

Santurde del Arco, Estefanía; Del Barrio del Campo, José Antonio
ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO
INSEGURO

International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 3, núm. 1, 2010, pp. 821-829
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
Badajoz, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832326086>



*International Journal of Developmental and
Educational Psychology,*
ISSN (Versión impresa): 0214-9877
fvicente@unex.es
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y
Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
España



ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO INSEGURO

Santurde del Arco, Estefanía ¹; Del Barrio del Campo, José Antonio ²

¹ Directora Psicopedagógica de la Fundación CADAH.

² Profesor Titular de Universidad, del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Universidad de Cantabria.

Correspondencia: Estefanía Santurde del Arco

Calle Vargas 55 A, 2D. CP 39010. Santander, Cantabria

Correo electrónico: ssanturde@hotmail.com

RESUMEN

Se han realizados diversos estudios para constatar que el TDAH (Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad) es un trastorno neurobiológico (Soutullo y Diez, 2007), de probable transmisión genética (American Psychiatric Association [APA], 2002), sin embargo son muchos los autores que intentan averiguar la influencia que pueden estar teniendo otros factores en el desarrollo y evolución del TDAH. Debido a la necesidad de estudiar otros factores, y partiendo de estudios que han confirmado la existencia de una asociación entre TDAH y trastorno del vínculo, a través de nuestra investigación hemos corroborado la asociación entre TDAH y apego inseguro; del tipo ambivalente y desorganizado. Para ello se seleccionó una muestra de padres con niños de entre 6 y 17 años y se compararon dos grupos de familias, uno formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH (N=70) y otro por padres con niños sin TDAH (N=123). Las familias del grupo de niños con diagnóstico positivo de TDAH, se dividieron en tres subgrupos: Subtipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (N=8), Subtipo Predominantemente Inatento (N=13) y el Subtipo Combinado (N= 49). Por tanto, sería oportuno tener en cuenta los datos hallados para seguir estudiando en futuras investigaciones la asociación entre TDAH y apego inseguro. Para finalmente, poder intervenir a nivel familiar mediante programas de entrenamiento (específicamente relacionados con el apego) con padres de niños que a edades tempranas comiencen a padecer algunos síntomas característicos del TDAH.

Palabras Clave: TDAH, Subtipos, Apego, entrenamiento, Familias

ABSTRACT

Has been made various studies to see that ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is a disorder biological (Soutullo y Diez, 2007), probable transmission genetics (American Psychiatric Association [APA], 2002), however many authors who are trying find out the influence that may be tak-



ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO INSEGURO

ing other factors in the development and evolution of ADHD. Because of the need to consider other factors, and on the basis of studies that have confirmed the existence of an association between ADHD and attachment, through our research we have corroborated the partnership between ADHD and attachment insecure of the type ambivalent and disorganized. This will be selected a sample of parents with children between 6 and 17 years and compared two groups of families, one formed by parents of children with a positive diagnosis of ADHD (N=70) and another for parents with children without ADHD (N=123). The families of the group of children diagnosed with ADHD, in turn were divided into three subgroups: Subtype Predominantly Hyperactive-Impulsive (N=8), Subtype Predominantly Inattentive (N=13) and the Subtype combined (N= 49). Therefore, it would be appropriate to take into account the data found for further study in future research partnership between ADHD and attachment insecure. Finally, able to intervene at the family level through programs of training (specifically related to the attachment) with parents of children at early ages begin to suffer some symptoms characteristic of ADHD.

Keywords: ADHD, subtypes, Attachment, training, Families

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre los modelos vinculares internos de Apego en los niños con diagnóstico de TDAH son escasos. A pesar de ello, los estudios que se han llevado a cabo confirman la existencia de una asociación entre TDAH y trastorno del vínculo (Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel, 2002; Green, Stanley y Petters, 2007). Es decir, los niños como sus madres presentan mayores niveles de representaciones vinculares inseguras que lo dado en población normal. Los investigadores constatan en sus investigaciones, que tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de competencias en donde los TDAH tienen dificultades, algunas de estas competencias son: atención sostenida (Fonagy y Target, 2002), persistencia en la resolución de tareas y afecto positivo (Matas, Arend y Sroufe, 1978), control cognitivo sobre los impulsos y postergación de la gratificación (Jacobsen, Fendrich, Kruesi y Ziegenhain, 1997; Olson, Bates y Bayles, 1990), habilidades de autorregulación de los afectos (Marrone, 2008) y de sus conductas (Cassidy, 1994), capacidad para regular el estrés, y en la función reflexiva o mentalizadora de los sujetos (Fonagy y Target, 2002).

Como también, se han observado similitudes en los patrones de interacción entre padres e hijos, en las familias con hijos TDAH y con hijos con apego inseguro. Dichas interacciones se caracterizan por parte de los padres en que responden menos a interacciones neutrales o positivas iniciadas por el niño y tienden a un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva, controladora y usan menos estrategias de parentalidad positivas (Danforth Barkley y Stokes, 1991). Además, demuestran ser menos afectuosos y más controladores; o presentan un estilo educativo más negligente que los padres de los niños que no presentan problemas (Goldstein Harvey y Friedman-Weieneth, 2007; Raya, Herrero y Pino, 2008). Se codifican aspectos más amplios de la comunicación afectiva perturbadora entre padres e hijos que ocasiona un vínculo parental inapropiado, como son (a) respuestas de retraimiento parental (crea distancia física o verbal); (b) respuestas negativas-intrusivas (verbal o física); (c) respuestas de confusión de rol (inversión de roles o sexualización); (d) respuestas desorientadas (confundido o asustado por el infante o desorganizado) y (e) respuestas que denominan "errores de comunicación afectiva", que incluían indicaciones afectivas conflictivas al infante y fallas en la respuesta a claras señales afectivas provenientes del infante(falta de respuesta o respuesta inapropiada) (Lyons-Ruth, 2003).

A modo de complementar lo anteriormente citado, señalar que algunas madres de niños con TDAH apuntan que sus hijos de pequeños eran irritables, difíciles de calmar, muy activos y resistentes a los cambios en lo que se refiere a la alimentación. Lo que ocasiona que los padres de niños con TDAH perciban la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

presentan este trastorno (Gerdes, Hoza y Pelham, 2003). Y por lo tanto, la dificultad de sus madres para cuidarles, influye en el establecimiento de un vínculo seguro (Clarke y cols., 2002).

A través de la investigación se concluye que existirían dos patrones de apego que parecen ser relevantes en relación a los niños que padecen este trastorno (TDAH). En primer lugar, un patrón ansioso-preocupado y en segundo lugar uno caracterizado por la desorganización (que reflejaría mayor patología parental y factores sociales adversos). Se destaca también que las madres de los niños con TDAH se muestran inseguras y estresadas en su rol maternal y que durante su propia infancia experimentaron un modo de relación con sus padres que no desean repetir con sus hijos, específicamente percibían la relación con sus madres como distante o conflictiva por lo que sus representaciones internas del vínculo les dificultan encarar su rol con suficiente confianza (Stiefel, 1997).

En relación a la existencia de investigaciones que puedan constatar diferencias en el tipo de apego, en función del subtipo del TDAH que padezca el niño; hay que destacar el estudio realizado por Finzi, Manor y Tyano, (2006), quienes encontraron que los niños diagnosticados del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado, obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento, en vínculo inseguro del tipo ansioso o evitativo.

Las respuestas de los niños con TDAH reflejan una historia vincular en la que los padres o cuidadores fueron poco accesibles y poco responsivos a las necesidades del niño. Los niños con TDAH tendieron a sobre reaccionar ante situaciones de separación, expresando conductas y sentimientos extremos. Estos niños también tendieron mucho más que los del grupo control a describir la relación con sus padres en términos negativos, los padres eran descritos como poco sensibles y poco creíbles. En otras ocasiones los niños describían un ciclo negativo en el que el mal comportamiento del hijo, en respuesta a una separación de los padres, elicitan respuestas parentales agresivas. Así mismo, los niños con TDAH mostraron menores niveles de orgullo en relación a su familia y mayores niveles de vulnerabilidad, tensión, enojo e inversión de roles madre-hijo. Los autores sugieren una asociación entre TDAH y vínculo inseguro. El patrón vincular inseguro en este grupo se caracterizaría por una alta expresividad emocional y fuertes afectos fuera de control, lo que sería consistente con un estilo vincular ansioso ambivalente o desorganizado como predominante en el grupo de niños con TDAH (Clarke y cols., 2002; Green y cols., 2007).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo

Como objetivo principal nos proponemos examinar las representaciones del vínculo en una muestra de padres con niños de entre 6 y 17 años, comparando dos grupos de familias, uno formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH y otro por familias con niños sin TDAH (grupo control). Las familias del grupo de niños con diagnóstico positivo de TDAH, a su vez se dividieron en tres subgrupos, en función del subtipo al que pertenecen (según el manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales DSM IV el trastorno se divide en tres subtipos de acuerdo a las principales características asociadas con el trastorno). Estos son los subtipos: Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, Subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado.

Hipótesis

1.a) En relación a los resultados obtenidos esperamos que el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) tendrán mayor probabilidad de presentar (sus hijos) mayores niveles de representaciones vinculares inseguras (de tipo ambivalente o desorganizado) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control.



ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO INSEGURO

1.b) Respecto a los resultados obtenidos esperamos que el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán mayores puntuaciones en la subescala de agente instrumental (menor disponibilidad y accesibilidad) y en la subescala regulador emocional (menor sensibilidad y disponibilidad) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control.

MÉTODO

Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de caso control, comparando dos grupos de familias con niños de entre 6 y 17 años, un grupo formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH (N=70) y el grupo control de padres con niños sin TDAH (N=123).

Participantes

La muestra estudiada está compuesta por 193 sujetos, de los cuales 121 son niños y 72 son niñas. Respecto al grupo al que pertenecen, el grupo de niños con TDAH se divide en tres subgrupos, el grupo hiperactividad más impulsividad representa el 4.1 %, el grupo déficit de atención el 6.7 % y donde se concentra el mayor porcentaje de TDAH es en el grupo combinado con un 25.4 % del total de casos. El grupo control representa el 63.7 % del total de casos. La distribución al grupo al que pertenecen según el género es la siguiente, en niños y niñas con TDAH existen el 45.5% y el 20.8% respectivamente. Y en niños y en niñas sin TDAH 54.5 % y 79.2 % respectivamente.

La muestra de niños y niñas están cursando primaria (pertenecen a diferentes ciclos: Ciclo inicial de 6 a 8 años, ciclo medio de 8 a 10 años y ciclo superior de 10 a 12 años) y primer ciclo de secundaria: 1º y 2º de la ESO de entre 12-14, llegando en algunos casos hasta los 17 años por ser repetidores.

Respecto a la persona que responde al cuestionario, la madre es la que más ha respondido, se observa porcentajes tanto en niñas como en niños de nivel primaria y secundaria por encima del 68%.

Los padres que componen la muestra de familias con niños diagnosticados de TDAH pertenecen a diversas localidades de la comunidad de Cantabria (se compone de 102 municipios). Forman parte de la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH) y de la Asociación Cántabra de Padres Ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad (ACANPADAH), ambas con su sede en la ciudad de Santander. A su vez, han participado otras familias que sus hijos han sido diagnosticados en centro de infanto-juvenil, de la salud pública de Santander y Torrelavega. Los niños que acuden a CADAH y ACANPADAH son derivados por medio de los profesionales del ámbito sanitario una vez son diagnosticados del trastorno de TDAH.

El grupo de familias con niños no diagnosticados de TDAH (grupo control) proceden del Colegio Francisco de Quevedo y Villegas en el municipio Santiurde de Toranzo, de donde hemos obtenido la muestra rural (N=28), del Colegio José Luis Hidalgo en el municipio de Torrelavega (N=48) la muestra de padres de niños sin TDAH que están cursando primaria. Y del IES Marques De Santillana en el municipio de Torrelavega, donde hemos conseguido la muestra rural y urbana (N=48) de padres de niños sin TDAH que están cursando secundaria. Se trata de centros donde acuden familias de nivel sociocultural bajo-medio. Hemos seleccionado dichos centros debido a que la gran mayoría de la muestra de familias con niños diagnosticados de TDAH pertenecen al núcleo de población que conforman el municipio de Torrelavega (Barreda, Campuzano, Duález, Ganzo, La Montaña, Sierrapando, Tanos, Torrelavega (capital), Torres y Viérnoles y municipios colindantes a Torrelavega.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

Variables estudiadas

En el presente estudio hemos tenido en cuenta las siguientes variables:

El diagnóstico clínico del niño, es decir, si presenta o no la condición clínica donde un niño cumple con los criterios diagnósticos que el DSM-IV establece para el TDAH y esto es lo que da la condición de casos y controles.

1. Las variables relacionadas con los síntomas que han sido medidas con el **Behavior Assessment System for children (BASC)** son las siguientes:

1.1. **Variables relacionadas con los síntomas del TDAH** para objetivar el diagnóstico:

1.1.a) La *hiperactividad e impulsividad*.

1.1.b) La *atención*.

2. Las variables relacionadas con la Vinculación Parento-Filial, que han sido medidas con el **Cuestionario de Vinculación Parento-Filial** son las siguientes:

2.a) La *disponibilidad y accesibilidad* de los padres hacia su hijo (subescala agente instrumental).

2.b) La capacidad de los padres de *regular la ansiedad del niño* mediante la sensibilidad y disponibilidad (subescala regulador emocional).

2.e) Comportamiento del hijo hacia sus padres en situaciones de reencuentro (apego ambivalente y desorganizado).

Instrumentos

Behavior Assessment System for children. (BASC; Reynold & Kamphaus, 1992). Versión Española (González, Fernández, Perez, y Santamaría, 2004). Evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales...) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo...). De las escalas que componen el cuestionario, las utilizadas en nuestro trabajo son: *Para objetivar el diagnóstico de TDAH*: La escala de Hiperactividad y la escala de Problemas de atención.

-La escala de Hiperactividad, mide dos aspectos de la triada de síntomas del TDAH, hiperactividad e impulsividad. La definición de la escala es la tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar.

-La escala de Problemas de atención, evalúa la incapacidad de mantener la atención y la tendencia a distraerse fácilmente. La definición de la escala es la tendencia a distraerse fácilmente y la incapacidad para concentrarse durante un periodo prolongado.

Cuestionario de Vinculación Parento-Filial (Martínez, 2008). *Para conocer las Representaciones del Vínculo*. Consta de 33 ítems con una escala de respuesta de valores entre el 1 (no ocurre nunca) y 7 (ocurre siempre). Está dirigida a los padres. Se compone de dos dimensiones: Dimensión de cuidados y dimensión de apego. A continuación especifico las escalas que componen cada dimensión.

-Dimensión de sistema de cuidados, se describe las modalidades de conducta (patrones relacionales del adulto respecto al hijo) predominantes en la figura de apego que configuran el vínculo de apego. Se divide en 4 subescalas (16 ítems, distribuidos: 4 ítems en cada escala):

-*Subescala de Agente instrumental*: Capacidad de los padres de proveer una base segura (disponibilidad y accesibilidad). Las conductas a valorar son: Grado de atención prestado al niño (entre sofocación y abandono); lugar e importancia de la vida social del niño; indicios de actitudes hostiles o abusivas.

-*Subescala de semejante subjetivo*: Capacidad de la figura de apego para la lectura de la mente, para reconocer a través de la conducta los estados interiores. Las conductas a valorar: Grado de relación que establecen los adultos entre los comportamientos del niño y los sucesos reales entorno al vínculo.

-*Subescala de regulador emocional*: Capacidad de regular la ansiedad del niño mediante la sensibilidad y disponibilidad. Las conductas a valorar: alarma ante problemas y enfermedades del niño; inca-



ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO INSEGURO

pacidad de tolerar el llanto; importancia otorgada a las figuras de apego sustitutivas, a la separación o pérdida de las mismas; reacciones o comportamientos habituales ante malestares del niño.

-*Subescala de Objeto corporal*: A través del contacto físico las figuras de apego generan un placer corporal que estimula su sensibilidad. Este Plus de placer erógeno contribuye a la estructuración del vínculo placentero y selectivo. Con el tiempo este contacto físico tendrá que ir evolucionando para no confundirse con fantasías y deseos sexuales. Las conductas a valorar: reconocimiento de la importancia del cuidado y contacto físico (caricias, abrazos) del hijo; compartir experiencias culturales con el hijo; juego compartido; reconocimiento de la necesidad del hijo de recibir muestras de su cariño a nivel físico.

-*Dimensión de apego*. Se divide en dos subescalas:

-*Subescala de reencuentro*: valora el comportamiento del hijo hacia sus padres en situaciones donde el hijo se reencuentra con ellos. Después de haber permanecido un cierto lapso temporal sin verles. Consta de 9 ítems, y se nutren de ítems que evalúan los diferentes estilos de apego (seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado).

-*Subescala de exploración*: evalúa el comportamiento del hijo en su interacción social tomando como eje la relación con sus padres, estando compuesto por 8 ítems.

Se utilizó un cuestionario elaborado por nosotros para obtener datos sociodemográficos sobre aspectos relacionados con la constitución familiar, estrato socio-económico y datos personales de los hijos.

PROCEDIMIENTO

Se estableció contacto en un primer momento mediante una carta y posteriormente mediante una cita con el Director de cada colegio seleccionado para la muestra del grupo control, y con la presidenta de la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH) y de la Asociación Cantabria de Padres Ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad (ACANPADAH) seleccionadas para la muestra del grupo clínico; para explicarles el motivo y el objetivo del estudio, con la intención de que accedieran a colaborar en la investigación. Cuando aceptaron participar, se les indicó que debían entregar a cada familia (seleccionadas al azar en los diferentes cursos de los colegios, Fundación y Asociación) un sobre que contenía una carta donde se les explicaba en que consistía la investigación, como debían compilar el cuestionario y garantizando la confidencialidad de la información recogida y un cuestionario diferente en función de si los padres tenían a su hijo escolarizado en primaria o en secundaria (puesto que varían algunos de los ítems del cuestionario BASC en función de la edad del niño).

Una vez recogidos los datos se procedió a la fase de procesamiento de los datos. El plan de análisis consistió en un análisis descriptivo de las variables, del grado de consistencia interna de las escalas mediante el alfa de Cronbach y la realización de un análisis factorial exploratorio de las puntuaciones de los sujetos en las dimensiones de sistema de cuidados y Apego, que componen el cuestionario de vinculación Parento-Filial para evaluar la estructura del cuestionario en nuestra población. En este análisis se consideró el valor Kaiser-Meyer-Olkin apropiado cuando el valor era mayor de .60 y se determinó eliminar todos aquellos ítems con un peso factorial menor a .30.

Debido a que la distribución de las variables se encuentra alejada de la distribución según una ley normal en la mayoría de las comprobaciones con el test de Kolmogorov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk, se ha decidido realizar las pruebas no paramétricas. Para comprobar la hipótesis 1 (apartado a y b). En primer lugar, se aplicó la "Prueba H de Kruskal-Wallis" (para varias muestras con datos independientes) para confirmar la existencia de diferencias significativas entre el grupo clínico (dividido en tres grupos según los tres subtipos del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y el grupo control. En segundo lugar, se utilizó la "Prueba U de Mann-Whitney" (para dos muestras independientes) para determinar cuáles son los grupos que difieren significativamente; finalmente para terminar con la comprobación de las hipótesis se calculó el valor *sig. unilateral* (denominado también *valor de probabilidad*) para saber cual de los dos grupos comparados en cada caso, obtiene la mayor puntuación. Se consideró para ambas pruebas no paramétricas diferencias significativas a un nivel de confianza del 95%.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

RESULTADOS

Respecto a las puntuaciones que obtienen los grupos en las escalas de déficit de atención e hiperactividad del *BASC*, utilizadas para objetivar el diagnóstico de TDAH; señalar que los resultados fueron los esperables en función del grupo al que pertenecen (control o el subtipo al que pertenecen dentro del grupo de los niños con TDAH)

En cuanto a la Fiabilidad observamos que las escalas del *BASC* presentaron tanto a nivel de primaria como secundaria valores superiores a un $\alpha=0.73$. En las subescalas del cuestionario de Vinculación Parento-Filial los valores oscilaron entre un $\alpha=0.60$ y un $\alpha=0.71$.

En la realización del análisis factorial del cuestionario de vinculación Parento-Filial el índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin fue significativo, alcanzó un valor de .628 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue ($p<.05$). Los resultados mostraron una alta correspondencia con los resultados del autor del cuestionario en términos de los componentes extraídos del resultado del análisis.

En relación a las hipótesis*Hipótesis 1a*

Debido a la presencia de datos discordantes y en algunos casos la no normalidad, realizamos la prueba de *Kruskal-Wallis*. Donde observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre los grupos a los que pertenecen los sujetos para el *apego inseguro desorganizado*, tanto a nivel de primaria ($\chi^2=23.070$; $p=0.000$) como a nivel de secundaria ($\chi^2=10.260$; $p=0.016$); así como, para el *apego inseguro ambivalente*, pero solo a nivel de secundaria ($\chi^2=15.085$; $p=0.002$) ya que en primaria ($\chi^2=6.775$; $p=0.079$) no existen diferencias significativas entre los grupos a los que pertenecen los sujetos. Para determinar entre que grupos existen diferencias realizamos la prueba de *Mann-Whitney*. Nos lleva a concluir que tan solo existen diferencias entre el *grupo control* y el *subtipo combinado* para el *apego desorganizado*, a nivel de primaria ($z=-4.753$; $p=0.000$) y secundaria ($z=-3.135$; $p=0.002$) y para el *apego ambivalente* a nivel de primaria ($z=-2.391$; $p=0.017$) y a nivel de secundaria ($z=-3.875$; $p=0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral (denominado también p-value unilateral) ($p<0.05$) el grupo control presenta menor puntuación que el subtipo combinado en ambas puntuaciones.

Hipótesis 1b

Realizamos la prueba de *Kruskal-Wallis* debido nuevamente a la presencia de datos discordantes y en algunos casos la no normalidad, donde observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre los grupos a los que pertenecen los sujetos, simplemente para la puntuación de la *subescala de agente instrumental* a nivel de primaria ($\chi^2=8.192$; $p=0.042$). Para determinar entre que grupos existen diferencias a nivel de primaria para la puntuación de la *subescala de agente instrumental* realizamos la prueba de *Mann-Whitney*. Nos lleva a concluir que existen diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el *grupo control* y el *subtipo hiperactividad más impulsividad* ($z=-2.158$; $p=0.031$), según el valor de probabilidad unilateral ($p<0.05$) el grupo control presenta menor puntuación que el subtipo hiperactividad más impulsividad

CONCLUSIONES

En primer lugar vamos a reconsiderar los resultados obtenidos, remitiéndonos a las hipótesis planteadas:

En cuanto a la hipótesis 1.a. Concluimos que tanto a nivel de primaria como secundaria el *grupo control* presenta menor puntuación que el *subtipo combinado* en apego ambivalente y desorganizado. Nuestros resultados concuerdan con estudios anteriores (Clarke y cols, 2002; Green y cols, 2007)



ASOCIACIÓN ENTRE TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD) Y APEGO INSEGURO

donde los autores sugieren la asociación entre TDAH y vínculo inseguro de tipo ambivalente o desorganizado. En cambio, no hemos podido constatar las diferencias en las puntuaciones en apego ambivalente y desorganizado entre el grupo control y el subtipo hiperactivo-impulsivo; entre el subtipo hiperactivo-impulsivo y el subtipo predominantemente inatento, ni tampoco, entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento. Los datos hallados en nuestra investigación no concuerdan con el estudio de Finzi y cols., (2006), quienes encontraron que los niños diagnosticados del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado, obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento, en vínculo ambivalente.

Respecto a la hipótesis, 1.b. Comprobamos la existencia de diferencias entre los grupos, solo en la puntuación de la escala de agente instrumental y en el nivel de primaria. El grupo control obtiene menor puntuación que el *subtipo hiperactividad más impulsividad*, en la puntuación de la escala de *agente instrumental*; lo que significa que los padres del grupo control tienen una mayor capacidad para proveer una base segura a sus hijos. De acuerdo con nuestros resultados, la literatura sobre este tema concluye que las interacciones de los padres con hijos TDAH, se caracterizan por ser poco responsivos y accesibles a las necesidades del niño (Clarke, y cols., 2002; Green y cols., 2007). No hemos podido constatar las diferencias en las puntuaciones entre el grupo control y el subtipo combinado; entre el subtipo hiperactivo-impulsivo y el subtipo predominantemente inatento, ni tampoco entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento.

En cambio no hallamos diferencias entre los grupos para la escala de *regulador emocional*; y sin embargo era esperable hallar diferencias entre los grupos en la puntuación de la escala regulador emocional, debido a que los padres con niños TDAH y niños con apego inseguro se caracterizan en que responden menos a interacciones de sus hijo (Goldstein y cols., 2007; Raya y cols., 2008). Además, considerábamos que podría influir en la capacidad de regulación emocional del niño, que las madres de niños TDAH se muestran más inseguras y estresadas en su rol maternal (Stiefel, 1997).

Si en sucesivas investigaciones se sigue constatando la asociación entre TDAH y apego inseguro sería pertinente comenzar a desarrollar una terapia relacionado con el apego, con padres y niños que a edades tempranas comiencen a padecer algunos síntomas característicos del TDAH. La terapia ambiental denominada por Rygaard (2008) contribuye a minimizar las consecuencias de una discapacidad de contacto grave, enseñando al niño las estrategias de adaptación compensatorias. Por lo tanto, apoyándose en esta terapia se podría crear un plan de tratamiento para el niño y su familia conforme a la edad del desarrollo y a los problemas concretos del niño, con la intención de establecer las premisas de un contacto psicológico y social para que los síntomas que han podido aflorar a una temprana edad no contribuyan a un desarrollo personal y social inadecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cassidy, J. (1994). Emotional regulation: Influences of attachment relationships. En: Fox, N. (Ed.) The development of emotion regulation: biological and behavioural considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (serial 240, 2-3) 228-249.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Jonson, S. & Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198.
- Danforth, J., Barkley, R., & Stokes, T. (1991). Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-722.
- Finzi, R., Manor, I., y Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37: 103-114.
- Fonagy, P., y Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

- Gerdes, A. C., Hoza, B., & Pelham, W. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder boy's relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A., y Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behaviour problems among 3-years-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- González, J; Fernández, S; Perez, E; Santamaría, P. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA.
- Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment and Human Development*, 9(3), 207-222
- Jacobsen, T, Huss, M., Fendrich, M., Kruesi, M.J.P., y Ziegenhain, U. (1997). Children's ability to delay gratification: Longitudinal relations to mother-child attachment. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 411-426.
- Lyons-Ruth, K. (2003): Dissociation and parent-infant dialogue :A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 51 (3), 883-911.
- Marrone, M (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En Yarnoz, S. (Comps.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica* (pp.15-36).Madrid: Psimática.
- Martínez, A. (2008).Cuestionario de Vinculación Parento-Filial. No publicado.
- Matas, L., Arend, R.A., & Sroufe, L.A. (1978).Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.
- Olson, S.L., Bates, J.E., & Bayles, k. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.
- Raya, A. F., Herrerazo, J., Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Soutullo, C., Y Diez, A. (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder A case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(1), 45-64.

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2010

Fecha de admisión: 19 de marzo de 2010

