

## Más allá de los estilos de apego. Coherencia y Función Reflexiva en una muestra TDAH

Iker Jakue Buruchaga Sabino

<http://hdl.handle.net/10803/664661>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## **TESIS DOCTORAL**

**Título: Más allá de los estilos de apego. Coherencia y Función Reflexiva en una muestra TDAH**

Realizada por: **Iker Buruchaga Sabino**

en el Centro: **Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte, Blanquerna, Universidad Ramón Llull**

y en el Departamento de **Psicología**

Dirigida por: **Dr. Carles Pérez i Testor**

Co-dirigida por: **Margarita Ibáñez Fanes**



**A mi amigo Eric,  
por rico, guapo y famoso.**





## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias Carles por tu paciencia infinita.

Gracias a todos los profesionales y profesores de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte de Blanquerna de la Universidad de Ramón Llull que me han hecho más fácil el camino.

Gracias Margarita por tu sabiduría.

Gracias Sergi por recibirme con los brazos abiertos.

Gracias a todos los profesionales del CSMIJ de Santa Coloma y a las familias y niños que han participado en nuestra investigación, sin vosotros nada hubiera sido posible.

Gracias Ceci por tu simpatía y por tu amabilidad.

Gracias a los niños y docentes del Colegio Fray Luis de León de Santa Coloma por hacerme sentir como en casa.

Gracias Paula y Sue por sonreír tanto por las mañanas.

Gracias aita y ama por quererme tanto y creer en mí.

Gracias familia y amigos por apoyarme y por hacerme sentir tan cerca estando tan lejos.

## ÍNDICE

|         |       |
|---------|-------|
| Resumen | 11-16 |
|---------|-------|

## INTRODUCCIÓN

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| 1- Justificación Teórica | 19-23 |
|--------------------------|-------|

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 2- Estructura de la Tesis Doctoral | 29 |
|------------------------------------|----|

## MARCO TEÓRICO

|             |       |
|-------------|-------|
| 3- El Apego | 27-67 |
|-------------|-------|

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| 3.1- Aportaciones de John Bowlby | 28-36 |
|----------------------------------|-------|

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 3.2- Aportaciones de Mary Ainsworth | 36-43 |
|-------------------------------------|-------|

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 3.3- Aportaciones de Mary Main | 43-49 |
|--------------------------------|-------|

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 3.4- Aportaciones de Peter Fonagy | 49-56 |
|-----------------------------------|-------|

|   |       |
|---|-------|
| 3.5- Aportaciones de Miriam y Howard Steele | 56-67 |
|---|-------|

|            |       |
|------------|-------|
| 4- El TDAH | 68-73 |
|------------|-------|

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 4.1- Sintomatología | 73-74 |
|---------------------|-------|

|                  |       |
|------------------|-------|
| 4.2- Prevalencia | 75-77 |
|------------------|-------|

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 4.3- Evaluación Diagnóstica | 77-80 |
|-----------------------------|-------|



|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 4.4- Criterios Diagnósticos | 80-83 |
| 4.5- Tratamiento            | 84-86 |
| 5- TDAH y Apego             | 87-95 |

## DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

|  |         |
|--|---------|
| 6- Objetivos e Hipótesis                   | 94-96   |
| 7- Procedimiento                           | 97-98   |
| 8- Herramientas                            | 99-102  |
| 9- Resultados                              | 103-133 |
| 9.1- Análisis Descriptivo                  | 103-113 |
| 9.2- Análisis Inferencial- Metodología     | 114-133 |
| 10- Discusión                              | 134-172 |
| 10.1- Hipótesis 1- Coherencia              | 134-140 |
| 10.2- Hipótesis 2- Mentalización           | 141-150 |
| 10.3- Hipótesis 3- Base y Apego Seguro     | 151-160 |
| 10.4- Hipótesis 4- Defensas                | 161-164 |
| 10.5- Hipótesis 5- Conflictividad Parental |         |

|  |         |
|--|---------|
| Percibida                                  | 165-171 |
| 11- Limitaciones y Futuras Investigaciones | 172-174 |
| 11.1- Tamaño de la muestra                 | 172     |
| 11.2- Herramientas                         | 173-174 |
| 12- Conclusiones                           | 175-177 |
| Referencias                                | 178-189 |



## **Resumen**

El presente proyecto busca investigar la posible relación entre la patología del TDAH con las representaciones de apego de los niños y las capacidades cognitivas avanzadas que están estrechamente relacionadas con experiencias de apego seguras, como son la mentalización o la ambivalencia de sentimientos. Para ello, nos aprovechamos de nuestro entrenamiento en la entrevista del Friends and Family Interview (Kriss, Steele y Steele., 2012) que nos proporciona información sobre estas representaciones y capacidades cognitivas avanzadas. De esta manera, obtenemos una imagen global del niño y de su funcionamiento cognitivo.

Paralelamente, también buscamos entender de qué manera influye la conflictividad entre los padres, medida a través del CPICS (Pampliega et al., 2007), en la formación de relaciones de apego seguras en las díadas madres (padres)-niños.

Para nuestro propósito contamos con dos grupos de niños de entre 8 y 11 años, todos ellos del área metropolitana de Santa Coloma, a los que entrevistamos siguiendo el mismo procedimiento y utilizando las mismas herramientas (Friends and Family Interview, Escala de Seguridad de Kerns y Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos).

El análisis estadístico de la información derivada de estas herramientas nos llevó a confirmar las hipótesis que habíamos planteado y que hacían referencia a que los niños sin un diagnóstico de TDAH presentarían capacidades cognitivas avanzadas más desarrolladas y representaciones de apego seguras más frecuentemente que aquellos

con TDAH.

Sin embargo, aquellas hipótesis que planteábamos entorno a la conflictividad parental, según las cuales esperábamos encontrar diferencias significativas en el conflicto percibido en favor de los niños del grupo control, no se vieron confirmadas e incluso se dieron resultados en el sentido opuesto al que esperábamos.

En el apartado de discusión reflexionamos sobre las diferencias que hemos encontrado en las representaciones seguras de apego y las capacidades cognitivas avanzadas entre ambos grupos, y buscamos conceptualizarlas dentro del marco teórico que nos ofrece la teoría del apego. Reflexionamos también sobre los resultados inesperados obtenidos sobre el conflicto interparental y a modo de conclusión, presentamos las limitaciones inherentes al planteamiento y desarrollo de nuestra investigación y proponemos ideas para futuras investigaciones.

## **Abstract**

The current investigation looks for a potential relationship between the ADHD and attachment representations and the advanced cognitive skills that are closely related to secure attachment experiences, like mentalization or the capacity for experiencing mixed emotions. In this context, we took advantage of our training in the Friends and Family Interview (Kriss, Steele and Steele, 2012) that provides us with information regarding both the attachment representations and advanced cognitive skills. This helps us obtaining a general picture of the child and his cognitive functioning.

At the same time, we also try to understand the way the conflict between the parents, measured with the Children´s Perception of Interparental Conflict Scale (Pampliega, 2007), influences the formation of secure relationships in the mother(father)- child dyads.

For this purpose we gather two groups of children of ages between 8 and 11, all of them from the metropolitan area of Santa Coloma de Gramanet (Barcelona), and we interviewed them following the exact same procedure and using the same scales (FFI, Kerns Security Scale and the CPICS).

The analysis of the information we obtained with these measures led us to confirm the hypothesis that we proposed about children in the control group presenting higher cognitive skills and more frequently secure attachment representations when compared to the children in the ADHD group.

In contrast, those hypothesis that we proposed around the interparental conflict, expecting to find less conflict in the parents of the children in the control group, were not confirmed and provided, surprisingly, results in the opposite direction we expected.

In the discussion section we elaborate on the significant differences we found between these groups in both the attachment representations and the advanced cognitive skills, and we try to find an explanation for these within the frame of the attachment theory. Simultaneously, we highlight the limitations related to our investigation and lay out ideas for future investigations.

## **Resum**

Aquest projecte pretén investigar la possible relació entre la patologia del TDAH amb les representacions d'aferrament dels nens i les capacitats cognitives avançades que estan estretament relacionades amb experiències d'aferrament segures, com són la mentalització o l'ambivalència de sentiments. Per fer-ho, ens aprofitem del nostre entrenament a l'entrevista del Friends and Family Interview (Kris, Steele i Steele, 2012) que ens proporciona informació sobre aquestes representacions i capacitats cognitives avançades. D'aquesta manera, obtenim una imatge global del nen i del seu funcionament cognitiu.

Paral·lelament, també pretenem entendre com influeix la conflictivitat entre els pares, mesurada a través del CPCIS (Pampliega, 2007), en la formació de relacions d'aferrament segures en les díades mares (pares)-nens.

Per al nostre propòsit disposem de dos grups de nens d'entre 8 i 11 anys, tots de l'àrea metropolitana de Santa Coloma, a qui vam entrevistar seguint el mateix procediment i utilitzant les mateixes eines (Friends and Family Interview, Escala de Seguretat de Kerns i Escala de conflicte Interparental des de la perspectiva dels fills).

L'anàlisi estadística de la informació derivada d'aquestes eines ens va dur a confirmar les hipòtesis que havíem plantejat i que feien referència a com els nens sense un diagnòstic de TDAH presentarien capacitats cognitives avançades més



desenvolupades i representacions d'aferrament segures amb més freqüència que aquells amb TDAH.

No obstant això, aquelles hipòtesis que plantejàvem entorn a la conflictivitat parental, segons les quals esperàvem trobar diferències significatives en el conflicte percebut a favor dels nens del grup control, no es van veure confirmades i fins i tot es van donar resultats en el sentit oposat al que esperàvem.

A l'apartat de discussió reflexionem sobre les diferències que hem trobat en les representacions segures d'aferrament i les capacitats cognitives avançades entre tots dos grups, i pretenem conceptualitzar-les dintre del marc teòric que ens ofereix la teoria del'aferrament. Reflexionem també sobre els resultats inesperats obtinguts sobre el conflicte interparental i, a mode de conclusió, presentem les limitacions inherents al plantejament i desenvolupament de la nostra investigació i proposem idees per a futures investigacions.

## **INTRODUCCIÓN**

## **1. Justificación teórica**

Este proyecto nace con la intención de buscar respuestas a una de las patologías más importantes del momento en la clínica infantil, como es el TDAH, desde el marco teórico que nos ofrece la teoría del apego. De esta manera, se pretende abordar este trastorno, que tanto interés suscita dentro y fuera del ámbito clínico, desde una de las corrientes investigadoras más influyentes del momento. Para ello observamos de que manera la calidad y la cualidad de las relaciones tempranas entre los niños y sus padres, y las experiencias de apego seguras, influyen en la aparición de un desorden como el TDAH. Para la viabilidad de este proyecto ha sido necesaria, por un lado, la colaboración de las instituciones de la Universidad de Ramón Llull de Barcelona, el Grupo de Investigación de la Pareja y la Familia, dirigido por Carles Pérez Testor (director a su vez de esta tesis) y el Centro de Salud Mental Infantil Juvenil de Santa Coloma, formado por Sergi de Diego y su equipo de profesionales clínicos. Por otro lado, la supervisión clínica de Margarita Ibáñez, experta en el apego y directora de la Unidad Infantil del Hospital Sant Joan de Deu, ha sido fundamental y nos ha permitido beneficiarnos de sus años de experiencia en el ámbito clínico y académico. Y por último, el apoyo académico brindado por parte de Howard Steele, profesor de la Universidad The New School de Nueva York dedicado al estudio e investigación del apego, que se ha mostrado muy accesible a lo largo de toda la investigación y nos ha facilitado conocimientos muy valiosos para definir de la mejor manera posible el marco teórico de nuestro proyecto.

Mi interés inicial por la teoría del apego nace durante mi último año de licenciatura en la Universidad en Deusto, donde tuve la oportunidad de acudir a un seminario

organizado por la fundación Altxa, en el que participaba Margarita Ibáñez. Durante la presentación de ésta, tuve mi primera toma de contacto con la investigación en torno al apego, y vi por primera vez como era el procedimiento de una Situación Extraña. Se sembró en mi una curiosidad entorno a la teoría y a la manera en que se planteaba la importancia de las relaciones tempranas entre los niños y sus padres que con el paso del tiempo se convirtió en interés real y en predisposición hacia el estudio de la misma. Meses después descubrí el Grupo de Investigación sobre el Apego de Miriam y Howard Steele. Ambos profesores de la Universidad The New School de Nueva York, dirigen un equipo que investiga el apego de manera profunda y aborda temas muy diversos como el trabajo con niños adoptados, con minorías étnicas del área metropolitana de Manhattan o con niñas con trastornos de alimentación. Una primera toma de contacto con Miriam Steele reveló que el grupo de investigación estaba formado por alumnos de Máster y Doctorado de la propia The New School y que los alumnos extranjeros eran más que bienvenidos.

Durante los años de trabajo con los Steele, me dediqué a familiarizarme y entrenarme para el uso de algunas de las herramientas que ellos mismos han diseñado, como el Affect Task (escala diseñada por los Steele para medir dimensiones como el pensamiento reflexivo o la capacidad de experimentar emociones simultáneas) o el Friends and Family Interview (una entrevista semi-estructurada para niños entre 8 y 16 años que pretende ser una adaptación para jóvenes del Adult Attachment Interview). Durante este periodo colaboré también en el proyecto de la doctora (doctoranda en aquel momento) Marilina Rulfo, que investigaba la influencia de los estilos de apego en el rendimiento escolar en una muestra argentina. Aproveché esta estancia también para acudir a diferentes seminarios organizados por el grupo de investigación, como el

impartido por Anne Murphy sobre la adopción internacional, o el impartido por George Downey sobre las dinámicas familiares y la técnica de intervención en vídeo.

Hay tres momentos importantes que marcan el nacimiento de este proyecto. Primeramente, el contacto establecido con Margarita Ibáñez a través de Miriam y Howard Steele y que me permitió presentarle la idea de una investigación que profundizara en la relación entre la patología TDAH y el apego a través de la entrevista del Friends and Family Interview. Posteriormente, el apoyo que demostraron los Steele por la idea y por el futuro proyecto, que creían podría aportar información valiosa sobre las representaciones de apego en una muestra clínica muy específica. Y finalmente, pero no menos importante, el contexto académico que ofrecían la Universidad de Blanquerna y el Grupo de Investigación de la Pareja y la Familia, donde el proyecto encajaba de manera óptima y que garantizaba las mejores condiciones posibles para la realización del mismo.

El interés por investigar a fondo la patología TDAH y ver la relación de la patología con el estilo de apego surge de mi propia experiencia, en la que observé como este trastorno se había convertido en un fenómeno que superaba los límites de la clínica y comenzaba a llegar a diferentes ámbitos de la sociedad, tanto a nivel nacional como internacional. El TDAH es hoy en día el trastorno con prevalencia más alta en la población clínica infantil y cuenta con un amplio abanico de investigaciones en torno a él. Aún así, es un trastorno en el que aspectos como la etiología, la prevalencia o el tratamiento siguen sin contar con una definición unificada.

Una gran parte de los estudios e investigaciones que buscan entender el TDAH se centran en los aspectos biológicos del mismo y tratan de encontrar marcadores genéticos que permitan localizar la alteración o mutación que pueda explicar el trastorno. Estas investigaciones tienen como base teórica el modelo biológico-médico y tratan de encontrar la causa detrás del desorden para poder proceder con un tratamiento específico, siguiendo el modelo de “una causa, una enfermedad, un tratamiento”.

Desde nuestro grupo de trabajo, sin embargo, nos unimos a los profesionales que entienden el TDAH, y los desordenes psicológicos en general, de una manera más global y dimensional, y que proponen que este trastorno es la expresión sintomatológica del mal funcionamiento o falta de coordinación de alguno de los sistemas que forman parte del individuo. En este contexto, se propone que el niño es una unidad que debe coordinar diferentes dimensiones propias (la familiar, la social, la del propio self, la de sus características genéticas...) de manera adaptativa para garantizar su desarrollo y su funcionamiento normal. Tratamos de entender los síntomas que muestra el niño con diagnóstico TDAH dentro de su propia individualidad, planteándonos de qué manera estos comportamientos disfuncionales del niño se relacionan con su funcionamiento psicológico y social.

De esta manera, es nuestra intención obtener una fotografía general del niño con TDAH, centrándonos no solamente en el trastorno y su expresión sintomatológica, sino en la globalidad del niño y de su funcionamiento. Obtendremos información sobre las capacidades cognitivas avanzadas como son la mentalización o el reconocimiento de emociones ambivalentes, y observaremos de qué manera éstas se relacionan con las

representaciones de apego de los niños y como influyen o no en el desarrollo del trastorno.

El objetivo principal de esta investigación es investigar a fondo en la relación entre la patología TDAH y las representaciones de apego y las capacidades cognitivas avanzadas que tiene el niño, medidas a través de la entrevista del Friends and Family Interview. Los niños con TDAH ¿Muestran una prevalencia significativamente mayor en los estilos de apego inseguros?, ¿Son capaces de mentalizar de la misma manera que los niños sin este diagnóstico?, ¿Qué tipo de estrategias para solucionar conflictos presentan?. Se espera que los resultados de este estudio permitan dar respuesta a estas preguntas y a otras similares.

## **2. Estructura de la tesis doctoral**

La presente tesis doctoral se divide en tres apartados principales: el marco teórico, los resultados y la discusión.

En el marco teórico se explican los orígenes de la teoría del apego y se hace referencia a sus primeros momentos y a su posterior desarrollo. Se divide en 5 apartados en los que se describen a algunos de los autores de mayor influencia (Bowlby, Ainsworth, Main, Fonagy, Steele), destacando las aportaciones de cada uno de ellos y describiendo la manera en la que teoría ha ido evolucionando desde sus orígenes.

El apartado de resultados recoge el análisis estadístico realizado para comprobar la veracidad de las hipótesis planteadas entorno a las representaciones de apego y la conflictividad interparental, que plantean una serie de diferencias significativas entre los niños con un diagnóstico de TDAH y los del grupo control.

Por último, en la discusión hacemos un ejercicio de conceptualización en el que elaboramos sobre las hipótesis que hemos planteado y los resultados obtenidos en relación al marco teórico de la teoría del apego. Proponemos también las conclusiones más significativas que podemos inferir a partir de nuestros resultados, y comentamos las limitaciones inherentes a nuestra investigación y que deben ser tenidas en cuenta.





## **MARCO TEÓRICO**

### 3. El Apego

La teoría del apego nace con John Bowlby, quien pretendía encontrar respuestas más allá de las corrientes que dominaban su tiempo y que tenían como referencias a Anna Freud y Melanie Klein. El autor, muy influenciado por su experiencia en centros de menores, centra su atención en las conductas observables de los niños en la interacción con sus madres y trata de elaborar una teoría que proporcione una respuesta a las diferencias que se apreciaban en estos comportamientos. En colaboración con Mary Ainsworth desarrollaron los conceptos fundamentales de la teoría, como son la clasificación de los diferentes tipos apego, seguros e inseguros (preocupados y evitativos), los conceptos de base y nido seguro, y el de Modelos Internos de Trabajo. Estos autores se preocuparon por los estilos de comunicación que se daban en la díada madre-niño y que llevaban asociados diferentes representaciones de apego e implicaban una cualidad distinta en la relación. Descubrieron que estas primeras relaciones ejercían una influencia en las futuras relaciones del niño y por ello le dedicaron tanto tiempo y esfuerzo a su estudio.

Una gran variedad de autores optaron por el marco teórico que les ofrecía la teoría del apego, y la fueron evolucionando a medida que hacían sus propias aportaciones a la misma. Autores como Main, Fonagy, Steele o Target han actualizado y redefinido algunos de los conceptos iniciales de la misma y han aportando a su vez nuevas ideas propias, que han hecho que se convierta en una de las referencias contemporáneas en el campo de la Psicología. En este contexto, se ha dado un movimiento en el objeto de estudio, desde el momento inicial donde se el foco estaba en la clasificación en los distintos tipos de apego y los tipo de comunicación que se daban, hacia la

conceptualización y definición de diferentes capacidades cognitivas, como son la mentalización o la teoría de la mente, que son necesarias para las relaciones interpersonales características de un desarrollo óptimo, y que están estrechamente relacionadas con las representaciones de apego tanto del niño como de sus padres. Buscar las posibles relaciones o conexiones entre estas habilidades avanzadas y las representaciones o estilos de apego es, probablemente, el objetivo principal en la mayoría de las investigaciones y estudios que se dan en torno a esta teoría.

### **3.1. Aportaciones de John Bowlby**

Se considera que John Bowlby (Londres, 1907) es el “padre” de la teoría del apego, siendo en este caso Mary Ainsworth la “madre” de la misma. Entre ambos autores, en una colaboración que se extendió a lo largo de la vida profesional de ambos, establecieron las bases de la teoría e iniciaron una corriente investigadora dedicada a explorar las relaciones de apego entre los niños y sus padres (o figuras principales de apego).

Mientras cursaba sus estudios de medicina en la Universidad de Cambridge, trabajaba como voluntario en un centro con niños y adolescentes conflictivos, y observó que en estos niños se daban índices más altos de conflictividad, de delincuencia y de trastornos disruptivos. Comenzó a plantearse que estos problemas conductuales podrían tener como base la naturaleza de la relación con sus madres (Bowlby y Ainsworth, 1991). En particular hubo dos niños que le causaron un gran impacto (uno de ellos un adolescente inexpresivo, que parecía ni sentir ni padecer emociones y que nunca había tenido la experiencia de una figura de madre estable, y por otro lado un niño con un

trastorno de ansiedad que seguía a Bowlby allá por donde iba) y que le hicieron plantearse el gran impacto que tiene la separación temprana de sus madres en los niños (Bretherton, 1992). Bowlby se interesaba en los aspectos conductuales del niño y en aquello que podía observar directamente y que creía era el resultado de una ausencia materna durante la primera infancia.

Siguiendo esta línea de pensamiento, una vez terminada la carrera de medicina, continuó con su formación en Psiquiatría y pasó a formar parte del British Psychoanalytic Institute, donde tuvo como supervisor a Joan Riviere y donde la figura de Melanie Klein era la voz dominante del momento. Parece ser que prácticamente desde el primer momento sintió que no se estaba otorgando la importancia necesaria a las experiencias cotidianas del niño, y que era exagerada la dedicación casi exclusiva hacia el mundo interno (Bretherton, 1992). Bowlby empezó a elaborar su pensamiento y su enfoque, que posteriormente dio paso a la teoría del apego, centrándose en aquello que podía observar y que tenía como objetivo buscar respuestas a las diferencias que se apreciaban en estos comportamientos.

El autor formaba parte también del London Guidance Clinic, donde trabajó con un equipo entre los que había varios trabajadores sociales y de los que adoptó nociones básicas, como la influencia que ejercían las experiencias familiares tempranas en los problemas emocionales tenían de adultos. En 1940 empezó con su primer trabajo de investigación en el que comparaba a 44 niños conflictivos del London Child Guidance con un grupo de niños control. El análisis de los resultados le llevó a establecer una conexión entre los síntomas y los comportamientos disruptivos que presentaban, con la separación y la deprivación materna que habían sufrido estos niños (Bretherton, 1992).

En 1948 es nombrado jefe del Children Department de Tavistock, y enseguida empezó a hacer cambios en los que se reflejaba su forma de pensar. Por ejemplo cambió el nombre por “Department for Children and Parents”, fiel a su idea de que la base para las problemáticas de los niños tenían que empezar a analizarse en la relación e interacción con sus padres. Formó también su propia unidad de investigación que estaba destinada a investigar los efectos asociados a la separación temprana del niño de su madre. Contrató a Robertson, que era un experto analista de la conducta y especialista en la observación naturalista, y éste comenzó una investigación propia en la que observaba en su entorno natural como interactuaban los niños con sus madres. En 1950 el World Health Organization le encargó que elaborara un informe sobre la situación de los niños de la Europa de la post-guerra. Una de las conclusiones principales de este informe fue que el niño debe experimentar una relación íntima, cálida y continúa con su madre (o con la substituta permanente de su madre) en la cual ambas partes encuentren placer y satisfacción (Bowlby, 1979).

En sus inicios, cuando todavía no había empezado a elaborar la teoría del apego, como por ejemplo en el congreso del aniversario de Freud de 1956, Bowlby presentaba ideas como (Steele y Steele, 2005b):

- El papel central de las necesidades libidinales y de lo determinante que era para un psiquismo correcto que la madre satisficiera estas necesidades básicas.
  - La importancia de que se desarrolle un sentimiento de culpa y una ansiedad “apropiada” que ayude al niño a manejar los sentimientos de mayor intensidad.
- Es necesario una relación óptima con los padres que promueva la expresión, control y reflexión de estas emociones.

- Trataba los sentimientos ambivalentes de amor y odio que experimentan los niños hacia sus seres más queridos, y como las situaciones de pérdida y ausencia generan en estos niños sentimientos de rabia y desasosiego. “Lo que distingue a los individuos sanos de lo no-sanos, es la medida en que el conflicto entre sentimientos de amor y odio, frecuentemente dirigidos hacia una misma persona, son controlados, regulados y resueltos.” (Bowlby, 1979, citado en Steele y Steele, 2005a, p.5)
- Defendía que si las necesidades afectivas y de atención del niño no se veían frustradas, éste será más capaz de tolerar todo el abanico de dificultades que se le presentan en el día a día.

A medida que va avanzando con sus ideas entorno al apego y al impacto de las relaciones tempranas, le resulta difícil encontrar respuestas a sus preguntas entre las corrientes de pensamiento de la época, que se centran casi exclusivamente en el mundo interior y en el objeto y las relaciones objetales. Él estaba interesado en explorar como se formaba el vínculo entre la madre y el hijo, así como en observar el comportamiento de los niños ante situaciones de ausencia y re-encuentro.

“En vez empezar con los pensamientos y sentimientos privados del paciente, como se puede observar en la asociación libre o el juego libre, y tratar de elaborar una teoría del desarrollo de la personalidad a partir de esta información, yo he empezado con la observación del comportamiento de los niños en ciertas situaciones controladas” (Bowlby, 1988, p.26).

Siguiendo su intuición, Bowlby se distanció de la teoría pulsional de Freud y de las corrientes próximas a la Psicología del Objeto de la época, para proponer una teoría que incluía ideas de la Psicología Cognitiva, sin abandonar sus raíces Psicoanalíticas, y que incorporaba también elementos de otras disciplinas como la Etología. De esta manera, escribe la que se denomina como “Trilogía del Apego”, en la que su primer libro “Attachment” (1996) estableció los principios etológicos de la teoría del apego, alejándose de las teorías objetales, predominantes en aquella época, y proponiendo una organización psicológica en la que hay una serie de sistemas conductuales, cibernéticamente organizados, que actúan buscando un objetivo concreto y que se activan y desactivan en circunstancias específicas (Bowlby y Ainsworth, 1991). En esta obra introdujo también el concepto de Modelos Internos de Trabajo y estableció que el fin último del apego es la protección.

Continuando con el desarrollo de su teoría, Bowlby escribió tres obras continuas en el tiempo “The nature of child’s ties to his mother” (1958), “Separation Anxiety” (1959), y “Grief, Mourning in infancy and childhood” (1960), que se consideran como la primera declaración formal de la teoría del apego y donde se sientan las bases de la misma. En esta serie de obras planteó ideas como (Wallin, 2007):

- El apego del niño tiene como base un repertorio genético de comportamientos que se desarrollan en los primeros meses de vida, y que están enfocados en la figura principal de apego (normalmente la madre). Esta serie de comportamientos innatos tienen como objetivo el vincular emocionalmente al niño con su madre y a la madre con su hijo.



- Estos comportamientos de apego (sonreír, llorar, chupar...) se dan de manera indiscriminada en los primeros momentos tras el nacimiento, pero luego se focalizan y se organizan entorno a la figura principal de apego.
- El apego y la dependencia (tratada extensamente por los psicoanalistas de la época) son dos conceptos de naturaleza diferente que eran tratados, por error, como equivalentes por algunos autores. La naturaleza del sistema de apego es activa e implica una acción y reacción por parte del niño y su madre, al contrario de la dependencia, que es de naturaleza pasiva.
- Incorpora conceptos de la Etología y de la observación animal, y elabora a partir de la observación del comportamiento de algunas especies de monos y aves, en los que había una vinculación entre la madres y las crías que no estaba ligada a la necesidad de alimentarse, la idea de que en los recién nacidos también existía un mecanismo innato que busca la cercanía física y psicológica de una figura importante.
- Los comportamientos de apego tenían tres variantes; aquellos dirigidos a mantener la proximidad con la figura de apego, aquellos que utilizan a esta figura principal como base segura desde la que pueden explorar más allá, y aquellos que implican un retorno a la figura principal que actúa como un lugar seguro ante una situación de conflicto.

**3.1.1. Modelos Internos de Trabajo.** En su intento de encontrar la manera en la que se relacionaban las experiencias vividas y el mundo interno de cada persona, Bowlby acudió al concepto de Craik de Modelos Internos de Trabajo, porque implicaba una funcionalidad y una naturaleza dinámica que no se encontraban en otros conceptos (Greenberg, Speltz y Deklyen, 1993). Basándose en sus ideas, defendía que el desarrollo

de los Modelos Internos de Trabajo era la consecuencia natural de la habilidad de los individuos para elaborar representaciones de la realidad del mundo. El autor teoriza que las experiencias reales vividas se representan a varios niveles en la mente del niño, y que sirven de guía para la percepción de uno mismo y de los demás, que incluyen estrategias para afrontar las emociones negativas y como afrontar y sobrellevarlas (Steele y Steele, 2005a). Estos modelos representacionales de las figuras de apego y de uno mismo que desarrolla el niño durante su infancia y adolescencia, tienden a permanecer invariables a lo largo de la vida adulta, y como resultado, suelen asimilar a cualquier persona con la que vaya a formar un apego desde la referencia de estos modelos existentes (Bowlby, 1979).

Si el organismo tiene dentro de su cabeza un modelo a escala de la realidad exterior y de las posibles acciones que se pueden dar, es capaz de imaginarse diferentes alternativas, llegar a la conclusión de cual es la mejor para él e incluso llegar a visualizar situaciones futuras antes de que éstas hayan ocurrido... De esta manera consigue reaccionar de una manera más segura, completa y competente ante las emergencias que se le presentan (Craik, 1993, citado en Greenberg et al., 1993, p.274).

Para que se puedan dar estos Modelos Internos de Trabajo, los niños deben tener la capacidad de representar mentalmente a sus padres, o a sus figuras de apego de referencia, y de tenerlos presentes mentalmente aún cuando éstos no estén. Esta capacidad de representación permite también que el comportamiento de apego se organice como un sistema con el fin de mantener la proximidad física con el cuidador principal. Esta habilidad mental parece empezar en los niños a partir de los seis meses y

les permite elaborar un modelo de como funcionan su madre y su padre, y de la misma manera, el suyo propio a través de la interacción con estos. Consecuentemente, el modelo que el niño construye de sí mismo refleja también la forma en que es visto por los padres y la manera en que éstos se comunican con él (Bowlby, 1988). Como apuntaban Main, Kaplan y Cassidy (citados en Bowlby, 1988, p.129) “Los Modelos Internos de Trabajo que construye un niño de su madre (y su padre) y de la forma en que ella se comunica y se comporta hacia él . . . . se postula que se establecen pronto como estructuras cognitivas de influencia para el niño”.

Bowlby apuntó que dentro de los Modelos Internos de Trabajo que desarrolla el niño, aquellos de uno mismo y de sus figuras de apego principales son de especial importancia. Son estos modelos los que permiten al niño prever como van a actuar las figuras importantes de apego y poder planear sus acciones inmediatas y futuras. Estos modelos internos en la relación de apego se desarrollan a través de la interacción del niño con sus cuidadores principales, y por ello se ejercen una influencia recíproca (Greenberg et al., 1993, p.274)

Una vez elaborado el concepto de los Modelos Internos de Trabajo, y de proponer que éstos influyen en la interacción con los padres, y a su vez son influenciados por esta interacción, Bowlby empezó a investigar cuales podían ser las razones para las diferencias que observaba entre los niños. Llegó a la conclusión de que para que una relación entre dos personas se diera de manera armoniosa y se pudiera llegar a que los dos individuos disfruten y se beneficien de la misma, cada uno debía de ser capaz de anticipar y prever las acciones del otro y adaptar su conducta, de manera que los objetivos y las intenciones de ambos estuvieran coordinadas. Esto requería que los

modelos de ambas partes de la interacción fueran lo suficientemente adecuados y que facilitaran información útil sobre cada uno y sobre la manera en que interactúan, y a su vez, que estos modelos se fueran adaptando y evolucionando a través de una comunicación libre y fluida entre ambas partes (Bowlby, 1988).

Debido a que el modelo que el niño desarrolla de sí mismo está influenciado de manera importante por la idea que la madre tiene de él y la manera en que ésta le trata, aquellos aspectos que la madre no reconoce en el niño, es probable que él mismo tampoco llegue a reconocerlos. (Bowlby, 1988, p.132).

Para que estos Modelos Internos de Trabajo pudieran cumplir con su objetivo y funcionar de manera correcta, debían mostrarse flexible y evolucionar en el tiempo, adaptándose a los cambios y a las nuevas situaciones, que son resultados de la maduración del niño y de diferencias operativas en las relaciones de apego significativas. Según Greenberg et al. (1993) el niño procederá a modificar sus modelos existentes cuando la diferencia entre éstos y la información del exterior sea significativamente diferente, pero siempre habrá una pequeña tergiversación de la realidad para amoldarlo a un modelo existente cuando esta diferencia sea leve.

### **3.2. Aportaciones de Mary Ainsworth**

Mary Ainsworth (1913) elaboró junto a John Bowlby, en una colaboración que se prolongó a lo largo de toda su carrera profesional, las bases de la teoría del apego. Entre otras cosas, ella se dedicó a verificar empíricamente todas las hipótesis que proponía el autor. Se graduó en la universidad de Toronto, donde pasó a formar parte de la facultad

una vez terminada su carrera. Realizó una investigación en la que profundizaba sobre la teoría de seguridad de Blatz y elaboró dos escalas que estaban dirigidas a medir el grado de seguridad o inseguridad de cada persona (Bretherton, 1992). En 1950 se mudó a Londres, donde a través de un anuncio en el Times, encontró trabajo en el Tavistock Clinic con John Bowlby. Su trabajo confirmó las ideas iniciales de Bowlby, y ella misma aportó conceptos que fueron esenciales para el desarrollo de la teoría del apego (Wallin, 2007).

En 1953 se mudó a Uganda, donde comenzó con su tarea de verificación empírica de las primeras ideas sobre el apego. Después de unos años de trabajo juntos, ya conocía de primera mano las ideas de John Bowlby, pero no estaba convencida de como, por ejemplo, los conceptos que éste quería adoptar de otras disciplinas, como la Etología, ayudaban a explicar la formación del vínculo madre-hijo. De hecho, mandó una carta a éste explicándole sus dudas y argumentándole que sus nociones de Etología necesitaban una confirmación empírica (Bretherton, 1992). Motivada por estas dudas y por su intención de lograr una validez empírica de las hipótesis, preparó un proyecto de investigación en el que quería observar a las madres y sus hijos interactuar en su entorno natural, para poder así sacar conclusiones sobre el proceso de formación del apego entre ellos. Estaba especialmente interesada en averiguar el momento en el que empiezan a darse en el bebé los comportamientos que buscan proximidad con la madre. Para ello juntó a 26 familias, con bebés de entre 1 y 24 meses, a las que observó dos veces por semana, en sus propias casas (Bretherton, 1992). Mientras revisaba los datos recogidos en Uganda, en 1958 recibe el manuscrito de la obra “The Nature of Childs ties to his mother” de Bowlby, antes de que ésta fuera publicada. De esta manera, las

ideas que se desarrollaban en la conocida como “La trilogía del apego” influyeron en la interpretación de la información recogida en Uganda.

En 1960 presentó por primera vez algunas de las conclusiones que extrajo de su investigación en Uganda, y lo hizo en el grupo de estudio de la Clínica Tavistock que estaba dirigido por Bowlby. Algunas de sus primeras aportaciones importantes (Wallin, 2007) fueron:

- Los comportamientos de apego que son innatos en el sujeto, son moldeables y dependen de la experiencia con el cuidador principal y de como éste interactúa con el niño. Esta idea le llevó a desarrollar la clasificación de los tipos de apego: seguro, inseguro-preocupado e inseguro-ambivalente.
- Identificó las interacciones entre padres e hijos que eran más proclives a producir relaciones de apego seguras. La clave para la seguridad o inseguridad en el apego, residía en los patrones de comunicación entre los niños y sus padres (o figuras de referencia).
- El concepto de “Base Segura”, en el que se incluyen también las expectativas del niño también (no se fijan únicamente en la proximidad física). Este concepto se complementa con el de Modelo Interno de Trabajo de Bowlby.

En 1963 comenzó con un nuevo proyecto en Baltimore, en el que pretendía dar continuidad a sus ideas y a aquellas conclusiones recogidas en su estudio en Uganda. Para ello diseñó una investigación que se basaba en la observación natural de 26 familias con niños de entre 1 y 24 meses, a los que observó en sus hogares durante un periodo de cuatro años. Esta investigación se extendió por nueve meses en los que la

autora visitaba a las familias en sus hogares, de tal manera que se aseguraba que el entorno era lo más natural posible y que las madres se sentían cómodas y podían interactuar de manera natural con sus hijos.

**3.2.1. Situación Extraña.** Una vez analizó la información de ambos estudios, Uganda y Baltimore, encontró varias coincidencias entre ambos. La más destacable era la presencia en ambas muestras de conductas que estaban dirigidas a obtener proximidad física y a la formación del apego, y que demostraban la idea de Bowlby de que el apego es un sistema innato y universal. Pero también encontró diferencias significativas entre ambas muestras, en especial en la manera en que los niños exploraban el entorno en presencia de las madres, y en la manera en la que algunas madres parecían actuar como una base segura para el niño que estaba explorando y quería regresar a reconfortarse. Los niños de Uganda, de manera general, procedían a explorar cuando la madre estaba presente, y cesaban esta actividad cuando la madre se alejaba de ellos. Sin embargo, entre los niños de Baltimore había un grupo que exploraba indiferentemente de si la madre estaba presente o no (Wallin, 2007).

Para profundizar en esta cuestión y buscar posibles explicaciones a estas diferencias, Ainsworth diseñó un paradigma, una situación de laboratorio controlada, en la que introducía a la dupla madre-hijo en una habitación que era desconocida para ellos, donde permanecían durante un periodo de veinte minutos en los que la madre procedía a salir de la habitación, dejando al niño en presencia de un extraño, para luego volver a entrar a reunirse con el niño. Mediante este simple procedimiento Ainsworth pretendía observar: 1- La manera en la que se comunicaba la díada madre-niño; 2- La manera en la que el niño podía abandonar esta díada y explorar el entorno “desconocido” para él en

presencia de la madre; 3- La manera en la que el niño reacciona ante la ausencia de la madre, ante la presencia del extraño, y ante el retorno de la madre. La idea detrás de este diseño era que tanto las situaciones de ausencia y re-encuentro, así como el entorno “extraño”, activarían el sistema de apego del niño (Bretherton, 1992).

Observó en estas interacciones, que había un grupo grande de niños que se comportaban de tal manera que exploraban el entorno ante la presencia de la madre y que se consolaban fácilmente cuando esta volvía tras un momento de ausencia. Estos resultados eran esperados por Ainsworth, ya que estos niños habían sido clasificados como “seguros” a través de la información obtenida durante las visitas previas a sus casas. Lo que Ainsworth no supo predecir, y que a posteriori supuso una información muy valiosa para el posterior desarrollo de la teoría, fueron dos grupos de niños que se comportaban de manera diferente durante la exploración y en el momento de reunión. Había un cierto número de niños a los que parecía no afectar la presencia o ausencia de la madre, ya que seguían explorando de la misma manera cuando ésta abandonaba la sala, y no mostraban afecto ni buscaban la reunión con ella cuando la madre regresaba a la habitación. Había otro grupo de niños que se mostraba muy preocupado por su madre y por mantener la proximidad física y psicológica con ésta mientras exploraba, y que una vez ésta abandonaba la habitación cesaba completamente su exploración y pasaba a dar muestras de su desasosiego y de un afecto excesivamente negativo. Durante la reunión con la madre estos niños seguían mostrándose afectados y no volvían a explorar sino que se quedaban cerca de ella (Bowlby y Ainsworth, 1991).

La mayor aportación de Mary Ainsworth a la teoría del apego fue la clasificación de cuatro tipos de apego a partir de la Situación Extraña, cada uno de los cuales llevaba



asociada un tipo de interacción madre-niño. “Ainsworth concluye que son las respuestas de los niños en los momentos de reunión, más que las de los momentos de separación, las que aportan la mayor información sobre la seguridad o inseguridad del niño” (Wallin, 2007, p.19).

*Apego Seguro:* los niños clasificados como seguros jugaban en presencia de la madre y parecían disfrutar de la compañía de ésta. Al ser expuestos a un entorno no conocido los niños seguros eran capaces de explorar el entorno y jugar y utilizar los elementos de la habitación. Ante la ausencia de la madre, los niños mostraban su frustración pero una vez la madre regresaba era capaz reconfortarse con la presencia de ésta y volvían a jugar o explorar el entorno. Esta flexibilidad en el comportamiento, siendo capaz de adaptarse a los cambios de la situación, parecen estar relacionados con la sensibilidad que muestran las madres hacia estos niños, escuchando y atendiendo sus necesidades y sus comunicaciones (Wallin, 2007). Estas madres respondían sensiblemente a las necesidades de sus hijos, adaptando su comportamiento y su ritmo a ellos, y eran capaces de reconocer en cada momento lo que el niño necesitaba.

*Apego Inseguro Evitativo:* los niños clasificados como inseguros evitativos se muestran indiferentes a la presencia de la madre y parece que prefieren seguir con el juego o la exploración antes que buscar el reconfortarse con su madre. A simple vista estos niños pueden interpretarse como tranquilos o incluso independientes, pero varios estudios han demostrado que en este grupo de niños los niveles de cortisol y el pulso cardíaco en situaciones de reunión son más altos que los de aquellos niños clasificados como seguros. Lo que indica que hay una activación fisiológica y un estrés en el niño que se está tratando de ocultar de manera activa. Esta apariencia de indiferencia parece

ser una defensa del niño que ha visto como en la interacción con su madre, sus necesidades de conexión y sus comportamientos de apego no han sido recogidos por ésta. Por esta razón, el niño desarrolla un sistema en el que minimiza sus necesidades de apego ya que no espera que vayan a ser satisfechas (Wallin, 2007).

*Apego Inseguro Preocupado:* las características principales de los niños clasificados como preocupados son, la preocupación excesiva por la madre, que no le permiten explorar el entorno libremente, y el afecto marcadamente negativo y de gran intensidad que demuestran ante la ausencia de la madre. Esta frustración no se resuelve con la vuelta de la madre y estos niños siguen demostrando su malestar, a veces con ira y con rabia hacia la madre, o a veces se muestren tan afectados que ni siquiera buscan a la madre. Ainsworth descubrió que las madres de estos niños respondían de manera impredecible a las necesidades de sus niños, sin ser capaces éstos de saber cuando iban a estar disponibles y cuando no. Los niños organizan un sistema en el que sobre-actúan las necesidades de conexión y los comportamientos de apego, incluso en detrimento de las conductas de exploración, con el fin de conseguir la respuesta materna deseada y que no tienen certeza de que vayan a recibir (Bretherton, 1992).

A modo de conclusión, Ainsworth subrayó que las diferencias que se daban en el apego entre madres y niños, se fundamentaban en el tipo de comunicación que se daba en la díada. La autora llegó a la conclusión de que estos patrones de comunicación diferentes que observaba en la Situación Extraña eran el producto de las interacciones previas entre los hijos y sus padres, y de como los niños se habían adaptado a las características particulares de sus padres para conseguir la mejor vinculación posible con ellos. Las relaciones de apego seguras se daban en díadas en las que la

comunicación era colaborativa y contingente, una parte hacía una señal indicando lo que necesitaba y la otra respondía de tal manera que expresaba “estoy entendiendo lo que me quieres decir y voy a responder a lo que necesitas” (Wallin, 2007).

### **3.3. Aportaciones de Mary Main**

Mary Main aportó un nuevo enfoque a la teoría del apego, y propuso cambiar el foco de atención y desplazarlo, desde el comportamiento observable que era el objeto de estudio de la Situación Extraña, hacia el estudio de las representaciones mentales y de los aspectos de la relación de apego que se han interiorizado. De esta manera, según la propia autora, se posibilitaba la integración de la teoría en la práctica clínica. Main, Kaplan y Cassidy (1985, citado en Wallin 2007, p.25) apuntaban que “En la Situación Extraña el objetivo principal es estudiar como organiza y estructura el niño su cuerpo, sus movimientos y sus comportamientos con respecto al adulto” y que “Los procesos representacionales no se pueden observar directamente”.

**3.3.1. El Adult Attachment Interview.** Con esta idea en su cabeza, la autora diseñó una entrevista semi-estructurada que pretendía “sorprender al sub-consciente” y tener acceso a los contenidos mentales que se han registrado en el individuo. Durante esta entrevista se le pregunta al sujeto sobre experiencias pasadas en la relación con sus padres y sobre sentimientos asociados a estas relaciones. A través de este formato de entrevista, la autora pretendía llegar a medir las representaciones de apego que habían elaborado los sujetos. “Main sugiere que el AAI mide el “estado mental con respecto al apego” del sujeto en el momento presente” (Wallin, 2007, p.28).

Para tener acceso a estas representaciones, Main argumentaba que había que fijarse en la manera de estructurar la narrativa y la coherencia en el discurso durante la entrevista, en vez de en las palabras específicas que se utilizaban. Atribuía más importancia a la forma y al proceso que al contenido per se de la entrevista (Wallin, 2007). Para la autora la manera en la que el individuo gestionaba y organizaba su contenido mental a lo largo de la entrevista, en la que se van tratando aspectos de las relaciones personales cercanas y que llevan asociados sentimientos intensos (positivos y negativos), era clave y guardaba relación con experiencias previas de tipo seguro en la interacción con sus adultos de referencia. Para Main et al. (1985) la coherencia en el discurso durante la entrevista era la seña de identidad de un estado mental de seguridad con respecto al apego. Defendía que los Modelos Internos de Trabajo de apego de cada individuo se verían reflejados en los patrones de su narrativa, su discurso, su imaginación, y su conducta también, y estructuró su investigación teniendo esa idea como base. Para Holmes (1992, citado en Wallin, 2007, p.28) “El AAI es una medida de “competencia autobiográfica””.

Main (1985, 2005) encontró resultados muy importantes en diferentes investigaciones donde utilizaba el AAI con adultos: 1- Una correlación entre el comportamiento del niño en la Situación Extraña a los 12 meses y la estructura de su mundo interno a los 5 años de edad; 2- Una correlación intergeneracional entre el comportamiento del niño en la Situación Extraña por un lado y el estado mental de los padres con respecto al apego por el otro. Observó así que la Situación Extraña de los niños predecía la AAI de los padres cinco años después, y lo mismo ocurría en la dirección contraria, incluso cuando la AAI de los padres se realizaba antes de que los niños nacieran.

Con estos resultados en la mano, la autora propuso que los niños formaban sus representaciones de apego basándose en las interacciones con sus padres o adultos de referencia, “adaptándose” de la mejor manera posible al funcionamiento de éstos. La conducta de los adultos dependerá de sus propios Modelos Internos de Trabajo y de la manera en que éstos les hacen percibir la realidad (que a su vez se habrán visto influenciados en su momento por la interacción reguladora con sus propios padres). En el contexto de la relación entre ambos, el niño va construyendo sus propios Modelos Internos de Trabajo e interiorizando diferentes aspectos de la relación con sus padres. “Patrones diferentes de interacción entre la madre y el niño llevarán no sólo al desarrollo de diferentes tipos de conducta, sino también a diferentes representaciones” (Main, 2000, p.1059). El estudio de Main demostró un paralelismo entre el “modo de discurso” de los padres en el AAI, la manera en la que los padres hablaban y reflexionaban sus experiencias de apego, y el comportamiento de sus hijos en la Situación Extraña. La capacidad de reflexión coherente de los padres, siendo capaces de acceder a su contenido mental y mantener la calma y la cordura para hablar sobre aspectos cargados de emoción, hacía que estos adultos transmitieran a sus hijos una predisposición positiva y segura para gestionar sus relaciones y los sentimientos asociados a ellas. Proponía que las representaciones mentales entorno al apego no dependen tanto de las experiencias específicas de cada sujeto, sino de la capacidad de entender y comprender estas experiencias de una manera global y atribuirles un significado coherente (Wallin, 2007).

Tabla 1. *Cuestionario del Adult Attachment Interview*

---

**Adult Attachment Interview Questions\***

---

1. Could you start by helping me get oriented to your early family situation?
2. Try to describe your relationship with your parents as a child . . . start as far back as you remember.
3. Choose five words that describe your relationship with your mother . . . think about a time as early as you can go . . . say from 5 to 12.
4. Choose five words that describe your relationship with your father . . . (same as 3).
5. Tell me which parent you felt closest to, and why?
  
6. When you were upset as a child, what would you do?
7. What is the first time you remember being separated from your parents?
8. Did you ever feel rejected as a child . . . how old were you when you first felt this way?
9. Were your parents ever threatening with you? Maybe for discipline or joking?
10. In general how do you think your relationships with your parents have affected your personality (positively or negatively)?
11. Why do you think that your parents behaved as they did during your childhood?
12. Were there other adults with whom you were close as a child?
  
13. Did you experience the loss of a parent or close loved one as a child?
14. Any other traumatic experiences?
15. Were there any changes in your relationship with your parents after childhood?
16. What is your relationship with your parent(s) now as an adult?
17. How do you respond now, in terms of feelings, to separations with your children?
18. If you had 3 wishes for your child 20 years from now what would they be?
19. Is there any particular thing that you feel you learned above all from your childhood?
  
20. What would you hope your child might have learned from his/her experiences of being parented by you?

---

Note: LSQI = Lifestyle Questionnaire Inventory, Kern (1988); LSI = Lifest (1988) Lifestyle Inventory.  
\*Adult Attachment Interview (George, Kaplan, & Main, 1996); complete tempt to conduct the interview based on these excerpts. <sup>1</sup>Walton (1996)

Para los autores Miriam y Howard Steele (2008) la AAI ha despertado mucho interés porque puede adaptarse y utilizarse en el ámbito clínico, dada su naturaleza y su capacidad de captar la presencia o no (y en que medida) del razonamiento coherente con respecto a las relaciones significativas de apego, capacidad que es central para el bienestar emocional y social de los individuos. Esta cualidad de la entrevista va ligada a lo que ellos consideran como una de las premisas centrales de la teoría del apego, y es que los sujetos para tener un funcionamiento correcto y poder desarrollar relaciones de tipo seguro necesitan, bien a través de la interacción en su infancia con sus padres, o bien en etapas posteriores con personas con las que establecen relaciones significativas,

llegar a entender la importancia de las relaciones de apego y como son influenciados por ellas.

**3.3.2. Modelos Internos de Trabajo (reformulado) y Metacognición.** La autora revisó el concepto definido por Mary Ainsworth, e hizo algunas aportaciones que iban en consonancia con sus ideas y con las aportaciones que estaba haciendo a la teoría del apego. Propuso, por ejemplo, que los Modelos Internos de Trabajo no debían entenderse como unos esquemas fijos en los que había que encajar la experiencia vivida, sino como unos esquemas dinámicos que utilizamos para acceder a información determinada, o para limitar el acceso a ella (Main et al., 1985).

Main teorizó que las reglas que interiorizamos en el transcurso de nuestras primeras experiencias de apego se crean a partir de lo que funciona para cada figura principal de apego. Estas reglas que en un primer momento pertenecen al plano “comunicación-conductual”, pasan a estar representadas en la psyche del niño y a determinar e influir en el acceso a información, sentimientos o recuerdos asociados al apego. La autora identificaba la flexibilidad en la atención, en el afecto, el pensamiento y en sus recuerdos como relativa a la seguridad en el apego (Wallin, 2007, p.35)

Esta línea de pensamiento llevó a Main a elaborar el concepto de Metacognición. Esta es una capacidad cognitiva avanzada, que se desarrolla en el contexto de una relación segura, a través de una interacción en la que la comunicación es libre y abierta, y en la que los sentimientos propios y ajenos se discuten de manera natural. Esta aptitud permite al niño reconocer la cualidad subjetiva de la psyche de sus otros significativos,

y de la suya propia. Dentro de este contexto, Main diferenciaba entre “Conocimiento Metacognitivo” y el “Monitorizaje Metacognitivo”. La primera es la propiedad por la cual entendemos que nuestro contenido mental y nuestras ideas son relativas, y que puede que aquello que nosotros creemos correcto termine no siéndolo, y de la misma manera entender que aquellas ideas y opiniones de otras personas pueden no estar en lo cierto. Es un paso importante hacia la salud mental duradera y hacia un mejor funcionamiento psico-social llegar a comprender que nuestro contenido mental no es un reflejo exacto del mundo exterior y que nuestra experiencia se ve influenciada por una serie de aspectos familiares, emocionales, temporales... Si una persona no tiene interiorizada la subjetividad propia de su experiencia y sus sentimientos, no verá la necesidad de reflexionar sobre estos contenidos mentales propios (Main, 1985).

Algunas de las características importantes asociadas al Conocimiento Metacognitivo son:

- Permite responder de manera reflexiva, entendiendo de manera global el comportamiento del otro y también que aquello que nosotros interpretamos de su conducta está sujeto a nuestra propia subjetividad, y no simplemente de manera reactiva, reaccionando a la conducta del otro de manera directa, sin entender la complejidad de la situación, de la conducta y de los pensamientos del otro.
- Facilita entender la naturaleza temporal de las representaciones mentales, y que éstas pueden cambiar o modificarse con el transcurso del tiempo. Aquello que hoy es verdad puede que mañana sea falso.



- Ayuda a entender la diversidad de las representaciones mentales, y como diferentes personas pueden desarrollar ideas u opiniones distintas ante una misma situación.

Por otro lado, el Monitorizaje Metacognitivo conlleva observación, y una curiosidad sobre los hábitos y las tendencias y mecanismos de la mente que moldean nuestra experiencia. En el AAI momentos de Monitorizaje Metacognitivo se ven como marcadores de apego seguro, mientras que lapsos en esta capacidad predecían desorganización en sus hijos (Main et al., 1985). La autora propuso que la capacidad de metacognición actuaba como “escudo” en los niños que habían sido capaces de desarrollarla, y que rebajaba o amortiguaba el impacto negativo de relaciones de apego turbulentas o disfuncionales. Defendía que niños que tenían unas primeras experiencias de apego negativas, pero que habían desarrollado sus capacidades de metacognición posteriormente, se mostraban resilientes y eran capaces de formar relaciones de apego seguras en el futuro. Lo mismo parecía ocurrir en la dirección opuesta, ya que aquellos niños que presentaban una capacidad de metacognición pobre, se mostraban como más vulnerables y con mas predisposición a sufrir un mayor impacto negativo derivado de las relaciones de apego inseguras (Main, 2000).

#### **3.4. Aportaciones de Peter Fonagy**

Peter Fonagy continuó con la línea de pensamiento de Mary Main y siguió investigando sobre la capacidad de metacognición, a la que él llamaba “Teoría de la Mente”. La idea del autor era que durante la niñez elaboramos una teoría que nos permite entender, y en cierta manera predecir, lo que los otros van a hacer basándonos

en lo que creemos que pueden estar pensando. Fonagy fue influenciado por la misma literatura y autores que Main, pero su conceptualización gozaba de una profundidad mayor (Wallin, 2007). El autor cambió el foco de la investigación, y éste pasó de ser la capacidad de entender únicamente las representaciones mentales propias, al entendimiento de la naturaleza de estas representaciones propias y de otras personas (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Fonagy explicaba que la seña de identidad de lo que él denominaba como teoría de la mente es el proceso mediante el cual entendemos que nuestra propia mente y sus contenidos median en la experiencia que tenemos del mundo (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). Él quería resaltar que no sólo hacían referencia al reconocimiento de las representaciones mentales propias, sino de las de otras personas de su entorno también. El funcionamiento reflectivo nos permite vernos a nosotros mismos y a otras personas como seres con profundidad psicológica. “Nos permite responder a nuestra experiencia basándonos no solamente en el comportamiento observado, sino también en estados mentales subconscientes, deseos, sentimientos, creencias, que aportan significado a los comportamientos y conductas y les confieren significado” (Wallin, 2007, p.44).

En 1987 Fonagy, Miriam y Howard Steele, con la intención de profundizar en la comprensión de esta idea, realizaron un estudio con 100 parejas que esperaban un hijo y les entrevistaron utilizando el Adult Attachment Interview. Algunos de sus hallazgos más representativos fueron los siguientes (Wallin, 2007):

- El estado mental de los padres con respecto al apego, medido a través del AAI antes de nacer los niños, podía predecir como se comportarían estos niños en la Situación Extraña a los 12 meses.

- Los padres con una capacidad reflexiva óptima tenían más posibilidades (de tres a cuatro veces más) de tener niños seguros, que aquellos niños con padres con capacidades reflexivas pobres.
- Las capacidades reflexivas eran capaces de romper el “ciclo desfavorable” que normalmente lleva a padres con experiencias de apego negativas a criar hijos con estilos de apego inseguros.

Estos resultados llevaron a Fonagy a definir la capacidad de mentalización como central para el apego. Por un lado, aquellos padres con una buena mentalización sabían pensar y evaluar sus propias experiencias de una manera más global y más integradora, con lo que sus propias experiencias traumáticas o de inseguridad no ejercían una influencia tan marcada y no se transmitían a sus hijos directamente, de manera polarizada. En cambio, estos padres elaboran una dinámica con sus hijos en las que hay una conversación abierta y en la que los sentimientos y los afectos están integrados y donde el niño se siente “arropado” emocionalmente por el adulto. Esto facilita que el niño vaya adquiriendo la conciencia de su individualidad, a través del adulto que recoge sus proto-comunicaciones y les otorga significado, y se empieza a ver a si mismo como un ser con una subjetividad propia (Cassidy y Sager, 1999).

Otra aspecto importante de la mentalización es que posibilita el inicio de la socialización en el niño, ya que es a través de esta capacidad que el niño empieza a entender al otro en su propia subjetividad y como portador de un contenido mental al que no tiene acceso directo pero que puede empezar a imaginarse. Según Fonagy et al. (2002), el apego no es un fin como tal, sino que tiene como objetivo la cercanía entre el adulto y el niño para que este último pueda desarrollar en esta dualidad un sistema

representacional, que le facilite las interacciones que debe tener con las personas de su entorno. Este sistema de representaciones tiene como base las capacidades metacognitivas y ofrece la posibilidad al individuo de entender y adelantar el comportamiento del otro, anticipándose a sus acciones (Wallin, 2007). Mary Target (2005, citado en Wallin, 2007, p.46) definía el funcionamiento reflectivo “como la capacidad de pensar sobre lo que sentimos, y sentir lo que estamos pensando”.

Una vez entendió la gran importancia de la metacognición, Fonagy trató de imaginarse el proceso y el camino a seguir por los niños para poder desarrollar esta aptitud. Llegó a la conclusión de que esta capacidad se desarrollaba en el contexto de una relación contingente reguladora, en la que el niño “aprende” de una madre (o padre) que sabe funcionar de manera reflexiva (Cassidy y Shaver, 1999). El niño ante sus primeras experiencias comienza a experimentar unas emociones y sensaciones que no entiende bien y que no sabe como gestionar, y es aquí donde el padre “reflexivo” debe actuar como filtro y como adaptador de estas sensaciones, absorbiéndolas y elaborándolas de tal manera que el niño sea capaz de gestionarlas utilizando su psiquismo poco desarrollado. Para que pueda darse este proceso, el padre debe ser sensible a las necesidades de su niño, recogiendo lo que éste trata de comunicarle y adaptando su comportamiento a él. A través de esta sensibilidad, el adulto comunica al niño que conoce y es consciente de su subjetividad, y que va a tratar de adaptarse para que la interacción transcurra de la mejor manera posible. “Aquellos padres que contienen las emociones intolerables para sus hijos con respuestas que implican empatía, tolerancia y un reconocimiento de la subjetividad del niño están poniendo los cimientos para la capacidad de mentalizar del propio niño” (Wallin, 2007, p.50). Según Fonagy et al. (2002) aquellos padres que tienen éxito “conteniendo” el estrés de sus

hijos normalmente tendrán un apego seguro con sus hijos y éstos tendrán un gran potencial para mentalizar.

En este contexto, gracias a la interacción reguladora entre el adulto y el niño, el apego seguro se transmite de una generación a la siguiente. Para Fonagy, es la mentalización la que media en este proceso de transmisión, y puede hacer que incluso padres con relaciones de apego disfuncionales en su pasado, puedan transmitir seguridad en el apego a sus propios hijos (Wallin, 2007). La base para que se dé esta comunicación entre la madre y el niño está en la capacidad innata del niño de reconocer (y mostrar preferencia hacia) cuando la madre recoge de manera reflexiva sus emociones. Fonagy (2006, citado en Wallin, 2007, p.53) coincide con Trevarthorn en que los seres humanos están pre-programados para la interconectividad subjetiva y para reconocer su mente en la mente de otras personas, “miramos hacia los otros para ver que es lo que hay en nuestra propia mente y para descubrir qué significan las cosas”. Una madre con una buena capacidad reflexiva “recoge” estas sensaciones de su niño y las elabora de tal manera que le comunica al niño que las está recibiendo y que las está manipulando para que él pueda gestionarlas. Para que el niño pueda entender este proceso, el adulto debe reconocer el timing, la forma y la intensidad de los actos comunicativos de su hijo, para que de esta manera puedan empezar a darse entre ellos las primeras “proto-conversaciones” (Wallin, 2007).

Es necesario que para que esta relación dual pueda ocurrir, en la que el niño va aprendiendo a regularse gracias a un padre que actúa reflexivamente, gestionando los contenidos mentales que son todavía incontrolables para el niño, se dé un “mirroring” adecuado por parte del padre. Es a través de resonar, reflejar y expresar el estado mental

que el niño está demostrando, que los padres permiten a sus hijos descubrir gradualmente que sus propias emociones son estados mentales que pueden ser reconocidos y compartidos (Allen y Fonagy, 2002, citado en Wallin 2007). Fonagy et al. (2002) observaron que aquellos padres que estaban emocionalmente ajustados a sus hijos transmitían su empatía y su capacidad de tolerar a través de un “efecto espejo” que cuenta con dos características:

- Es contingente: de tal manera que el padre refleja directamente el afecto que está experimentando el niño, de esta manera las expresiones del padre se convierten en la base de las primeras representaciones de las emociones del niño.
- Es teatralizado: de tal manera que el niño perciba que el padre está reflejando su propio afecto y que no es un afecto directo del padre. El padre exagera o comienza un juego de “como si” para que el niño lo pueda entender.

El autor propuso tres vías o alternativas para que, dentro del marco de una relación de apego segura, la capacidad de mentalización pueda empezar a florecer. El primero era el juego simbólico, donde el adulto y el niño comparten un espacio “imaginado” común. El segundo se trataba de la conversación, mediante la cual el adulto facilita al niño el reconocimiento y el manejo de sus propios sentimientos. Y por último, la interacción social que posibilita al niño el acceso a contenidos mentales de iguales, con los que comparten situación vital y momento evolutivo.

En lo referente a la simbolización a través del juego, hay una variedad de investigaciones que han ofrecido resultados que subrayan la importancia de la capacidad de mentalización para este proceso. Se ha observado por ejemplo, que los niños que

cooperaban mejor durante el juego y se involucraban más en éste, eran más hábiles a la hora de imaginarse lo que otros podrían estar sintiendo o pensando (Dunn et al., 1991, citado en Fonagy et al., 2002). En la misma línea, aquellos niños con estilos de apego seguros jugaban de manera más cooperativa que aquellos con estilos inseguros evitativos, que se involucraban menos y cuyo juego tenía una cualidad peor (Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citados en Fonagy et al., 2002). “Es probable que el juego simbólico conjunto promueva el entendimiento de los estados mentales” (Fonagy et al., 2002, p.47). En este juego simbólico el adulto elabora una representación hacia un tercer objeto “externo” que comparte con el niño, y que los dos tienen en su mente simultáneamente y que actúa como base entorno a la que se construye esta situación. Este simbolismo en el juego implica una transformación de la realidad en la que se tiene en cuenta, y a la vez se construye hacia, la otra persona.

La siguiente vía que consideraba el autor era el diálogo y la conversación, a través de la cual el proceso de entendimiento y reconocimiento de las emociones propias se va dando de manera gradual en el niño y éste, paralelamente, comienza a tomar conciencia de que los otros tienen sus propias representaciones mentales y sus propios pensamientos. “Hay evidencia de que las conversaciones sobre los sentimientos y las razones detrás las acciones de los demás están estrechamente relacionadas a la aparición temprana del funcionamiento reflectivo” (Brown, Donelan-McCall y Dunn, 1993 citado en Fonagy et al., 2002, p.48). El autor señalaba que los estilos y patrones de comunicación que se establecían entre la madre y el niño, gracias al vínculo seguro, facilitaba que se diera un diálogo en el que se incorporaban los sentimientos y las intenciones, y en el que los espacios en blanco que se daban en el conocimiento común eran reconocidos y tratados (Fonagy et al., 2002).

Por último propuso la interacción grupal o con semejantes como una manera de alcanzar las capacidades de la función reflexiva. “Interacciones grupales incrementan las oportunidades que tienen los niños para la simulación, imaginando lo que ellos pensarían, sentirían o harían si estuvieran en la situación de otra persona”. (Fonagy et al., 2002, p.50). A través de esta interacción los niños pueden “aprender” las representaciones mentales de sus iguales y entrar en contacto con temáticas y formas de pensar de su entorno social. De esta manera, la teoría de la mente se “pone en común” en el grupo con el objetivo de promover su desarrollo para los miembros del mismo, lo que a su vez permitirá, llevar al grupo a funcionar de la mejor manera posible. Son varias las investigaciones que hablan sobre esta conexión entre las interacciones sociales y el desarrollo de la teoría de la mente, como por ejemplo la de Lieberman (1977, citado en Fonagy et al., 2002) que concluyó que aquellos niños con estilos de apego seguros se mostraban más cómodos en situaciones sociales, con mayor empatía y que buscaban más estas interacciones, o la de Lewis et al. (1996, citado en Fonagy et al., 2002) que demostraron que los niños con relaciones que implicaban una interacción más frecuente con niños mayores que ellos (hermanos, amigos, compañeros de colegio) tenían un rendimiento mejor en pruebas que medían la capacidad de simbolización y de empatía.

### **3.5. Aportaciones de Miriam y Howard Steele**

Miriam y Howard Steele comienzan sus estudios de Doctorado en la University College de London, donde Miriam colaboró con Peter Fonagy y Howard por su parte con Joe Sandler, entrando en contacto con la teoría del apego e interesándose en formar



parte de esta corriente investigadora. En esta época lanzaron su proyecto-base, al que denominaron el “London Parent-Child Project” y con el que pretendían estudiar como se formaba el apego entre la madre (o padre) y el niño, y como se transmitían a lo largo del tiempo las representaciones mentales referentes al apego. Los Steele dividieron este proyecto en cuatro fases, en las que recogieron entrevistas con los padres y los niños, utilizando diferentes test y escalas, a lo largo de diferentes etapas, y desarrollando ellos también sus propias herramientas. La primera fase del estudio transcurrió cuando las madres estaban aún embarazadas, la siguiente cuando los niños tenían entre 12 y 18 meses (a los 12 meses se evaluaba la interacción del niño con la madre, y a los 18 con el padre), la tercera cuando los niños tenían 6 años y la última cuando éstos cumplían los 11 años (Steele, Steele, Croff y Fonagy, 1999).

Uno de los aspectos importantes en la investigación de los Steele fue su diseño longitudinal, que les permitió poder trabajar de manera continua con un grupo de niños a lo largo del tiempo. Gracias a ello fueron capaces de entender como iban evolucionando las capacidades cognitivas asociadas a estilos de apego seguro, como la metacognición y la regulación emocional, y cómo se transmitían los estilos y las representaciones de apego de padres a hijos. Es importante puntualizar que los autores no buscaban únicamente clasificar a los niños en base a sus estilos de apego, sino que buscaban medir en las diferentes fases de su estudio los aspectos relevantes a cada etapa del desarrollo.

Esto es importante ya que normalmente consideramos que un estudio longitudinal relacionado con el apego debe tratar de medir los estilos de apego durante la primera infancia, cuando es el aspecto evolutivo más importante, y

más tarde en la media infancia, ir concentrándose en la capacidad que sea más importante en cada momento del desarrollo, bien sea la gestión emocional, la relación con los iguales, auto-estima u otras que sean relevantes para que se dé una adaptación óptima. (Steele y Steele, 2005b, p.8).

Tabla 2

*Fases del estudio longitudinal de Miriam y Howard Steele*

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Phase 1: Infancy Assessments</b><br/>3rd trimester of first pregnancy and 12-18 months later<br/>(1987 - 1989)</p> | <p>Fase 1: Evaluaciones en bebés<br/>3er. Trimestre de primer embarazo y 12-18 meses después<br/>(1987-1989)</p>    |
| <p><b>Phase 2: Early Childhood</b><br/>5 and 6 year laboratory assessments<br/>(1992 - 1994)</p>                         | <p>Fase 2: Primera infancia<br/>Evaluaciones de laboratorio a los 5 y 6 años<br/>(1992-1994)</p>                    |
| <p><b>Phase 3: Middle/Late Childhood</b><br/>11-12 year home visits<br/>(1999 - 2001)</p>                                | <p>Fase 3: Segunda infancia/Última etapa de infancia<br/><br/>Visitas al hogar a los 11-12 años<br/>(1999-2001)</p> |
| <p><b>Phase 4: Long term follow-up</b><br/>16 year assessments<br/>(2004 - 2006) <i>in progress</i></p>                  | <p>Fase 4: Seguimiento a largo plazo<br/>Evaluaciones a los 16 años<br/>(2004-2006) <i>en curso</i></p>             |

Como se puede apreciar, las primeras fases estaban dedicadas por un lado, a recoger información sobre las representaciones mentales de los padres con respecto al apego (durante el embarazo de la madre), y por otro a medir el tipo de relación de apego que

se daba entre los niños y sus madres y sus padres en los primeros meses de vida (a los 12 y 18 meses respectivamente). Consegúan así, recoger información sobre el tipo de apego característico de los padres, resultante de sus propias experiencias pasadas, y de la manera en que estas representaciones se transmitían a sus hijos e influenciaban los patrones de comunicación que se daban en la díada madre(padre)-niño. Para esta tarea, los autores se aprovecharon tanto de su formación en la entrevista Adult Attachment Interview de Mary Main, como en la Situación Extraña de Mary Ainsworth, lo que les permitió recoger un abanico de información muy valiosa.

Los autores centraron gran parte de su investigación, y en particular la tercera fase del London-Project, al estudio de las emociones y de como los niños logran desarrollar las herramientas psicológicas necesarias para tolerar y gestionarlas de manera adaptativa. En este aspecto, el manejo de las emociones por parte del niño, particularmente en lo que se refiere al reconocimiento y comprensión de sentimientos positivos y negativos, es la madre (o la figura principal de apego) la que actúa como base y como referencia a través de la cual se canaliza el aprendizaje de esta gestión emocional. Dentro del contexto de una relación segura, donde la madre se muestra sensitiva y comprensiva hacia las necesidades de su hijo, y donde estas necesidades así como los sentimientos que van asociados a ellas, son tratados en una comunicación libre, se dan las condiciones idóneas para que el niño pueda poner las bases y comenzar a desarrollar los mecanismos que le permitirán dominar sus emociones (Cassidy y Shaver, 1999).

Aquellas madres que facilitan un apego seguro en sus hijos lo hacen a través de explorar con sus hijos un amplío rango de emociones. . . . Los

resultados obtenidos sugieren que cuando hay una sensibilidad materna adecuada durante el primer año de vida, los niños y niñas disfrutarán de beneficios que incluirán entre ellos una mayor precisión a la hora de reconocer la expresividad emocional en las caras a la edad de 6 años (Steele y Steele, 2008, p. 381).

En este contexto, el niño da sus primeros pasos hacia el manejo adaptativo de las emociones gracias a reconocer en su madre, y en la cara de ésta, sus propias emociones. El adulto actúa como un espejo para reflejar aquello que está sintiendo el niño y que de esta manera puede empezar a reconocer e interiorizar. Para que este proceso sea el adecuado, debe darse dentro del contexto de una relación de apego segura, en el que la madre recoge y procesa y re-elabora el contenido emocional del niño para que éste pueda ser “digerido” por el niño (Cassidy y Shaver, 1999). Las madres a través de su expresión facial van otorgando un sentido y un valor a las emociones que reflejan de sus niños, y los pequeños van construyendo un esquema en el que sus contenidos mentales adquieren significado. Éste es un tipo de aprendizaje pre-verbal por parte del niño, característico de esta etapa del desarrollo en la que se encuentra, pero no por ello significa que sea menos efectivo o que tenga una influencia menor. La investigación de los Steele demostró que los contenidos interiorizados en este momento seguían vigentes y ejerciendo influencia en etapas posteriores (a los 6 y 11 años de edad cuando son medidos a través de herramientas como el Affect Task) (Steele et al, 2008).

En ese mismo orden de ideas, los Steele (2005a) hablaban sobre el tipo de “parenting” o comportamiento que se debe dar por parte de los padres para que las posibilidades de que se dé un entorno seguro, favorable y facilitador para los niños, sean mayores. Los autores hacían referencia a un tipo de padres que han de ser autoritativos, en lugar de

autoritarios. Los primeros son aquellos que establecen límites y dan pautas a sus hijos, pero que cuentan con una flexibilidad mental que les permite adaptarse y re-estructurar sus planteamientos a medida que lo consideren necesario. “Los padres autoritativos prestan atención a las necesidades de sus niños y a sus puntos de vista, y generalmente usan la persuasión, la negociación y el razonamiento para conseguir la colaboración de sus hijos” (Steele y Steele, 2005b, p.7). En el polo opuesto, los padres autoritarios cuentan con Modelos Internos de Trabajo que son poco flexibles y que tratan de imponer a sus hijos. Estos padres experimentan frecuentemente contradicciones entre la realidad y sus propias representaciones mentales, y suelen resolverlas manteniendo sus esquemas y deformando la realidad hasta que encaja con sus ideas.

**3.5.1. El Friends and Family Interview.** Los Steele plantearon la entrevista del Friends and Family Interview como una “adaptación” o “continuación” del AAI para niños en la mediana infancia. Esta entrevista estaba dirigida a medir la capacidad de los niños para hablar y comentar sobre sus relaciones más significativas, y las emociones asociadas, y elaborar un discurso claro y ordenado en el que estuviera integrado este material emocional de manera coherente. Es en este momento vital del niño, cuando la capacidad para entender sus meta-representaciones mentales, asociadas a estados de ánimo de cualidad positiva y negativa (y comprender también como éstas influyen en la manera en la que se relacionan con otras personas) empieza a desarrollarse. “El FFI tiene como objetivo medir las representaciones del apego de los niños en la mediana infancia. Esta etapa del desarrollo es cuando las representaciones meta-teóricas sobre los pensamientos y emociones propias y ajenas se desarrollan” (Steele y Steele, 2005a, p.2). La coherencia y la calidad en el discurso a la hora de elaborar narrativos sobre sus relaciones de apego significativas era una de los aspectos que se buscaban en esta

entrevista. En este sentido, el FFI seguía los pasos de la AAI y confería a esta coherencia y a la credibilidad a la hora de responder las preguntas de la entrevista una importancia central. A medida que los niños integraban dentro de su discurso y su historia sus emociones y sus representaciones mentales de una manera genuina y adecuada, sus respuestas eran clasificadas como coherentes. Se consideraba que esta coherencia en su narrativo autobiográfico era el reflejo de experiencias seguras previas, donde los sentimientos habían sido integrados y tratados de manera abierta.

Previamente al estudio que llevó al desarrollo del FFI, los Steele y otros autores habían llegado a ciertas conclusiones que sirvieron como base para el desarrollo de esta escala (Steele y Steele, 2005a):

- Aquellos niños que tienen relaciones de apego seguras con sus madres muestran un entendimiento de las relaciones ambivalentes a partir de los 6 años de edad (medido utilizando la herramienta del Affect Task).
- Los niños que se benefician de relaciones de apego seguras con sus madres, tienen un entendimiento aumentado de las emociones (especialmente de las negativas), seguramente derivado de una conversación más frecuente y abierta de las emociones en casa.
- La coherencia a la hora de describir y evaluar las relaciones de apego (en el contexto del AAI) es significativamente diferente a la inteligencia verbal (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 1933, citado en Steele y Steele, 2005a, p.7).

En nuestro interés por desarrollar un protocolo que sirviera para medir la coherencia en relación a las relaciones de apego, y que también fuera capaz de despertar el interés de los niños de 11 años, nos llevó en dos direcciones. Por un lado, siguiendo las ideas de la Psicología del Desarrollo y la literatura entorno a las relaciones psicosociales, nos llevó a considerar la amistad y las relaciones con los amigos cercanos como un tema a tratar. La salud psicosocial de los niños depende en gran parte de las relaciones cercanas que se desarrollan fuera de la familia, por ello para medir la coherencia respecto a las relaciones cercanas debemos preguntar por sus mejores amistades y como se van desarrollando. De esta manera diseñamos el FFI como una manera de medir de manera sistemática la visión que tiene el niño acerca de las complejas y a menudo conflictivas emociones que nacen derivadas de estas relaciones cercanas (Steele y Steele, 2005a, p.15).

De esta manera, los Steele elaboraron una entrevista orientada a explorar las relaciones significativas y el entorno del niño (sus amigos, sus padres, sus profesores) con el fin de atraer la atención de éstos y proponerles una conversación en la que ellos se encontraran a gusto y pudieran expresarse libremente. A través de este diálogo podían observar la coherencia con la que el niño elaboraba sobre los sentimientos que iban asociados a estas relaciones.

Los autores esperaban encontrar en su investigación con el FFI resultados que estuvieran en la misma línea que aquellos que se habían obtenido en estudios previos que utilizaban el AAI. Por ejemplo, aquellos en los que los diferentes estilos de apego que presentaban los niños de 11 años y sus padres, y los diferentes estilos

comunicativos que iban asociados a estos estilos de apego, ejercían una influencia significativa en la manera en la que estos niños percibían y comunicaban sus propias emociones. Como ya hemos mencionado anteriormente, estilos de apego seguros van asociados a una comunicación más libre y directa de las emociones, tanto positivas como negativas, que permiten al niño un mejor reconocimiento y gestión de las emociones propias y ajenas. “Esperamos encontrar en la conversación sobre uno mismo y las relaciones de apego a los 11 años se vería similarmente influenciada por las diferencias individuales en el apego y por los patrones de comunicación y relación que van asociados a cada uno de los estilos de apego” (Steele y Steele, 2005a, p.4). Los autores teorizaban que las diferencias en las respuestas de los niños y en el nivel de coherencia que mostrarían, serían un reflejo de las experiencias de apego y no de la habilidad o capacidad verbal o de inteligencia de los niños. La idea de los Steele era que en el FFI la inteligencia verbal y el IQ general se verían reflejadas en la narrativa del FFI de la misma manera en que se veían reflejados en las respuestas de los padres en el AAI (Kriss, Steele y Steele, 2012). Para probar esta idea compararon:

- Las puntuaciones en coherencia en el FFI de los niños de 11 años.
- El apego de la madre con el niño medido a los 12 meses con una Situación Extraña.
- El apego del padre con el niño a los 18 meses medido con una Situación Extraña a los 18 meses.
- Las puntuaciones en el AAI de los padres antes de que los niños nacieran.

Ante este escenario los Steele (2005a) preveían dos posibles alternativas. Podrían ser las representaciones que tienen los padres con respecto al apego, medidas a través de la



entrevista del AAI, las que predijeran la coherencia que mostrarían los niños a los 11 años en el FFI, al hablar sobre sus relaciones más significativas y las emociones asociadas. Si éste fuera el caso, podrían decir que son las representaciones mentales de apego que tienen los padres, que se suponen estables e influyentes para los adultos a lo largo de su vida, y la cualidad de la relación que es constante y duradera en el tiempo, las que influían de manera más importante en la formación de la relación de apego con sus propios hijos. Si en cambio, fueran las Situaciones Extrañas de los niños con sus padres (por separado) las que predijeran la coherencia de los hijos en la FFI, entonces podrían implicar que las relaciones tempranas son las que ejercen la influencia mayor en la formación de los vínculos seguros.

Una vez analizada la información recogida los Steele obtuvieron varias conclusiones significativas y que venían a confirmar una de sus hipótesis. Los aspectos de la coherencia medida a través del FFI, que más se relacionaban con los AAI de los padres, eran la autenticidad y la credibilidad. Paralelamente, se daba una correlación significativa entre aquellos niños que se mostraban coherentes en la discusión de sus relaciones y emociones a lo largo de la FFI y la puntuación de las AAI de las madres como “seguras” durante su embarazo.

Aquellos niños con FFI que se han clasificado como coherentes, han tenido madres que les han escuchado, y les han respondido de manera adecuada, en el contexto de una conversación abierta sobre las emociones positivas y negativas. Esperamos encontrar esto ya que en diferentes investigaciones se ha demostrado que aquellas relaciones facilitadoras de una expresión emocional abierta y

honestas están estrechamente relacionadas con estilos de apego seguros (Steele y Steele, 2005a, p.27).

Por otro lado, no apreciaron una relación significativa entre la Situación Extraña de los padres y los niños a los 12 y 18 meses y la coherencia de los niños a los 11 años durante el FFI. Estos resultados ofrecieron información a los autores que apuntaban a que la transmisión inter-generacional de la seguridad se daba gracias a un proceso continuado y a un flujo constante en la relación madre-hijo. No son únicamente las primeras interacciones, que establecen un primer vínculo y ayudan al niño a definir sus primeras relaciones, las que determinan los estilos de apego de los niños, ni la manera en la que se transmite la seguridad (o inseguridad) de sus padres.

Otra conclusión interesante que obtuvieron tenía que ver con la transmisión diferenciada que se daba entre los padres y madres hacia sus hijos. En el caso de las niñas era las puntuaciones de coherencia del AAI de ambos, madres y padres, las que se relacionaban significativamente con la coherencia que mostraban los niños en la entrevista. Mientras que en el caso de los niños, eran únicamente las madres, y sus respuestas en la AAI, las que influían en la capacidad de éstas para hablar y estructurar de una manera coherente sus respuestas durante el FFI. Los autores postulaban que detrás de este fenómeno se encontraba el hecho de que, para las niñas la figura de referencia era siempre y únicamente la madre, mientras que para los niños la madre y el padre actuaban como adultos de referencia. En el caso de los niños, las madres son las que normalmente están más cerca y están pendientes de las necesidades de los niños durante las primeras interacciones, mientras que los padres ejercen de referente a nivel social en el desarrollo de la personalidad, mostrando el camino y enseñando al niño las

expectativas que van asociadas a su género. En el caso de las niñas, ambas figuras, tanto la cuidadora principal como la referente social, estarían representadas en la madre y por ello es la figura que ejerce la influencia única y más importante (Steele y Steele, 2005b).

#### 4. El TDAH

El TDAH es una patología compleja, multifactorial, que tiene un fuerte impacto en los sujetos que la padecen ya que les dificulta enormemente diferentes aspectos de su vida cotidiana. “El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad” (Alda et al., 2010). Los niños con este trastorno presentan, además de las características hiperactividad e inatención, dificultades en el ámbito escolar (generalmente les influye en el aprendizaje y van retrasados en algunos campos y necesitan de más ayuda y una atención especial para poder seguir el ritmo “normal” de sus compañeros), en el familiar (los padres deben dedicar tiempo y atención a sus niños y a entender su manera particular de funcionar y suelen darse situaciones de conflicto con padres y hermanos) y a nivel social (a la hora de relacionarse con sus iguales pueden tener dificultades al no prestar atención o al ser percibidos por sus compañeros como “diferentes”). Esta diversificación en el impacto que tiene el trastorno, que puede llegar a afectar al desarrollo personal y social del individuo, es una de las razones que hace que el TDAH sea una patología tan investigada.

Según Alda et al. (2010) las manifestaciones más habituales de los síntomas centrales, característicos del trastorno son:

- *Hiperactividad*: Se manifiesta por un exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones que resulta inadecuado hacerlo. Estos niños muestran una actividad motriz elevada en diferentes ámbitos. El momento evolutivo influye significativamente en la manifestación de la hiperactividad.

- *Inatención*: Hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales. A los niños les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido.
- *Impulsividad*: Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás. Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño parezca “estar controlado por los estímulos” de forma que tiene tendencia a tocarlo todo.

El diagnóstico del TDAH ha crecido exponencialmente en los últimos quince años, convirtiéndose en el trastorno clínico más prevalente entre la población infantil. Este rápido crecimiento, asociado a un aumento en paralelo del uso de medicamentos para su tratamiento (especialmente de los estimulantes y en particular del metilfenidato), así como el impacto multidimensional que hemos mencionado antes, ha convertido al TDAH en un fenómeno mediático, que sobrepasa los límites del ámbito clínico y llega a diferentes áreas de la sociedad. Periódicos y revistas han dedicado artículos a hablar y debatir sobre este trastorno, sobre su tratamiento con psicofármacos y la efectividad del mismo, así como de la conveniencia de su uso y los efectos secundarios asociados. Se han creado asociaciones y organizaciones privadas dedicadas a estudiar el trastorno, así como a facilitar información y apoyo a los niños (y en menor medida adultos) que sufren esta patología y a sus familiares.

Dada la situación actual, con el TDAH recibiendo un flujo constante de atención y de recursos, sería de esperar que la definición y la comprensión del trastorno fuera cada vez mayor y que estuviéramos un paso más cerca de llegar a entender su origen, su

desarrollo y como hemos de actuar ante él. Sin embargo, una revisión de la literatura nos ofrece una visión distinta, en la que se aprecia que no hay una unanimidad ni un acuerdo sobre la etiología o el tratamiento a seguir en el TDAH. Hay una gran variedad de estudios e investigaciones que apuntan en diferentes direcciones, pero ninguna parece llegar a conclusiones que sean 100% concluyentes (sobre todo respecto al origen o posible etiología del TDAH) y en muchos casos las opiniones sobre el trastorno parecen depender del “background” de los autores. Se observan diferencias significativas en el diagnóstico y tratamiento del trastorno dependiendo del país en el que suceda, con Estados Unidos a la cabeza en número de casos y recetas para psicoestimulantes, y Francia, en el polo opuesto, donde este tipo de tratamiento está altamente limitado (prácticamente prohibido) por las posibles consecuencias derivadas de su mal uso (Lasa, 2001).

La marcada tendencia de aparecer asociado a otros trastornos comórbidos, es otra de las razones que hacen que el TDAH sea un desorden tan investigado. En un estudio de Jensen et al. (2001, citado en Alda et al., 2010) el 85% de los sujetos presentaban por lo menos un trastorno comórbido al TDAH, y el 60% por lo menos dos trastornos comórbidos. Esta presentación conjunta complica el tratamiento y la definición del TDAH, ya que es difícil delimitar para los profesionales clínicos donde empieza uno y donde acaba el otro.

Hay una fuerte tendencia a considerar el TDAH como un trastorno con un origen biológico, con unos marcadores genéticos determinados y con un tratamiento específico definido también. Los autores que se suscriben a esta corriente de pensamiento defienden el lema “una enfermedad, un diagnóstico, un tratamiento”. En este sentido,

cabe destacar que una parte importante de las investigaciones entorno al TDAH surgen de esta corriente investigadora y tratan de encontrar la biología detrás de este trastorno, bien tratando de hallar los circuitos neuronales que pueden verse afectados en aquellos pacientes con un trastorno del TDAH, bien investigando las estructuras cerebrales que han podido resultar dañadas y que influyen en la aparición del trastorno. En una revisión de la literatura de 2017 se puede observar que hay diversas líneas de investigación:

- Algunas de ellas buscan relacionar el TDAH con anomalías en los circuitos de Dopamina (en los genes SLC6A3 y DRD4), de Noradrenalina (en los genes SLC6A2, ADRA2A y ADRA2AC) y de Serotonina (SLC64A, 5-HTT y SERT).
- Otras buscan relacionar el TDAH con alteraciones tempranas del desarrollo cortical.
- Hay investigaciones que apuntan a una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas.
- Otras apuntan a volúmenes significativamente inferiores a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas a esta como: el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior o el cerebelo (Castellanos, 2002, citado en Alda et al., 2010).
- Reciente estudios genómicos muestran la complejidad genética del TDAH, que se ha asociado con marcadores en los cromosomas 4,5,6,8,11,16 y 17 (Faraone et al., 2005 citado en Alda et al., 2010).
- En una investigación de Ribases et al. (2008 citado en Alda et al., 2010) obtuvieron resultados que apuntaban a una participación significativa en la susceptibilidad genética del TDAH.

Éstas son sólo algunas de las investigaciones más destacadas publicadas en el último año. Pero es significativo que todavía no se haya llegado a resultados definitivos y finales sobre la etiología “biológica” del TDAH. Cada uno de estos estudios ofrecen datos que apuntan en diversas direcciones pero que no llegan a ser concluyentes y siempre aconsejan continuar con la investigación para tratar de recoger datos que permitan elaborar una teoría final sobre la base biológica de este trastorno. En este contexto, se puede afirmar a día de hoy, que no hay una unanimidad absoluta en lo referente a una etiología “única y biológica” de la patología TDAH.

Como contrapartida al enfoque médico-biológico del TDAH, se presenta una corriente de pensamiento que trata de entender el TDAH como parte de un sistema global y general del individuo, en la que este trastorno es un reflejo “sintomático” de un desajuste o de un mal funcionamiento de alguno de los elementos de este sistema. Los defensores de esta corriente, contemplan una etiología multi-factorial del trastorno, con influencia de la genética del individuo, de su ámbito familiar y social y de sus propias cualidades psicológicas (Lasa, 2001). Este enfoque o manera de entender el TDAH encaja con la idea y la forma de plantear nuestra investigación, ya que consideramos que esta patología es el resultado de una interacción de diversos aspectos y de una organización psicológica que lleva al sujeto a hiperactivar su sistema motriz y desactivar su atención como manera de adaptarse evolutivamente a las posibilidades relacionales que tiene a su disposición. En este contexto, uno de los artículos de referencia para este apartado es el escrito por Alberto Lasa en 2001, en el que describe de manera profunda los aspectos importantes de la patología TDAH y presenta este debate entre las dos corrientes investigadoras más importantes entorno al mismo.



Dentro de esta línea de pensamiento, el sociólogo Peter Conrad es conocido por sus aportaciones a lo que él denomina la “medicalización de la sociedad”. Conrad apunta hacia el hecho de que el número de problemas diarios que son definidos como problemas médicos ha crecido de manera muy significativa y se pregunta si esto se debe a que hay una epidemia de problemas médicos, si la práctica médica es mejor identificando y tratando problemas ya existentes, o si hay un gran número de problemáticas de la vida cotidiana que están siendo recibiendo diagnósticos médicos y tratamientos médicos aún cuando su evidencia medica es escasa (Nielsen, 2016).

En este apartado vamos hacer una reflexión sobre cinco apartados que consideramos clave en el TDAH que son: su sintomatología, prevalencia, su etiología, sus criterios diagnósticos y su tratamiento. La revisión de la literatura de los últimos años ofrece un amplio abánico de información de estas variables, por lo que intentaremos resumir y resaltar aquello que hemos considerado más relevante para nuestra investigación.

#### **4.1. Sintomatología**

Si bien no hay unanimidad ni consenso sobre la etiología o tratamiento del TDAH, sí que hay ciertas tendencias, comportamientos y problemáticas que se pueden observar y que son comunes entre los niños con esta patología. Según Lasa (2001, p. 41-43) éstas serían las características más observables a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo infantil:

- Hasta los 18 meses suelen ser descrito como bebés muy movidos, protestones y gritones... Los periodos de calma y atención tranquila son escasos y predomina

la inquietud y la irritabilidad. No suelen buscar a la madre, con la mirada o con la mímica, para utilizarla como punto de referencia y orientación, y parecen recurrir menos que otros niños al abrazo y al apego como búsqueda de contención.

- De los 18 meses a los 3 años el retraso en la aparición y organización del lenguaje es frecuente y contrasta con la precocidad motriz, en la que se mezclan ciertas ciertas habilidades de aparición rápida (sobre todo la marcha) y cierta impulsividad y brusquedad que dan lugar a una motricidad en su conjunto poco armónico (con frecuentes dificultades en la motricidad fina que exige fluidez y paciencia, o lo que es igual atención mantenida).
- A partir de los 4 o 5 años el comportamiento desordenado involuntario, o a veces voluntario, destructor genera rápidos conflictos desde la entrada del niño en ambientes colectivos. Desde la perspectiva de la evolución del comportamiento hiperactivo, una intervención precoz, anterior a los 4-5 años, puede tener un valor preventivo nada desdeñable porque evita la distorsión progresiva de las relaciones familiares y escolares, y las interacciones desfavorables inevitables consecuentes (desde la impaciencia, irritabilidad y reproches recíprocos hasta el rechazo-marginación y la desesperación). Además desde una perspectiva global del desarrollo que entiende la organización motora, cognitiva y afectiva como un todo interrelacionado, la intervención terapéutica en estos momentos clave para la evolución de la personalidad y para la función estructurante, o desestructurante, de las relaciones familiares, resulta fundamental.

## 4.2. Prevalencia

En España, según la asociación FEAADAH (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Deficit de Atención e Hiperactividad), en 2017 la prevalencia oscila entre el 5 y el 7%, y apuntan que en Cataluña en 2015, 17.322 menores fueron diagnosticados con TDAH, lo que supuso un 140% más que un 2008. Se observa que en las investigaciones en torno al TDAH hay una variabilidad en la prevalencia, que se explica por las diferencias en las muestras, más o menos representativas, y en las herramientas que se utilizan para evaluar. Esta variabilidad se observa no sólo en estudios españoles, sino en investigaciones internacionales también. Según Lasa (2001) esta variabilidad en la prevalencia (que puede ir desde el 1 hasta el 9%) puede deberse a los diferentes “sistemas” que identifican al niño como hiperactivo: padres, profesores o médicos y que no suelen mostrar una buena concordancia entre ellos.

Hay un predominio de niños con TDAH en comparación con las niñas, y este fenómeno se repite a lo largo de diferentes estudios. Parece ser que en las niñas hay más casos de déficit de atención, y que en muchos casos pasan desapercibidos al no ser una sintomatología tan “ruidosa” y “visible” como la hiperactividad y pobre auto-regulación motora más característica de los niños (Alda et al., 2010).

En cuanto a los factores de riesgo que pueden tener influencia en la aparición y el curso del TDAH, en lo referente a los socio-económicos o culturales, no hay datos que ofrezcan conclusiones definitivas, pero hay algunas investigaciones que apuntan a que el estatus socio-económico y el nivel intelectual correlacionan con la severidad y con una evolución problemática del trastorno. Por otro lado, “el grado de aceptación de los

iguales y el grado de hiperactividad del niño, influyen en el desarrollo y curso del trastorno” (Lasa, 2001, p.46). Se han observado también relaciones significativas con otros factores de riesgo no genéticos como pueden ser la prematuridad, el consumo de sustancias o de tabaco y alcohol durante el embarazo, así como traumatismos craneoencefálicos importantes durante la primera etapa de la niñez o infecciones que aparecen en el sistema nervioso central (Alda et al., 2010).

Estos fenómenos que se observan a nivel nacional se repiten en diferentes investigaciones internacionales, por lo que se puede interpretar que son tendencias que ocurren a nivel global con muestras TDAH. Por ejemplo en Estados Unidos, hay estudios que indican que el diagnóstico del TDAH ha incrementado un 42% entre 2003 y 2011, y que ahora un 10% de los niños en educación primaria cumplen con los criterios para un diagnóstico de TDAH (Modesto-Lowe, Chaplin, Sinha y Woodard, 2015). Según Manos, Giuliano y Geyer (2017) la prevalencia del TDAH a nivel mundial varía entre el 2.2% al 17.8%, con los estudios de meta-análisis más recientes en Estados Unidos y Europa arrojando datos de 7.2% de prevalencia en menores de 18 años. En este contexto Polnczyk, Silva de Lima, Horta, Biederman y Rohde (2007) llevaron a cabo un estudio en el que revisaban los estudios y los datos del TDAH en los cinco continentes e investigaron los motivos para que se dieran porcentajes diversos. Después de realizar el análisis llegaron a la conclusión de que las diferencias entre los casos de TDAH en las diferentes localizaciones se debía principalmente a diferencias metodológicas y que al controlar esta variables los datos entre Europa, Estados Unidos y Oceanía no arrojaban diferencias significativas.

La falta de unanimidad en los datos sobre la prevalencia del TDAH, con rangos de variabilidad importante, no hacen sino avivar el fuego del debate entorno al sobrediagnóstico del mismo. Sin unas cifras claras, estables, que hablen a favor de un trastorno bien definido y que está fuera del alcance de influencias culturales o sociales, las dudas entorno al mismo crecen y permanecen sin resolverse. En este contexto Lasa (2001, p.26) aporta una serie de ideas sobre el diagnóstico del TDAH que arrojan luz sobre el mismo y que explican parcialmente los fenómenos que hemos comentado:

- El diagnóstico puede hacerse en forma fiable una entrevista clínica pero no hay una prueba diagnóstica independiente válida.
- No hay datos para indicar que se debe a una anomalía cerebral.
- No existe un límite cualitativo que lo separe y diferencie de los índices de inatención o actividad continua presentes en la población normal.
- No es un desorden aislado y las comorbilidades (condiciones coexistentes) pueden relacionarse con confusiones e inconsistencias de algunas investigaciones.
- Aún cuando se ha estimado su prevalencia en un 3-5% se han denunciado amplios rangos de prevalencia y se diagnostica mucho menos en otros países. Debe ser mejor estudiado en diferentes poblaciones y mejor definido.

### **4.3. Evaluación Diagnóstica**

La información para el diagnóstico del niño con TDAH proviene de cuatro fuentes diferentes; la información proveniente del propio niño, de la familia, de los profesores, y de los profesionales clínicos. Estas informaciones son en algunos casos convergentes y

apuntan en una misma dirección, mientras que hay otros casos en los que ofrecen conclusiones contradictorias. Dada esta heterogeneidad en la recogida de datos, y con la intención de estandarizar lo máximo posible la misma, se utilizan escalas y test que “permiten cuantificar y objetivar la sintomatología e intentan reducir la tendencia a la deformación subjetiva” (Lasa, 2001, p.47).

Las entrevistas con los padres tienen como objetivo lograr información de “primera mano” sobre el niño en el entorno de su hogar. En este sentido, se pretende que los padres sean observadores neutrales en el “entorno natural” de los niños, y que puedan aportar información objetiva sobre éstos. Sin embargo, las entrevistas a los padres se ven influenciadas por la propia subjetividad de los padres, y por ello parece que no son herramientas tan objetivas como se pretenden.

Nuestra experiencia confirma la idea general, expresada por muchos autores de orientación psicoanalítica, de que las fantasías y temores, conscientes o no, de los padres hacia sus hijos, determinan no sólo proyecciones psicológicas que configuran la forma con que les ven, sino también comportamientos que determinan e interactúan con los del niño (Lasa, 2001, p.48).

La entrevista con el niño es la manera directa y la herramienta más valiosa para lograr información sobre su persona. Al igual que con los padres, se tiende a utilizar herramientas y test estandarizados que permiten obtener un perfil del niño y elaborar un diagnóstico del TDAH. Estos test ofrecen información psicométrica de los niños y proporcionan una clasificación en relación a otros niños sin trastorno clínico en diferentes dimensiones que están relacionadas con la patología TDAH. Pero más allá de

los resultados que ofrecen estos test estandarizados, es importante realizar una evaluación de carácter generalista de los niños, que incluya diversos aspectos de la psyche de los niños y de su funcionamiento a nivel general, familiar y social.

Es particularmente importante la evaluación y observación clínica y psicopatológica, completa y sistémica del niño (de su funcionamiento global y no sólo de su hiperactividad). Particular atención merece la exploración emocional y afectiva, habitualmente relegada a la vista de la espectacular sintomatología hiperactiva (Lasa, 2001, p.52).

En 2016 Nielsen realizó una investigación sobre la experiencia de adultos con TDAH y recogió historias y relatos entorno a su experiencia con el trastorno y en el ámbito clínico. En este contexto, subrayó como en Dinamarca está establecido que los niños que acuden a consulta clínica deben recibir una serie de entrevistas (ellos y sus familiares también) antes de recibir un diagnóstico de TDAH, pero la experiencia real estaba lejos de este ideal y los pacientes no experimentaban un proceso diagnóstico tal.

Mis informantes describen experiencias muy diferentes en el proceso diagnóstico. Mientras algunos respondían varios tests y cuestionarios, otros describen su proceso de diagnóstico como una conversación de diez minutos con un psiquiatra. A algunos se les sugirió que les acompañará un familiar, mientras que a otros no. Solamente unos pocos recibieron un tratamiento adicional al farmacéutico (terapia individual o grupal), pero todos recibieron algún tipo de fármaco (Nielsen, 2016, p.25).

Estas experiencias confirman la idea de que en algunas situaciones hay una excesiva “prisa” para diagnosticar a los niños que acuden a un recurso sanitario con la etiqueta del TDAH, ignorando los procesos diagnósticos pre-establecidos y las recomendaciones de los profesionales especialistas.

#### **4.4. Criterios Diagnósticos**

El TDAH, con su naturaleza compleja y con el debate que lleva asociado, necesita unos criterios diagnósticos claros y específicos que definan lo que es el TDAH y qué personas deben recibir este diagnóstico. En este sentido, se pretende homogeneizar el proceso de observación clínica y recogida de datos, y por ellos varios de los manuales clínicos han elaborado criterios para definirlo. Entre ellos el DSM-5 y el CIE-10, que son dos de las herramientas de referencia en el momento.

“Es importante que antes de empezar con la batería de test o de herramientas, el pediatra o el profesional de atención primaria que reciba al niño, descarte que los síntomas sean consecuencia de otros trastornos infantiles o del desarrollo” (Lasa, 2001, p.54). La historia médica puede ayudar a descartar a aquellos niños con asma o alergias que están siendo tratados con corticoides y a aquellos con hipotiroidismo o hipertiroidismo cuyos síntomas frecuentemente cumplen con los criterios para el TDAH. Estos síntomas pueden aparecer también después de una lesión cerebral traumática o algún accidente neurológico. Otros desórdenes psiquiátricos como pueden ser los trastornos del aprendizaje, del humor, de ansiedad, o de abusos de sustancias, pueden imitar la sintomatología del TDAH. Un control de las posibles causas sociales



que hagan aparecer estos síntomas (conflictos familiares, bullying, trastornos del sueño...) ayuda a mejorar la fiabilidad del diagnóstico (Austerman, 2015).

El CIE-10 (Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales) (OMS, 2002) es una de las herramientas más utilizadas a la hora de evaluar un posible diagnóstico del TDAH. Lo clasifican como “trastorno hiperactivo” dentro de los trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Según esta escala, para recibir este tipo de diagnóstico se requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad. Estos síntomas han de aparecer antes de los seis años, ser prolongados en el tiempo (por lo menos durante 6 meses), en diferentes situaciones y ámbitos de la vida del niño, teniendo un impacto significativo en el funcionamiento normal de éste. Además estos síntomas no pueden ser el resultado de otros trastornos psicológicos o neurológicos. Para el CIE-10 la presencia de ansiedad o alteraciones del estado de ánimo son criterios de exclusión diagnóstica. En este sentido el CIE-10 presenta una definición más restrictiva y sus criterios son más difíciles de cumplir que otras escalas utilizadas. Por ello este síndrome se considera más severo y menos frecuente que el definido por el DSM-5. “En Europa finalmente se ha aceptado el concepto de DSM-IV del TDAH, y el trastorno hiperactivo se entiende como una forma más grave de TDAH” (Ortega, 2014).

Está previsto que en Mayo del presente año aparezca la nueva versión de esta escala, la CIE-11, en la que se preve que habrá un acercamiento a nivel sintomatológico con el DSM-5, lo que permitirá una mayor homogeneidad y un acercamiento en los criterios diagnósticos.

Se presenta similitud entre DSM-5 y CIE-11 en relación al TDAH, algo que no habíamos tenido la oportunidad que ocurriera en las ediciones anteriores de DSM o CIE. Esto es beneficioso para todos dado que se homogeneizan, hasta cierto punto, los criterios diagnósticos. CIE-11 va un poco más allá de la caracterización clínica del TDAH, presentando los límites con la “normalidad” y con otros diagnósticos, además de mostrar un panorama evolutivo (cambios en el tiempo o manifestaciones dependiendo de la edad) así como las diferencias en cuanto al género. En general, podemos decir que presenta una visión más amplia probablemente como resultado de la amplia discusión que ha llevado la elaboración de las guías de cada uno de los diagnósticos (Orellana, 2017).

Se considera el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como el manual de referencia a la hora de elaborar un diagnóstico del TDAH. Su última versión, el DSM-5 fue publicada en Mayo de 2013 por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría). Los criterios diagnósticos del DSM-5 son básicamente los mismos que los de la versión anterior del manual. Parte de las modificaciones han ido dirigidas a facilitar el reconocimiento y el diagnóstico del TDAH en adultos, desapareciendo la etiqueta de “trastornos del niño y del adolescente”. Según la APA “adaptando el criterio diagnóstico para adultos, el DSM-5 busca que aquellos niños con un trastorno TDAH sigan recibiendo ayuda a lo largo de su vida si lo necesitan” (APA, 2013, citado por Nielsen, 2016, p.28). Para ello se retrasa la edad de aparición de los síntomas (deben aparecer antes de los 12 años, en vez de los 7 años que establecía el DSM-IV) y elaboran algunos ejemplos que pueden darse en etapas adultas del desarrollo (Ortega, 2014).

Para recibir un diagnóstico de TDAH de acuerdo al DSM-5 los niños deben “presentar un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo” (APA, 2013). Para ello han de estar presentes seis o más de los síntomas definidos de inatención (A1) o de hiperactividad (A2) durante al menos seis meses (para adolescentes mayores y adultos a partir de 17 años de edad la presencia de 5 síntomas son suficientes) y que interfieren en sus actividades sociales y académicas o laborales. Estos síntomas no deben ser una manifestación del comportamiento de oposición, desafío u hostilidad, y deben estar presentarse en dos o más contextos (casa, colegio, trabajo...). Estos síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos, y no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explica mejor por otro trastorno mental. Dependiendo de la presencia o no de los síntomas y de la duración de estos en el tiempo los sujetos pueden recibir los siguientes diagnósticos (APA, 2013):

- Presentación combinada: Si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva-impulsiva: Si se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

## 4.5. Tratamiento

Es el tratamiento del TDAH, sobretodo en su formato farmacológico y con estimulantes, probablemente el apartado que más debate ha suscitado y aquel que ha recibido la mayor atención. Y no solamente por parte de la comunidad clínica, desde la cual se han elaborado y desarrollado multitud de investigaciones y proyectos, sino desde un interés generalista, que ha visto como este trastorno ha pasado a formar parte de lo cotidiano, incorporándose al vocabulario e introduciéndose en los debates del día a día.

La controversia entorno al tratamiento del TDAH navega en paralelo a la polémica general que hay respecto al trastorno, y en la que se aprecian dos corrientes de opinión bien definidas. Por un lado, aquellos defensores de un enfoque “médico-biológico” y que apoyan la teoría de “un trastorno, una causa, un tratamiento”, y que abogan por el tratamiento medicamentoso como única alternativa. Como contrapartida a esta metodología, se encuentran los profesionales que defienden que el tratamiento debe abordarse desde una perspectiva multi-factorial, ya que se ha demostrado que es la combinación de un trabajo psicoterapéutico combinado con el uso de fármacos la que obtiene los mejores resultados (con una remisión mayor de los síntomas y una duración más larga en el tiempo).

El tratamiento farmacológico, basado principalmente en el uso de psicoestimulantes anfetamínicos (particularmente el metilfenidato), se ha demostrado muy valioso para reducir los síntomas más externalizantes (como la hiperactividad motriz o la dificultad de mantener la atención), lo que facilita al niño la adaptación a entornos como el escolar o el social, y les ayuda a mejorar la imagen de ellos mismos y su autoestima. Estos

psicoestimulantes tienen una estructura similar a la anfetamina, y su acción se basa en aumentar la dopamina y la noradrenalina en el espacio sináptico.

En cuanto a su eficacia clínica, a corto y medio plazo, ha sido objeto de numerosos estudios que hablan de eficacia demostrada en un 60-70% de casos. Actúa sobre los síntomas fundamentales (agitación, falta de atención, impulsividad) y secundariamente favorece el funcionamiento cognitivo, social y familiar (Spencer et al., 1996, citado en Lasa 2001, p. 60).

Se puede observar que la polémica entorno al tratamiento medicamentoso surge en tres frentes. Por un lado, cuando se quiere abogar por un reduccionismo total en el que se considera únicamente este tipo de intervención la adecuada. Esta tendencia se puede apreciar de manera más clara en Estados Unidos donde hay una fuerte inclinación a tratar el TDAH exclusivamente con el uso de psicofármacos.

Hay que reconocer que los éxitos de la psicofarmacología tiene como contrapartida la tendencia creciente a dejar de lado una aproximación psicopatológica, para favorecer una respuesta unívoca, puramente medicamentosa, que priva a los pacientes de una reflexión terapéutica sobre la significación y sentido profundo de su malestar (Lasa, 2010,p.57).

Por otro lado, hay un miedo e incertidumbre por los efectos secundarios que pueden llevar asociados (los más frecuentes la pérdida de apetito, el trastorno del sueño y la disminución del peso) y por una posible evolución hacia un abuso de sustancias derivado del mal uso de los medicamentos, tanto por parte de los niños como de los

propios familiares. Y por último, porque no hay estudios concluyentes que demuestren los efectos largo plazo de este tipo de intervención, o que arrojen resultados que demuestren su eficacia. Barkley (1997), concluyó tras analizar 17 estudios publicados sobre la acción a largo plazo de los psicoestimulantes sobre los rendimientos escolares, que su eficacia en este contexto era mediocre.

Por su parte, la intervención terapéutica en niños con TDAH está altamente recomendada. Suele basarse en facilitar a los niños estrategias (cognitivas y de tipo conductual) para controlar sus impulsos y conseguir una mejor adaptación a sus entornos escolares, familiares y sociales. Es muy importante también el trabajo que se realiza a nivel colectivo, ofreciendo apoyo y soporte a una unidad familiar que suele verse afectada por la patología del niño, y recogiendo las fantasías y proyecciones que pueden darse entorno a la propia enfermedad y que pueden influir en la evolución de la propia patología o en la eficacia y adherencia al tratamiento.

## 5. TDAH y Apego

Diferentes autores se han dedicado a explorar la posible relación entre las representaciones de apego del niño y el TDAH. Tratar de entender si hay una relación de causa-efecto, en cualquiera de las dos direcciones, o una correlación significativa entre estilos de apego inseguros y los síntomas de falta de atención y hiperactividad, ha sido en los últimos años uno de los focos principales de estudio. Revisando la bibliografía, hay una tendencia a considerar como un punto de encuentro entre ambas la capacidad de auto-regulación de los niños, que se cree está directamente influenciada por las interacciones tempranas madre-hijo. Esta habilidad regulatoria implica que el niño sea capaz de gestionar sus contenidos mentales y sus emociones de manera adaptativa y que su comportamiento motor y su conducta sean también controlados y adaptados. En este contexto, los niños con el trastorno del TDAH, que muestran dificultades a la hora de integrar las funciones cognitivas, afectivas y motoras, podrían tener como motivo principal de su problemática unas capacidades auto-regulatorias pobremente desarrolladas.

Hay diversos estudios que, buscando la relación o posible conexión entre estos dos conceptos, han arrojado resultados que apoyan esta hipótesis. En un estudio de Finzi-Dottan, Manor y Tyano (2006), los niños con un diagnóstico de TDAH, combinado o principalmente hiperactivo, tenían puntuaciones más altas en apego de tipo preocupado y evitativo, así como características temperamentales de actividad y emotividad más elevadas. Por su parte, los padres de este grupo de niños reportaban un mayor uso de estilos parentales restrictivos y de control. En la misma línea, Stiefel (1997) concluyó que el patrón de interacción estresante, prolongado e ininterrumpido característico de las

relaciones familiares de los niños con TDAH, influía en la formación del estilo de apego y dificultaba el desarrollo de las capacidades de auto-regulación. Similarmente, Margarita Ibáñez (2007) encontró que en un grupo de niños diagnosticados con TDAH, aquellos con apego de tipo seguro tenían madres que tenían un lenguaje más fluido y que eran capaces de verbalizar su experiencia sin rupturas, teniendo una mejor comunicación con sus hijos. En un estudio en el que investigaban las representaciones mentales de apego de los niños a través de un cuestionario y de un test de dibujo proyectivo, Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson y Stiefel (2011) hallaron que los niños con TDAH expresaban de una manera menos adaptativa sus sentimientos de miedo o angustia ante una situación de ansiedad, mostrando una tendencia a sentimientos y conductas extremas y polarizadas. Las estrategias de adaptación que mostraban los niños con TDAH llevaban generalmente asociadas rabia y frustración, y diferían significativamente de las que presentaban los niños del grupo control.

Algunas de estas investigaciones optaron por centrarse en el apego de tipo desorganizado, el cual se correlaciona directamente con situaciones y experiencias traumáticas durante la infancia y lleva asociados graves deterioros a nivel relacional. Por ejemplo, Goldwyn et al. (2000, citado en Thorell, Rydell y Bohlin, 2012, p.518) encontraron que los síntomas de inatención correlacionaban con la desorganización cuando era medida de manera dimensional, y Pinto, Turton, Hughes y White (2006) que la desorganización en el apego estaba relacionada con la aparición de los síntomas de inatención e hiperactividad, cuando obtenían medidas de tipo dimensional tanto del apego como de los síntomas del TDAH. Los resultados del estudio de Thorell, Rydell y Bohlin (2012) demostraron que las representaciones de apego desorganizado estaban relacionadas de manera significativa con la presencia de síntomas de TDAH, incluso



cuando se controlaba el efecto de déficits en las funciones ejecutivas y los problemas conductuales comórbidos de los niños.

En 2012 Abrines et al. llevaron a cabo una investigación en la que exploraban esta relación entre el apego y el TDAH en una muestra internacional de niños adoptados (los niños provenían de China, Etiopía y de países del Este de Europa). Al igual que en nuestra investigación, los autores utilizaron el Friends and Family Interview para recoger información sobre las representaciones de apego de los niños, y paralelamente obtuvieron información sintomática del TDAH con la batería de preguntas del BASC (Behavioral Assessment System for Children, Reynolds y Kamphaus, 1992). Los resultados del estudio revelaron que los niños con un apego seguro mostraban menos problemas de atención e hiperactividad (en este caso no llegaba a ser estadísticamente significativa), y que la coherencia (medida a través del FFI) estaba relacionada con un número más bajo de síntomas de TDAH.

Desde la teoría del apego se establece que es de vital importancia la presencia de un figura de referencia que sea capaz de ofrecer un entorno seguro al niño, donde éste pueda ir poco a poco, a través de la interacción con ella, desarrollando su propia capacidad de auto-regulación. Esta aptitud en el niño es importante no sólo por su posible vínculo con el TDAH, sino porque parece ser la base para un funcionamiento psico-social correcto. Aquellos niños que no son capaces de regular sus propias emociones tendrán dificultades no sólo por no saber qué hacer y cómo gestionar aquello que están pensando y sintiendo, sino porque no sabrán reconocer en otras personas estas emociones y encontrarán difícil adaptarse a ellas (Schore, 2001).

En el contexto de una relación segura es donde el niño va a poder ir creciendo y adquiriendo las habilidades necesarias para funcionar de manera correcta. Este aprendizaje se basa en la interacción madre-hijo, donde la madre recoge y se adapta a las necesidades del niño y de esta manera le va “explicando” al niño que entiende lo que le está pasando y que va a adaptarse a su situación. Simultáneamente el bebé empieza a entender que su mente puede estar representada en la mente de otras personas. Gracias a este tipo de relación se dan también las condiciones necesarias para que la evolución cortical del niño sea la adecuada.

Desde un punto de vista neurobiológico y desde uno psicológico también, las experiencias más vitales e importantes ocurren, para bien o para mal, en el contexto de las relaciones de apego. . . . De esta manera la experiencia, especialmente la experiencia que se va repitiendo, da forma a los circuitos del cerebro. Los cerebros más jóvenes están programados para aprender de los cerebros de los adultos, y las relaciones de apego son el entorno en donde se da la mayoría de este aprendizaje sucede (Wallin, 2007, p.70).

Dentro de esta línea de pensamiento, hay que destacar a Schore, quien ha dedicado varios de sus últimos estudios a investigar la relación entre el apego, el desarrollo correcto de las habilidades para la auto-regulación y las estructuras cerebrales que van ligadas a estas habilidades. El autor establece una conexión entre el hemisferio derecho del niño (responsable mayoritario de la actividad cerebral del niño en los primeros años), la relación de apego y la construcción por parte del niño de su self y su propia individualidad. Destaca que a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo es este hemisferio derecho el encargado de regular y controlar los procesos implícitos y las

funciones vitales que permiten al organismo afrontar los retos y las adversidades que se le presentan. El autor equipara este sistema pre-verbal que tiene lugar en el hemisferio derecho, que ocurre de manera implícita y tienen como objetivo la adaptación correcta al entorno y la contextualización del self como un individuo constante, con el inconsciente dinámico del que hablan las corrientes Psicoanalíticas y que es el encargado de mantener el equilibrio psicológico entre las diferentes estructuras de la psyche (ello, yo y super-yo) y las exigencias de la realidad (Schore, 2008). Según Feinberg y Keenan (2005, citado en Schore 2008, p.13) “El hemisferio derecho, particularmente el córtex frontal, bajo circunstancias normales ejerce un rol determinante a la hora de establecerse una relación apropiada entre el individuo y el mundo”.

Algunas de las funciones más destacadas de el hemisferio derecho son, según el propio Schore (2006, 2008):

- Procesar de la información facial de otros.
- Reconocer la cara y la voz de la madre y responder a ella.
- Responder al llanto del niño.
- Reconocer aspectos emocionales de las señales visuales o auditivas.
- Encargado del reconocimiento, expresión, comunicación y regulación emocional.
- Regular funciones fisiológicas, endocrinológicas, inmunológicas y cardiovasculares que garantizan la supervivencia.
- Generar la percepción que tenemos sobre nosotros mismos.
- Mantener un sentido del self coherente, continuo en el tiempo y unificado.

“La “auto-organización” de un cerebro que se encuentra en proceso de crecimiento ocurre en el contexto de una relación con otra entidad, con otro cerebro” (Schoore, 2008, p.13). Una vez más hacemos referencia a la díada interactiva que se da en la relación de apego que, en este caso también, juega un papel fundamental en el desarrollo de las distintas áreas corticales. Los circuitos de las estructuras límbicas del hemisferio derecho del niño, que son responsables de la parte emocional del self, son dependientes de las relaciones y basan su progreso en las interacciones tempranas, cargadas de contenido emocional, que se dan en la díada madre-niño. En esta relación hay un diálogo directo entre el hemisferio derecho del niño y el hemisferio derecho de la madre, donde se van comunicando de manera inconsciente estrategias para la regulación emocional. Aspectos de esta comunicación como son el tono de voz, la expresión de la cara o el ritmo del diálogo, que son controlados por el hemisferio derecho del adulto, se procesan paralelamente en la parte derecha del cerebro del niño (Schoore, 2008). La calidad de estas interacciones tempranas determinará no sólo la relación de apego que se establece, sino el desarrollo biológico del niño también, de tal manera que si el niño sufre constantemente situaciones de abandono y ausencia, y no ve como sus necesidades se ven satisfechas, se verá comprometida su evolución, no sólo a nivel psicológico, sino a nivel neurológico también. Según Schoore (2006) estas experiencias tempranas quedan “marcadas a fuego” en el hemisferio derecho de los niños.

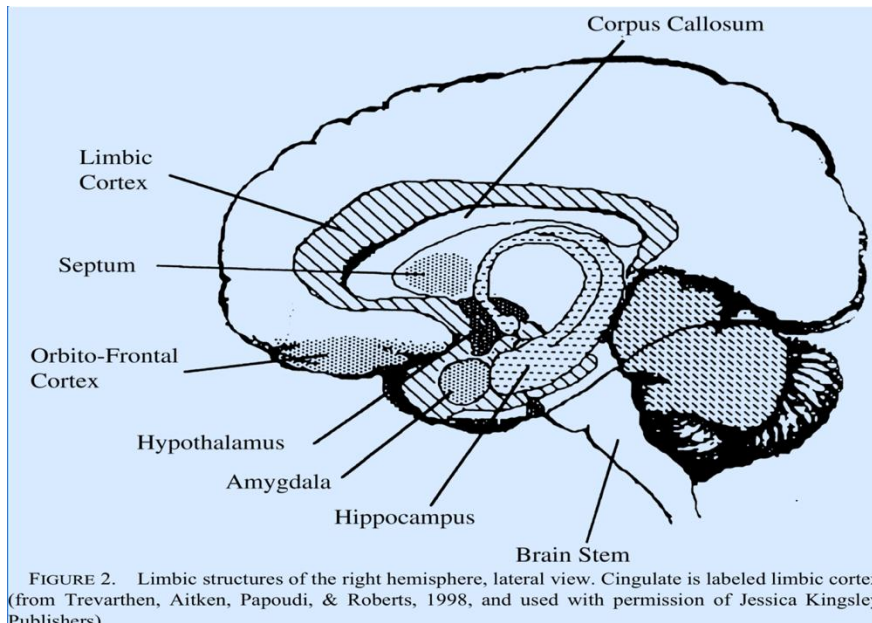
Hay tres estructuras que parecen jugar un papel destacado en el proceso de la regulación de las emociones. Éstas son la amígdala, el hipocampo y el córtex medio-frontal. La primera es bien conocida por ser la responsable de las reacciones más instintivas y viscerales del individuo. Se caracteriza por actuar de manera rápida y reactiva, preparando al individuo ante una posible situación que percibe como peligrosa.

Aparece durante los primeros días de vida del niño y está conectada al sistema nervioso simpático, haciendo posible una reacción rápida ante un estímulo que provoque una respuesta de tipo “pelea o huida”. Es la responsable de lo que el individuo percibe como “instinto” o “primera impresión”, y aunque en algunos casos reacciona de manera universal (como el miedo a las serpientes por ejemplo), sus reacciones pueden ser aprendidas o dependientes del contexto (Schore, 2006).

El hipocampo por su parte actúa como filtro o regulador de la amígdala, procesa la información de una manera más holística, incluyendo el contexto y el entorno, y actúa como “freno” ante las reacciones inmediatas de la amígdala. Para ello está conectado al Sistema Nervioso Parasimpático, permitiendo al organismo calmarse (bajando el ritmo cardíaco y la respiración) cuando la situación lo requiera. Es importante señalar que esta área no se desarrolla hasta los 2-3 años y es por ello que muchas de los recuerdos que se graban en nuestra memoria previamente están caracterizadas por una gran intensidad y una amplia emocionalidad.

Tabla 3

*Estructuras límbicas del hemisferio derecho, vista lateral.*



Por último el córtex orbitofrontal es definido por varios autores como una zona clave que integra el propio cuerpo, con el tallo cerebral y el sistema límbico y el córtex. Tanto Schore (2002a) como Siegel (2006) han resaltado la importancia de esta región en los comportamientos de apego, la regulación emocional, la comunicación social y la mentalización. Este área, conocida como la “parte racional del cerebro emocional” ejerce un papel central en la regulación emocional, ofreciendo una “segunda opinión” ante la rápida respuesta que ejerce la amígdala. El córtex orbitofrontal procesa la información de manera general, teniendo en cuenta el contexto y dando un sentido global a la información que recibe, y es por ello que juega un papel tan importante para que el individuo aprenda a manejarse en situaciones sociales, que implican entender y otorgar un sentido y un significado a las acciones de los otros, y vaya gestionando sus propias emociones y sentimientos de manera adaptativa.

Especialmente bien conectada con todas las otras regiones del cerebro, el córtex orbitofrontal puede ser vista como una zona de convergencia y un órgano de integración que sintetiza el flujo de información que le llega a través de los canales emocionales, cognitivos y del organismo (Wallin, 2007, p.14).

## **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**



## 6. Objetivos e Hipótesis

El objetivo general de este proyecto es investigar de que manera se relacionan los estilos y las representaciones de apego con la patología del TDAH. En este sentido, se pretenden responder preguntas como: ¿Los niños con TDAH muestran estilos de apego inseguros más frecuentemente que aquellos sin este diagnóstico?.

Más específicamente, pretendemos medir a través de la entrevista del Friends and Family Interview las representaciones de apego de los niños, así como las capacidades cognitivas avanzadas que están estrechamente relacionadas con relaciones seguras con sus padres (como son la teoría de la mente, la capacidad de sentir emociones ambivalentes o como resuelven sus conflictos) y compararlas con las de niños de un grupo control que no tienen diagnóstico de TDAH.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- 1- Cuantificar si en las capacidades cognitivas como la mentalización, la ambivalencia de sentimientos o las habilidades de resolución de conflictos son menores en los niños con TDAH al compararlos con otros iguales sin el diagnóstico.
- 2- Observar de que manera se relacionan estas habilidades cognitivas avanzadas con las representaciones de apego de los niños.
- 3- Establecer en que medida se relaciona e influye el conflicto interparental con estas capacidades cognitivas avanzadas y con las representaciones de apego.

Basándonos en estos objetivos planteamos cinco hipótesis con las que pretendemos abordar estas cuestiones y buscarles respuestas:

- 1- “Los sujetos del grupo control obtendrán puntuaciones significativamente más altas que los niños del grupo clínico en las sub-escalas del FFI de Veracidad, Economía, Relación y Modo”.
  
- 2- a) “Encontraremos diferencias en las sub-escala de teoría de la mente y Ambivalencia de Sentimientos entre grupos, con los niños del grupo control obteniendo puntuaciones significativamente más altas en estas escalas que los del grupo clínico”.
  
- b) “Encontraremos diferencias significativas también en las diferentes sub-escalas de teoría de la mente y Ambivalencia de Sentimientos cuando analicemos las puntuaciones entre los niños del mismo grupo, siendo las dimensiones de “madre” y “padre” las que obtengan las puntuaciones más altas”.
  
- 3- a) “Encontraremos diferencias significativas entre los grupos en las variables de Base Segura y Apego de tipo Seguro, obteniendo el grupo control puntuaciones mayores”.
  
- b) “Las puntuaciones de la escala de Kerns y las de Coherencia Global del FFI correlacionarán significativamente (en sentido positivo)”.

- 4- “Encontraremos diferencias significativas entre ambos grupos en la sub-escala de Respuesta Adaptativa, obteniendo los niños del grupo control puntuaciones significativamente más altas”.
- 5- a) “Esperamos encontrar diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones globales del CPICS”.
- b) “Las puntuaciones de los niños (de ambos grupos) en el apego inseguro- evitativo correlacionaran negativa y significativamente con las puntuaciones totales del CPICS”.
- c) “Las puntuaciones de los niños (ambos grupos) en el apego inseguro- preocupado correlacionaran positiva y significativamente con las puntuaciones en la sub-escala de Triangulación”.

## 7. Procedimiento

Nuestro estudio cuenta con dos grupos de niños de edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. Uno de los grupos, el que denominaremos como grupo clínico, está compuesto por niños y niñas ( $N = 15$  para los chicos y  $N = 2$  para las chicas) que han recibido un diagnóstico de TDAH. Por su parte, el que denominaremos como grupo control, está compuesto por niños ( $N = 10$ ) y niñas ( $N = 13$ ), provenientes del Colegio Fray Luis de León del área urbana de Barcelona de Santa Coloma de Gramanet.

Ambos grupos de niños fueron entrevistados por la misma persona y se utilizaron las mismas herramientas en sus entrevistas, la Escala de Seguridad de Kerns, el Friends and Family Interview y la Escala de Conflictividad Parental Percibida (fueron administradas en este orden respectivamente). Las entrevistas tuvieron una duración de entre 30 y 60 minutos y fueron grabadas en audio, para su posterior transcripción verbatim, corrección y codificación. Los padres de todos los niños que participaron en el estudio firmaron un consentimiento informado, en el que autorizaban a sus hijos a participar en la investigación y a que sus datos fueran utilizados con fines académicos por el Grupo de Investigación de Terapia de Pareja y Familia.

La muestra clínica proviene del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Santa Coloma de Gramanet. Todos los niños habían recibido un diagnóstico de TDAH (en alguna de sus tres versiones predominante inatento, hiperactivo o combinado) y seguían tratamiento terapéutico con alguno de los profesionales del centro. Las entrevistas fueron coordinadas con los horarios y las agendas de las visitas clínicas de los niños con sus respectivos terapeutas. De esta manera, los niños eran entrevistados por nuestro

investigador principal después de sus sesiones clínicas, habiendo recibido aprobación previa por parte de los padres.

Los niños del grupo control son estudiantes del colegio Fray Luis de León de Santa Coloma de Gramanet, en los cursos entre tercero y quinto. Las entrevistas se llevaron a cabo en el mismo centro, durante el horario escolar normal (los niños salían de clase para reunirse con nuestro investigador principal y completar la entrevista).

Una vez las entrevistas fueron corregidas y codificadas se elaboró un informe con la información más relevante recogida con las diferentes herramientas. Para el grupo clínico el informe iba dirigido a los terapeutas responsables de cada uno de los niños entrevistados. En el caso de los niños del grupo control, el informe iba dirigido a los padres de los mismos. La información de estos informes, y toda aquella derivada del uso de las diferentes escalas, ha sido tratada de manera confidencial y su uso ha ido dirigido estrictamente hacia fines investigatorios.

## **8. Herramientas**

### **8.1 Friends and Family Interview (FFI) (Steele & Steele, 2012)**

El FFI nace con la intención de ser una adaptación del Adult Attachment Interview (Main y Kaplan, 1985) para jóvenes. Dado que los niños de corta edad no cuentan con la capacidad de recordar su pasado y de reflexionar sobre él, el FFI se aplica a niños con edades a partir de los 8 años.

Al tener como base para su creación los resultados del “London Project”, cuenta con escalas que miden aquellas capacidades que se hallaron relacionadas con estilos de apego seguro y que son sintomáticas de un mejor funcionamiento psicológico. Es una entrevista semi-estructurada de 45 preguntas, en la que al sujeto se le pregunta sobre él mismo y sobre sus seres más cercanos (padres, amigos, profesores). Se investiga tanto el presente como el pasado del niño, y se le pide que comente los aspectos positivos y negativos de la relación con éstos. Las respuestas de los sujetos se codifican en base a seis categorías: coherencia, conocimiento de uno mismo y de los demás, presencia de los padres como una base segura, relación con los semejantes y habilidades sociales, orgullo personal de los logros escolares, ansiedad y defensas. Estas categorías fueron elegidas por los autores por creer que eran representativas del desarrollo social y emocional del niño en transición hacia la adolescencia. Basadas en estas categorías, el FFI cuenta con diferentes escalas que miden estos aspectos que se consideran importantes predictores de un buen funcionamiento psicológico en el niño.

La primera de estas escalas mide la coherencia de los sujetos. Para ello cuenta con 5 sub-escalas (veracidad, economía, relación, modo y global). Al puntuar estas sub-escalas se busca que el sujeto cuente una historia coherente, integrada y con continuidad sobre sí mismo, su pasado y la relación con sus seres más cercanos.

La siguiente escala se centra en medir el funcionamiento reflectivo de los sujetos. Para ello cuenta con dos sub-escalas, Teoría de la Mente y Ambivalencia de Sentimientos. La sub-escala de Teoría de la Mente recoge la capacidad de los sujetos de mentalización o de pensar desde la perspectiva de otras personas. Se le pregunta al sujeto que cree que sus padres, sus hermanos, sus amigos y profesores piensan sobre él mismo. Por su parte la sub-escala de Ambivalencia de Sentimientos mide la capacidad del sujeto de sentir dos o más emociones simultáneamente. Hay niños que son más capaces de saber reconocer que ante ciertas situaciones pueden sentirse por ejemplo, contentos y un poco tristes al mismo tiempo. Los Steele encontraron que esta capacidad se relacionaba con un apego seguro en la madre. El apego seguro posibilitaba que los niños reconocieran las emociones negativas derivadas de las interacciones con sus semejantes y no tuvieran miedo de expresarlas.

Otra de las escalas importantes del FFI es la que se denomina Ansiedades y Defensas y que está dirigida a recoger la manera en la que los sujetos reaccionan y se manejan en situaciones que les crean ansiedad. Hay cuatro sub-escalas que describen posibles estrategias de defensa y recogen hasta que punto aparecen en la narrativa del sujeto (Idealización, Rabia, Inversión de Roles, Negación).

La última escala hace referencia a las cuatro clasificaciones de apego (seguro, inseguro-preocupado, inseguro-evitativo y desorganizado) y los sujetos reciben una puntuación de 1 a 4 en cada una de estas categorías. De esta manera, se obtiene una clasificación del estilo del apego del sujeto que no es categórica y permite obtener una visión global de las representaciones de apego del niño. Un sujeto que, por ejemplo, muestre estrategias tanto de tipo evitativo como preocupado, recibirá una puntuación alta en ambas categorías de apego.

## **8.2 Escala de Seguridad de Kerns (Kerns et al., 2001)**

Esta escala está diseñada para medir la percepción de seguridad que tienen los niños en edades escolares con respecto a la relación con sus padres. Los autores decidieron que un cuestionario de auto-administración sería lo más conveniente para los niños de esta edad, ya que, como comentó Bowlby (1988), los comportamientos de apego pierden en intensidad a medida que los niños se hacen mayores, y por ello es difícil evaluar el apego en situaciones de separación y reunión. Los ítems de la Escala de Seguridad investigan los siguientes aspectos: la percepción de disponibilidad y cercanía que los niños tienen de sus figuras de apego principales, la tendencia de los niños de apoyarse en las figuras de apego en situaciones de ansiedad y estrés, y la intencionalidad que el niño reporta de comunicarse con las figuras principales de apego. La escala está compuesta de 15 ítems que se puntúan en una escala de 1 a 4 de tipo Harter. Por ejemplo los niños leen un ítem como “para algunos niños es muy fácil confiar en sus madres pero para otros niños es muy difícil confiar en sus madres” y deben señalar con cuál de las dos partes del ítems se sienten más identificados y hasta qué punto consideraban que el enunciado del ítem era verdad o no. Una vez respondidos



todos los ítems, se suman las puntuaciones y se hace la media. De esta manera el sujeto recibe una puntuación numérica en la dimensión de Seguridad. Las puntuaciones altas indican estilos de apego seguro. Los resultados de la muestra normativa mostraron una buena consistencia interna (  $\alpha$  de Cronbach =.84) y una media de 3.24 (SD=0.57).

### **8.3 Escala de Conflictivo Interparental desde la Perspectiva de los/as Hijos/as (CPICS) (Martinez Pampliega, A., et al. 2007)**

El CPICS es un instrumento desarrollado con el fin de evaluar la percepción de los hijos del conflicto interparental. Consta de nueve escalas que operativizan el modelo cognitivo-contextual: frecuencia, contenido, intensidad, resolución, amenaza percibida, eficacia de afrontamiento, auto-culpa, triangulación y estabilidad causal. La versión que utilizamos en nuestra investigación es la adaptada y traducida al español, que cuenta con un número de ítems reducido (36) y que parece contar con buenas cualidades psicométricas. Esta escala abreviada muestra validez de medida, pues en un estudio destinado a evaluar sus propiedades psicométricas, se observó que había más de un 81% de variabilidad común entre la escala abreviada y la escala original. El coeficiente alpha de Cronbach para la escala total es de 0,82, indicativo de una alta consistencia interna. La fiabilidad test-retest obtenida a las dos semanas fue de 0,661.

## 9. Resultados

### 9.1. Análisis Descriptivo

Los instrumentos psicométricos que se han empleado en esta investigación generan variables cuyos datos son de tipo cuantitativo; por ello se describen con las herramientas habituales: media (con IC al 95%) mediana, rango (mínimo/máximo), desviación típica y amplitud intercuartil. Así mismo, se ha utilizado con ellas el Test de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk (específico para muestras de  $N < 50$ ) para comprobar el grado de ajuste a la normalidad de la distribución de estas variables (se considera desvío significativo solo si  $p < .01$ ) junto a sus índices descriptivos de asimetría y curtosis (altura). Se completa el estudio con la exploración de las variables mediante gráficos Q-Q de normalidad y diagramas de Caja y bigotes para la detección de posibles valores fuera de rango (en especial los alejados: outliers far out) que puedan ser distorsionadores de los valores promedio de estas variables. Los gráficos se incluyen en anexo final para más comodidad en la lectura de este informe.

**9.1.1. Escala de Seguridad de Kerns.** Este instrumento genera una única variable que se corresponde con la puntuación total (suma) de los 15 ítems de los que se componen (escala: 15 – 60 puntos). Esta puntuación se interpreta como que a mayor valor, mayor seguridad en el apego.

La exploración de esta variable nos muestra un sujeto del grupo clínico con un valor anómalo por cuanto aparece como outlier (de tipo cercano) por debajo del resto del

grupo. No obstante su interés, como caso TDAH, nos recomienda mantenerlo dentro del estudio. Los índices de asimetría y curtosis de la variable (tabla 1) junto al p-valor del Test de ajuste de SW ( $p < .01$ ) nos recomiendan considerar que la variable no se distribuye normalmente. El valor medio (48.9; IC: 47.2 – 50.7) sitúa a la muestra en la parte media de la escala de valores posibles. El resto de la descriptiva se resume en las tablas 4 y 5.

Tabla 4

*Análisis exploratorio. Puntuación total en la  
KERNS SECURITY SCALE*

| Variable   | N  | Índices de forma |          | Test           |
|------------|----|------------------|----------|----------------|
|            |    | Asimetría        | Curtosis | SW:<br>P-valor |
| P.T. KERNS | 39 | -1.067           | 1.133    | .005**         |

\*\* = Desvío grave significativo ( $p < .01$ ) la variable no se ajusta a la normalidad

Tabla 5

*Análisis descriptivo. Puntuación total en la KERNS SECURITY SCALE*

| Variable   | Centralidad |       |                        |           | Variabilidad |                        |                     |                       |
|------------|-------------|-------|------------------------|-----------|--------------|------------------------|---------------------|-----------------------|
|            | N           | Media | I.C. 95% para la media |           | Mediana      | Rango<br>(Min. / Máx.) | Desviación estándar | Amplitud intercuartil |
|            |             |       | Lim. Inf.              | Lim. Sup. |              |                        |                     |                       |
|            |             |       |                        |           |              |                        |                     |                       |
| P.T. KERNS | 39          | 48.95 | 47.20                  | 50.69     | 51.00        | 32 / 56                | 5.38                | 8.00                  |

**9.1.2. Escala de Conflicto Parental Percibido (CPICS).** La exploración de las 10 variables (9 escalas, más 1 puntuación total) que se generan desde este cuestionario (tabla 6) presenta que en su mayoría se desvían de forma altamente significativa ( $p < .001$ ) con respecto al modelo de la normal de Gauss. Además los índices de asimetría de algunas de ellas, confirman altos desvíos asimétricos. Por otro lado, se han observado algunos valores outliers (pero siempre de tipo near out, es decir cercanos) pero de forma aislada, en escasa cantidad y en pocas variables; por lo que no se ha considerado necesario actuar sobre ellos.

Tabla 6

Análisis exploratorio. Variables de la Escala de  
Conflicto Parental Percibido (CPICS).

| Variables<br>CPICS    | N  | Índices de forma |          | Test           |
|-----------------------|----|------------------|----------|----------------|
|                       |    | Asimetría        | Curtosis | SW:<br>P-valor |
| AM -<br>Amenaza       | 38 | -0.164           | 0.041    | .154<br>NS     |
| AC -<br>Autoculpa     | 38 | -1.403           | 2.249    | .000**         |
| CN -<br>Contenido     | 38 | -0.576           | -0.871   | .000**         |
| EF - Eficacia         | 38 | 0.320            | -1.047   | .007**         |
| ES -<br>Estabilidad   | 38 | -1.364           | 0.575    | .000**         |
| FR -<br>Frecuencia    | 38 | -0.695           | -0.598   | .001**         |
| IN -<br>Intensidad    | 38 | 0.093            | -0.937   | .120<br>NS     |
| RS -<br>Resolución    | 38 | -0.808           | -0.370   | .000**         |
| TR -<br>Triangulación | 38 | -0.454           | -0.520   | .011 *         |

|            |    |        |        |      |
|------------|----|--------|--------|------|
| Puntuación | 38 | -0.030 | -0.892 | .086 |
| Total      |    |        |        | NS   |

NS = Desvío no significativo ( $p > .05$ ) la variable se distribuye

normalmente

\* = Desvío leve significativo ( $p < .05$ ) la variable tiende hacia el modelo normal

\*\* = Desvío grave significativo ( $p < .01$ ) la variable no se ajusta a la normalidad

Los valores de los descriptivos de centralidad y dispersión de estas variables se resumen en la tabla 7. Observando las medias y medianas, se puede comentar que las variables donde los participantes en esta investigación presentan menos valor son: AM, EF e IN; en tanto que donde los promedios son más elevados es en: ES, AC y CN. En cuanto a la variabilidad, el rango parece indicar que se cubre bien el espectro de posibles valores, si bien el grupo es bastante homogéneo.

Tabla 7

*Análisis descriptivo. Variables de la Escala de Conflicto Parental Percibido (CPICS).*

| Variable            | Centralidad |       |               |              |         | Variabilidad              |                                |                                  |
|---------------------|-------------|-------|---------------|--------------|---------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|                     | N           | Media | I.C. 95% para |              | Mediana | Rango<br>(Min. /<br>Máx.) | Desvia<br>ción<br>estánda<br>r | Amplit<br>ud<br>intercu<br>artil |
|                     |             |       | la media      |              |         |                           |                                |                                  |
|                     |             |       | Lim.<br>Inf.  | Lim.<br>Sup. |         |                           |                                |                                  |
| AM -<br>Amenaza     | 38          | 7.42  | 6.75          | 8.09         | 8.00    | 3 / 12                    | 2.04                           | 2.25                             |
| AC -<br>Autoculpa   | 38          | 10.42 | 9.79          | 11.0<br>5    | 11.00   | 4 / 12                    | 1.91                           | 3.00                             |
| CN -<br>Contenido   | 38          | 10.16 | 9.55          | 10.7<br>6    | 10.50   | 6 / 12                    | 1.84                           | 3.00                             |
| EF -<br>Eficacia    | 38          | 7.76  | 6.90          | 8.63         | 8.00    | 4 / 12                    | 2.62                           | 3.25                             |
| ES -<br>Estabilidad | 38          | 10.50 | 9.79          | 11.2<br>1    | 12.00   | 5 / 12                    | 2.15                           | 2.00                             |
| FR -<br>Frecuencia  | 38          | 9.53  | 8.76          | 10.2<br>9    | 10.00   | 4 / 12                    | 2.33                           | 4.00                             |
| IN -<br>Intensidad  | 38          | 7.68  | 6.92          | 8.45         | 8.00    | 4 / 12                    | 2.33                           | 3.25                             |
| RS -                | 38          | 9.76  | 9.04          | 10.4         | 10.00   | 5 / 12                    | 2.21                           | 3.25                             |

|                  |    |       |      |      |       |         |       |       |
|------------------|----|-------|------|------|-------|---------|-------|-------|
| Resolución       |    |       |      | 9    |       |         |       |       |
| TR -             |    |       |      | 10.5 |       |         |       |       |
| Triangulación    | 38 | 9.97  | 9.45 | 0    | 10.00 | 6 / 12  | 1.60  | 2.00  |
| Puntuación total | 38 | 83.21 | 79.9 | 86.5 | 81.50 | 61 / 98 | 10.04 | 18.50 |
|                  |    |       | 1    | 1    |       |         |       |       |

**9.1.3. Friends and Family Interview (FFI).** Del total de las variables que se generan a partir de esta entrevista, se han seleccionado algunas para el presente estudio de investigación. En la exploración de las mismas no se han encontrado valores outliers, algo lógico dado el pequeño rango de valores posibles de las misma. Así mismo se han observado desvíos altamente significativos ( $p < .001$ ; tabla 8) en los test de bondad de ajuste. Por lo que no podemos admitir que estas variables se distribuyen normalmente (con excepción de una).



Tabla 8

*Análisis exploratorio. Variables de la Friends and Family Interview (FFI).*

| Variables<br>CPICS | N  | Índices de forma |          | Test           |
|--------------------|----|------------------|----------|----------------|
|                    |    | Asimetría        | Curtosis | SW:<br>P-valor |
| OVERL              | 40 | 0.290            | -0.662   | .000**         |
| TRUTH              | 40 | 0.204            | -0.640   | .000**         |
| ECON               | 40 | -0.134           | -0.296   | .000**         |
| RELT               | 40 | 0.424            | -0.456   | .000**         |
| MANN               | 40 | -1.357           | 0.801    | .000**         |
| DEVPER             | 40 | 0.322            | -0.834   | .000**         |
| TOMM               | 40 | 0.205            | -0.252   | .000**         |
| TOMF               | 40 | 0.258            | -0.009   | .000**         |
| TOMFR              | 40 | 0.578            | -0.132   | .000**         |
| TOMSIB             | 29 | 0.746            | 0.944    | .000**         |
| TOMTEA             | 40 | 0.382            | -0.617   | .000**         |
| DOFSLF             | 40 | 0.728            | -0.274   | .000**         |
| DOFM               | 40 | 0.450            | 0.227    | .000**         |
| DOFF               | 40 | 0.269            | -0.937   | .000**         |
| DOFFR              | 40 | 0.885            | 0.037    | .000**         |
| DOFSIB             | 29 | 0.094            | 0.958    | .000**         |
| SBM                | 40 | 0.000            | -1.496   | .000**         |

|          |    |        |        |            |
|----------|----|--------|--------|------------|
| SBF      | 40 | 0.054  | -0.099 | .000**     |
| SBOTHER  | 7  | 0.174  | 0.336  | .099<br>NS |
| IDEALSLF | 39 | 0.061  | -1.061 | .000**     |
| IDEALM   | 39 | 0.175  | -0.136 | .000**     |
| IDEALF   | 39 | -0.464 | -0.003 | .000**     |
| ADPTRSP  | 38 | 0.237  | -0.944 | .000**     |
| SECURE   | 38 | -0.214 | -0.152 | .000**     |
| DISMIS   | 38 | 0.266  | -0.322 | .000**     |
| PREOCC   | 38 | 1.041  | 0.366  | .000**     |
| DISORG   | 38 | 2.679  | 5.464  | .000**     |

NS = Desvío no significativo ( $p > .05$ ) la variable se distribuye normalmente

\*\* = Desvío grave significativo ( $p < .01$ ) la variable no se ajusta a la normalidad

La tabla 9 contiene el resto de herramientas descriptivas de la centralidad y la dispersión de estas variables. Se puede apreciar como las medias y medianas son muy similares entre unas y otras, con alguna excepción: el valor alto en MANN (Modo) o el valor bajo en DISORG (Apego Desorganizado), por ejemplo. Es importante comentar la reducción del N de datos válidos para el análisis en las variables TOMSIB (Teoría de la Mente Hermano) y DOFSIB (Ambivalencia de Sentimientos Hermano), y sobre todo en SBOTHER (Base Segura Hermano) que apenas nos va a proporcionar información.

Tabla 9

Análisis descriptivo. Variables del Friends and Family Interview (FFI).

| Variable | Centralidad |       |               |              |         | Variabilidad              |                                |                                  |
|----------|-------------|-------|---------------|--------------|---------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|          | N           | Media | I.C. 95% para |              | Mediana | Rango<br>(Min. /<br>Máx.) | Desvia<br>ción<br>estánda<br>r | Amplit<br>ud<br>intercu<br>artil |
|          |             |       | la media      |              |         |                           |                                |                                  |
|          |             |       | Lim.<br>Inf.  | Lim.<br>Sup. |         |                           |                                |                                  |
| OVERL    | 40          | 2.63  | 2.44          | 2.81         | 3.00    | 2 / 4                     | 0.59                           | 1.00                             |
| TRUTH    | 40          | 2.65  | 2.46          | 2.84         | 3.00    | 2 / 4                     | 0.58                           | 1.00                             |
| ECON     | 40          | 2.73  | 2.47          | 2.98         | 3.00    | 1 / 4                     | 0.78                           | 1.00                             |
| RELT     | 40          | 2.60  | 2.36          | 2.84         | 2.50    | 1 / 4                     | 0.74                           | 1.00                             |
| MANN     | 40          | 3.60  | 3.40          | 3.80         | 4.00    | 2 / 4                     | 0.63                           | 1.00                             |
| DEVPER   | 40          | 2.25  | 1.94          | 2.56         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.98                           | 1.75                             |
| TOMM     | 40          | 2.35  | 2.09          | 2.61         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.80                           | 1.00                             |
| TOMF     | 40          | 2.28  | 2.03          | 2.52         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.75                           | 1.00                             |
| TOMFR    | 40          | 2.33  | 2.05          | 2.60         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.86                           | 1.00                             |
| TOMSIB   | 29          | 2.17  | 1.88          | 2.46         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.76                           | 0.50                             |
| TOMTEA   | 40          | 2.05  | 1.77          | 2.33         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.88                           | 2.00                             |
| DOFDL    | 40          | 2.08  | 1.76          | 2.39         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.97                           | 1.75                             |
| DOFM     | 40          | 1.98  | 1.74          | 2.21         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.73                           | 0.75                             |
| DOFF     | 40          | 1.83  | 1.60          | 2.05         | 2.00    | 1 / 3                     | 0.71                           | 1.75                             |
| DOFFR    | 40          | 1.80  | 1.52          | 2.08         | 2.00    | 1 / 4                     | 0.88                           | 1.00                             |
| DOFSIB   | 29          | 2.07  | 1.87          | 2.27         | 2.00    | 1 / 3                     | 0.53                           | 0.00                             |

|          |    |      |      |      |      |       |      |      |
|----------|----|------|------|------|------|-------|------|------|
| SBM      | 40 | 3.00 | 2.74 | 3.26 | 3.00 | 2 / 4 | 0.82 | 2.00 |
| SBF      | 40 | 2.43 | 2.20 | 2.65 | 2.00 | 1 / 4 | 0.71 | 1.00 |
| SBOTHER  | 7  | 2.86 | 2.22 | 3.50 | 3.00 | 2 / 4 | 0.69 | 1.00 |
| IDEALSLF | 39 | 2.18 | 1.88 | 2.48 | 2.00 | 1 / 4 | 0.91 | 2.00 |
| IDEALM   | 39 | 2.51 | 2.28 | 2.75 | 2.00 | 1 / 4 | 0.72 | 1.00 |
| IDEALF   | 39 | 2.54 | 2.33 | 2.75 | 3.00 | 1 / 4 | 0.64 | 1.00 |
| ADPTRSP  | 38 | 2.74 | 2.46 | 3.01 | 3.00 | 1 / 4 | 0.83 | 1.00 |
| SECURE   | 38 | 2.47 | 2.26 | 2.69 | 2.50 | 1 / 4 | 0.65 | 1.00 |
| DISMIS   | 38 | 2.42 | 2.15 | 2.69 | 2.00 | 1 / 4 | 0.83 | 1.00 |
| PREOCC   | 38 | 1.66 | 1.39 | 1.93 | 1.00 | 1 / 4 | 0.82 | 1.00 |
| DISORG   | 38 | 1.11 | 1.00 | 1.21 | 1.00 | 1 / 2 | 0.31 | 0.00 |

## 9.2. Análisis Inferencial- Metodología

Esta segunda parte del análisis estadístico, está destinada a dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en esta investigación. Para ello se han empleado los métodos estadísticos adecuados al tipo de datos de los que se dispone. De la descriptiva anterior se deriva que la inmensa mayoría de las variables recogidas y que van a intervenir en el estudio, no se distribuyen normalmente y en muchos casos presentan claras asimetrías. Este hecho, unido a que el tamaño de la muestra (40) así como de los subgrupos que la componen (17 clínicos y 23 controles) nos recomienda acudir a procedimientos estadísticos del grupo de los no-paramétricos. En concreto:

- Cuando se ha procedido a verificar la existencia, o no, de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se ha utilizado el Test U de Mann-Whitney que compara promedios/centralidad en variables cuantitativas entre submuestras independientes entre sí.
- Cuando se han comparado valores promedios en forma intragrupo (dentro del grupo) entre variables cuantitativas, se ha empleado el Test de Friedman.
- Y cuando se ha procedido a correlacionar variables cuantitativas entre sí, se ha empleado el método correlacional de Spearman, similar a la conocida R de Pearson pero que no exige la condición de normalidad de las variables.

Los resultados de los análisis se exponen a continuación, siguiendo el orden de las hipótesis planteadas.

**9.2.1. Los sujetos del grupo control obtendrán puntuaciones significativamente más altas que los niños del grupo clínico en las sub-escalas del FFI de Veracidad, Economía, Relación y Modo.** Mediante el Test de Mann-Whitney se han comparado los promedios en las escalas y subescalas de FFI implicadas en esta hipótesis. Los resultados se exponen por grupos para más comodidad en su interpretación.

Se han encontrado diferencias altamente significativas ( $p < .01$  unilateral; tabla 10) en las variables TRUTH (Veracidad), RELT (Relación) y MANN (Modo); tales que en todas ellas los valores promedio de los casos clínicos son inferiores, lo que nos lleva a admitir que los niños TDAH puntúan menos en estas escalas. En la variable ECON (Economía) si bien la diferencia entre grupos, que tiene el mismo sentido, no alcanza la significación estadística ( $p > .05$ ) se queda cerca de serlo de modo que se podría hablar de una casi significación ( $p < .10$ ) que con muestras de mayor tamaño podría ser corroborado.

Tabla 10

*Análisis inferencial. Dimensiones de Coherencia comparada entre grupos*

| Variables | Niños TDAH |                 |             | Gr. Control |                 |             | Mann-Whitney |             |
|-----------|------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|--------------|-------------|
|           | N          | Media<br>(D.E.) | Media<br>na | N           | Media<br>(D.E.) | Media<br>na | Valor        | p-<br>valor |
| TRUTH     | 1          | 2.35            | 2.00        | 2           | 2.87            | 3.00        | 2.81         | .005        |
|           | 7          | (0.49)          |             | 3           | (0.55)          |             |              | **          |
| ECON      | 1          | 2.47            | 3.00        | 2           | 2.91            | 3.00        | 1.60         | .061        |
|           | 7          | (0.80)          |             | 3           | (0.73)          |             |              | NS          |
| RELT      | 1          | 2.24            | 2.00        | 2           | 2.87            | 3.00        | 2.58         | .006        |
|           | 7          | (0.56)          |             | 3           | (0.76)          |             |              | **          |
| MANN      | 1          | 3.29            | 3.00        | 2           | 3.83            | 4.00        | 2.51         | .008        |
|           | 7          | (0.77)          |             | 3           | (0.39)          |             |              | **          |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )      \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

**9.2.2. Encontraremos diferencias en las sub-escala de Teoría de la Mente y Ambivalencia de Sentimientos entre grupos, con los niños del grupo control obteniendo puntuaciones significativamente más altas en estas escalas que los del grupo clínico.** En este segundo bloque de variables (tabla 11) se han encontrado diferencias que son altamente significativas ( $p < .01$ ) en las variables TOMM (Teoría de la Mente Madre) y TOMF (Teoría de la Mente Padre), de tal modo que en ambas los

casos TDAH claramente presentan puntuaciones inferiores en comparación con los sujetos de control. También en TOMTE (Teoría de la Mente Profesor) se ha encontrado una diferencia significativa (pero solo  $p < .05$ ) en el mismo sentido recién explicado. En tanto que en las demás variables (TOMFR-Teoría de la Mente Amigo y TOMSIB-Teoría de la Mente Hermano) aunque los casos clínicos siguen puntuando por debajo de los controles, no se logra probar la significación estadística ( $p > .05$ ).



Tabla 11

*Análisis inferencial. Teoría de la Mente y Perspectiva del Desarrollo comparadas entre grupos*

| Variables | Niños TDAH |              |          | Gr. Control |              |          | Mann-Whitney |         |
|-----------|------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|--------------|---------|
|           | FFI        | Media (D.E.) | Media na | N           | Media (D.E.) | Media na | Valor        | p-valor |
| TOMM      | 1          | 1.94         | 2.00     | 2           | 2.65         | 2.35     | 2.65         | .004    |
|           | 7          | (0.75)       |          | 3           | (0.71)       |          |              | **      |
| TOMF      | 1          | 1.88         | 2.00     | 2           | 2.57         | 2.27     | 2.77         | .003    |
|           | 7          | (0.70)       |          | 3           | (0.66)       |          |              | **      |
| TOMFR     | 1          | 2.18         | 2.00     | 2           | 2.43         | 2.33     | 0.82         | .229    |
|           | 7          | (0.81)       |          | 3           | (0.90)       |          |              | NS      |
| TOMSIB    | 1          | 2.00         | 2.00     | 1           | 2.26         | 2.17     | 0.77         | .212    |
|           | 0          | (0.47)       |          | 9           | (0.87)       |          |              | NS      |
| TOMTEA    | 1          | 1.71         | 2.00     | 2           | 2.30         | 2.05     | 2.08         | .023    |
|           | 7          | (0.69)       |          | 3           | (0.93)       |          |              | *       |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ ) \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

En este tercer bloque de variables, que hacen referencia a la dimensión de Ambivalencia de Sentimientos (para la madre, el padre, los hermanos, los amigos y uno

mismop) (tabla 12) no se han encontrado diferencias significativas ( $p > .05$ ) entre los grupos en ninguna de las variables contrastadas.

Tabla 12

*Análisis inferencial. Ambivalencia de sentimientos comparada entre grupos*

| Variables | Niños TDAH |              |          | Gr. Control |              |          | Mann-Whitney |         |
|-----------|------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|--------------|---------|
|           | N          | Media (D.E.) | Media na | N           | Media (D.E.) | Media na | Valor        | p-valor |
| DOFSLF    | 1          | 1.94         | 2.00     | 2           | 2.17         | 2.00     | 0.44         | .343    |
|           | 7          | (0.75)       |          | 3           | (1.11)       |          |              | NS      |
| DOFM      | 1          | 2.00         | 2.00     | 2           | 1.96         | 2.00     | 0.43         | .331    |
|           | 7          | (0.50)       |          | 3           | (0.88)       |          |              | NS      |
| DOFF      | 1          | 1.65         | 2.00     | 2           | 1.96         | 2.00     | 1.28         | .126    |
|           | 7          | (0.61)       |          | 3           | (0.77)       |          |              | NS      |
| DOFFR     | 1          | 1.59         | 1.00     | 2           | 1.96         | 2.00     | 1.32         | .100    |
|           | 7          | (0.80)       |          | 3           | (0.93)       |          |              | NS      |
| DOFSIB    | 1          | 2.00         | 2.00     | 1           | 2.11         | 2.00     | 0.53         | .361    |
|           | 0          | (0.47)       |          | 9           | (0.57)       |          |              | NS      |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

**9.2.3. Encontraremos diferencias significativas también en las diferentes sub-escalas de Ambivalencia de Sentimientos y Teoría de la Mente cuando analicemos las puntuaciones entre los niños del mismo grupo, siendo las dimensiones de “madre” y “padre” las que obtengan las puntuaciones más altas.** Para responder a esta hipótesis se procede a filtrar/segmentar la muestra en función del grupo (clínico/control). Debido al objetivo al que se pretende responder estamos ante un diseño intragrupo, equivalente a una situación de medidas repetidas en las que una o más variables se miden (en la misma escala) a un único grupo de sujetos. En estos casos aquellos individuos de los que falte un valor o más, se pierden para el análisis; es decir, que solamente se pueden incluir en el test estadístico aquellos sujetos de los que se tienen todos los valores. Como se sabe de análisis anteriores, en la variable DOFSIB (Ambivalencia de Sentimientos Hermano) se ha producido pérdida de sujetos que no completaron esta parte del instrumento. Ante esta situación se ha optado por realizar el test estadístico encaminado a responder esta hipótesis, dos veces: una primera solo con las 4 variables de las que se tienen todos los datos (n=17 y n=23 por grupo) y otra con las 5 variables, pero solo con los sujetos de los que se tienen las puntuaciones en todas las variables (n=10 y n=19, respectivamente).

En el primer caso (tabla 13) se observan diferencia estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en el grupo clínico TDAH tales que nuestros datos nos indican que estos niños presentan valores promedio superiores en las variables DOFSLF (Ambivalencia de Sentimientos Uno Mismo) y DOFM (Ambivalencia de Sentimientos Madre), con respecto a las otras dos. Si se incluye a la otra variable (con la pérdida de N comentada) se observa (tabla 14) que se mantiene la significación ( $p < .05$ ) pero ahora se incluye a la

variable DOFSIB (Ambivalencia de Sentimientos Hermano) entre las que los sujetos presentan valores superiores.

En cuanto al grupo de control, no se encuentran diferencias que se pueda considerar como estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) en ninguna de las condiciones planteadas, ni cuando se comparan las 4 variables con muestra completa (tabla 13) ni cuando se comparan las 5 variables con el n válido del que se tienen todos los datos (tabla 14).

Tabla 13

*Análisis inferencial. Diferencias en la dimensión de Ambivalencia de Sentimientos dentro de cada grupo (muestras completas)*

| Variables     | Grupo Niños TDAH              |              |                               | Grupo de Control |              |          |
|---------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|------------------|--------------|----------|
|               | N                             | Media (D.E.) | Media na                      | N                | Media (D.E.) | Media na |
| DOFSLF        | 1                             | 1.94         | 2.00                          | 2                | 2.17         | 2.00     |
|               | 7                             | (0.75)       |                               | 3                | (1.11)       |          |
| DOFM          | 1                             | 2.00         | 2.00                          | 2                | 1.96         | 2.00     |
|               | 7                             | (0.50)       |                               | 3                | (0.88)       |          |
| DOFF          | 1                             | 1.65         | 2.00                          | 2                | 1.96         | 2.00     |
|               | 7                             | (0.61)       |                               | 3                | (0.77)       |          |
| DOFFR         | 1                             | 1.59         | 1.00                          | 2                | 1.96         | 2.00     |
|               | 7                             | (0.80)       |                               | 3                | (0.93)       |          |
| Test Friedman | Valor Chi <sup>2</sup> = 9.29 |              | Valor Chi <sup>2</sup> = 2.01 |                  |              |          |
|               | p-valor= .026                 |              | p-valor= .571                 |                  |              |          |
|               | *                             |              | NS                            |                  |              |          |

N.S. = NO significativo (p>.05) \* = Significativo al 5% (p<.05)

Tabla 14

*Análisis inferencial. Diferencias en la dimensión de Ambivalencia de Sentimientos dentro de cada grupo (casos válidos)*

| Variables     | Grupo Niños TDAH               |              |                               | Grupo de Control |              |          |
|---------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|------------------|--------------|----------|
|               | N                              | Media (D.E.) | Media na                      | N                | Media (D.E.) | Media na |
| DOFSLF        | 1                              | 1.80         | 2.00                          | 1                | 2.26         | 2.00     |
|               | 0                              | (0.63)       |                               | 9                | (1.05)       |          |
| DOFM          | 1                              | 2.20         | 2.00                          | 1                | 2.00         | 2.00     |
|               | 0                              | (0.42)       |                               | 9                | (0.88)       |          |
| DOFF          | 1                              | 1.90         | 2.00                          | 1                | 1.89         | 2.00     |
|               | 0                              | (0.57)       |                               | 9                | (0.74)       |          |
| DOFFR         | 1                              | 1.50         | 1.00                          | 1                | 2.16         | 2.00     |
|               | 0                              | (0.71)       |                               | 9                | (0.90)       |          |
| DOFSIB        | 1                              | 2.00         | 2.00                          | 1                | 2.11         | 2.00     |
|               | 0                              | (0.47)       |                               | 9                | (0.57)       |          |
| Test Friedman | Valor Chi <sup>2</sup> = 10.30 |              | Valor Chi <sup>2</sup> = 4.21 |                  |              |          |
|               | p-valor= .036                  |              | p-valor= .378                 |                  |              |          |
|               | *                              |              | NS                            |                  |              |          |

N.S. = NO significativo (p>.05) \* = Significativo al 5% (p<.05)

En lo referente a la Teoría de la Mente, nos encontramos con la misma situación que en la anterior, en cuanto al número de casos, debido ahora a la falta de datos en la variable TOMSIB (Teoría de la Mente Hermano). Por tanto, se repite la misma estrategia anterior, es decir que se aplica el método de Friedman una vez con las muestras completas y otra con los casos válidos.

Los resultados que hemos obtenido nos llevan a la conclusión de que no tenemos evidencias estadísticas suficientes como para admitir la significación de las diferencias observadas entre variables ( $p > .05$ ) en ninguno de los grupos (clínico / control) ni cuando comparamos las variables de las que se tiene datos de la muestra completa (tabla 15) ni cuando se analizan solo los casos válidos de los que se tienen datos en todas las variables de este bloque (tabla 16).

Tabla 15

*Análisis inferencial. Diferencias en la dimensión Teoría de la Mente (muestras completas)*

| Variables | Niños TDAH |        |      | Gr. Control |        |      |
|-----------|------------|--------|------|-------------|--------|------|
|           | Media      | Media  |      | Media       | Media  |      |
|           | N          | (D.E.) | na   | N           | (D.E.) | na   |
| TOMM      | 1          | 1.94   | 2.00 | 2           | 2.65   | 2.35 |
|           | 7          | (0.75) |      | 3           | (0.71) |      |
| TOMF      | 1          | 1.88   | 2.00 | 2           | 2.57   | 2.27 |
|           | 7          | (0.70) |      | 3           | (0.66) |      |
| TOMFR     | 1          | 2.18   | 2.00 | 2           | 2.43   | 2.33 |

|               |                               |        |      |                               |        |      |
|---------------|-------------------------------|--------|------|-------------------------------|--------|------|
| TOMTEA        | 7                             | (0.81) |      | 3                             | (0.90) |      |
|               | 1                             | 1.71   | 2.00 | 2                             | 2.30   | 2.05 |
|               | 7                             | (0.69) |      | 3                             | (0.93) |      |
| Test Friedman | Valor Chi <sup>2</sup> = 4.06 |        |      | Valor Chi <sup>2</sup> = 3.43 |        |      |
|               | p-valor= .397<br>NS           |        |      | p-valor= .489<br>NS           |        |      |

N.S. = NO significativo (p>.05)

Tabla 16

*Análisis inferencial. Diferencias en la dimensión Teoría de la Mente (casos válidos)*

| Variables | Niños TDAH |        |      | Gr. Control |        |      |
|-----------|------------|--------|------|-------------|--------|------|
|           | Media      | Media  |      | Media       | Media  |      |
|           | (D.E.)     | na     |      | (D.E.)      | na     |      |
| TOMM      | 1          | 2.00   | 2.00 | 1           | 2.68   | 3.00 |
|           | 0          | (0.67) |      | 9           | (0.67) |      |
| TOMF      | 1          | 1.80   | 2.00 | 1           | 2.58   | 3.00 |
|           | 0          | (0.63) |      | 9           | (0.61) |      |
| TOMFR     | 1          | 2.10   | 2.00 | 1           | 2.58   | 2.00 |
|           | 0          | (0.74) |      | 9           | (0.90) |      |
| TOMSIB    | 1          | 2.00   | 2.00 | 1           | 2.26   | 2.00 |
|           | 0          | (0.47) |      | 9           | (0.87) |      |



|          |                          |        |      |                          |        |      |
|----------|--------------------------|--------|------|--------------------------|--------|------|
| TOMTEA   | 1                        | 1.90   | 2.00 | 1                        | 2.32   | 2.00 |
|          | 0                        | (0.74) |      | 9                        | (1.00) |      |
| Test     | Valor Chi <sup>2</sup> = |        | 2.02 | Valor Chi <sup>2</sup> = |        | 7.23 |
| Friedman | p-valor=                 |        | .846 | p-valor=                 |        | .204 |
|          |                          |        | NS   |                          |        | NS   |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

**9.2.4. Encontraremos diferencias significativas entre los grupos en las variables de Base Segura y Apego de tipo Seguro, obteniendo el grupo control puntuaciones mayores.** En el siguiente grupo de variables (tabla 17) se ha encontrado significación ( $p < .05$ ) en SBF (Base Segura Padre), así como una diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) en SBM (Base Segura Madre); observándose en ambas variables que una vez más los casos clínicos tienen valores promedio inferiores a los del grupo de control. Por su parte en la variable SBROTHER (Base Segura Hermano) las diferencias no son significativas ( $p > .05$ ) aunque este resultado no es concluyente dado lo reducido del N de datos válidos en los grupos.

Tabla 17

*Análisis inferencial. Dimensión de Base Segura comparada entre grupos*

| Variables   | Niños TDAH |        |       | Gr. Control |        |       | Mann-Whitney |            |
|-------------|------------|--------|-------|-------------|--------|-------|--------------|------------|
|             | FFI        | Media  | Media | N           | Media  | Media | Valor        | p-valor    |
|             |            | (D.E.) | na    |             | (D.E.) | na    |              |            |
| SBM         | 1          | 2.59   | 2.00  | 2           | 3.30   | 3.00  | 2.74         | .005<br>** |
|             | 7          | (0.71) |       | 3           | (0.76) |       |              |            |
| SBF         | 1          | 2.18   | 2.00  | 2           | 2.61   | 3.00  | 2.12         | .018<br>*  |
|             | 7          | (0.73) |       | 3           | (0.66) |       |              |            |
| SBOTHE<br>R | 4          | 3.25   | 3.00  | 3           | 2.33   | 2.00  | 1.78         | .114<br>NS |
|             |            | (0.50) |       |             | (0.58) |       |              |            |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ ) \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

Para terminar con esta hipótesis, en el último bloque de variables (tabla 13) se ha verificado una diferencia altamente significativa ( $p < .001$ ) en la variable SECURE (Apego Seguro), en la que una vez más los chicos del grupo clínico tienen puntuaciones menores a los del grupo de control. En las demás variables no hay significación ( $p > .05$ ) aunque es conveniente advertir que en una de ellas, en PREOCC (Apego Inseguro-Preocupado), la diferencia puede ser considerada como casi significativa ( $p < .10$ ) y estar indicando una tendencia que se podría comprobar con muestras de mayor N. Y en tal caso, en esta variable, al contrario de todas las demás, los sujetos clínicos puntúan más alto que los de control.

Tabla 18

Análisis inferencial. Estilo de apego (FIF) comparado entre grupos:

| Variables FFI | Niños TDAH |              |          | Gr. Control |              |          | Mann-Whitney |                    |
|---------------|------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|--------------|--------------------|
|               | N          | Media (D.E.) | Media na | N           | Media (D.E.) | Media na | Valor        | p-valor            |
| SECURE        | 1          | 2.18         | 2.00     | 2           | 2.71         | 3.00     | 2.49         | .009**             |
|               | 7          | (0.64)       |          | 1           | (0.56)       |          |              |                    |
| DIMIS         | 1          | 2.59         | 2.00     | 2           | 2.29         | 2.00     | 0.98         | .175 <sub>NS</sub> |
|               | 7          | (0.87)       |          | 1           | (0.78)       |          |              |                    |
| PREOCC        | 1          | 1.88         | 2.00     | 2           | 1.48         | 1.00     | 1.43         | .089 <sub>NS</sub> |
|               | 7          | (0.93)       |          | 1           | (0.68)       |          |              |                    |
| DISORG        | 1          | 1.18         | 1.00     | 2           | 1.05         | 1.00     | 1.27         | .226 <sub>NS</sub> |
|               | 7          | (0.39)       |          | 1           | (0.22)       |          |              |                    |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )  
( $p < .01$ )

\*\* = Altamente significativo al 1%

Los resultados que hemos obtenido nos llevan a concluir que la hipótesis, se cumple parcialmente, puesto que en un alto número de variables contrastadas se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos comparados.

**9.2.5. Las puntuaciones de la escala de Kerns y las de Coherencia Global del FFI correlacionarán significativamente (en sentido positivo).** Se plantea la existencia de relación directa entre puntuación de la escala KERNS y la variable OVER (Coherencia Global) de la entrevista FFI. Esta relación se ha estimado mediante Spearman, en cada uno de los dos subgrupos por separado. Previamente, se ha trazado un diagrama de dispersión para esta relación, con la intención de descartar algún tipo de relación no lineal. Las nubes de puntos de estos diagramas (ver figs. 1 y 2) no sólo revelan que no hay sospecha alguna de relación entre las variables en una forma que no sea lineal, sino que sugieren que ésta relación es inexistente a muy baja.

Esta percepción visual coincide con el resultado de los coeficientes obtenidos. Así, en el grupo clínico la correlación ha resultado ser: 0.183 ( $p=.249$  a una cola) es decir de intensidad baja y no significativa ( $p>.05$ ). La falta de significación puede estar vinculada al reducido N de datos válidos (16), pero en todo caso la intensidad de relación, en caso de existir, es baja, aunque eso sí de sentido positivo como se formula en la hipótesis. Por lo que respecta al grupo de control, el coeficiente obtenido es aún menor en intensidad (0.033;  $p=.441$  unilateral) por supuesto no significativo ( $p>.05$ ) y nos impide concluir que en este grupo las variables en cuestión están correlacionadas.

En consecuencia, no hay demasiadas evidencias estadísticas que apoyen la hipótesis formulada. Si bien es cierto que en el grupo clínico se podría sospechar una posible correlación, en sentido directo, aunque de intensidad leve.

Figura 1:

*Diagrama de dispersión. Relación entre puntuación KERNS y Escala OVERL de FFI en el grupo clínico*

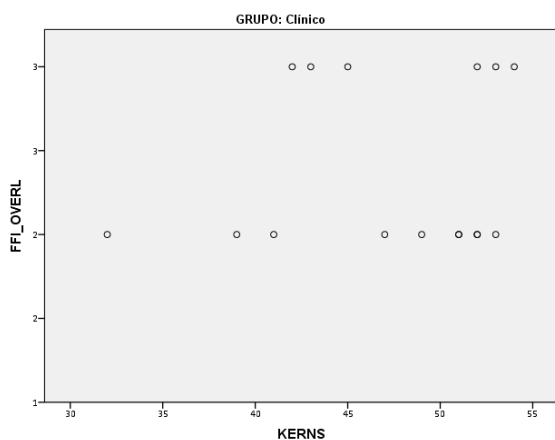
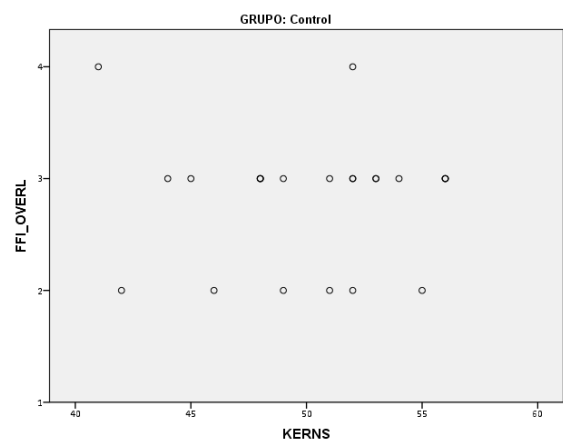


Figura 2:

*Diagrama de dispersión. Relación entre puntuación KERNS y Escala OVERL de FFI en el grupo control*



**9.2.6. Encontraremos diferencias significativas entre ambos grupos en las sub-escala de Respuesta Adaptativa, obteniendo los niños del grupo control puntuaciones significativamente más altas.** Mientras que en la variable ADPTRSP (Respuesta Adaptativa) (tabla 18) se observa una diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) entre los grupos, tal que los casos clínicos de nuevo alcanzan puntuaciones inferiores a los sujetos de control.

Tabla 18

*Análisis inferencial. Dimensión de Respuesta Adaptativa comparada entre grupos:*

| Variables | Niños TDAH |              |          | Gr. Control |              |          | Mann-Whitney |         |
|-----------|------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|--------------|---------|
|           | FFI        | Media (D.E.) | Media na | N           | Media (D.E.) | Media na | Valor        | p-valor |
| ADPTRSP   | 1          | 2.35         | 2.00     | 2           | 3.05         | 3.00     | 2.66         | .004    |
|           | 7          | (0.79)       |          | 1           | (0.74)       |          |              | **      |

\*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

**9.2.7. Esperamos encontrar diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones globales del CPICS.** Mediante el test de MW se ha procedido a comparar a los dos grupos de participantes en la variable puntuación total del cuestionario CPICS. El resultado (tabla 19) nos presenta valores promedio (de media y

mediana) muy similares entre casos clínicos y controles, siendo la pequeña diferencia observada entre unos y otros, evidentemente, no significativa ( $p > .05$ ).

Por tanto, nuestros datos no aportan evidencias estadísticas que nos permitan admitir que se cumple la hipótesis planteada.

Tabla 19

*Análisis inferencial. Puntuaciones totales en el CPICS comparadas entre grupos:*

| Variables | Niños TDAH |              |         | Gr. Control |              |         | Mann-Whitney |         |
|-----------|------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|--------------|---------|
|           | N          | Media (D.E.) | Mediana | N           | Media (D.E.) | Mediana | Valor        | p-valor |
| CPICS-FFI | 1          | 83.27        | 81.00   | 2           | 83.17        | 82.00   | 0.27         | .398    |
| Total     | 5          | (10.00)      |         | 3           | (10.29)      |         |              | NS      |

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

**9.2.8. Las puntuaciones de los niños (de ambos grupos) en el apego inseguro-evitativo correlacionaran negativa y significativamente con las puntuaciones totales del CPICS.** Los diagramas de dispersión (figs. 3 y 4) revelan que nos hay relaciones fuertes entre las variables de la FFI consideradas y la puntuación total de CPICS, en ninguno de los dos grupos. Como tampoco nos indican la presencia de algún tipo de relación de tipo no lineal. En la variable DISMIS (apego inseguro-evitativo), la relación es notablemente más intensa en el grupo de control y además de sentido inverso, aunque en el gráfico no se aprecie bien

Figura 3

Diagrama de dispersión. Relación entre puntuación total CPICS y Escala DISMIS (Apego Inseguro-Evitativo) del FFI en el grupo clínico

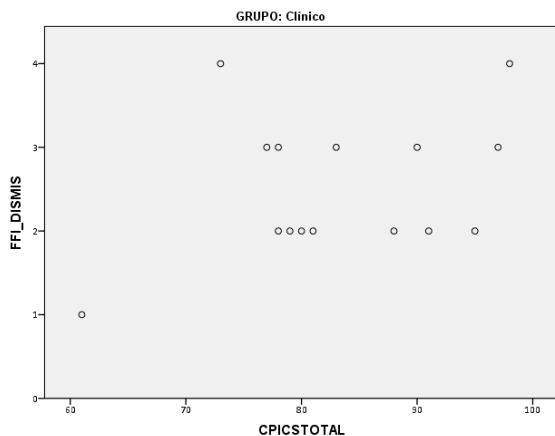
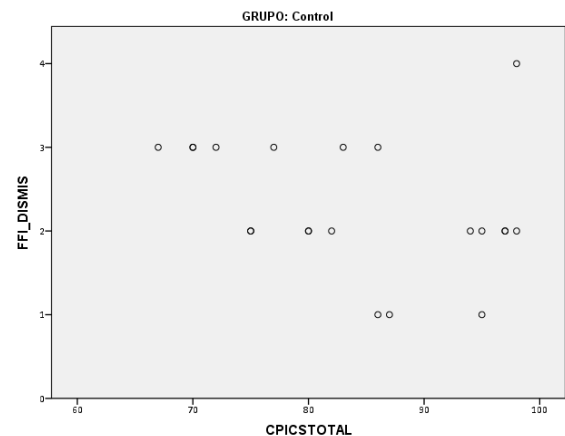


Figura 4

Diagrama de dispersión. Relación entre puntuación total CPICS y Escala DISMIS (Apego Inseguro-Evitativo) del FFI en el grupo control



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

**9.2.9. Las puntuaciones de los niños (ambos grupos) en el apego inseguro-preocupado correlacionaran positiva y significativamente con las puntuaciones en la sub-escala de Triangulación.** Las nubes de puntos que se observan en los diagramas de dispersión correspondientes (figs. 5 y 6) como en las anteriores, no presentan ni una clara tendencia correlacional entre las variables, ni una posible asociación de tipo no lineal.

A pesar de ellos, algunos de los coeficientes de correlación que se han obtenido podrían estar indicando alguna relación entre las variables. Así en el caso del grupo clínico se observa una correlación de intensidad moderada/alta entre las puntuaciones de la escala PREOCC (Apego Inseguro-Preocupado) de la FFI con las puntuaciones del

CPICS-TR (Triangulación) de sentido inverso, es decir que los casos con puntuaciones altas en una variable presentan valores bajos en la otra y viceversa; siendo además estadísticamente significativa ( $p < .05$ ).

Figura 5

*Diagrama de dispersión.* Relación entre puntuación CPICSTR (Triangulación) y Escala PREOCC (Apego Inseguro-Preocupado) del FFI en el grupo clínico

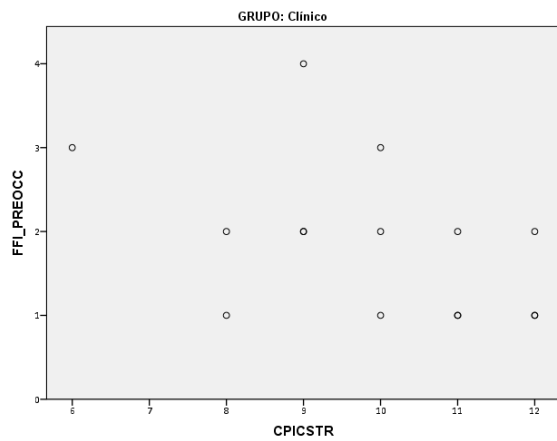
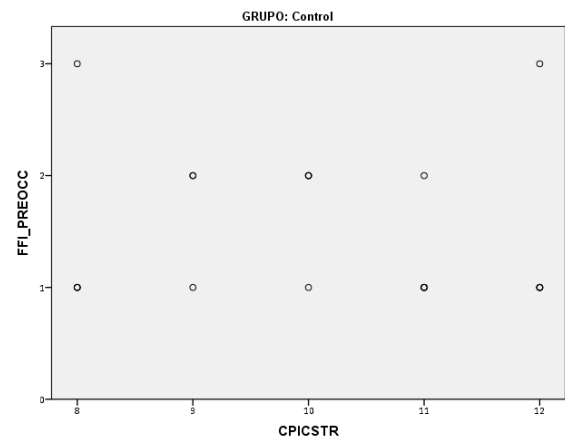


Figura 6

*Diagrama de dispersión.* Relación entre puntuación CPICSTR (Triangulación) y Escala PREOCC (Apego Inseguro-Preocupado) del FFI en el grupo control





## 10. Discusión

### 10.1. Hipótesis 1- Coherencia

*a) “Los sujetos del grupo control obtendrán puntuaciones significativamente más altas que los niños del grupo clínico en las sub-escalas del FFI de Veracidad, Economía, Relación y Modo”.*

Miriam y Howard Steele se basaron en los principios de “buena conversación” de Grice para establecer las cuatro sub-escalas de la Coherencia en el Friends and Family Interview. Éstas son: Veracidad, Economía, Relación y Modo.

Estas sub-escalas están diseñadas para recoger la calidad global del narrativo del niño al responder a las preguntas del FFI. Aquellos niños que organizan mejor sus respuestas y reflexionan sobre las relaciones con sus seres más cercanos y los sentimientos asociados a ellos de una manera más abierta y genuina, obtienen puntuaciones mayores en los sub-apartados de la coherencia y en la puntuación de coherencia global.

*Veracidad:* Esta sub-escala refleja la medida en la que el niño hace una reflexión original y genuina sobre sus experiencias de apego y las emociones que van asociadas a ellas. Busca medir la forma en la que el niño es capaz de explicar sus modelos representacionales a través de su discurso y encontrar la relación con su vida cotidiana.

*Economía:* Esta sub-escala recoge la manera en la que el niño es capaz de organizar su discurso y encontrar las palabras necesarias para reflejar aquello que quiere expresar. La cantidad de discurso debe ser la adecuada, ni demasiado escasa, ni demasiado extensa.

*Relación:* En esta sub-escala se ve reflejado la manera en la que el niño sabe encontrar ejemplos de su vida cotidiana para ilustrar aquello de lo que está hablando en la entrevista.

*Modo:* La forma en la que el niño se relaciona con el entrevistador se recoge en esta sub-escala. Estar atento, contestar a todas las preguntas, mostrarse educado son comportamientos que puntúan alto en este apartado (Kriss et al., 2012).

Los resultados de nuestra investigación señalan que los niños del grupo control, sin un diagnóstico de TDAH, muestran puntuaciones significativamente más altas las sub-escalas de Veracidad, Relación y Modo (en la sub-escala de Economía también presentan puntuaciones más altas que, aunque no son estadísticamente significativas, apuntan a una relación de este tipo también). Estos resultados implican que estos niños presentan una coherencia mayor y una organización mejor de su narrativo autobiográfico al responder las preguntas de la entrevista.

Estos resultados son importantes, no sólo porque implican una mayor capacidad en las sub-escalas correspondientes, sino porque estas capacidades están estrechamente relacionadas con experiencias de apego positivas y con estilos de apego seguros. Diferentes investigaciones (Steele y Steele, 2005a, 2005b) han demostrado esta

relación, y apuntan a que la calidad en el discurso a la hora de reflexionar sobre las emociones propias y ajenas son reflejo directo de un contexto donde se ha dado una relación de apego segura.

Se postula que aquellos niños que tienen madres y padres que se muestran atentos y sensibles ante sus necesidades, y que conversan con el niño de una manera abierta sobre estas necesidades y sobre los sentimientos que surgen en la interacción entre ellos, “aprenden” de sus padres a expresar sus emociones y a integrarlas de una manera orgánica en su día a día. En este sentido, estos niños que se han beneficiado de relaciones de apego seguras, han ido interiorizando que aquellas emociones que les resultan ajenas y difíciles de comprender y gestionar en un primer momento, se pueden regular dentro de su funcionamiento normal. Consecuentemente, la calidad en el discurso al responder a preguntas que llevan asociado un alto contenido emocional, es el resultado directo de una interacción madre(padre)-niño, en la que el adulto se ha mostrado sensible y ha sabido ajustarse a el momento vital de su hijo.

Desde el momento de su nacimiento, los bebés están sujetos a sentimientos de desasosiego para los que no están todavía preparados. Para experimentar la “seguridad percibida” que ha sido descrita como el objetivo central del apego, los niños dependen de la figura de apego para modular sus afectos desbordantes (Wallin, 2008, p.48).

En este contexto, nuestra hipótesis se ve confirmada de manera parcial, ya que los niños del grupo control, que no presentan un diagnóstico de TDAH, obtienen puntuaciones significativamente más altas en las sub-escalas de Veracidad, Relación y

Modo (en la escala de Economía también presentan puntuaciones mayores, pero que no llegan a ser significativas). Estos resultados implican que en este grupo de niños la calidad y la coherencia en el discurso durante la entrevista es mayor.

En el apartado de Veracidad, los niños del grupo control obtienen una puntuación media de 2,87 (escala Likert de 1 a 4) frente a la puntuación de 2.35 que presentan los niños con TDAH. Se observa que en las entrevistas hay diferencias importantes entre los dos grupos de niños, por un lado a la hora de reflexionar sobre las relaciones más importantes para ellos y las emociones que van asociadas, y por otro al tener que reflexionar sobre aspectos personales y de su propia personalidad. En este sentido, los niños del grupo TDAH tienden a presentar respuestas más estereotipadas y automáticas, que implican una capacidad de reflexión más pobre. Como hemos mencionado antes, puede ser el resultado de relaciones de apego no seguras en las que el niño no ha podido asimilar como se deben gestionar estos contenidos emocionales y no se encuentra cómodo al tener que verbalizarlos.

***(Ejemplo Puntuación Alta en Veracidad)***

- *Si yo le preguntara a alguien que te conoce muy bien, a tu madre o a tu padre por ejemplo, ¿qué me dirían de ti?*
- *Pues que soy buena persona, que algunas veces no me entero de las cosas, y que bastante bien.*
- *Vale, muy bien, y a ti, de ti misma, ¿cuál es tu característica favorita o lo que más te gusta?*
- *Pues mi característica favorita pues es estar feliz.*

- *Vale. Dime algún ejemplo de alguna vez que estuvieras feliz.*
- *Pues cuando me salen cosas que yo nunca podía hacer. Por ejemplo, llevo casi un año intentando hacer la rueda sin manos, y un día me salió y no me lo podía creer, y estaba muy feliz.*

En lo referente a la Economía en el discurso, los niños del grupo control organizan mejor su narración y la estructuran de una manera más clara y más precisa que los niños con el trastorno TDAH. En este caso, la diferencia más observable está en la cantidad de palabras que utilizan unos y otros para expresar sus ideas. En el caso de los niños sin TDAH, se aprecia que sus respuestas están generalmente mejor organizadas y que son más capaces de encontrar las palabras necesarias que les permiten expresar aquello que quieren de una manera correcta. En el grupo clínico se observa que hay una tendencia hacia una verborrea excesiva o por el contrario, a no llegar a elaborar lo suficiente su discurso.

***(Ejemplo Puntuación Baja en Economía)***

- *La segunda cosa que más me gusta es jugar a fútbol, me encanta. ¡El deporte que más me gusta!*
- *Ujum*
- *Y... La tercera... La tercera, la tercera... ¡Ay!... Cual era... No me acuerdo...*
- *Vale, con estas dos me vale, a ve cuéntame alguna vez que estuvieras jugando a fútbol, ¿con quién estabas? ¿O qué estabais haciendo? ¿O dónde estabas?*

- *Mmm... Muchas ve... Antes... El año pasado... jugaba en la Grana. Bueno... En la mmm... ¿Cómo se llama? ¡Ay! ¿Cómo se llama? Buah da igual. Jugaba en la Grama. Ahora juego a fútbol en el Esplai. Antes... eh... eh.... En el cole jugaba a fútbol... y en los coles que iba también jugaba a fútbol, y a veces en el parque, parque.*

La sub-escala de Relación, encargada de medir la capacidad de los niños de recuperar recuerdos de su memoria y utilizarlos como ejemplos de aquello que va tratando a lo largo de la entrevista, también presenta diferencias en favor de los niños del grupo control. Éstos utilizan mejores ejemplos y de manera más elaborada para acompañar su discurso y facilitan que el entrevistador pueda construirse una imagen apropiada y cercana a la experiencia del niño. Se observa que los niños con TDAH utilizan más frecuentemente ejemplos no específicos y que aportan poca información sobre ellos mismos durante la entrevista. Esta capacidad de los niños de construir un narrativo autobiográfico rico y detallado se desarrolla en una interacción con la madre (o padre) en la que las experiencias que vive el niño son reconocidas y verbalizadas, y de esta manera pasan a forma parte del psiquismo propio del niño. De esta manera, estas experiencias no le resultan ajenas, ya que las interioriza como propias y les atribuye un significado (es la madre quien atribuye primeramente este significado hasta que el niño se desarrolla y aprende a atribuir sus propios significados).

***(Ejemplo Puntuación Baja en Relación)***

- *A ver cuéntame alguna vez que te portaras bien y estabas contento.*
- *Pues... Estos días...*

- *¿Estos días? ¿Qué has hecho?*
- *Pues... Mi hermano ahora se... Está... Antes yo me portaba fatal, y ahora me estoy portando genial. Y mi hermano antes se portaba bien y ahora me estoy portando mal, ¡ay! Y ahora se está portando mal.*

Para la sub-escala de Modo, los niños del grupo control presentan también, como en las anteriores, puntuaciones significativamente más altas que aquellos del grupo clínico. Esto implica que los primeros se relacionan mejor y se muestran más educados y más atentos con el entrevistador, facilitando el curso de la entrevista y la administración de la misma. Es probable que estos niños se relacionen con el adulto que les entrevista de la misma manera en la que lo hacen con sus padres (o adultos de referencia) y que sea un reflejo de los Modelos Internos de Trabajo que han ido desarrollando y que cuentan con características de comunicación propias y específicas que facilitan la vinculación. Los niños con estilos de apego seguros se relacionan mejor y se benefician de una cercanía mayor en la interacción.

Los resultados que obtenemos nos permiten confirmar parcialmente nuestra hipótesis, ya que para tres de las cuatro sub-escalas encontramos diferencias significativas en favor del grupo control, y en la dimensión restante se aprecia también que estos niños obtienen mejores puntuaciones, pero la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

## 10.2. Hipótesis 2- Mentalización

- a) *“Encontraremos diferencias en las sub-escala de Teoría de la Mente y Ambivalencia de Sentimientos entre grupos, con los niños del grupo control obteniendo puntuaciones significativamente más altas en estas escalas que los del grupo clínico”.*

**10.2.1. Teoría de la Mente.** La escala de Teoría de la Mente busca captar la capacidad del niño para “ponerse en la piel” de las personas de su entorno y adquirir sus perspectivas mentales. Como hemos mencionado anteriormente, se considera esta habilidad como una de las capacidades avanzadas del desarrollo cognitivo, que permite al niño anticipar, prever y entender a sus seres más cercanos. Esta aptitud facilita y potencia la socialización del niño, posibilitándole una cualidad mejor en sus relaciones más significativas.

La mentalización o teoría de la mente, se desarrolla en el niño en el contexto de una relación segura de apego, en la que la madre se muestra sensible hacia las primeras (proto) comunicaciones del niño y recoge éstas y les atribuye significado. Consigue así mostrar al niño que es posible que su psyche esté representada en la mente de otra persona. A través de una interacción reguladora, característica de las díadas seguras, el niño va comprendiendo e interiorizando la manera en la que la madre se anticipa a sus pensamientos e ideas, y de como utiliza esta información para favorecer la interacción entre ambos. Como apuntaba Fonagy (2006, citado en Wallin 2007) “El ser humano está preadaptado para relacionarse intersubjetivamente. Existe una intersubjetividad primaria. Nacemos creyendo que nuestra mente existe en otras personas. Acudimos a



otras personas para descubrir que hay en nuestras propias mentes y para encontrar el significado de las cosas”.

Stone, Baron-Cohen y Knight (1998) explicaron las fases a través de las que se desarrollaba la teoría de la mente en el niño. El primer momento donde se puede apreciar es sobre los 18 meses, con la atención conjunta, cuando el niño se da cuenta de que él y la madre están mirando a la misma cosa, y con el proto-señalar, en el que el niño apunta hacia algo a lo que quiere que el adulto preste atención. Entre los 3 y 4 años, los niños comienzan a entender que no todo el mundo piensa de la misma manera, y que no conocen todas las cosas que ellos conocen, y que puede incluso haber gente que tenga ideas o creencias que no sean verdaderas o que sean erróneas. Sobre los 6-7 años, aparecen las que se denominan como “creencias de segundo orden”, que permiten al niño entender que otras personas también cuentan con representaciones mentales, y que cada uno tiene sus propias creencias sobre las creencias de otras personas (“belief about belief”). A partir de los 9 años los niños son capaces de reconocer un “faux pas” que es una situación en la que se ponen en juego las representaciones enfrentadas de dos personas. El niño a estas alturas es capaz de reconocer las representaciones de ambos y como les afecta a cada uno las representaciones propias y las ajenas.

En los resultados que hemos obtenido observamos que los niños del grupo control obtienen puntuaciones significativamente mejores en la escala de Teoría de la Mente para las sub-escalas de padre y madre. Este dato nos indica que este grupo de niños presentan unas capacidades más avanzadas a la hora de empatizar y adquirir la representación mental de otras personas. Ante la pregunta “¿Tú que crees que tu

madre/padre/amigo/profesor piensa de ti?” los niños sin diagnóstico TDAH elaboran respuestas más completas y aportan información más relevante.

***(Ejemplo Puntuación Alta en Teoría de la Mente)***

- *¿Tú qué crees que tu profesora piensa de ti?*
- *Pues que soy muy buena cantante y muy buena alumna, y que siempre estoy feliz con ella.*

***(Ejemplo Puntuación Baja en Teoría de la Mente)***

- *¿Qué crees que tu hermano piensa de ti?*
- *¿Qué creo? La verdad es que no lo sé, ni tampoco me lo imagino.*

**10.2.2. Ambivalencia de Sentimientos.** En lo referente a la regulación de los afectos, los Steele (2005a, 2005b)) consideran que en el contexto de una relación segura de apego el niño interioriza, gracias a la interacción reguladora que se da en la diada, cómo debe controlar y gestionar de manera adecuada sus sensaciones y sus propios sentimientos.

Lo que distingue a los individuos sanos de los no sanos, es la manera en que controlan, regulan y resuelven el conflicto inevitable que surge entre los sentimientos de amor y odio, frecuentemente dirigidos hacia la misma persona. Para los niños, Bowlby nos dice que esto se dará de manera natural si estos niños tienen la compañía de unos padres que soportan los brotes de hostilidad,

mostrándoles que no tienen miedo a su rabia, y elaborando la idea de que puede ser controlado y contenido. Esta es la atmósfera tolerante en la que la autorregulación puede desarrollarse. En la misma línea, Schore (2001) argumentaba que son las mismas interacciones reguladoras responsables del establecimiento de un vínculo seguro, las que promueven el desarrollo del sistema de regulación del niño que conlleva el manejo y resolución de conflictos, y que es esencial para la supervivencia del organismo (Steele y Steele, 2005b, p.4).

La escala de Ambivalencia de Sentimientos, recoge la manera en la que los niños regulan y gestionan sus emociones, tanto negativas como positivas, y hablan de ellas de una manera coherente e integrada.

Cuando preguntamos si los sentimientos de alguien podrían cambiar próximamente, algunos niños respondieron que el trabajador que estaba triste se pondría contento cuando aprendiera a hacer bien lo que estaba haciendo. Esta respuesta que implica sensibilidad y esperanza puntuaría bien en nuestra dimensión de “comprensión de las emociones ambivalentes” la cual consideramos que está estrechamente relacionada con la resolución de conflictos intra e inter-personal (Steele y Steele, 2005b, p.8).

Al analizar los resultados en los dos grupos, se observan que no hay diferencias significativas entre ambos, y que las puntuaciones en las diferentes sub-escalas de Ambivalencia de Sentimientos son similares. Estos datos apuntan a que a la hora de reflexionar sobre los sentimientos, los niños del grupo clínico y los del grupo control funcionan de manera similar. Y si bien, los niños del grupo control generalmente

puntúan mejor en las diversas sub-escalas (Madre, Padre, Profesor, Amigo, Hermano) de la escala de Ambivalencia de Sentimientos, éstas diferencias no son suficientes para considerarse estadísticamente significativas.

Cabe destacar, que si bien hay diferencias observables en la manera en la que los niños hablan sobre los sentimientos asociados a las relaciones dependiendo de la persona que sea la referencia (hablaremos en más detalle en el siguiente apartado), las puntuaciones de los niños de ambos grupos en esta dimensión son bajas (los valores oscilan entre *2.17* y *1.59*). Analizando los datos, en lo referente a los niños con un diagnóstico de TDAH, podemos concluir que todavía no han desarrollado suficientemente su capacidad para tolerar las emociones de rango ambivalente y para integrarlas en su discurso de una manera orgánica. Estos hallazgos irían en consonancia con otros ya anteriormente mencionados en esta investigación, y que apuntan a que los niños del grupo clínico se benefician menos de experiencias de apego seguras, y por ello no encuentran el contexto necesario donde las habilidades de regulación emocional puedan emerger.

Paralelamente, los resultados del grupo control, nos ofrecen información que apunta a que su comprensión y gestión de las emociones no es la adecuada tampoco. Si observamos los datos de cada una de las sub-escalas de la comprensión de emociones ambivalentes (Padre, Madre, Uno Mismo y Profesor) observamos que son generalmente mejores que los del grupo clínico (excepto en el caso de la Madre donde los niños con TDAH puntúan ligeramente mejor), pero aún así sus valores absolutos son pequeños (*2.17*, *1.96*, *1.96* y *1.96*) y demuestran que la capacidad de estos niños para regular y expresar sus emociones es pobre.

La regulación emocional es una habilidad avanzada a nivel cognitivo, que se fundamenta en interacciones continuadas donde el niño aprende del adulto de referencia como se han de gestionar esas sensaciones que está sintiendo y que no comprende todavía. En este contexto, el FFI investiga aquellas relaciones más significativas del sujeto y las que más contenido emocional llevan asociadas, poniendo a prueba el sistema representacional-relacional del niño. En base a los resultados que hemos obtenido, pensamos que los niños de nuestra investigación todavía no han dispuesto del tiempo suficiente para que las habilidades necesarias para la auto-regulación maduren correctamente.

La literatura existente en el momento que llevábamos a cabo este trabajo sugería que la comprensión de las emociones ambivalentes se obtenía normalmente sobre los 11 años de edad. Sin embargo, entre el grupo de 63 niños de 6 años de edad a los que se les administró la herramienta del Affect Task, el 40% obtuvo puntuaciones entre moderadas y altas para la comprensión de emociones ambivalentes, respondiendo por lo menos una vez de una manera que implicaba esta comprensión. Este grupo tenía más probabilidades de haber tenido madres que puntuaron como seguras-autónomas en sus entrevistas del Adult Attachment Interview durante su embarazo. Las puntuaciones de los padres en el AAI, y las interacciones observadas entre padres y niños (a los 18 meses de edad del niño) no ofrecían resultados que nos ayudarán a predecir la comprensión de las emociones ambivalentes por parte de los niños a los 6 años. De esta manera, estos datos nos llevaron a concluir que el entendimiento de las emociones por parte del niño estaba específicamente relacionado con las experiencias, pasadas y presentes, de apego entre la madre y su hijo (Steele y Steele, 2005b, p. 8-9).

Como conclusión a este apartado, podemos apuntar la idea de que si bien parece haber diferencias en las experiencias de apego en los niños de ambos grupos (como apoyan algunos de los resultados anteriormente mencionados), estas desigualdades (todavía) no ejercen una influencia importante en la formación y desarrollo de la autorregulación emocional. Como ya hemos destacado, la gestión de las emociones es una de las capacidades avanzadas del niño, que precisa de tiempo y un entorno que favorezca su aparición. En el caso de los niños de nuestra investigación, podemos esperar que aquellos sin un diagnóstico clínico se favorezcan más frecuentemente de experiencias de apego más favorables (como demuestran algunos de los resultados que hemos obtenido), pero hemos de reflexionar sobre los motivos por los que estos niños tienen dificultades a la hora de expresar y manejar sus emociones durante la entrevista. Si estas limitaciones guardaran relación con la maduración cognitiva y el tiempo necesario para que ésta se desarrolle, podríamos obtener más información a este respecto si tuviéramos la posibilidad estudiar esta dimensión en niños de diferentes edades y observar si a medida que crecen los niños van mostrando cada vez un mejor entendimiento de sus propias emociones. En nuestro estudio la división en sub-grupos por edades no es posible ya que el número de casos sería demasiado pequeño y no serviría para un análisis estadístico óptimo.

Los resultados para estas sub-escalas confirman de manera parcial nuestra hipótesis, ya que para la teoría de la mente de la madre y el padre sí que hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos (en la dirección esperada), pero sin embargo, no observamos diferencias significativas para la teoría de la mente en otras personas, ni tampoco para la sub-escala de ambivalencia de sentimientos.

*b) “Encontraremos diferencias significativas también en las diferentes sub-escalas de Teoría de la Mente y Ambivalencia de Sentimientos cuando analicemos las puntuaciones entre los niños del mismo grupo, siendo las dimensiones de “madre” y “padre” las que obtengan las puntuaciones más altas”.*

**10.2.3. Ambivalencia de Sentimientos.** Cuando analizamos las puntuaciones intragrupalas de los niños con TDAH, observamos que en el grupo clínico obtienen puntuaciones significativamente mejores en las sub-escalas de Ambivalencia de Sentimientos hacia la madre y hacia uno mismo. Esto implica que estos niños reflexionan mejor sobre los sentimientos que van asociados a la relación con su madre y los que van asociados a la imagen que tienen de ellos mismos. Al reflexionar sobre estas emociones, los niños responden de manera más profunda y detallada, aportando información más directa que refleja mejor sus representaciones mentales. Podemos deducir, por un lado, que les resulta más fácil acceder y gestionar el contenido emocional asociado a sus madres ya que éstas son las que, generalmente, actúan como figura principal de referencia. Son estas representaciones de la madre las que ocupan más “espacio” y “tiempo” en la psyche del niño, y por ello son las más trabajadas a nivel mental y las que mejor se pueden recuperar. Por otro lado, los sentimientos resultantes de la idea que los niños tienen sobre ellos mismos son gestionados de manera más correcta por los estos niños, como resultado de una capacidad de introspección y auto-conocimiento buena, gracias a la cual, los niños reconocen aspectos positivos y negativos de sus propio self, y son capaces de hablar abiertamente sobre ellos.

Por su parte, para el grupo control en esta escala de Ambivalencia de Sentimientos, observamos que no hay diferencias significativas intra-grupales en las puntuaciones de madre, padre, amigo y profesor.

**10.2.4. Teoría de la Mente.** No encontramos diferencias significativas entre las diferentes sub-escalas de la Teoría de la Mente para ninguno de los dos grupos. Lo que implica que la reflexión de estos niños sobre los pensamientos y sentimientos de otras personas no se vio afectada por la persona a la que iba dirigida, siendo las respuestas para las madres, padres, amigos o profesores similares en su calidad.

En el grupo control, se observa una tendencia esperada, en la que los niños presentan los valores más altos para sus madres y sus padres ( $M = 2.65$  y  $M = 2.57$  respectivamente). En consecuencia, los niños contestan de manera más completa y con mayor complejidad a aquellas preguntas que exploran la capacidad del niño adoptar su perspectiva mental “¿Tú qué crees que tu madre/padre piensa de ti?”. Esta tendencia es esperada para los niños de esta edad, ya que son los padres (en la mayoría de los casos) los que actúan como figuras principales y de referencia, y por ello el niño reconoce y tiene un acceso más directo a los sentimientos y contenidos mentales asociados a ellos.

En cambio, en el grupo clínico se observa que las puntuaciones más altas son para la perspectiva mental de los amigos ( $M = 2,18$ ), seguida por la de las madres ( $M = 1,94$ ). Sugiriendo que estos niños tienen más facilidad para “ponerse en la piel” de sus amigos y poder imaginarse de manera más completa y detallada lo que estos están pensando o sintiendo.



Para explicar las diferencias encontradas entre ambos grupos, podemos proponer la hipótesis, que se apoya también en diferentes hallazgos de esta investigación, de que la relación que se da entre el niño con TDAH y sus padres sufre y no puede consolidarse todo lo esperado por la propia naturaleza del trastorno y las dificultades que lleva asociadas. Sin embargo, observamos en estos niños una flexibilidad y una capacidad de adaptación y resiliencia notable, buscando en sus compañeros el apoyo necesario para poder satisfacer sus necesidades evolutivas y relacionales. Para el grupo de niños de esta investigación, todos entre 8 y 11 años, las relaciones con otros compañeros que se encuentran en su mismo momento evolutivo, son fundamentales, ya que ofrecen información sobre roles y normas sociales, y ayudan en la construcción del self del niño. En este contexto, los resultados del grupo clínico son coherentes, ya que estos niños utilizan a sus coetáneos como referencia y establecen con ellos relaciones muy cercanas, a través de las cuales les resulta fácil acceder a sus ideas, emociones y sentimientos. Es más que probable que para este grupo de niños, resulte más sencillo adquirir la perspectiva mental de sus compañeros y amigos, en comparación con la de sus padres, gracias a una mayor cercanía evolutiva para con ellos y a un tipo de relación que han podido establecer con ellos que no ha sido posible en el núcleo familiar.

En este caso los resultados obtenidos únicamente apoyan de una manera residual nuestras hipótesis. Si bien es verdad que se observan diferencias significativas en el grupo clínico en favor de la sub-escala de ambivalencia de sentimientos con respecto a la madre, no se aprecian diferencias significativas para el padre en este mismo grupo, ni observamos ningún tipo de diferencia significativa en ninguna de las dimensiones de las sub-escalas de Teoría de la Mente y ambivalencia de sentimientos en el grupo control.

### 10.3. Hipótesis 3- Base y Apego seguro

- a) *“Encontraremos diferencias significativas entre los grupos en las variables de Base Segura y Apego de tipo Seguro, obteniendo el grupo control puntuaciones mayores”.*

**10.3.1. Base/Nido Seguro.** La escala de Base/Nido seguro del FFI recoge la medida en la que el niño percibe al adulto como una figura que le proporciona una base estable que le permite salir de la interacción dual hacia el mundo externo aportándole seguridad y, al mismo tiempo, a la que puede retornar una vez siente la necesidad durante su exploración.

La variable principal a la que dirijo mi atención es la manera en la que los padres del niño le proporcionan una base segura y le animan a explorar desde ella. Es la forma en la que los padres reconocen y respetan el deseo del niño de una base segura y la necesidad que tiene de ella, y como adaptan su comportamiento. Esto implica, primeramente, una comprensión intuitiva y empática de los comportamientos de apego del niño y una disposición para reconocerlos y actuar para que sean terminados, y en segundo lugar, la aceptación de que una de las fuentes principales de frustración y rabia para el niño son sus deseos de amor y cariño, y que su ansiedad frecuentemente es un reflejo de su incertidumbre sobre la disponibilidad de sus padres. . . . La provisión por parte de ambos padres de una base segura desde la que el niño o el adolescente puede hacer excursiones hacia el mundo exterior y a la que puede retornar sabiendo que va a ser

bienvenido, protegido física y emocionalmente, y tranquilizado en caso de estar asustado (Bowlby, 1979, p.161).

Esta percepción de disponibilidad (física y emocional) del niño es la piedra angular sobre la que se fundamenta la relación de apego segura con el adulto. Estos padres que apoyan y se muestran atentos con sus hijos posibilitan que el niño construya representaciones seguras de sus adultos de referencia, que luego utilizará como ejemplo para otras relaciones significativas. De esta manera, las interacciones tempranas con los padres ejercen una influencia muy importante en el desarrollo posterior del self social del niño.

En los resultados de nuestra investigación observamos que los niños con un diagnóstico de TDAH presentan una percepción significativamente más baja sobre la disponibilidad de sus madres y sus padres. Estos datos van en consonancia con nuestra idea de que en el grupo clínico, en comparación con los niños del grupo control, se darían menos relaciones de tipo seguro entre los niños y sus padres (ambos). En este contexto, la medida en la que los niños perciben e interiorizan a sus padres como figuras más o menos disponible ejercerá una influencia decisiva en la formación, o no, de relaciones de tipo seguras.

De manera general, los niños del grupo clínico, dieron respuestas en las que se reflejaba que no utilizaban a sus padres como figuras de confort cuando estaban tristes o preocupados. Estos niños preferían buscar la compañía de otras personas (amigos, hermanos) o utilizar otro tipo de estrategias (llorar, estar solo) para afrontar los momentos estresantes o que les causaban ansiedad. En este sentido, cabe destacar que al

ser preguntados directamente, prácticamente la totalidad de los niños, describía a los padres como figuras de apoyo a las que acudir en caso de necesitarlo, pero luego en la entrevista no eran capaces de presentar ejemplos o elaborar una narrativa que confirmará esta idea. Esta falta de evidencia que apoye la idea de una base segura por parte de los padres, influye en la escala de Veracidad y de Coherencia Global del sujeto, pero también impide que las puntuaciones de la escala de Base/Nido Seguro para los padres sean elevadas.

***(Ejemplo Puntuación Alta en Base Segura Madre y Padre)***

- *A ver, tú cuando estás un poco triste o un poco preocupada por algo, ¿normalmente qué haces?*
- *Pues se lo cuento a mis padres*
- *Vale, ¿y qué pasa cuando se lo cuentas a tus padres?*
- *Pues que mis padres me dicen, “No te preocupes, todo va a ir bien, y estate tranquila”.*

**10.3.2. Apego Seguro.** La clasificación de los estilos de apego del FFI recoge la impresión que se ha formado el entrevistador sobre las experiencias y las representaciones de apego del niño. Para puntuar esta sub-escala el entrevistador debe codificarla en último lugar, una vez ha puntuado el resto de las dimensiones, basándose en la impresión general que le ha causado el niño. Para este apartado de la entrevista no hay una pregunta concreta en la que debamos fijarnos, como para otros apartados de la escala, sino que ha de ser codificada en base al discurso global del niño y a la manera en la que ha expresado y descrito sus relaciones más significativas. En este aspecto, cabe

destacar que durante el entrenamiento del FFI, a la clasificación categórica de los estilos de apego no se le atribuye la misma importancia que a otras escalas como la de Coherencia, o de Teoría de la Mente.

Para Kriss et al. (2012) algunas de los rasgos característicos de los niños seguros son que durante la entrevista hacen referencia a personas a las que necesitan o echan de menos, que se muestran abiertos para hablar y reflexionar sobre personas importantes en sus vidas, y que muestran una flexibilidad al hablar sobre ellas en base a los cambios que se vayan dando en la conversación. Es importante también que presentan una imagen de si mismos armoniosa y proporcionada, con incluso toques de humor, y que se muestran conforme con sus imperfecciones personales y con las de las personas que les rodean.

Los niños de nuestra muestra clínica muestran puntuaciones significativamente más bajas en la sub-escala de apego seguro, apoyando la idea de nuestro estudio de que aquellos niños sin este diagnóstico se benefician de relaciones y experiencias de apego seguras más frecuentemente, y que por lo tanto, cuentan con representaciones de apego más seguras que aquellos.

Observamos que el grupo de niños con diagnóstico de TDAH, presentan sus puntuaciones más altas en el apego inseguro-evitativo ( $M = 2.59$ ), seguidas por el apego seguro ( $M = 2.18$ ) y por el inseguro-preocupado ( $M = 1.88$ ). Los niños del grupo clínico tienen tendencia a contestar de manera automática a las preguntas que tratan de investigar sus relaciones más significativas y sus emociones asociadas a éstas. De la misma manera, este grupo de niños tienden a dejar muchas preguntas sin contestar o

aportando muy poca información en sus respuestas. Estas tendencias implican que hay dificultades por parte de estos niños para recuperar su información autobiográfica y ordenarla en una respuesta coherente. En el FFI, hay varias preguntas que aluden directamente a sus relaciones más significativas y que provocan en el sujeto respuestas emocionales intensas. En el caso de los niños con TDAH, da la impresión de que no saben bien como gestionarlas, y éstas les sobrepasan de tal manera que les impide organizar su discurso.

***(Ejemplo Puntuación Baja en Apego Seguro)***

- *Vale, a ver, ¿tú te acuerdas de la primera vez que te separaste de tus padres? No separarte para siempre, pero igual la primera vez que fuiste al cole, o la primera vez que...*
- *Cuando me separé de mis padres fue en un centro.*
- *Vale. ¿Te acuerdas? ¿Cuántos años tenías?*
- *No, era muy pequeño. Tenía cuatro o cinco años, no sé.*
- *¿Y tú te acuerdas cómo te sentías ahí?*
- *Que va.*
- *¿No? ¿Y tú cómo crees que se sentían tus padres?*
- *Mm... ¿Cuando yo estaba en el centro?*
- *Bueno cuando os separasteis por primera vez.*
- *No sé. Pfff... Nunca se lo he preguntado*

Por otra parte, los niños sin un diagnóstico clínico, obtienen las mayores puntuaciones en la dimensión de apego seguro ( $M = 2.71$ ). Esto implica que estos niños

generalmente presentan estrategias de regulación emocional que son flexibles y que implican la resolución de conflictos de manera individual en algunos casos, y en otros buscando ayuda en las personas de su entorno, y de la misma manera que ofrecen apoyo a otros cuando lo necesitan (Kriss et al., 2012 ).

***(Ejemplo Puntuación Alta en Apego Seguro)***

- *¿Tú te acuerdas de la primera vez que te separaste de tus padres? No que te separaste para siempre, pero igual la primera vez que te trajeron al cole y te dejaron, o la primera vez que te llevaron a dormir por ahí, ¿te acuerdas?*
- *Le primera vez que me dejaron a dormir en casa, pues me sentí como muy lejos.*
- *Vale, ¿y tú cómo crees que se sentían tus padres?*
- *Pues preocupados, y muy preocupados.*

La hipótesis propuesta queda de esta manera confirmada por los resultados de nuestra investigación, ya que se aprecian diferencias significativas en las representaciones de apego seguro entre los dos grupos, medidas a través del FFI.

- b) *“Las puntuaciones de la escala de Kerns y las de Coherencia Global del FFI correlacionarán significativamente (en sentido positivo)”.*

La Escala de Seguridad de Kerns es una herramienta de 15 ítems para niños que recoge la percepción o la idea que tienen éstos de sus padres. Esta escala evalúa la manera en la que el niño percibe a su adulto de referencia (generalmente padre o madre)

como disponible, la manera en la que busca y acude a él en momentos de angustia y desasosiego, y como manifiesta y muestra su interés y su necesidad de vinculación con esta figura de apego. Las respuestas del individuo arrojan una puntuación global que a medida que sea mayor se considera que su estilo de apego es más seguro. Esta escala es frecuentemente utilizada en las investigaciones que exploran las dimensiones del apego, y se ha demostrado que correlaciona positivamente con otras herramientas que miden la seguridad en el apego. (Kerns, Schlegelmilch, A., Morgan, T.A. y Abraham, M.M., 2005).

Por su parte la variable de Coherencia Global del FFI mide la manera en la que el niño organiza su narrativo sobre las experiencias de apego a lo largo de la entrevista. Según Kriss et al. (2012) para puntuar esta escala hace falta evaluar en que medida las respuestas del niño nos ofrece una imagen completa y precisa de las experiencias y relaciones sociales del niño. Como norma, las puntuación en esta escala seguirá la tendencia del resto de sub-escalas de la Coherencia (Veracidad, Economía, Relación, Modo).

En este contexto, esperábamos encontrar una correlación significativa entre estas escalas, ya que ambas están diseñadas para recoger dimensiones relacionadas con las experiencias de apego seguras de las que se ha beneficiado el niño. Puntuaciones altas en la Escala de Seguridad de Kerns indicarían una percepción por parte del niño de su madre o padre como una figura disponible y a la que acudir tras una situación de estrés, esta disponibilidad parental le habría permitido al niño beneficiarse de una relación de apego en la que habría podido desarrollar las habilidades necesarias para organizar y



estructurar bien su narrativo (permitiéndole obtener puntuaciones altas en la Coherencia Global).

Sin embargo, no encontramos una relación entre la Escala de Seguridad de Kerns y la Coherencia Global del FFI. Como hemos mencionado en el apartado de resultados, no hay sospecha alguna de relación entre las variables en una forma que no sea lineal, sino que sugieren que ésta relación es inexistente a muy baja. Si bien es cierto que en el grupo clínico se podría sospechar una posible correlación, en sentido directo, aunque de intensidad leve.

Estos resultados hacen plantearnos que quizás estas dos escalas no estén dirigidas a la mismas capacidades cognitivas. Si bien ambas están relacionadas con las experiencias de apego seguras que ha tenido el niño y que tipo de representaciones ha construido sobre sus figuras de apego principales, parece que la información que aporta cada una de ellas es cualitativamente diferente.

Para encontrar una explicación a estos resultados podemos acudir a la idea de Fonagy (1995, citado en Wallin, 2007, p.48) “mientras que la función biológica del apego es la protección de depredadores, los bebés también necesitan la figura de apego para garantizar su supervivencia emocional”. Parece que la escala de Kerns, a través de sus ítems (“*Algunos niños piensan que es fácil contar con ayuda de su mamá*”, “*Algunos niños piensan que su mamá pasa suficientemente tiempo con ellos*”) está dirigida a la idea que se han formado los niños sobre sus padres como accesibles y como figuras próximas físicamente. Aquellos padres que se muestren sensibles a las

necesidades de sus niños y ofrezcan apoyo y soporte a éstos, tendrán hijos que obtendrán puntuaciones altas en esta escala.

Por otro lado, la escala de Coherencia Global del FFI recoge una dimensión cognitiva que va más allá de la percepción de disponibilidad de los padres, y que tiene que ver con la capacidad para el funcionamiento reflectivo de los padres. Sería esta capacidad de mentalización y de metacognición la que permitiría a estos padres establecer relaciones con sus hijos en las que los niños adquieren la capacidad mental necesaria para lograr controlar sus afectos de manera autónoma. Esta capacidad de regulación afectiva tiene un impacto directo en la manera en la que el niño organiza su discurso en la entrevista del FFI y por lo tanto influye en la puntuación de Coherencia Global.

De esta manera, unos padres pueden satisfacer las necesidades básicas del niño, garantizando que su desarrollo físico/biológico siga el curso normal, pero pueden presentar un funcionamiento reflectivo pobre, y no construir la atmósfera de contingencia y regulación emocional donde el niño puede llegar a desarrollar sus capacidades más avanzadas de regulación. Si bien probablemente todos los padres con una buena capacidad de mentalización se muestran sensibles con sus niños y por lo tanto éstos los percibirán como disponibles y cercanos, lo mismo no es verdad a la inversa, ya que puede haber padres que sean capaces de prestar atención y atender a las necesidades primarias de sus hijos, pero que no cuentan con habilidades metacognitivas o de mentalización avanzadas. En tal caso se podría explicar que no hubiera relación entre la percepción que tienen sus niños sobre la cercanía y accesibilidad hacia sus

padres, y la manera en que son capaces de organizar de una manera coherente su narrativo autobiográfico.

Como hemos señalado anteriormente, la hipótesis aquí planteada ha sido refutada por los resultados que hemos obtenido, ya que no hay correlación alguna entre las puntuaciones en la Escala de Seguridad de Kerns y la de coherencia global del FFI.

## 10.4 -Hipótesis 4- Defensas

- a) *“Encontraremos diferencias significativas entre ambos grupos en las sub-escala de Respuesta Adaptativa, obteniendo los niños del grupo control puntuaciones significativamente más altas”.*

**10.4.1. Respuesta Adaptativa.** La escala de Respuesta Adaptativa del FFI recoge las estrategias que tienen los niños para afrontar situaciones conflictivas o que les causan malestar. Ante la pregunta *“¿Tú que haces cuando te sientes un poco triste o un poco preocupado?”*, los niños han de demostrar lo válidas o no que son sus estrategias. Generalmente, los niños cuentan con un rango muy amplio de recursos, desde buscar a sus padres para reconfortarse, a llorar hasta que sienten que el problema se ha pasado. En este sentido, el manual del FFI especifica que aquellas respuestas que se consideran las más apropiadas y las más adaptativas son aquellas que *“involucran la búsqueda de confort con otras personas (padres, amigos o hermanos), implican la práctica de alguna actividad que le ayude a librarse de su tristeza, o simplemente pensando en el problema para encontrar soluciones”* (Kriss et al., 2012).

Los autores cercanos a la teoría del apego defienden la idea de que estas estrategias adaptativas son interiorizadas por el niño en la interacción reguladora con su madre (o padre o adulto de referencia). El niño pequeño, en el transcurso de las interacciones tempranas, experimenta sensaciones y emociones que todavía le resultan extrañas y que no sabe como gestionar. En estos momentos es cuando la madre actúa como un filtro y como *“traductora”* para el niño. A través de sus primeras proto-conversaciones, la madre explica al pequeño que sabe lo que está sintiendo y que van a ser capaces de

superarlo juntos. El niño, por su parte, va poco a poco interiorizando las estrategias de la madre y las va haciendo suyas para poder utilizarlas en situaciones futuras. El proceso mediante el cual el niño tiene la experiencia de un afecto positivo tras haber experimentado uno de tipo negativo, enseña al niño que estos afectos pueden dominarse y superarse. El contexto en el que en la díada madre-niño experimenta afectos de tipo positivos y negativos de una manera consecutiva, y luego es capaz de volver a afectos de cualidad positiva, es el que favorece la aparición de la resiliencia en el niño y un indicador de una habilidad mental avanzada que permitirá la adaptación del individuo (Schore, 2001).

Desde el momento de su nacimiento, los bebés experimentan sentimientos de angustia para los que no están preparados equipados para manejar por ellos mismos. Para experimentar la “seguridad percibida” que ha sido descrita como el objetivo central del apego, los niños necesitan que su figura de apego les ayude a modular sus afectos abrumadores (Wallin, 2007, p.48).

En la misma línea Ainsworth et al. (1978, citado en Bowlby, 1988, p.9) argumentaba que:

Lo que sugieren los estudios es que la madre sensitiva se adapta rápidamente a los ritmos naturales de su hijo, y gracias a la atención que presta a los detalles de su comportamiento, descubre lo que más le conviene y actúa de esta manera. Los niños cuyas madres han respondido de manera sensitiva a sus señales durante el primer año de vida, no solamente lloran menos durante la segunda mitad de ese

primer año, sino que son más proclives a aceptar y colaborar con las iniciativas de los padres.

En este contexto, nuestros resultados muestran que los niños del grupo control presentan estrategias mejores para resolver sus problemas que aquellos niños del grupo clínico. Este hallazgo confirma nuestra hipótesis, ya que esperábamos encontrar que los niños sin el diagnóstico de TDAH contarían con unos recursos más avanzados para la resolución de conflictos como consecuencia de haber tenido experiencias e interacciones más positivas en su ámbito familiar. Cabe esperar que los niños del grupo control se habrán beneficiado más frecuentemente de relaciones en las que el adulto ha contenido sus afectos y emociones desbordantes, y les ha comunicado que hay maneras de afrontarlos positivamente. Esto posibilita que el niño sea capaz de poner los cimientos para la construcción de un sistema de regulación adaptativo, que pasa de ser dependiente del adulto a auto-gestionado.

Esta información, junto con algunos de los otros resultados obtenidos (como por ejemplo las diferencias significativas halladas en los sub-apartados de coherencia o en los de base segura de madre y padre), apoyan nuestra idea principal, que establece que hay diferencias significativas en las representaciones de apego cuando se comparan los niños con un diagnóstico de TDAH con un grupo de niños sin este trastorno.

A través de investigar capacidades como las estrategias de resolución de conflictos de los niños, conseguimos obtener información muy valiosa sobre dimensiones de su psiquismo que están estrechamente relacionadas con experiencias de apego seguras en el ámbito familiar. En este sentido, no buscamos únicamente a obtener una definición

categoría del niño en uno de los tipos de apego conocidos, sino que pretendemos construir una idea del funcionamiento global del sujeto y de aquellas capacidades y habilidades que van estrechamente relacionadas, o son el producto directo, de interacciones seguras con sus adultos de referencia.

***(Ejemplo Puntuación Alta en Respuesta Adaptativa)***

- *¿Y tú qué hiciste cuando te enfadaste con tu amiga?*
- *Pues cogí, le dije a su madre que llamase a mi padre y a mi madre, y me fui de su casa.*
- *Vale. ¿Y al final qué pasó?*
- *Pues estuve pensando en mi casa, y pues decidí pedirle perdón.*

Hemos de destacar que una vez analizados los resultados, la hipótesis propuesta sobre estrategias de resolución más avanzadas en los niños del grupo control queda confirmada.

## 10.5. Hipótesis 5- Conflictividad parental percibida

a) *Esperamos encontrar diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones globales del CPICS.*

La CPICS es una escala diseñada para recoger la visión y la percepción que tiene el niño sobre la conflictividad que existe entre sus padres.

El instrumento original fue desarrollado por Grych, Seid y Fincham con el fin de operativizar el modelo cognitivo contextual, teniendo en cuenta las diversas dimensiones del conflicto y la evaluaciones-percepciones del hijo del conflicto. Pretendía superar las limitaciones de otros instrumentos previos que únicamente medían algunas de estas dimensiones y habitualmente desde la perspectiva de los padres (Martínez-Pampliega, 2008, p. 144).

Para nuestro estudio utilizamos la versión adaptada de Martínez Pampliega, con un número de ítems reducido a 36, y que se organiza en nueva escalas que se agrupan en tres dimensiones diferentes: 1-propiedades del conflicto (la percepción por parte del hijo de la intensidad, la frecuencia y de la manera en la que se resuelven los conflictos), 2-la culpabilidad, y 3-la amenaza.

Cuando planteamos inicialmente nuestra investigación, consideramos que nos serviría de gran utilidad obtener información sobre la atmósfera familiar y las dinámicas dentro del hogar, e investigar en qué medida el conflicto interparental influye en la formación de relaciones de apego seguras. Por ello decidimos administrar esta escala



junto con las herramientas destinadas a medir el apego. El uso de la misma se planteó como una herramienta que permitiría obtener información sobre un aspecto de la vida familiar que suele ser de difícil acceso. Si bien esta información estaría basada en la percepción del niño, y no sería un reflejo directo de la realidad misma, considerábamos que era una fuente de información muy valiosa.

Esperábamos encontrar diferencias significativas entre ambos grupos basándonos en las siguientes ideas: 1- Por un lado, esperábamos que algunos de los comportamientos característicos de la patología TDAH, como la hiperactividad motora, y la falta de atención, así como las dificultades relacionales que van asociadas a estos comportamientos, influirían de manera negativa en la dinámica familiar, haciendo que los padres de los niños con TDAH tuvieran una conflictividad mayor que aquellos padres del grupo control. 2- Por otro lado, como ya hemos mencionado anteriormente, esperábamos encontrar que grupo de niños sin trastorno TDAH presentarían más frecuentemente estilos de apego seguros en comparación con el grupo clínico. En este contexto, en aquellas familias donde se favorece la seguridad en el apego, las interacciones y las dinámicas familiares tendrían una cualidad positiva y por lo tanto serían percibidas por el niño como menos conflictivas. Los padres con estilos de apego seguro cuentan con estrategias más avanzadas para la resolución de conflictos, así como con capacidades cognitivas y relacionales mejores, que facilitan que las interacciones dentro del ámbito familiar sean más productivas y lleven asociadas una menor conflictividad.

En los resultados de nuestra investigación al comparar las puntuaciones en esta escala, no se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos de niños, lo que

implica que la percepción de conflictividad parental en los niños de ambos grupos es similar. A la hora de interpretar estos resultados, consideramos que puede tener diferentes lecturas. Por un lado, se podría pensar que el grado de conflicto en los padres de ambos grupos es similar, y que por ello los niños de ambos grupos tendrían percepciones similares de este conflicto. En este caso, no habría diferencias apreciables a nivel de conflictividad parental entre los padres de ambos grupos, y por ello las puntuaciones en esta escala de los niños de ambos grupos no presentarían una diferencia significativa.

Por otro lado, podríamos pensar que la escala no está recogiendo exclusivamente la conflictividad parental percibida, sino que en sus respuestas los niños están proyectando una imagen idealizada de la situación parental y por ellos los resultados resultan sesgados. Las preguntas de esta herramienta son muy directas y muy explícitas, haciendo referencia a situaciones de conflicto reales entre los padres (*“Aunque ellos no lo admitan sé que mis padres pelean por mi culpa”* o *“Mis padres discuten porque realmente no se quieren”*), y es por ello que esta escala es susceptible de despertar las defensas psicológicas del niño y de hacerle contestar de tal manera que no refleje la experiencia real sino una realidad imaginada o deseada. Este fenómeno se observaría en ambos grupos, ya que tanto los niños con un trastorno del TDAH como los del grupo control reaccionarían a estas preguntas tratando de proyectar una imagen poco conflictiva del ámbito familiar. Esta es una de las limitaciones de este tipo de escalas no proyectivas, que se basan en que las respuestas del individuo sean sinceras y reflejen de manera exacta su contenido mental. Sin embargo, es frecuente que las respuestas a veces no obedezcan a esta intención, sino que tratan de proyectar una imagen idealizada o de proteger el self cuando sienten que éste está siendo “atacado” por las preguntas.

Para finalizar, podemos afirmar que basándonos en los resultados obtenidos, nuestra hipótesis queda rechazada, ya que no se aprecian diferencias significativas entre los grupos en la escala del CPICS.

*b) Las puntuaciones de los niños (de ambos grupos) en el apego inseguro-evitativo correlacionaran negativa y significativamente con las puntuaciones totales del CPICS.*

Al plantearnos el uso de la escala CPICS en nuestra investigación, esperábamos encontrar que aquellos niños que obtienen puntuaciones altas en el apego inseguro-evitativo en el FFI, se relacionarían negativamente con las puntuaciones globales de la escala. Los niños con estilos de apego inseguros-evitativos, tienen una fuerte tendencia a presentar una imagen positiva y polarizada de sí mismos, así como una versión idealizada de su entorno familiar y social. Estos niños han interiorizado que la negación de sus sentimientos y sus necesidades de apego, que no son atendidas de una manera sensible por sus padres, es la manera adaptativa de gestionar sus emociones y de conseguir vincularse a sus figuras de referencia.

En este contexto, cabría esperar que los niños con puntuaciones altas en estilos de apego inseguros-evitativos, tratarían de proyectar una imagen positiva de su entorno familiar y por ello puntuarían de manera significativamente más baja en la CPICS de manera global. Estos niños tendrían tendencia a valorar como menos negativos los conflictos intrafamiliares y a infravalorar la importancia de los mismos, lo que influiría directamente en la puntuación global que obtendrían en esta escala.

Encontramos que los resultados de nuestro estudio confirman (parcialmente) nuestra hipótesis en este aspecto, ya que la puntuación total del CPICS correlaciona alta y negativamente con la puntuación en apego inseguro-evitativo ( $r = -0.361$ ) en el grupo control. Esta correlación ratifica nuestra idea de que los niños que han interiorizado Modelos Internos de Trabajo de tipo inseguro-evitativo, tratan de disminuir el impacto y la naturaleza del conflicto interparental.

Cabe destacar que para el grupo clínico los resultados son cualitativamente diferentes, y se aprecia una correlación de intensidad leve (no significativa) en sentido positivo. Estos datos no apoyan nuestra hipótesis, ya que nos hablan de una relación en sentido contrario al que esperábamos encontrar. Es significativo encontrar esta relación en el grupo de TDAH, donde el apego inseguro-evitativo es precisamente el que obtiene mayor puntuación ( $M = 2,59$ ). Estos resultados invitan a la reflexión y a plantearnos nuevamente la relación que existe entre los modelos de trabajo inseguro-evitativos y la percepción del conflicto interparental medida a través del CPICS.

Los datos apoyan parcialmente nuestra hipótesis, ya que únicamente se cumple para el grupo control.

- c) *Las puntuaciones de los niños (ambos grupos) en el apego inseguro-preocupado correlacionaran positiva y significativamente con las puntuaciones en la sub-escala de Triangulación.*

Cuando analizamos a los niños que presentaban Modelos Internos de Trabajo de tipo inseguro-preocupado, esperábamos encontrar que sus estilos cognitivos y relacionales se verían reflejados en la sub-escala de triangulación del CPICS. Esta escala recoge el grado en el que el hijo se implica en el conflicto de sus padres, favoreciendo a uno u otro.

Los niños con estilos (o tendencias) inseguro-preocupados, tienden a asumir responsabilidades “adultas”, como el cuidado de hermanos o padres, y a actuar como mediadores en los conflictos parentales. En este sentido, la sub-escala de triangulación está dirigida a medir este tipo de práctica por parte de los niños, y por ello esperábamos encontrar una correlación significativa (y positiva) entre ambas medidas.

Sin embargo, observamos que en el grupo clínico, se da una correlación significativa entre las puntuaciones en el apego inseguro-preocupado y la sub-escala de triangulación, en sentido negativo. Lo que implica que aquellos niños que han puntuado alto en el apego inseguro-preocupado en el FFI, tienden a puntuar bajo en la sub-escala de triangulación del CPICS, y viceversa. Estos datos, contradicen nuestra hipótesis y nos obligan a cuestionarnos nuestro planteamiento original.

Esta información obtenida, junto con aquella que contradice nuestra primera hipótesis sobre la CPICS, nos invita a plantearnos si la conceptualización de esta escala por nuestra parte ha sido la correcta. Dos de las tres hipótesis que planteamos entorno a esta herramienta no se han cumplido, y hemos obtenido también resultados en direcciones opuestas a lo esperado. Parece ser que la manera en la que perciben los niños el conflicto entre sus padres, medido a través del CPICS, y sus representaciones

de apego no guardan la relación que imaginábamos, y que hay factores que no hemos contemplado que ejercen una influencia importante.

Como hemos mencionado anteriormente, no obtuvimos los resultados esperados y por lo tanto la hipótesis planteada no puede ser confirmada.

## 11. Limitaciones y futuras investigaciones

### 11.1. Tamaño de la muestra

Nuestro planteamiento inicial con respecto a la muestra era conseguir que los dos grupos (el clínico y el control) contarán con una  $n = 25$ . La muestra recogida se acerca lo suficiente al objetivo inicial, y nos garantiza que cuenta con unas propiedades psicométricas adecuadas para el análisis estadístico. Somos conscientes de que la  $n$  total puede considerarse reducida para una investigación de estas características, ya que con este número de sujetos será más difícil lograr resultados estadísticamente significativos, así como obtener resultados que puedan ser representativos de la población general. Dicho esto, debemos destacar que el trabajo realizado para recopilar dicha muestra, especialmente la del grupo clínico, no fue sencillo. Por ello hemos de agradecer a todos los profesionales del CSMIJ de Santa Coloma y del colegio Fray Luis de León su colaboración, su atención y su buena disposición, ya que sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo nuestro estudio. Encontrar el tiempo y el espacio para entrevistar a 40 niños, teniendo que coordinar estas entrevistas con la disponibilidad de los padres y con las agendas de profesionales clínicos (en el caso de los niños con diagnóstico TDAH) resultó más difícil de lo que esperábamos.

Paralelamente, hemos de apuntar que si bien el tamaño de la misma no es el ideal y lo debemos tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, la naturaleza de la muestra, por su parte, es digna de mención. Ambos grupos provienen del municipio urbano de Santa Coloma de Gramanet (área metropolitana de Barcelona con 117.000 habitantes) lo que otorga homogeneidad a nuestra muestra e implica que ésta es una

buena representación de esta población en particular. En este contexto, podemos considerar que los resultados de nuestro estudio nos ofrecen una imagen bastante precisa de la situación de los niños con y sin TDAH de este núcleo urbano.

Aproximadamente el 70% de los niños con TDAH que están registrados en la red del CSMIJ de Santa Coloma tomaron parte en nuestro estudio. Teniendo en cuenta que el equipo dirigido por Sergi de Diego es, a nivel clínico, la referencia principal de este municipio, podemos afirmar que nuestra muestra se compone de una representación significativa de los niños con TDAH de esta población.

## **11.2. Herramientas.**

En lo referente a los test y escalas que hemos utilizado, hay también ciertas limitaciones de nuestra investigación que debemos considerar. Por una parte, y como ya hemos mencionado en la discusión, era nuestra intención inicial contar con una herramienta que nos aportará información sobre el ámbito familiar y sobre el nivel de conflicto entre los padres. Esta información nos permitiría saber de que manera las dinámicas parentales, la manera en que interactúan entre ellos y con sus hijos, influye, o no, en la formación de relaciones de apego seguras. Por ello, nos decidimos a utilizar la CPICS, que está dirigida a recoger la percepción por parte del niño de la conflictividad inter-parental, y cuya naturaleza de auto-administración nos permitía integrarla perfectamente con las otras herramientas que queríamos utilizar. Sin embargo, los resultados obtenidos con esta herramienta no han sido lo esperados, e incluso algunos han ido en dirección opuesta a la que nosotros esperábamos. Por ello, creemos conveniente un ejercicio de reflexión por nuestra parte sobre las posibles causas detrás



de estos (inesperados) resultados. Consideramos probable que nuestro entendimiento o conceptualización de la escala no ha sido el correcto y que no hemos sabido como sacarle el rendimiento esperado a la misma.

Consideramos oportuno apuntar también que hubiera servido de gran ayuda para esta investigación contar con información de alguna escala de screening o de evaluación conductual, que nos ofreciera información sobre la conducta y el comportamiento de los niños. De especial importancia para el grupo de niños con TDAH, ya que nos hubiera permitido formarnos una imagen global del niño a nivel conductual y así poder, posteriormente, buscar relaciones, por ejemplo, entre sus diferentes expresiones sintomatológicas y las diferentes habilidades cognitivas y relacionales que se recogen en el FFI. Este tipo de herramientas tuvieron que ser descartadas debido a que su aplicación dependía de terceras personas, como el profesional clínico o el profesor, y no teníamos la posibilidad de coordinar una administración global de tales características.

Dentro de las particularidades en el uso y administración del FFI, hay que señalar que contar con otra persona para codificar y corregir las entrevistas hubiera sido lo más deseable. Hubiéramos conseguido de esta manera limitar los sesgos y errores que se hayan podido dar y que pueden condicionar los resultados obtenidos. Sin embargo, la naturaleza del FFI, al ser una herramienta que necesita de un entrenamiento previo para su administración y codificación, nos dificultaba encontrar a otros profesionales que pudieran compartir el trabajo.

## 12. Conclusiones

Los resultados de esta investigación nos aportan información muy valiosa sobre el grupo de niños con TDAH con el que hemos tenido la oportunidad de trabajar. Hemos aprendido por ejemplo, que éstos encuentran más difícil hablar y reflexionar sobre las relaciones con sus seres más cercanos a lo largo de una entrevista. Tienen más dificultades para expresar lo que sienten y encontrar las palabras adecuadas para ilustrar aquello que están pensando, y también para utilizar ejemplos de su propia experiencia que complementen lo que están tratando de explicar. Similarmente, tienen más dificultades que los niños del grupo control para responder a preguntas que investigan su capacidad para empatizar con otras personas y a aquellas que implican una comprensión global e integrada de las emociones. Este grupo de niños también parece que cuenta con unas estrategias para la resolución de conflictos que son menos adaptativas y que frecuentemente se basan en rodear el problema o evitarlo completamente, esperando que de alguna manera se solucione solo.

Basándonos en los resultados obtenidos, deducimos también que los niños que no tienen un diagnóstico de TDAH han experimentado relaciones de apego seguras más frecuentemente y se han beneficiado de una atmósfera donde sus capacidades cognitivas y sus habilidades sociales han encontrado las condiciones necesarias para desarrollarse. Observamos que estos niños tienen una percepción de sus padres como más disponibles física y emocionalmente, y consecuentemente, acuden a ellos cuando necesitan solucionar un problema o cuando se sienten tristes o preocupados. Paralelamente, estos niños expresan sus necesidades de apego y de vinculación de manera más natural que aquellos con un diagnóstico de TDAH.

Podemos apreciar también, que los niños de ambos grupos encuentran difícil hablar de sus sentimientos, y reconocer de una manera natural las emociones (positivas y negativas) asociadas a las relaciones con sus otros significativos. De manera general, los niños no se muestran cómodos cuando tienen que nombrar o describir aspectos negativos de la relación con sus padres (o amigos), y prefieren frecuentemente evitar las preguntas que buscan este reconocimiento. Como ya hemos mencionado anteriormente, la regulación de los afectos en el niño se dan gracias a una interacción contingente con sus padres, en la que la sensibilidad de los padres hacia las necesidades de sus hijos y su capacidad de mentalización juegan un papel central en la adquisición del niño de sus propias habilidades de auto-regulación.

Complementariamente, hemos tenido la oportunidad de entrevistar a 40 niños, de edades comprendidas entre los 8 y los 11 años, y de comprender, más allá de la teoría del apego y de los criterios diagnósticos del TDAH, que cada uno de ellos es un individuo único y diferente, reflejo de las situaciones vitales que le han tocado vivir hasta ese momento y que él o ella, con sus capacidades innatas y habilidades que han ido adquiriendo, han ido resolviendo de la mejor manera posible. Con esto queremos destacar una de las ideas centrales de nuestro planteamiento, en la que defendemos que los niños (con o sin un diagnóstico clínico) deben ser entendidos en su totalidad y como una unidad global en el que diferentes mecanismos funcionan de manera integrada. El mal funcionamiento de alguno de estos mecanismos debe entenderse como tal, como una desadaptación parcial que debe ser trabajada, y de la cual trataremos de encontrar los motivos que la provocan. El peligro de los trastornos como el TDAH, en el que su expresión sintomática es tan “potente” y tan “explosiva”, reside en la tendencia que se

da entre los profesionales y personas cercanas al niño a definirlo como una simplificación o reducción a la sintomatología de su trastorno.



## REFERENCIAS

Abrines, N., Barcons, N., Marre, D., Brun, C., Fornieles, A. & Fumadó, V. (2012). ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attachment and Human Development, 14*(4), 405-423.

Ainsworth, M. (1999). Mary Ainsworth, 1913-1999. *Attachment and Human Development, 1*(2), 217-228. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/14616739900134241>.

Ainsworth, M & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*(4), 333-341.

Alda, J.A, Boix, C., Colomé, R., Fernández, M., Gassió, R., Izaguirre, J., Mena, B., Ortiz, J., Sans, A., Serrano, E., Torres, A. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Ministerio de Ciencia e Innovación

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Austerman, J. (2015). ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 82*(1).

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65-94. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>

Behrens, K. Y., Haltigan, J.D. & Gribneau Bahm, N.I. (2016). Infant attachment, adult attachment, and maternal sensitivity: revisiting the intergenerational transmission gap. *Attachment and Human Development*, *18*(4), 337-353. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1167095>

Boldt, L.J., Kochanska, G., Grekin, R. & Brock, L. (2016). Attachment in middle childhood: predictors, correlates, and implications for adaptation. *Attachment and Human Development*, *18*(2), 115-140.

Borelli, J.L., Somers, J.A., West, J.L., Coffey, J.K. & Shmueli-Goetz, Y. (2016). Shedding light on the specificity of school-aged children's attachment narratives. *Attachment and Human Development*, *18*(2), 188-211.

Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge.

Brandell, J.R. (2010). Contemporary psychoanalytic perspectives on attachment. *Psychoanalytic Social Work*, *17*(2), 132-157. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/15228878.2010.512265>.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.

Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1993). Assessing Internal Working Models of the Attachment Relationship . In Greenberg, M.T, Cicchetti, D & Cummings, E.M (Eds), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention* (pp. 273-310). Chicago: University of Chicago Press.

Cassidy, J & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Applications*. (3 ed.). New York: The Guilford Press.

Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S. & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198. Recuperado de <http://ccp.sagepub.com/content/7/2/179>.

Consedine, N.S. (2012). Regulating emotion expression and regulating emotion experience: divergent associations with dimensions of attachment among older women. *Attachment and Human Development*, 14(5), 477-500.

Finzi-dottan, R., Manor, I. y Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(2), 103-114. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-006-0024-7>



Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1131141>.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M., Gerber, A., Kennedy, R., Mattoon, G. & Leigh, T. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.

Fonagy, P., Gergerey, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. (2 ed.). New York: Other Press.

Gloger-Tippelt, G. & Kappler, G. (2016). Narratives of attachment in middle childhood: do gender, age, and risk-status matter for the quality of attachment?. *Attachment and Human Development*, 18(6), 570-595.

Granot, D. & Maysel, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 530-541.

Greenberg, M.T., Speltz, M.L., Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the development of early disruptive problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213. Recuperado de DOI: 10.1017/S095457940000434X

Ibañez, M. (2013). El estudio del apego y de la función reflexiva: instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 1(5)

Keitel-Korndorfer, A., Bergmann, S., Nolte, T., Wendt, V., Von Klitzing, K. & Klein, A.M. (2016). Maternal mentalization affects mothers' - but not children's - weight via emotional eating. *Attachment and Human Development*, 18 (5), 487-507. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/14616743.2016.1196376>

Kerns, K.A., Schlegelmilch, A., Morgan, T.A. y Abraham, M.M. (2005). Assessing Attachment in Middle Childhood. In: Kerns, K.A y Richardson, R.A. (eds) *Attachment in Middle Childhood*. New York: Guilford Press, pp. 46-70

Kriss, A, Steele , H & Steele , M. (2012). Measuring Attachment and Reflective Functioning in Early Adolescence: An Introduction to the Friends and Family Interview. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 87-95. Recuperado de <http://researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/download/106/83>

Kuipers, G.S., Van Loenhout, Z., Van der Ark, L.A. & Bekker, M.H.J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment and Humand Development*, 18(3), 250-272.

Lasa Zulueta, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*,

31/32, 5-81. Recuperado de <http://sepyrna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad.pdf>.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104.

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(1), 1055-1095.

Main, M., Hesse, E. & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. In Grossmann, E, Grossmann, K & Waters, E (Eds), *Attachment from Infancy to Adulthood* . New York: Guilford Press.

Manos, M.J., Giuliano, K. & Geyer, E. (2017). ADHD: Overdiagnosed and overtreated, or misdiagnosed and mistreated?. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 84(11).

Martinez Pampliega, A. (2008). Escala de conflicto interparental desde la perspectiva de los/as hijos/as (CPICS The children's perception of interparental conflict scale). In Equipo EIF (Universidad de Deusto) (Ed), *Manual de Instrumentos de evaluación familiar* (pp. 141-152). Madrid: Editorial CCS.

Minzenberg, M.J. (2012). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder: from cells to circuits. *Neurotherapeutics*, 9(1), 610-621.

Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Sinha, S. & Woodard, K. (2015). Universal precautions to reduce stimulant misuse in treating adult ADHD. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(8), 506-512.

Nielsen, M. (2016). Experiences of ADHD in adults: Morality, temporality and neurobiology. Universidad de Aalborg (Tesis Doctoral ). Recuperado de DOI: 10.5278/vbn.phd.hum.00054

Nigg, J.T. (2012). Future directions in ADHD etiology research. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 524-533. Recuperado de DOI: 10.1080/15374416.2012.686870.

O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Oppenheim, D. (2012). Maternal sensitivity mediates the link between maternal insightfulness/resolution and child-mother attachment: the case of children with Autism Spectrum Disorder. *Attachment and Human Development*, 14(6), 567-584.

Orellana, C.E. (2017). CIE-11 y TDAH. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/cie-11-y-tdah-ii-parte.html>

Ortega, S. (2014). DSM 5: TDAH. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnosticar-el-tdah-dsm-5.html>

Pinto, C., y Turton, P., Hughes, P., White, S. (2006). ADHD and Infant Disorganized Attachment. *SAGE Journals*, 10(1), 83-91. Recuperado de

<https://doi.org/10.1177/1087054705286058>

Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L.A.

(2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.

Ridao López, M., Vicente Edo, M.J., Gavín Benavent, P., Martín Sánchez, J.I., Bernal Delgado, E. (2016). Programa de Actividades de Detección Precoz de Problemas de Salud entre los 0 y 14 Años: Efectividad, Seguridad y Evaluación Económica de las Diferentes Alternativas Existentes en la Detección Precoz del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Informes de evaluación de tecnologías sanitarias*, Madrid: Ministerio de Sanidad.

Riem, M.M.E., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Out, D. & Rombouts, S.A.R.B. (2012). Attachment in the brain: adult attachment representations predict amygdala and behavioral responses to infant crying. *Attachment and Human Development*, 14(6), 533-551.

Rubió Badía, I., Mena Pujol, B. & Murillo Abril, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 8(4).

Schore, A.N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23-47.

Schore, A.N. (2001). Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.

Schore, A.N. (2002a). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.

Schore, A.N. (2002b). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(1), 433-484.

Schore, A.N. (2005). Attachment, Affect Regulation and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26(6), 204-217.

Schore, J.R. & Schore, A.N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J.P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J. & Rapoport, J.L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104(49), 19649-19654. Recuperado de <http://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.0707741104>

Spencer, T.J., Brown, A., Seidman, L.J., Valera, E.M., Makris, N., Lomedico, A., Faraone, S.V. & Biederman, J. (2013). Effect of psychostimulants on brain structure and function in ADHD: a qualitative literature review of MRI-based neuroimaging studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(9), 902-917. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12r08287>.

Steele, H., Steele, M., Croft, C. & Fonagy, P. (1999). Attachment and the understanding of mixed emotions. *Journal of Social Development*, (8), 161-178.

Steele, H. & Steele, M. (2005a). The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood: The Friends and Family Interview. In Kerns, K & Richardson, R. (Eds), *Attachment in middle childhood* (pp. 137-160). New York: Guilford Press.

Siegel, D.J. (2006). An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248-256. Recuperado de [https://m3.healio.com/~media/journals/psycann/2006/04\\_april/an-interpersonal-neurobiology-approach-to-psychotherapy-20678/3604siegel.pdf](https://m3.healio.com/~media/journals/psycann/2006/04_april/an-interpersonal-neurobiology-approach-to-psychotherapy-20678/3604siegel.pdf)

Steele, H. & Steele, M. (2005b). Understanding and resolving emotional conflict: findings from the London parent-child project. In Grossmann, K.E, Grossmann, K & Waters, E (Eds), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.

Steele, H., Steele, M. & Croft, C. (2008). Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attachment and Human Development*, 10(4), 379-393.

Steele, H. & Steele, M. (2008). *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*. New York: The Guilford Press.

Stiefel, I. (1997). Can disturbance in attachment contribute to ADHD? A case discussion. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 2, 45-64.

Stone, V.E., Baron-Cohen, S. & Knight, R.T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656. Recuperado de [http://psych-www.colorado.edu/~tito/sp03/7536/Stone\\_et\\_al\\_1998.pdf](http://psych-www.colorado.edu/~tito/sp03/7536/Stone_et_al_1998.pdf).

Suchman, N.E., Ordway, M.R., De las Heras, L. & McMahon, T. (2016). Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attachment and Human Development*, 18(6), 596-617.



Thorell, L.B., Rydell, A.M. & Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment and Human Development*, 14(5), 517-532.

Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. (4 ed.). New York: Guilford Publications.

Wang, F., Willoughby, M., Mills-Koonce, R. & Cox, M.J. (2016). Infant attachment disorganization and moderation pathways to level and change in externalizing behavior during preschool ages. *Attachment and Human Development*, 18(6), 534-553.

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1243139>

Waters, S.F. & Thompson, R.A. (2016). Children's perceptions of emotion regulation strategy effectiveness: links with attachment security. *Attachment and Human*

*Development*, 18(4), 354-372. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1170051>

Zhang, L., Li, Z., Zhang, K., Du, Y., Ott, J. & Wang, J. (2012). ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*, 50,.

Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3245028/pdf/gkr992.pdf>

Ziv, Y., Kaplan, B.A. & Venza, J. (2016). Practicing attachment in the real world: improving maternal insightfulness and dyadic emotional availability at an outpatient community mental health clinic. *Attachment and Human Development*, 18(3), 292-315.



