y está formado por algunas características de los inseguros, aunque éste es el que más inseguridad y confusión produce en el niño. En él la figura de referencia genera seguridad y amenaza al mismo tiempo. Este último tipo de apego puede resultar patológico y con él se pone en evidencia la incompetencia de los padres para sintonizar con sus hijos. Esta complicación puede resultar en dificultades de los niños para integrar sus vivencias derivando en algún trastorno del

neurodesarrollo como el TDAH (Comín, 2012). La falta de sintonía en periodos evolutivos clave conlleva que el menor se encuentre desprotegido y les hace vulnerables a que aparezca psicopatología posterior (Kimelman J., 2019).

En cuanto a la transmisión transgeneracional del apego, algunos autores concluyen que se mantiene el mismo apego de padres a hijos debido a que la historia de inseguridad de los padres se proyecta sobre sus hijos, repitiendo patrones (Kimelman J., 2019; Sandoval, 2022). No obstante, Vallejos (2019) añade que, identificar estos patrones que se tienden a repetir es fundamental porque se puede reparar el apego mediante la vinculación con otras figuras que actúen como factores de resiliencia.

1.2.2 Estilos parentales

Diana Baumrind (1966) es la primera en clasificar los estilos educativos parentales, distinguiendo tres tipos y teniendo en cuenta el control, la exigencia, la comunicación y el afecto. En primer lugar, el permisivo: los padres con este estilo evitan los castigos y el control, proporcionando libertad al niño y exigiéndole muy poco. Así, los niños pueden presentar problemas en el autocontrol y la dependencia. En segundo lugar, el autoritario, que se sitúa en el polo contrario al anterior: los padres con este modelo ejercen demasiado control mediante normas que los niños tienen que obedecer, son exigentes y la parte emocional queda más olvidada. Los niños pueden parecer obedientes y educados, pero pueden presentar problemas de ansiedad y autonomía. En tercer lugar, el autoritativo, que es el estilo óptimo de los tres: aquí encontramos equilibrio, hay normas y cierto control, pero se tienen en cuenta los intereses y opiniones del niño y los límites son claros. Posteriormente, Maccoby y Martín (1983, citados en Torío López et al., 2008), introducen un cuarto estilo, el negligente: este se caracteriza por niveles muy bajos tanto de control como de afecto, siendo el que más impacto negativo tiene sobre los niños.

Más adelante, otros autores que han tenido en cuenta esta división confirman que el estilo democrático (o autoritativo) es el que predice consecuencias más positivas en los niños como son la autoestima, autorregulación, habilidades sociales y rendimiento académico. También subrayan que el estilo negligente es el que tiene las consecuencias más perjudiciales. (Capano y Ubach, 2013; Torío López et al., 2008). Con todo esto Torío López et al. (2008), añaden que es importante tener en cuenta otros factores como el contexto para analizar de una manera más global los estilos. A pesar de ello, también se ha encontrado que el estilo indulgente (o permisivo) tiene resultados similares al democrático al medir autoestima y competencia

personal en población española. Esto puede indicar que la cultura influye sobre la parentalidad ya que en España el afecto es más decisivo que el control (García y Gracia, 2009).

Atendiendo a algunas problemáticas que pueden surgir dependiendo del estilo parental predominante, hay autores que hablan acerca de los síntomas internalizantes que se relacionan con los diferentes estilos parentales. El control psicológico se asocia con la depresión en niños, mientras que la calidez y el afecto son protectores frente al desarrollo de trastornos emocionales. El estilo autoritativo es el que menos se asocia con la ansiedad y depresión, seguido del permisivo y los que más se relacionan son el autoritario y negligente. De la misma manera, también relacionan los estilos parentales con síntomas externalizantes, el control coercitivo y psicológico son los que presentan la vinculación más fuerte con los problemas externalizantes. Además, el estilo negligente y autoritario son los que se asocian con problemas de autorregulación, agresividad y oposicionismo. Por el contrario, el estilo autoritativo junto con la calidez parental y un control conductual adecuado se relacionan con menos síntomas externalizantes. Sin embargo, estas relaciones son bidireccionales ya que los problemas conductuales del niño afectan a la crianza parental (Pinquart, 2016).

1.2.3. Estrés parental

El estrés parental se puede explicar con el modelo de determinantes del comportamiento parental de Abidin (1992). Este modelo propone que hay diferentes fuentes de estrés como son las características del niño, las características de los padres y el contexto o factores externos. Cuando todas estas fuentes confluyen, el estrés se va acumulando en los padres y si sobrepasa su capacidad de afrontamiento es más probable que den respuestas negativas.

Los problemas de comportamiento son los que más estrés producen en los padres (Long et al., 2008). Pero, viene dado por una relación bidireccional entre la conducta de los niños y el estrés parental, uno predice otro, y viceversa (Neece et al., 2012).

Los padres de niños con TDAH presentan niveles más altos de estrés comparado con aquellos que no tienen niños con TDAH. Este estrés se explica mediante una relación circular entre la impulsividad del niño, que aumenta las reacciones parentales negativas, que a su vez empeoran el comportamiento del niño. Por este motivo, hay más estrés parental cuando el TDAH se presenta comórbido con trastornos de conducta como el TND (Johnston y Mash, 2001). En la misma línea, otros autores han encontrado que los síntomas de hiperactividad causan más estrés que los de inatención y este estrés viene dado por las dificultades de regulación emocional en estos niños (Graziano et al., 2011). El estrés de estos padres también

es explicado por sus propios síntomas de TDAH, es decir, si los padres también presentan problemas de atención e impulsividad, los niveles de estrés con sus hijos serán mayores porque la gestión es más complicada para ellos (Theule et al., 2011).

1.3 Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de esta revisión sistemática es analizar la influencia de variables familiares (apego, estilos parentales, estrés parental y otras variables) en el desarrollo y funcionamiento de niños con TDAH.

De este objetivo general se derivan algunos objetivos específicos:

- Identificar las variables familiares estudiadas en la literatura en relación al TDAH en la infancia.
- Evaluar la influencia de estas variables familiares en el desarrollo conductual y socioemocional de niños con TDAH.
- Analizar si las variables familiares encontradas se asocian de manera diferencial con los distintos síntomas del TDAH y con la sintomatología externalizante e internalizante.

2. Método

Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda sistemática en tres bases de datos diferentes: *PubMed*, *PsycInfo* y *Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC)*. Se ha utilizado la misma ecuación de búsqueda, en lenguaje libre, recogida en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1

Ecuación para la búsqueda en bases de datos

Base de datos	N	Ecuación de búsqueda
PsycInfo	193	("ADHD" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention-deficit hyperactivity disorder") AND ("Predict" OR "Influence" OR "Association" OR "Correlate") AND ("Children") AND ("Family Relations" OR "Parent Child Relations" OR "Childrearing Attitudes" OR "Attachment Behavior" OR "Parent Child Communication" OR "Mentalization")
P&BSC	77	
PubMed	142	

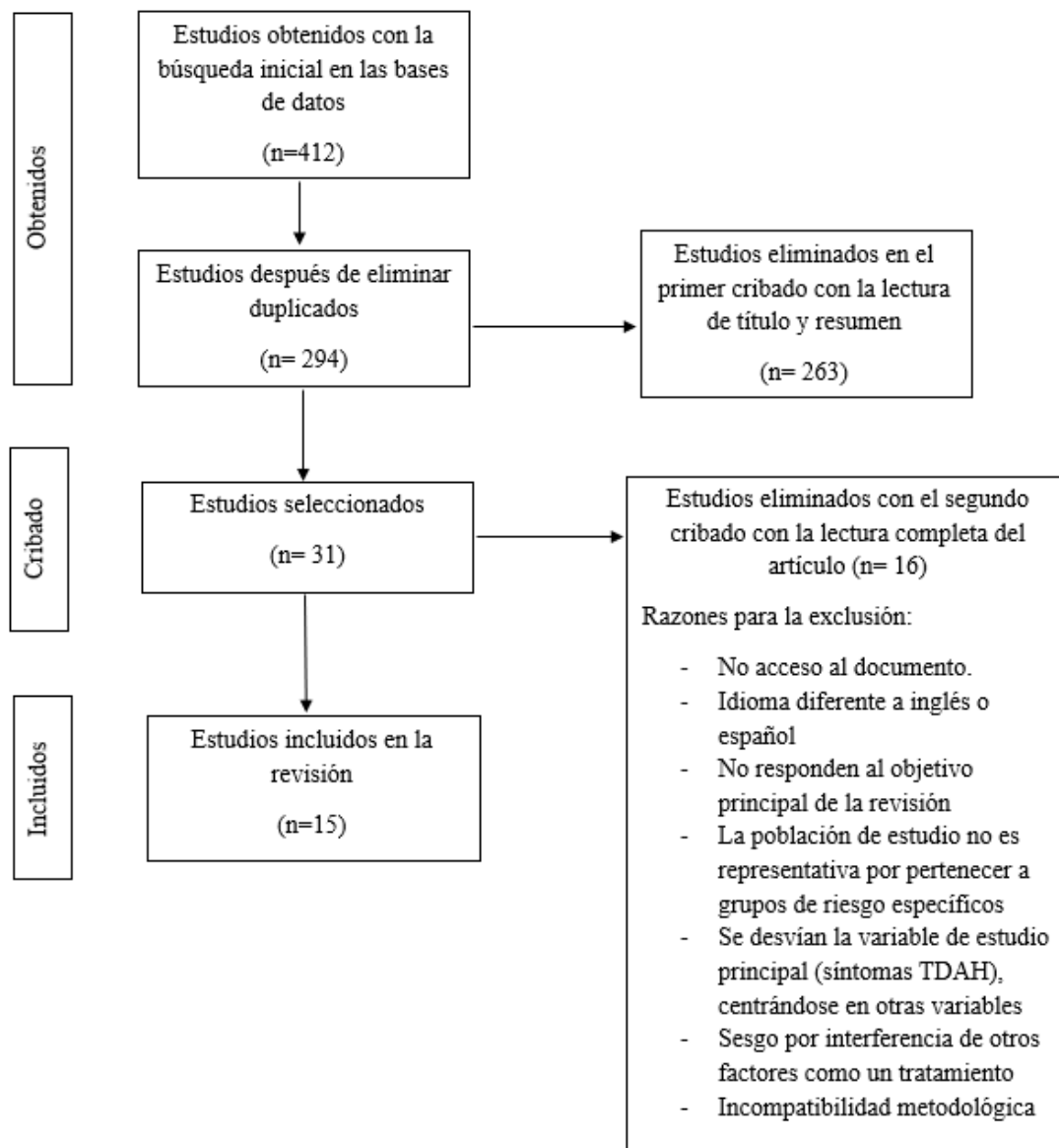
Como criterios de inclusión se consideraron: a) estudios empíricos ex post facto, b) enfocados a población infantil, c) con diagnóstico clínico de TDAH y/o sintomatología, d) estudios que analizan variables familiares o parentales como factores predictivos, asociados o explicativos del TDAH, e) estudios que evalúen los síntomas del TDAH, su evolución o gravedad como variable dependiente, f) estudios cuyos instrumentos de evaluación sean validados, g) en español o en inglés.

Como criterios de exclusión encontramos: a) estudios teóricos, revisiones, meta-análisis y estudios de caso, b) enfocados a población adulta, c) sin diagnóstico de TDAH y/o sintomatología asociada, d) estudios que no analicen variables familiares o parentales, e) estudios que no incluyan medidas de síntomas de TDAH como variable dependiente, f) estudios cuyos instrumentos de evaluación no hayan sido validados, g) en un idioma distinto al español o inglés.

Se identificaron un total de 412 artículos a partir de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos y tras eliminar duplicados se redujeron a 294 artículos. De estos, se filtró por título y resumen y se eliminaron 253, siendo 31 los artículos seleccionados para leer el texto completo. Finalmente, por los diferentes motivos de exclusión, han sido 16 los estudios incluidos en la revisión. Este proceso se detalla en el siguiente diagrama (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



Variables

Como variables de resultado encontramos aquellas variables familiares relacionadas con el TDAH en niños. Se ha obtenido información relativa a los estilos de crianza, distinguiendo entre el autoritario, democrático, permisivo y negligente según las dimensiones de control y afecto. También se ha analizado la calidad del apego y en algunos casos identificado en tipo de apego seguro o inseguro. Otra variable de resultado es el estrés parental derivado del manejo de la sintomatología del trastorno. Finalmente, se han tenido en cuenta

otras variables clínicamente relevantes como la adversidad familiar, el castigo y la violencia psicológica.

En cuanto a las variables metodológicas, se ha tenido en cuenta: autor, año de publicación y país, el diseño longitudinal o transversal, el tamaño de la muestra, la edad de los participantes y los instrumentos de evaluación utilizados para medir el TDAH y las diferentes variables familiares.

Análisis de datos

El análisis de la relación entre el TDAH y las variables familiares se realiza comparando descriptivamente los resultados y las direcciones de los tamaños del efecto que aparecen en los distintos estudios. De esta forma, se ha recogido si hay asociación positiva, negativa o nula entre el TDAH y las variables familiares estudiadas (estilos de crianza, apego y estrés parental). Este análisis permitió organizar los resultados y recoger las convergencias y divergencias en la evidencia científica sobre el funcionamiento familiar en el TDAH en niños.

3. Resultados

Características metodológicas

Todos los estudios son empíricos ex post facto, como se indicó en los criterios de inclusión. Dentro de esta categoría distinguimos dos grupos: transversal y prospectivo. Los del primer grupo miden las variables en un único momento temporal, analizando la relación que hay entre ellas en el presente (Barreto-Zarza et al., 2022; Benedetto & Ingrassia, 2013; Çöp et al., 2017; Guttmann-Steinmetz et al., 2011; Meyer et al., 2022; Molina & Musich, 2016; Pires et al., 2012; Sempio et al., 2016; Tzang et al., 2009). Los prospectivos miden las variables diferentes momentos temporales, haciendo un seguimiento de las mismas, para observar cómo influyen en la evolución de los síntomas hacia el futuro (Becker et al., 2004; Bhide et al., 2017; Breaux & Harvey, 2019; Darling Rasmussen et al., 2019; Frick et al., 2022; Meyer et al., 2022; Shelleby & Ogg, 2020).

En cuanto al grupo control, observamos que prácticamente la mitad sí que tienen, lo que permite comparar el grupo con TDAH con el que no tiene y analizar las diferencias (Becker et al., 2004; Bhide et al., 2017; Benedetto & Ingrassia, 2013; Çöp et al., 2017; Frick et al.,

2022; Guttman-Steinmetz et al., 2011; Molina & Musich, 2016; Sempio et al., 2016). Son los otros siete los que no tienen grupo control (Barreto-Zarza et al., 2022; Breaux & Harvey, 2019; Darling Rasmussen et al., 2019; Meyer et al., 2022; Pires et al., 2012; Shelleby & Ogg, 2020; Tzang et al., 2009).

Con respecto al país donde se hay realizado los estudios, vemos que el 93,33% sse desarrollan en Occidente, siendo Estados Unidos es el país en el que más estudios encontramos (Breaux & Harvey, 2019; Meyer et al., 2022; Shelleby & Ogg, 2020). Seguidamente, está Italia con dos estudios (Benedetto & Ingrassia, 2013; Sempio et al., 2016), y España cuenta con un estudio (Barreto-Zarza et al., 2022). El resto de los estudios se sitúan en diferentes países, algunos en Europa como Turquía (Çöp et al., 2017), Alemania (Becker et al., 2004), Dinamarca (Darling Rasmussen et al., 2019) o Suecia (Frick et al., 2022) y otros en distintas partes del mundo como Australia (Bhide et al., 2017), Israel (Guttman-Steinmetz et al., 2011), Brasil (Pires et al., 2012), Argentina (Molina & Musich, 2016) y Taiwán, siendo el único que se desarrolla en Oriente (Tzang et al., 2009).

En relación a los instrumentos de evaluación utilizados, se distinguen los empleados para medir las variables familiares, por un lado, y para medir la sintomatología del TDAH, por otro lado. En las variables familiares hay una gran diversidad de instrumentos: para los estilos parentales se utilizan algunos como el Alabama Parenting Questionnaire (APQ) en el estudio de Benedetto & Ingrassia. (2013), Parental Attitude Research Instrument (PARI) en el estudio de Çöp et al. (2017), Escala de Relaciones Familiares (Family Relationship Scale) en el estudio de Pires et al. (2012), Meyer et al. (2022) utilizan la Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) y otros algunos más específicos de los países dónde se realizan como Molina & Musich (2016) que aplican el Argentine Child's Perception of Parenting Scale (CPPS) o Bhide et al. (2017) con Longitudinal Study of Australian Children. Para el estrés parental, encontramos el Parental Stress Index - Short Form (PSI-SF) en el estudio de Benedetto & Ingrassia (2013) y el Parenting Stress Index (PSI) que utilizaron Tzang et al. (2009). Para el apego, Darling Rasmussen et al. (2019) y Frick et al. (2022), emplean el CAI (Child Attachment Interview), mientras que en el estudio de Guttman-Steinmetz et al. (2011) encontramos el ASRT (Attachment Script Representation Task) y en el de Sempio et al. (2016) el F-SAT (Family Separation Anxiety Test).

Por último, en los instrumentos utilizados para medir la sintomatología del TDAH la mayoría utilizan escalas estandarizadas mediante las que informan padres y/o profesores.

Destaca el empleo de las escalas Conners (Barreto-Zarza et al., 2022; Benedetto & Ingrassia, 2013; Bhide et al., 2017; Çöp et al., 2017; Frick et al., 2022; Guttman-Steinmetz et al., 2011) y el Child Behavior Checklist (CBCL) (Meyer et al., 2022; Molina & Musich, 2016; Pires et al., 2012; Shelleby & Ogg, 2020). En algunos estudios, también los complementan con entrevistas diagnósticas como el K-SADS, que se basa en los criterios del DSM (Çöp et al., 2017; Darling Rasmussen et al., 2019; Guttman-Steinmetz et al., 2011).

(Tabla 2)

Características de la muestra

En cuanto al número de participantes en los estudios, este es bastante variable. Encontramos algunos con mayor muestra superando los 300 (Becker et al., 2004; Bhide et al., 2017; Meyer et al., 2022; Pires et al., 2012), siendo el de Barreto-Zarza et al. (2022) el más grande con 754 participantes. Contamos con otros con una menor muestra, aproximándose a 100 (p.ej., Çöp et al., 2017; Frick et al., 2022; Molina & Musich, 2016; Tzang et al., 2009), siendo el de menor muestra el de Darling Rasmussen et al. (2019) con 60 participantes. Dentro de la muestra, observamos que hay estudios de carácter clínico en los que hay algunos cuya muestra es completamente clínica como los de Darling Rasmussen et al. (2019) y Tzang et al. (2009) y otros en los que sólo una parte de la muestra lo es ya que cuentan con grupo control (p.ej., Benedetto & Ingrassia, 2013; Bhide et al., 2017; Çöp et al., 2017). Hay otros estudios en los que en vez de muestra clínica es comunitaria, pero con población de riesgo ante el TDAH o incluso con parte de la muestra con este trastorno (Barreto-Zarza et al., 2022; Becker et al., 2004; Breaux & Harvey, 2019; Pires et al., 2012). Por el contrario, los estudios de Meyer et al. (2022) y Shelleby & Og (2020) son estudios comunitarios.

Con respecto a la edad de los niños de la muestra, el rango de edad se sitúa entre los 3 y 17 años, pero es entre los 7 y 12 años donde se sitúa la media de edad de la mayoría de los estudios, edad que corresponde a la etapa de educación primaria (p.ej., Benedetto & Ingrassia, 2013; Bhide et al., 2017; Guttman-Steinmetz et al., 2011; Pires et al., 2012). El estudio de Becker et al. (2004) es el que presenta la menor edad ya que se incorporaron niños con 3 meses para luego realizar el seguimiento durante 11 años. En contraste, el estudio con el rango de edad más elevado es el de Çöp et al. (2017) cuya muestra llega hasta los 17 años, aunque la media de edad se sitúa en los 10,5. Otros estudios con la media de edad por debajo de los 7 son los de Breaux & Harvey (2019), Meyer et al. (2022) y Shelleby & Ogg (2020).

En relación con la distribución de la muestra por sexo, se observa que en casi todos los estudios hay más porcentaje de varones. Varios estudios superan el 70% (Benedetto & Ingrassia, 2013; Bhide et al., 2017; Darling Rasmussen et al., 2019; Guttmann-Steinmetz et al., 2011; Sempio et al., 2016; Tzang et al., 2009). Sólo los estudios de Çöp et al. (2017), Barreto-Zarza et al. (2022) y Meyer et al. (2022), tiene un mayor porcentaje de mujeres, aunque se sitúan muy cerca del 50%.

Finalmente, los informantes en los diferentes estudios provienen de diferentes fuentes y son bastante similares. En la mayoría los padres son los principales informantes (p.ej., Barreto-Zarza et al., 2022; Meyer et al., 2022; Molina & Musich, 2016; Pires et al., 2012), aunque en algunos se selecciona solo a uno de los progenitores, especialmente a la madre (Becker et al., 2004; Çöp et al., 2017; Darling Rasmussen et al., 2019; Guttmann-Steinmetz et al., 2011; Shelleby & Ogg., 2020). No obstante, diversos estudios incluyen también a los profesores como informantes (Bhide et al., 2017; Çöp et al., 2017; Frick et al., 2022; Sempio et al., 2016) y otros a observadores externos y evaluadores directos (Becker et al., 2004; Shelleby & Ogg., 2020), y así obtener diferentes perspectivas.

(Tabla 3)

Tabla 2

Variables metodológicas

Autor (es)	Diseño	Grupo control	País	Instrumentos variables familiares	Instrumentos síntomas TDAH
Barreto-zarza et al. (2022)	Transversal	No	España	Escala Haezi-Etxadi (HEFAS 7-11)	CPRS-48 (Conners Parent Rating Scale) ANT (Attention Network Test)
Becker et al. (2004)	Prospectivo . 11 años.	Sí	Alemania	Observación estandarizada de interacción madre-hijo "Structured Biographical Interview"	Mannheim Parent Interview (MEI)
Benedetto y Ingrassia (2013)	Transversal	Sí	Italia	Parental Stress Index - Short Form (PSI-SF) Parental Locus of Control Scale (PLOC) Alabama Parenting Questionnaire (APQ)	SDAI (Escala para la evaluación del TDAH en el hogar) Conners' Parent Rating Scale (CPRS)
Bhide et al. (2017)	Prospectivo . 18 meses	Sí	Australia	Longitudinal Study of Australian Children. "Escalas de crianza adaptadas del estudio LSAC".	Escala Conners 3 DISC-IV (Diagnostic Interview Schedule for Children)
Braux y Harvey (2019)	Prospectivo . 3 años	No	USA	Beck Depression Inventory (BDI-II) Parenting Scale (Arnold) Videos de interacciones	ADHD Rating Scale-IV Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

				The Life Experiences Survey (LES) Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)	
Çöp et al. (2017)	Transversal	Sí	Turquía	PARI - (Parental Attitude Research Instrument) PSI (Parenting Style Inventory)	Entrevista K-SADS-PL. Escala Conners.
Darling Ramussen et al. (2019)	Prospectivo . 12 meses	No	Dinamarca	AAI (Adult Attachment Interview) CAI (Child Attachment Interview)	ADHD-RS (ADHD Rating Scale) K-SADS-PL
Frick et al. (2022)	Prospectivo . 2 años	Sí	Suecia	CAI (Child Attachment Interview)	Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) CPRS-R (Conners' Parent Rating Scale - Revised)
Guttman-Steinmetz. (2011)	Transversal	Sí	Israel	ASRT (Attachment Script Representation Task) ERI (Emotional Availability Scales)	CPRS-R (Conners' Parent Rating Scale - Revised) Entrevista diagnóstica K-SADS-PL
Meyer et al. (2022) 1	Transversal	No	USA	Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)	Child Behavior Checklist (CBCL)
Meyer et al. (2022) 2	Prospectivo . 7 años	No	USA	Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)	Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Molina y Musich (2016)	Transversal	Sí	Argentina	Argentine Child's Perception of Parenting Scale (CPPS)	SNAP-IV Rating Scale CBCL (Child Behavior Checklist)
Pires et al. (2012)	Transversal	No	Brasil	Conflict Tactics Scale (CTSC) Escala de Relaciones Familiares (Family Relationship Scale) Cuestionario Sociodemográfico	CBCL (Child Behavior Checklist) WISC-III (Escala de Inteligencia de Wechsler)
Sempio et al. (2016)	Transversal	Sí	Italia	F-SAT (Family Separation Anxiety Test) S-SAT (School Separation Anxiety Test)	SDAI (Escala para la evaluación de conductas de TDAH en casa) SDAG (Escala para la evaluación de conductas de TDAH en la escuela)
Shelleby y Ogg (2020)	Prospectivo . 4 años	No	USA	Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) Inventory. Escala de Participación Parental en la Educación (basada en el estudio Fragile Families)	Child Behavior Checklist (CBCL)
Tzang et al. (2009)	Transversal	No	Taiwán	Parenting Stress Index (PSI) Symptom Check List (SCL-90-R)	MINI Kid (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents) Swanson, Nolan, and Pelham, version IV (SNAP-IV)

Tabla 3

Variables de la muestra

Autor (es)	N	Clínicos	Edad	Edad media	% Chicos	Informantes
Barreto-zarza et al. (2022)	754	Muestra comunitaria. 38 TDAH	7 a 11	9,39	48,30%	Madres y padres
Becker et al. (2004)	319	Muestra de alto riesgo	3 meses a 11 años	3 meses	55,79%	Madres y observadores
Benedetto y Ingrassia (2013)	100	50	6 a 11	8,54 tdah. 8,32 control	72%	Madre o padre
Bhide et al. (2017)	391	179	6 a 8	7,3	70,30%	Madres, padres y profesores
Braux y Harvey (2019)	197	En riesgo de TDAH	3 a 6	3,6	55,80%	Madres y padres
Çöp et al. (2017)	88	58	8 a 17	10,13 tdah. 11,2 control	45% tdah. 18% control	Madres, niños y profesores
Darling Ramussen et al. (2019)	60	60	7 a 12	9,1	72%	Madres y niños
Frick et al. (2022)	84	35	8 a 13	10,4	60%	Madres, padres, profesores y niños

Guttman-Steinmetz. (2011)	70	50	7 a 11	8,9	72%	Madres y niños
Meyer et al. (2022) 1	102	Muestra comunitaria	5 a 7	5,7	49%	Madres y padres
Meyer et al. (2022) 2	376	Muestra comunitaria	3	3,6	53,70%	Madres, padres y niños
Molina y Musich (2016)	102	34	7 a 13	9,81	63,90%	Madres, padres y niños
Pires et al. (2012)	479	Cribado poblacional. 83 TDAH	6 a 13	7,9	52%	Madres, padres o tutores legales
Sempio et al. (2016) 1	36	24 en riesgo TDAH	4 a 5		58,30%	Madres, padres, profesores y niños
Sempio et al. (2016) 2	36	24	7	7	72,20%	Madres, padres profesores y niños
Shelleby y Ogg (2020)	3386	Muestra comunitaria	5	5	52%	Madres y evaluadores directos
Tzang et al. (2009)	109	109	7 a 12	8,8	84,40%	Madres y padres

Estilos parentales y TDAH

Son cinco los estudios en los que encontramos relación entre la variable familiar predictora de estilos parentales y las variables de resultado de diferentes aspectos del funcionamiento socioemocional infantil y sintomatología del TDAH.

En el estudio de Bhide et al. (2017), la calidez y la consistencia parental se relacionan positivamente con el funcionamiento social y las habilidades conductuales, mientras que no se encontró relación significativa con la autorregulación en ninguna de las dos variables familiares. En este mismo estudio también se analizó la ira parental, observándose que se relaciona de manera negativa con la autorregulación y las habilidades conductuales y de manera positiva con problemas sociales. Shelleby & Ogg (2020) también estudian la variable de calidez parental de manera prospectiva, siendo que, a mayor calidez parental a los 5 años, menos síntomas de TDAH a los 9 años, lo que refleja una relación negativa entre ambas variables.

Çöp et al. (2017) estudian la relación entre los diferentes estilos parentales y los síntomas de TDAH, déficit de atención e hiperactividad, de manera diferenciada. El estilo democrático se asocia de manera positiva con el déficit de atención y de manera negativa con la hiperactividad. Por otro lado, el estilo rígido o autoritario muestra una relación negativa con el déficit de atención y no significativa con la hiperactividad. Con el estilo sobreprotector, encontramos nula relación con déficit de atención y relación negativa con hiperactividad. Por el contrario, Meyer et al. (2022) en su primer estudio encuentran que la crianza sobreprotectora se relaciona de forma positiva con los síntomas de TDAH. Estos síntomas hacen referencia a todo el conjunto de manifestaciones del trastorno, sin diferenciarlos en déficit de atención e hiperactividad, como en el caso anterior. Además, en este primer estudio de Meyer et al. (2022) muestran una relación positiva entre la crianza sobreprotectora y los síntomas de ansiedad. De la misma manera, en el segundo estudio de estos autores, se observa que el análisis de esta crianza sobreprotectora a los 6 años está vinculada de forma positiva a los síntomas de ansiedad a los 6 y 9 años. En conjunto, los resultados en cuanto al estilo parental sobreprotector no son uniformes, ya que mientras unos hallan relación negativa, otros positiva.

Molina & Musich (2016) analizan las relaciones entre diferentes dimensiones del estilo parental y sintomatología del TDAH. Muestran en sus resultados que el control patológico (control coercitivo, hostil, intrusivo o manipulador), tanto materno como paterno, se relaciona positivamente con síntomas externalizantes. Sin embargo, esta misma variable de control

patológico junto con las variables de aceptación parental, control normativo (supervisión, normas y límites reconocidos como legítimos) y autonomía extrema, tanto maternas como paternas, no mostraron relación significativa con inatención e hiperactividad.

(Tabla 4)

Apego y TDAH

Son cuatro los estudios en los que aparece el apego y sus diferentes tipos como variables familiares predictoras que se asocian síntomas de TDAH como variables de resultado.

Darling Rasmussen et al. (2019) analizan la evolución de los síntomas del TDAH durante 12 meses para observar si el tipo de apego predice cambios en la sintomatología. Durante ese tiempo los niños recibieron su tratamiento habitual y analizaron si el apego del niño o de la madre se asociaba con la reducción de síntomas de TDAH. Los resultados muestran que ni el apego del niño ni el apego materno se relaciona de manera significativa con un cambio en los síntomas del TDAH. No obstante, mediante comparación de medias, hallan que los niños con apego preocupado mejoran menos que los que tienen apego seguro, mientras que, los niños con apego evitativo mejoran más que los que tienen apego seguro. Por otro lado, con el apego materno encuentran que los niños cuyas madres presentan apego preocupado muestran una mayor reducción de los síntomas que aquellos que tienen madres con apego seguro. Sin embargo, estos resultados no se consideraron significativos como para incluirlos en las regresiones finales. Para los demás tipos de apego (seguro madre y niño, evitativo madre, desorganizado madre y niño) no se encontraron asociaciones relevantes.

En contraste, Guttman-Steinmetz et al. (2011) han encontrado asociaciones entre el apego seguro y distintos síntomas o problemas: el apego seguro del niño se relaciona de manera negativa con síntomas de inatención, problemas internalizantes y el total de problemas de la escala CBCL, que incluye los internalizantes, externalizantes y otros. En cuanto al apego materno, que éste sea seguro no predice el apego seguro del niño con TDAH, aunque sí que se encontró una asociación significativa entre el apego materno y el apego del niño el grupo sin TDAH. Continuando con el apego seguro, Sempio et al. (2016) observan que los niños con TDAH presentan menos apego seguro que los niños que se encontraban en el grupo control. También estudian otras dimensiones del apego como la confianza en la relación y la evitación emocional, siendo que, en el grupo con TDAH había menos confianza en la relación y más evitación emocional que en el grupo control.

Con respecto al apego inseguro, Frick et al. (2022) estudian el apego del niño como predictor de los síntomas de TDAH en un seguimiento longitudinal de dos años. Encuentran que el apego inseguro se correlaciona de forma positiva con mayores síntomas de TDAH a los dos años. Sin embargo, cuando se introduce un modelo de regresión, el apego inseguro deja de mostrar una asociación significativa con síntomas de TDAH, al incluirse otras variables como funciones ejecutivas y regulación emocional. Por otra parte, el apego desorganizado no muestra asociación significativa con los síntomas de TDAH a los dos años.

(Tabla 5)

Estrés parental y TDAH

Son cuatro los estudios en los que hay relación entre la variable familiar de estrés parental y presencia o sintomatología de TDAH en niños.

En todos los estudios observamos que el tipo de relación entre el estrés parental y la variable de resultado es positivo. En primer lugar, el estudio de Barreto-Zarza et al. (2022) encontró esta asociación positiva entre el estrés parental y la sintomatología del TDAH, tanto en correlaciones como en los modelos de regresión. De manera similar, Breaux & Harvey (2019) utilizan el estrés materno como predictor, obteniendo también, que, a más estrés materno, son más los síntomas de TDAH.

Por otro lado, Benedetto & Ingrassia (2013) al comparar al grupo control con el que presenta TDAH, observan que, el estrés parental es mayor en el grupo de aquellos con TDAH, aunque estos autores relacionan este estrés con las características del niño y de la interacción. Por último, Tzang et al. (2009) comparan dos subtipos de TDAH; el combinado y el inatento. Así, hay más estrés parental en el subtipo combinado que en el inatento. Además, añaden el estrés vital, encontrando el mismo resultado.

(Tabla 6)

Otras variables y TDAH

La búsqueda ha dado lugar a encontrar otras variables familiares que no se incluyen en las categorías de estilos parentales, apego y estrés parental. Son factores relacionales y contextuales del entorno familiar que se asocian con la sintomatología del TDAH.

Por una parte, se identifican variables protectoras en el entorno familiar como son la autoeficacia parental y la red de apoyo social familiar. Barreto-Zarza et al. (2022) observan que una mayor autoeficacia parental se relaciona con una menor sintomatología del TDAH, y, de la misma forma, ocurre con la red de apoyo social familiar. Además, los autores desarrollan un modelo explicativo en el que interaccionan las diferentes variables: la red de apoyo social familiar aumenta la autoeficacia parental, que, a su vez se relaciona con niveles más bajos de estrés parental, reduciendo la sintomatología del TDAH.

Por otra parte, se identifican factores de riesgo en el entorno familiar como la adversidad familiar y la agresión y violencia. Becker et al. (2004) encuentran que la adversidad familiar, entendida como un conjunto de factores psicosociales negativos (p.ej., conflicto marital, trastorno psiquiátrico parental, familia monoparental, historia de delincuencia...), se asocia con un aumento de la sintomatología del TDAH a lo largo del desarrollo. Pires et al. (2012) afirman que un funcionamiento familiar precario, caracterizado por relaciones familiares conflictivas, entorno familiar desestructurado y baja calidad de las interacciones, se relaciona de forma positiva con la sintomatología del TDAH, al igual que la agresión verbal materna. Sin embargo, la violencia física (y/o severa) de alguno de los padres hacia el niño, entre los padres y entre hermanos no se asocia de manera significativa en este estudio con los síntomas de TDAH.

Asimismo, otros estudios toman variables familiares concretas dentro de la dinámica familiar: la sobrerreactividad maternal, que se produce cuando la madre reacciona de forma exagerada ante la conducta del niño, se relaciona positivamente con la sintomatología del TDAH (Breux & Harvey, 2019). No obstante, hay otras variables con las que no encontramos asociaciones significativas como es la calidad de la interacción temprana madre-hijo (Becker et al., 2004), la implicación parental en la educación a los 5 años, que no predice sintomatología a los 9 años (Shelleby & Ogg, 2020) y la satisfacción marital que tampoco se asocia de manera significativa con los subtipos de TDAH (Tzang et al., 2009)

Por último, encontramos que otros estudios analizan otras variables cognitivas parentales. Benedetto & Ingrassia (2013) analizan la del control parental percibido de los padres sobre el comportamiento de los niños, comparando el grupo clínico y el control, hallando que los padres de niños con TDAH muestran menor control percibido. Tzang et al. (2009) analizan la variable de comprensión parental pobre del TDAH, siendo que, esta comprensión pobre se relaciona más con el TDAH de subtipo combinado que con el inatento. (Tabla 7)

Tabla 4

Resultados estilos parentales y TDAH

Estudio	Estilo parental	Variable resultado	Tipo de relación
Bhide et al. (2017)	Calidez	Autorregulación	nula
		Funcionamiento social	+
		Habilidades conductuales	+
	Consistencia	Autorregulación	nula
		Funcionamiento social	+
		Habilidades conductuales	+
	Ira	Autorregulación	-
		Problemas sociales	+
		Habilidades conductuales	-
Çöp et al. (2017)	Sobreprotección	Déficit atención	nula
	Sobreprotección	Hiperactividad	-
	Democrático	Déficit atención	+
	Democrático	Hiperactividad	-
	Rígido (autoritario)	Déficit atención	-
	Rígido (autoritario)	Hiperactividad	nula
Meyer et al. (2022) 1	Crianza sobreprotectora	Síntomas TDAH	+
	Crianza sobreprotectora	Síntomas ansiedad	+

Meyer et al. (2022) 2	Crianza sobreprotectora (a los 6 años)	Síntomas ansiedad (a los 3 y 9 años)	+
Molina y Musich (2016)	Control patológico materno	Síntomas externalizantes	+
	Control patológico paterno	Síntomas externalizantes	+
	Aceptación, control normativo, control patológico y autonomía extrema, maternas y paternas	Inatención e hiperactividad/impulsividad	nula
Shelleby y Ogg (2020)	Calidez parental (a los 5 años)	Síntomas TDAH (a los 9 años)	-

Nota. + = asociación positiva; - = asociación negativa; nula = ausencia de asociación significativa.

Tabla 5

Resultados apego y TDAH

Estudio	Tipo de apego	Variable resultado	Tipo de relación
Darling Ramussen et al. (2019)	Preocupado madre	Reducción síntomas TDAH	+
	Preocupado niño	Reducción síntomas TDAH	-
	Evitativo niño	Reducción síntomas TDAH	+
	Seguro madre y niño, evitativo madre, desorganizado madre y niño	Reducción síntomas TDAH	nula
	Apego niño	Cambio síntomas TDAH	nula
	Apego materno	Cambio síntomas TDAH	nula
Frick et al. (2022)	Inseguro niño	Síntomas TDAH (a los 2 años)	+
	Desorganizado niño	Síntomas TDAH (a los 2 años)	nula
	Inseguro niño (regresión)	Síntomas TDAH (a los 2 años)	nula
Guttman-Steinmetz. (2011)	Seguro niño	Síntomas inatención	-
	Seguro niño	Problemas internalizantes	-
	Seguro niño	Total problemas CBCL (internalizantes, externalizantes y otros)	-
	Seguro madre	Seguro niño (con TDAH)	nula
Sempio et al. (2016)	Seguro niño	Presencia TDAH (TDAH vs control)	-
	Self-reliance (confianza en la relación)	Presencia TDAH (TDAH vs control)	-

Avoidance (evitación emocional)	Presencia TDAH (TDAH vs control)	+
---------------------------------	----------------------------------	---

Nota. + = asociación positiva; – = asociación negativa; nula = ausencia de asociación significativa.

Tabla 6

Resultados estrés parental y TDAH

Estudio	Estrés parental	Variable resultado	Tipo de relación
Barreto-zarza et al. (2022)	Estrés parental	Síntomas TDAH	+
Benedetto y Ingrassia (2013)	Estrés parental	Presencia TDAH (clínico vs control)	+
Braux y Harvey (2019)	Estrés materno	Síntomas TDAH	+
Tzang et al. (2009)	Estrés parental	Subtipo TDAH (combinado vs inatento)	+
	Estrés vital	Subtipo TDAH (combinado vs inatento)	+

Nota. + = asociación positiva; – = asociación negativa; nula = ausencia de asociación significativa.

Tabla 7

Resultados otras variables y TDAH

Estudio	Otras variables	Variable resultado	Tipo de relación
Barreto-zarza et al. (2022)	Autoeficacia parental	Síntomas TDAH	-
	Red de apoyo social familiar	Síntomas TDAH	-
Becker et al. (2004)	Adversidad familiar	Síntomas TDAH	+
	Interacción madre-hijo	Síntomas TDAH	nula
Benedetto y Ingrassia (2013)	Control parental percibido	Presencia de TDAH (clínico vs control)	-
Braux y Harvey (2019)	Sobrerreactividad maternal	Síntomas TDAH	+
Pires et al. (2012)	Funcionamiento familiar precario	Síntomas TDAH	+
	Agresión verbal materna	Síntomas TDAH	+
	Violencia física (y/o severa) de alguno de los padres hacia el niño, entre los padres y entre hermanos	Síntomas TDAH	nula
Shelleby y Ogg (2020)	Implicación parental en la educación (a los 5 años)	Síntomas TDAH (a los 9 años)	nula
Tzang et al. (2009)	Comprensión parental del TDAH pobre	Subtipo TDAH (combinado vs inatento)	+

Sastisfacción marital (insastisfacción)

Subtipo TDAH (combinado vs
inatento) nula

Nota. + = asociación positiva; – = asociación negativa; nula = ausencia de asociación significativa.

4. Discusión y conclusiones

Los resultados de la presente revisión sistemática han permitido profundizar en la influencia de las variables familiares en los niños con TDAH. De manera general, se ha observado que variables como el apego, los estilos parentales y el estrés parental se relacionan con la presencia o ausencia de síntomas de TDAH en niños, aunque los resultados son heterogéneos en función del estudio. Además, tienen también impacto sobre algunos factores socioemocionales y conductuales.

Con todo, el objetivo general ha sido analizar la influencia de las variables familiares (apego, estilos parentales, estrés parental y otras variables) en el desarrollo y funcionamiento de niños con TDAH. Los resultados reflejan que estas variables desempeñan un papel importante en la expresión clínica del trastorno. A su vez, concuerdan con lo investigado previamente, ya que observamos que el TDAH tiene tanto una base neurobiológica (Faraone & Larsson, 2019; Thapar et al., 2013), como factores ambientales y contextuales que afectan a su etiología (Núñez-Jaramillo et al., 2021; Sciberras et al., 2017). De esta manera, los resultados encuentran que los factores familiares presentan relación con la expresión de la sintomatología del TDAH y su gravedad, pero sin ser la causa directa del trastorno. Así lo encuentran también estudios previos que analizan la relación entre apego, estrés familiar y prácticas parentales con los síntomas de inatención e hiperactividad (Barreto-Zarza et al., 2022; Wylock et al., 2021; Storebø et al., 2013; Hornstra et al., 2019).

En relación con el primer objetivo específico, con el que se pretendía identificar las variables familiares estudiadas en la literatura en relación al TDAH en la infancia, encontramos tal como se planteaba en la introducción, las variables de apego, estilos parentales, estrés parental y, además otras variables (Abidin, 1992; Oliva, 2004; Torío López et al., 2008). De este modo, los estudios incluidos en la revisión analizan de forma consistente estas dimensiones recalcando que los estilos parentales, la calidad del vínculo y el estrés parental constituyen los principales focos de investigación tal y como se muestra en la literatura incluida en esta revisión y los estudios revisados. Sin embargo, los resultados incluyen otras variables familiares que no habían sido contempladas al inicio, pero que han adquirido importancia en algunos de los estudios revisados. Estas son: la autoeficacia parental y red de apoyo social familiar (Barreto-zarza et al., 2022), adversidad familiar e interacción madre-hijo (Becker et al., 2004), control parental percibido (Benedetto y Ingrassia, 2013), sobrerreactividad maternal (Braux y Harvey, 2019), funcionamiento familiar precario, agresión verbal materna y violencia física (Pires et

al., 2012), implicación parental en la educación (Shelleby y Ogg, 2020) y comprensión parental del TDAH y satisfacción marital (Tzang et al., 2009). En conjunto, estos resultados indican que las variables familiares forman un sistema complejo, interactuando entre ellas, lo que influye en la expresión de síntomas y en el desarrollo del niño.

A continuación, el segundo objetivo específico tenía como finalidad evaluar la influencia de las variables familiares encontradas en el desarrollo conductual y socioemocional de niños con TDAH. Los resultados de la revisión muestran que los estudios incluidos se enfocan principalmente en la relación entre las distintas variables familiares y los síntomas del TDAH en términos de inatención e hiperactividad. En menor medida hacen referencia a aspectos del funcionamiento socioemocional y conductual, como son el funcionamiento social, la autorregulación o su relación con síntomas externalizantes o internalizantes.

En cuanto a los estilos parentales, hay bastante variabilidad en función del estilo parental analizado. Las dimensiones positivas como el afecto y la calidez se relacionan con mejor funcionamiento social y habilidades conductuales, pero no con una mayor autorregulación (Bhide et al., 2017). Por el contrario, las dimensiones negativas como la ira parental se relacionan con menor autorregulación y habilidades sociales y con más problemas sociales. Estos resultados coinciden con los modelos clásicos de estilos parentales, que transmitían que el equilibrio entre afecto y control es fundamental para un desarrollo adecuado (Torío López et al., 2008). En relación con la sobreprotección, entendida como una práctica cercana a estilos más permisivos, los resultados no son totalmente consistentes. Çöp et al. (2017) la asocian con menores niveles de hiperactividad, mientras que Meyer et al. (2022) encuentran relación con mayor sintomatología de TDAH y con niveles más elevados de ansiedad. En este sentido, la literatura previa señala que los estilos más permisivos pueden relacionarse con dificultades en el autocontrol (Torío López et al., 2008), aunque presentan una menor asociación con síntomas de ansiedad en comparación con estilos más autoritarios o negligentes (Pinquart, 2016). Esto sugiere que este tipo de prácticas parentales puede tener efectos diferenciales en función de la dimensión analizada. Por último, Molina y Musich (2016) encuentran que el control patológico parental se asocia con síntomas externalizantes. Esta asociación, vinculada con la literatura previa, sugiere que no es el control en sí mismo, sino el que sea patológico, lo que se relaciona con mayores dificultades conductuales (Pinquart, 2016).

Con respecto al apego, los resultados señalan relaciones heterogéneas entre los distintos estudios. El estudio de Darling Ramussen et al. (2019) evidencia relaciones diferenciales en

función del tipo de apego y la figura de referencia, siendo que, el apego preocupado de la madre y el evitativo del niño son los que contribuyen a la reducción de síntomas. Mientras que, en otros de los estudios incluidos como los de Guttman-Steinmetz et al. (2011) y Sempio et al. (2016) ponen el foco en el apego seguro, siendo que éste está asociado con una menor aparición de síntomas de inatención, internalizantes, y del TDAH de manera global. Por otro lado, Frick et al. (2022) se centran en el apego inseguro y lo relacionan con la presencia de síntomas de TDAH. En estos cuatro estudios también se observa la ausencia de relaciones entre algunos tipos de apego y diferentes síntomas. Con todo, la evidencia recogida sugiere que la relación entre TDAH y apego es compleja e inconsistente, lo que puede indicar que su influencia podría no expresarse directamente en la sintomatología del trastorno, sino en algunos elementos del funcionamiento del niño como serían la calidad del vínculo y la regulación emocional. Teniendo en cuenta la literatura previamente revisada, el apego inseguro ha sido relacionado con los síntomas de hiperactividad e inatención, aunque en interacción con otros factores contextuales y cognitivos (Storebø et al., 2013; Wylock et al., 2021). Además, se puede ver afectado el vínculo en los niños con TDAH debido a una menor percepción de disponibilidad emocional en sus figuras parentales (Hornstra et al., 2019). En esta línea, los vínculos de apego inseguros, especialmente el desorganizado, marcados por la ausencia de sintonía entre el niño y sus figuras de referencia, pueden desembocar en problemas de regulación emocional y mayor vulnerabilidad al desarrollo de algunos trastornos (Comín, 2012; Kimelman, 2019). Aunque, en los estudios revisados no se analiza prácticamente el apego desorganizado ni se observa asociación consistente con los otros tipos de apego inseguro, sí se confirma la ausencia de una relación directa y clara con los síntomas nucleares del TDAH. De manera global, se puede deducir que el apego no constituye un aspecto explicativo de la sintomatología del TDAH, sino que se explica más bien en un nivel más amplio del desarrollo del niño.

En último lugar, atendiendo a este segundo objetivo, encontramos el estrés parental. Los resultados señalan una asociación positiva entre el estrés parental y la sintomatología o presencia del TDAH (Barreto-Zarza et al., 2022; Benedetto y Ingrassia, 2013; Braux et al., 2022; Tzang et al., 2009). El estrés parental se puede explicar teniendo en cuenta la interacción entre las características de los padres, del niño y del contexto (Abidin, 1992). Así, los problemas de comportamiento, sobre todo los que se relacionan con la impulsividad e hiperactividad se relacionan con niveles más alto de estrés parental (Graziano et al, 2011). Y, a su vez, este estrés parental puede hacer que los padres adquieran estilos educativos más negativos, propiciando la circularidad entre la conducta del niño y la respuesta de los padres

(Johnston y Mash, 2001; Neece et al., 2012). Teniendo en cuenta los resultados y en relación con lo anterior, nos podemos preguntar acerca de la bidireccionalidad ya que el estrés parental puede no ser solo una consecuencia del comportamiento del niño, sino que también afecte a su evolución. Theule et al. (2011) señalan que el estrés parental puede aumentar en contextos complejos como cuando existe comorbilidad o problemas de autorregulación emocional en el niño, así como algunas características de los padres como la existencia de síntomas de TDAH. Por todo ello, el estrés parental es un componente importante dentro del contexto familiar y actúa tanto como consecuencia de las dificultades del niño como contribuyendo a su mantenimiento.

En conjunto, al analizar este objetivo se evidencia que las variables familiares influyen en el desarrollo de los niños con TDAH, aunque de forma irregular según la variable analizada. Los estilos parentales y el estrés parental muestran asociaciones más consistentes, mientras que el apego presenta resultados más heterogéneos. Además, la mayoría de los estudios se centran en los síntomas del trastorno, prestando menor atención al funcionamiento socioemocional, lo que evidencia la necesidad de abordar el TDAH desde una perspectiva más integral.

El tercer y último objetivo específico tenía como propósito analizar si las variables familiares encontradas se asocian de manera diferencial con los distintos síntomas del TDAH y con la sintomatología externalizante e internalizante, por otra parte. Aunque esta distinción no está presente en todos los estudios, algunos de ellos permiten identificar patrones diferenciales en función del tipo de sintomatología analizada.

En relación con los síntomas nucleares del TDAH, Çöp et al. (2017) encuentran resultados diferentes dependiendo del estilo parental. El democrático se relaciona con una menor hiperactividad y mayor déficit de atención, mientras que la sobreprotección se asocia con mayor hiperactividad, y el estilo rígido con mayor inatención. Teniendo en cuenta la literatura previa, aunque no hace una distinción entre los síntomas del TDAH, analiza las prácticas parentales en función del afecto y el control (Baumrind, 1966; Torío López et al., 2008) y permite entender que el impacto de los estilos parentales varía según la dimensión del comportamiento analizada, lo que explicaría las diferencias observadas entre inatención e hiperactividad en el estudio de Çöp et al. (2017). Por otro lado, Tzang et al. (2009) señalan diferencias en función de los subtipos de TDAH, mostrando que tanto el estrés parental como la comprensión parental pobre del trastorno y la satisfacción marital se asocian más con el subtipo combinado que con el inatento. Esta diferencia ha venido explicada por autores como

Graziano et al. (2011) quienes comentan que los síntomas de hiperactividad provocan mayor estrés parental que los síntomas de inatención, debido a los problemas de regulación emocional asociados. Además, Abidin (1992) afirmaba que el estrés parental procede de la combinación entre las características del niño, los padres y el contexto y Neece et al. (2012) lo explican desde la relación bidireccional entre la conducta infantil y el estrés parental.

Atendiendo a la presencia diferencial de sintomatología externalizante o internalizante: Molina y Musich (2016) relacionan el control patológico parental con sintomatología externalizante, mientras que Meyer et al. (2022) asocian la sobreprotección con más síntomas de ansiedad, lo que puede incluirse en el contexto de los problemas internalizantes. De forma complementaria, Bhide et al. (2017) relacionan variables como la calidez y la consistencia parental con mejores habilidades conductuales y menos problemas sociales, esto podría entenderse en términos de problemas externalizantes, aunque no se especifica directamente de esta manera en el estudio. En esta línea, Pinquart (2016) señala que los estilos parentales se relacionan de manera distinta con los diferentes tipos de sintomatología, siendo que, el control coercitivo y psicológico se relaciona con problemas externalizantes y la baja calidez con problemas internalizantes. Igualmente, Guttman-Steinmetz et al. (2011) hallan asociación entre el apego seguro y menores niveles de síntomas internalizantes. La teoría del apego ha estudiado que los vínculos de apego inseguro aumentan la posibilidad de que haya dificultades en la regulación emocional y una mayor vulnerabilidad a que aparezca sintomatología internalizante, mientras que el apego seguro es un factor protector en el ajuste emocional del niño (Bowlby, 1969; Comín, 2012; Oliva, 2004).

Así, los resultados muestran que las variables familiares influyen en el desarrollo de los niños con TDAH, pero esa influencia ha sido más ampliamente analizada en relación a los síntomas nucleares del TDAH que con el funcionamiento conductual y socioemocional global.

Limitaciones

Una de las limitaciones más evidentes es la heterogeneidad de los estudios en cuanto a sus características metodológicas, debido a que algunos tienen un diseño transversal y otros longitudinal, unos tienen grupo control y otros no y los instrumentos de evaluación también son diferentes en bastantes de ellos. Esto dificulta el poder hacer comparaciones robustas entre ellos, ya que las condiciones metodológicas son distintas. Continuando con el tipo de diseño, con el diseño transversal no se puede hacer asociaciones causales entre el TDAH y las variables

familiares y son escasos los estudios con un diseño longitudinal que permitan analizar la evolución de los síntomas y establecer un seguimiento a lo largo del tiempo. En cuanto al grupo control, su ausencia en algunos de los estudios hace complicada la interpretación de las diferencias en la población con y sin TDAH. Con respecto a los instrumentos de evaluación, es notable la heterogeneidad, tanto para las medidas de las variables familiares como las del TDAH, lo que puede introducir sesgos en las variables y dificulta la comparación de resultados. Para la evaluación del TDAH, las escalas de Conners y el CBCL (Child Behavior Checklist) podrían ser las más adecuadas debido a que ambas se utilizan para detectar problemas conductuales, que incluyen los síntomas nucleares del TDAH y cuentan con la participación de padres y/o profesores. En el caso de las variables familiares hay aún más variabilidad ya que se miden diferentes constructos, pero cabe destacar el Parenting Stress Index (PSI) para medir el estrés parental, que presenta una sólida validez clínica, y el CAI (Child Attachment Interview) para medir el apego, entrevista que permite profundizar en la evaluación del apego.

Otra limitación a tener en cuenta es que las muestras son variadas y heterogéneas en su tamaño y en las características de los participantes. Algunos estudios tienen muestras más grandes y otros más reducidas, algo que puede influir en la fuerza estadística. Además, hay de nuevo diversidad en los países en los que se han realizado los estudios, pero la mayoría de ellos son occidentales lo que dificulta la generalización de los resultados a otros contextos. Incluso, las diferencias culturales entre los países, aunque occidentales, pueden afectar y sesgar variables familiares como los estilos parentales, aumentando la variabilidad de los resultados.

Por otro lado, se puede incluir como limitación la posible bidireccionalidad entre la relación entre variables, de forma que las variables familiares pueden afectar a la expresión de síntomas de TDAH y su evolución, y estos mismos pueden influir sobre esas variables familiares. Así, se hace complicado concretar la dirección de las asociaciones encontradas en algunos estudios.

Por último, podemos tener en cuenta posibles sesgos de selección de los artículos y publicación. Al ser los artículos seleccionados en diferentes bases de datos y en español o inglés, puede que se hayan excluido estudios relevantes.

Futuras líneas de investigación

Para futuras investigaciones sería fundamental ampliar el número de estudios que analicen de manera concreta y específica las variables familiares relacionadas con el TDAH en

niños. Además de que los estudios exploren los mecanismos explicativos existentes entre las relaciones encontradas, para lo que resultaría de utilidad una mirada sistémica. En este sentido, sería interesante que futuras investigaciones estudiaran posibles intervenciones terapéuticas enfocadas al contexto familiar que fueran efectivas para el manejo de sintomatología y un mejor pronóstico de los niños con TDAH.

Conclusiones

En conclusión, los resultados de la presente revisión sistemática permiten confirmar que variables familiares como el apego, los estilos parentales y el estrés familiar tienen un papel fundamental en el desarrollo y funcionamiento de niños con TDAH. Estas variables se relacionan con la sintomatología y la expresión del trastorno no como causas de éste, sino como variables moduladoras, dentro de un contexto multifactorial. Los estilos parentales y el estrés parental son las variables que tienen las asociaciones más consistentes ya que los resultados del apego son más heterogéneos. Asimismo, la mayoría de los estudios se centran en analizar los síntomas del TDAH y no tanto en el funcionamiento socioemocional y conductual del menor.

En general, lo encontrado en esta revisión resalta la importancia del contexto familiar, desde una mirada sistémica y bidireccional, y su impacto sobre la sintomatología de los niños con TDAH, lo que pone de manifiesto la necesidad de incluir intervenciones dirigidas al entorno familiar para favorecer un abordaje más integral del trastorno.

5. Referencias

- Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Brotman, L. M., Klein, R. G., Reiss, P., Huo, L., & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(6), 618-631. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12346>
- Aitken, M., Waxman, J. A., MacDonald, K., & Andrade, B. F. (2018). Effect of Comorbid Psychopathology and Conduct Problem Severity on Response to a Multi-component Intervention for Childhood Disruptive Behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(6), 853-864. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0800-1>
- Amado Puentes, A., Gómez Guerrero, L., & Muñoz Ruiz, A. (2015). Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, 71(2), 82–89.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5.a ed.). Panamericana.
- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, 860-866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>
- Bastardas Sardans, J., Ortiz Guerra, J. J., Sánchez Gistau, V., & Sabaté Chueca, J. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, 71 (2), 69-74.
- Barreto-Zarza, F., Sánchez de Miguel, M., Arranz-Freijo, E. B., Acha, J., González, L., Rebagliato, M., & Ibarluzea, J. (2022). Family Context and ADHD Symptoms in Middle Childhood: An Explanatory Model. *Journal of Child & Family Studies*, 31(3), 854-865. Psychology and Behavioral Sciences Collection. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02206-9>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, 37(4), 887-907

- Becker, K., Holtmann, M., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (2004). Are regulatory problems in infancy precursors of later hyperkinetic symptoms? *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, *93*(11), 1463-1469. <https://doi.org/10.1080/08035250410015259>
- Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2013). Parent perceived control and stress in families of children with attention-deficit/hyperactive disorder. *Life Span and Disability*, *16*(1), 39-55. APA PsycInfo (2013-26508-003).
- Bhide, S., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., & Nicholson, J. M. (2017). Association Between Parenting Style and Social Outcomes in Children with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An 18-Month Longitudinal Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, *38*(6), 369-377. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000453>
- Brandt, L., Levin, F. R., & Kraigher, D. (2021). Impulsive personality traits mediate the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and psychiatric comorbidity among patients with severe alcohol use disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, *17*(3), 193–206. <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1944711>
- Breaux, R. P., & Harvey, E. A. (2019). A Longitudinal Study of the Relation Between Family Functioning and Preschool ADHD Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *48*(5), 749-764. Psychology and Behavioral Sciences Collection (138278123). <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
- Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., & Hernández-Martínez, C. (2024). Prevalence of comorbidity of autism and ADHD and associated characteristics in school population: EPINED study. *Autism Research*, *17*(6), 1276-1286. <https://doi.org/10.1002/aur.3146>
- Canals Sans, J., Morales Hidalgo, P., Roigé Castellví, J., Voltas Moreso, N., & Hernández Martínez, C. (2021). Prevalence and Epidemiological Characteristics of ADHD in Pre-School and School Age Children in the Province of Tarragona, Spain. *Journal of Attention Disorders*, *25*(13), 1818-1833. <https://doi.org/10.1177/1087054720938866>
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos Parentales, Parentalidad Positiva Y Formación De Padres. *Ciencias Psicológicas*, *VII*(1), 83-95.

- Capuozzo, A., Rizzato, S., Grossi, G., & Strappini, F. (2024). A Systematic Review on Social Cognition in ADHD: The Role of Language, Theory of Mind, and Executive Functions. *Brain Sciences*, 14(11), 1117. <https://doi.org/10.3390/brainsci14111117>
- Comín, M. A. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, 29, 7-17.
- Çöp, E., Çengel Kültür, S. E., & Şenses Dinç, G. (2017). [Association Between Parenting Styles and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 28(1), 25-32.
- Curatolo, P., D'Agati, E., & Moavero, R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Italian Journal of Pediatrics*, 36(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-79>
- Darling Rasmussen, P., Bilenberg, N., Shmueli-Goetz, Y., Simonsen, E., Bojesen, A. B., & Storebø, O. J. (2019). Attachment Representations in Mothers and Their Children Diagnosed with ADHD: Distribution, Transmission and Impact on Treatment Outcome. *Journal of Child & Family Studies*, 28(4), 1018-1028. Psychology and Behavioral Sciences Collection (135394974). <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01344-5>
- De Rossi, P., D'Aiello, B., Pretelli, I., Menghini, D., Di Vara, S., & Vicari, S. (2023). Age-related clinical characteristics of children and adolescents with ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1069934. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1069934>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Fenollar Iváñez, F., Gómez Sánchez, J. A., & Muñoz Ruiz, A. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, 71(2), 90-97.
- Fernández Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., Fernández Perrone, A. L., Jiménez De Domingo, A., Albert Bitaubé, J., López Martín, S., Calleja Pérez, B., Tirado Requero, M. P., & López Arribas, S. (2018). Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Diagnóstico diferencial. *Revista de Neurología*, 66(S01), 103. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2017532>

- Frick, M. A., Darling Rasmussen, P., & Brocki, K. C. (2022). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation? *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(1), 93-111. Psychology and Behavioral Sciences Collection (155004731). <https://doi.org/10.1111/bjc.12317>
- García Ron, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete Hernani, B., & Sabaté Chueca, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, *71*(2), 75–81.
- García, F., & Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, *44*(173), 101–131.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(7), 1073-1083. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9528-0>
- Guttman-Steinmetz, S., Crowell, J., Doron, G., & Mikulincer, M. (2011). Associations between mothers' and children's secure base scripts in ADHD and community cohorts. *Attachment & Human Development*, *13*(6), 597-610. Psychology and Behavioral Sciences Collection (66696475). <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.609010>
- Haavik, J. (2025). What are the long-term outcomes of ADHD treatment? *World Psychiatry*, *24*(3), 376-377. <https://doi.org/10.1002/wps.21347>
- Hervás Zúñiga, A., & Durán Forteza, O. (2014). TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, *18*(9), 643–654.
- Hornstra, R., Bosmans, G., van den Hoofdakker, B. J., De Meyer, H., & van der Oord, S. (2019). Self-reported attachment styles in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(9), 1277-1280. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01288-7>

- Hours, C., Recasens, C., & Baleyte, J.-M. (2022). ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837424. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837424>
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 655-663. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm024>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Sci-Hub. / Clinical Child and Family Psychology Review, 2001. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1023/a:1017592030434>
- Kimelman J., M. (2019). Apego normal, apego patológico y psicosis. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 43-51. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>
- Koirala, S., Grimsrud, G., Mooney, M. A., Larsen, B., Feczko, E., Elison, J. T., Nelson, S. M., Nigg, J. T., Tervo-Clemmens, B., & Fair, D. A. (2024). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder: Historical challenges and emerging frontiers. *Nature Reviews. Neuroscience*, 25(12), 759-775. <https://doi.org/10.1038/s41583-024-00869-z>
- Long, C. E., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2008). Family Stress and Children's Language and Behavior Problems. *Topics in Early Childhood Special Education*. <https://doi.org/10.1177/0271121408318678>
- Mayes, S. D., Pardej, S. K., & Waschbusch, D. A. (2025). Oppositional Defiant Disorder in Autism and ADHD. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 55(11), 4092-4105. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06437-9>
- Meyer, A., Kegley, M., & Klein, D. N. (2022). Overprotective parenting mediates the relationship between early childhood ADHD and anxiety symptoms: Evidence from a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Attention Disorders*, 26(2), 319-327. APA PsycInfo (2022-14815-010). <https://doi.org/10.1177/1087054720978552>
- Molina, M., & Musich, F. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child & Family Studies*, 25(5), 1656-1671. Psychology and Behavioral Sciences Collection (114326028). <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0316-2>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *American journal on intellectual*

and developmental disabilities, 117(1), 48-66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>

NICE (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management* [NG87]. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A., & Herrera-Morales, W. V. (2021). ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 11(3), 166. <https://doi.org/10.3390/jpm11030166>

Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Östberg, M. y Rydell, A. M. (2012). An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 123-130. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.611254>

Parker, G. (2025). Comorbid ADHD and bipolar disorder – An update. *Australasian Psychiatry*, 33(4), 615–618. <https://doi.org/10.1177/10398562251351448>

Pérez-Crespo, L., Canals-Sans, J., Suades-González, E., & Guxens, M. (2020). Temporal trends and geographical variability of the prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses among children in Catalonia, Spain. *Scientific Reports*, 10, 6397. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63342-8>

Pinquart, M. (2016). Associations of Parenting Dimensions and Styles with Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Marriage & Family Review*. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>

Pires, T. de O., Silva, C. M. F. P. da, & Assis, S. G. de. (2012). [Family environment and attention-deficit hyperactivity disorder]. *Revista de saude publica*, 46(4), 624-632. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012005000043>

- Pozzi, M., Bertella, S., Gatti, E., Peeters, G. G. A. M., Carnovale, C., Zambrano, S., & Nobile, M. (2020). Emerging drugs for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 25(4), 395-407. <https://doi.org/10.1080/14728214.2020.1820481>
- Ramos-Quiroga, J. A., Richarte, V., Soto, I., Targhetta, M., Ward, J., & Perulero, N. (2023). The Prevalence and Treatment of ADHD in Spain: A Retrospective Cohort Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 27(3), 273-282. <https://doi.org/10.1177/10870547221136226>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., & Group, L. A. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443-1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
- Ribasés, M., Mitjans, M., Hartman, C., Soler Artigas, M., Demontis, D., Larsson, H., Ramos-Quiroga, J., Kuntsi, J., Faraone, S., Børglum, A., Reif, A., Franke, B., & Cormand, B. (2023). Genetic architecture of ADHD and overlap with other psychiatric disorders and cognition-related phenotypes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153, 105313. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105313>
- Rico-Moreno, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: Revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología*, 32(3), 810. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>
- Rodríguez Santos, F. (2010). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Causas e implicaciones para el tratamiento. *Educational Psychology*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.5093/ed2010v16n1a3>
- Sandoval, K. (2022). Parentalidad, apego y desarrollo infantil. *Punto CUNORTE*, 1, 49-69. <https://doi.org/10.32870/punto.v1i14.135>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>

- Sempio, O. L., Fabio, R. A., Tiezzi, P., & Cedro, C. (2016). Parental and teachers attachment in children at risk of ADHD and with ADHD. *Life Span and Disability, 19*(1), 57-77. APA PsycInfo (2016-34735-004).
- Selleby, E. C., & Ogg, J. (2020). Longitudinal Relationships Between Parent Involvement, Parental Warmth, ADHD Symptoms, and Reading Achievement. *Journal of Attention Disorders, 24*(5), 737-749. <https://doi.org/10.1177/1087054719859075>
- Sibley, M. H., Bruton, A. M., Zhao, X., Johnstone, J. M., Mitchell, J., Hatsu, I., Arnold, L. E., Basu, H. H., Levy, L., Vyas, P., Macphie, F., Gonzalez, E. S., Kelley, M., Jusko, M. L., Bolden, C. R., Zulauf-McCurdy, C., Manzano, M., & Torres, G. (2023). Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The Lancet. Child & Adolescent Health, 7*(6), 415-428. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00381-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00381-9)
- Sibley, M. H., Flores, S., Murphy, M., Basu, H., Stein, M. A., Evans, S. W., Zhao, X., Manzano, M., & van Dreel, S. (2025). Research Review: Pharmacological and non-pharmacological treatments for adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder - a systematic review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 66*(1), 132-149. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14056>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (s.f.). *ADHD Evidence-Based Treatment*. Effective Child Therapy. <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/disorders/attention-excessive-activity-and-impulsivity/>
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2013). Association between insecure attachment and ADHD: Environmental mediating factors. *Journal of Attention Disorders, 20*(2), 187-196. <https://doi.org/10.1177/1087054713501079>
- Sutanto, D. B., Sevriana, E. S., Pangestuti, R. C. A., Hanifa, Y. N. M., & Bangun, S. R. (2023). Prenatal, Perinatal, and Other Risk Factors of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Soerojo Hospital. *Journal of Maternal and Child Health, 8*(3), 335-346. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2023.08.03.08>
- Tamam, L., Karakus, G., & Ozpoyraz, N. (2008). Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 258*(7), 385-393. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-0807-x>

- Taylor, E. (2019). ADHD Medication in the Longer Term. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(6), 485–492.
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 387(10024), 1240-1250. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640-647. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9439-7>
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Rodríguez Menéndez, M. D. C. (2009). Estilos educativos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 20. <https://doi.org/10.14201/988>
- Tzang, R.-F., Chang, Y.-C., & Liu, S.-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 318-325. Psychology and Behavioral Sciences Collection (48282601). <https://doi.org/10.3109/13651500903094567>
- Vallejos, H. D. (2019). La importancia del apego en el desarrollo del niño. *Consensus*, 24(2), 183-194. <https://doi.org/10.33539/consensus.2019.v24n2.2327>
- Wanni Arachchige Dona, S., Badloe, N., Sciberras, E., Gold, L., Coghill, D., & Le, H. N. D. (2023). The Impact of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children's Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 27(6), 598-611. <https://doi.org/10.1177/10870547231155438>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>

Wylock, J. F., Borghini, A., Slama, H., & Delvenne, V. (2021). Child attachment and ADHD: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01773-y>

6. Anexos

Anexo A

Según el manual del DSM – 5 los criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres

domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 59-60)

Anexo B

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: [VARIABLES FAMILIARES RELACIONADAS CON EL TDAH EN NIÑOS]

Autor/a: [MARTA ANDRÉS QUERO]

DNI/Alumno/a: [51138400Q]

Nombre del Director/a de TFM: [ALBA MORENO ENCINAS]

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Se ha utilizado Chat GPT y Gemini para la búsqueda de bibliografía en la introducción. No toda la bibliografía de la introducción se ha buscado a través de esta herramienta, sino usando las bases de datos.

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Se ha utilizado Chat GPT para la comprensión de las tablas de resultados de los 15 artículos incluidos en la revisión.

Ejemplo de Prompt: “Ayúdame a comprender la tabla de resultados que aparece en este artículo, teniendo en cuenta que las variables de interés son el apego y la sintomatología del TDAH. Indica qué estadístico se utiliza y cómo es la relación entre estas variables”.

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Se ha utilizado Chat GPT para sugerencias y orientación en torno a la estructura de algunas partes del trabajo como la introducción y la discusión.

Ejemplo de Prompt: “Para realizar la introducción de la revisión sistemática sobre el TDAH y variables familiares, sugiéndome qué apartados debería incluir para que esté lo más completa posible y qué contenidos tendría que incluir en cada uno”.

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Se ha utilizado Chat GPT y Gemini para la generación de texto en algunos apartados, especialmente en la introducción y discusión. Estos fragmentos generados fueron puramente orientativos, puesto que se comprobó

su veracidad y coherencia en la fuente original. Además, se reescribieron y transformaron tanto las palabras como la estructura y orden del párrafo, para que fueran realizados personalmente por mí.

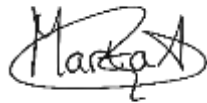
Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

Se ha utilizado la IA con el objetivo de tener una mejor comprensión de los artículos previamente seleccionados por mí mediante una exhaustiva búsqueda sistemática. La interpretación de dichos artículos ha sido comprobada posteriormente, consultado la fuente principal y comprobando que los estadísticos y la interpretación que se indicaban eran correctos. En la generación de texto, se llevó a cabo el mismo proceso de comprobación en la fuente original, leyendo y buscando la localización concreta de la procedencia de la información. De la misma manera, en la búsqueda de bibliografía en la introducción, todos los artículos incluidos procedentes de la IA, fueron comprobados, consultado su procedencia original, su veracidad y validez acerca del tema consultado. Por último, para la organización y estructura del trabajo, se partía de ideas previas mías acerca del contenido a incluir y el orden y estructura de éste, así a partir de ello y junto con las sugerencias de la IA se construyó la estructura final, siempre comprobando la coherencia.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.



Firma del/a alumno/a:

Fecha: 12/05/2026