

Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicosocial, en función del criterio tener o no tener Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Relationship between the type of attachment and traumatic events experienced in adolescents at psychosocial risk, depending on the criterion of having or not having
Relação entre o tipo de apego e eventos traumáticos vivenciados em adolescentes em risco psicossocial, dependendo do critério de ter ou não Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)



María Ángeles **Diez-Zamorano**
José Antonio **López-Villalobos**
Isabel **Serrano-Pintado**
Laura **Vicente González**

Rowpixel.com

Photo By/Foto:

Rip
16²

Volumen 16 #2 may-ago
16 Años

ID: [10.33881/2027-1786.rip.16210](https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.16210)

Title: Relationship between the type of attachment and traumatic events experienced in adolescents at psychosocial risk, depending on the criterion of having or not having

Título: Relação entre o tipo de apego e eventos traumáticos vivenciados em adolescentes em risco psicossocial, dependendo do critério de ter ou não Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Título: Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicossocial, en función del criterio tener o no tener Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Relationship between the type of attachment and traumatic events experienced in adolescents at psychosocial risk, depending on the criterion of having or not having

[pt]: Relação entre o tipo de apego e eventos traumáticos vivenciados em adolescentes em risco psicossocial, dependendo do critério de ter ou não Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

[es]: Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicossocial, en función del criterio tener o no tener Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Author (s) / Autor (es):

Diez-Zamorano, López-Villalobos, Serrano-Pintado & Vicente González

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Attachment, Traumatic event, Mistreatment, Teen at risk, ADHD

[pt]: Apego, Adolescente em risco, Evento traumático, Maus-tratos, TDAH

[es]: Apego, Evento traumático, Maltrato, Menor en riesgo, TDAH

Submitted: 2023-07-14

Accepted: 2023-09-01

Resumen

El TDAH, la presencia de apego no seguro y los eventos traumáticos son habituales en adolescentes en riesgo psicossocial atendidos en Programas de Apoyo a Familias (PAF) en servicios sociales. La similitud entre las manifestaciones clínicas de estas tres variables, nos hace pensar que pueden inducir a confusión. El objetivo general de la investigación es profundizar, describir, conocer y comparar el tipo de apego y experiencias traumáticas vividas en adolescentes entre 13 y 17 años con/sin TDAH incluidos/as en PAF. El diseño de la investigación es el de un estudio empírico, correlacional, descriptivo y/o analítico observacional de corte transversal. Como resultado hemos obtenido que los/as adolescentes con TDAH tienen una mayor proporción de apego inseguro (fundamentalmente ambivalente) y mayor rango promedio en el nº de eventos traumáticos que los/as menores sin TDAH. El grupo TDAH tiene mayor proporción de abuso/maltrato psicológico, abuso/maltrato físico y negligencia emocional que en el grupo sin TDAH. Concluimos que hay interrelación entre TDAH, apego y eventos traumáticos en adolescentes de 13 a 17 años en población de riesgo psicossocial y en valoración para un diagnóstico de posible TDAH se deben tener en cuenta además de las manifestaciones clínicas del menor de edad, el contexto familiar, el estilo de apego, un cribado de eventos traumáticos también de posible abuso, maltrato y negligencia, así como de ansiedad, depresión y estrés en la(s) figura de apego(s)

Resumo

O TDAH, a presença de apego inseguro e eventos traumáticos são comuns em adolescentes em risco psicossocial atendidos em Programas de Apoio à Família (PAF) em serviços sociais. A semelhança entre as manifestações clínicas dessas três variáveis nos faz pensar que podem gerar confusão. O objetivo geral da pesquisa é aprofundar, descrever, compreender e comparar o tipo de apego e experiências traumáticas vivenciadas em adolescentes entre 13 e 17 anos com/sem TDAH incluídos no PAF. O desenho da pesquisa é um estudo observacional transversal empírico, correlacional, descritivo e/ou analítico. Obtivemos os resultados de que os adolescentes com TDAH apresentam maior proporção de apego inseguro (principalmente ambivalente) e maior variação média no número de eventos traumáticos do que menores sem TDAH. O grupo com TDAH apresenta maior proporção de abuso/maus tratos psicológicos, abuso/maus tratos físicos e negligência emocional do que no grupo sem TDAH. Concluimos que existe uma inter-relação entre TDAH, apego e eventos traumáticos em adolescentes de 13 a 17 anos em uma população em risco psicossocial e na avaliação para diagnóstico de possível TDAH, além das manifestações clínicas do menor, do contexto familiar devem ser levados em conta., estilo de apego, triagem de eventos traumáticos, bem como possíveis abusos, maus-tratos e negligência, bem como ansiedade, depressão e estresse na(s) figura(s) de apego

Abstract

ADHD, the presence of insecure attachment and traumatic events are common in minors at psychosocial risk treated in Family Support Programs (FSP), in social services. The similarity between symptoms of these three variables makes us think that they can lead to confusion. The general objective of the research is to deepen, describe, understand and compare the type of attachment and traumatic experiences experienced in adolescents between 13 and 17 years old with/without ADHD included in FSP. The research design is that of an empirical, correlational, descriptive and/or analytical cross-sectional observational study. We have obtained the results that adolescents with ADHD have a higher proportion of insecure attachment (mainly ambivalent) and a greater average range in the number of traumatic events than minors without ADHD. The ADHD group has a higher proportion of psychological abuse/mistreatment, physical abuse/mistreatment and emotional neglect than the group without ADHD. Conclusions: there is an interrelation between ADHD, attachment and traumatic events in adolescents aged 13 to 17 years in a population at psychosocial risk. For a possible diagnosis of ADHD, in addition to the adolescent's clinical manifestations, the family context, attachment style, screening for traumatic events and possible abuse, mistreatment and neglect must be taken into account. Also the presence of anxiety, depression and stress in the attachment figure(s)

Citar como:

Diez-Zamorano, M. Á., López-Villalobos, J. A., Serrano-Pintado, I.; Vicente González, L. (2023). Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicossocial, en función del criterio tener o no tener Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista Iberoamericana de Psicología*, 16 (2), 101-121. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/2741>

Dra María Ángeles Diez-Zamorano

ORCID: [0009-0008-5126-9807](https://orcid.org/0009-0008-5126-9807)

Source | Filiacion:

Servicios Sociales. Ayuntamiento de Laguna de Duero

BIO:

Doctora en Psicología

City | Ciudad:

Valladolid [es]

e-mail:

diezangeles@usal.es

Dr José Antonio López-Villalobos

Research ID: [F1706-2016](https://orcid.org/F1706-2016)

ORCID: [0000-0003-1533-628X](https://orcid.org/0000-0003-1533-628X)

Source | Filiacion:

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

BIO:

Doctor en Psicología

City | Ciudad:

Palencia [es]

e-mail:

jlopezv@saludcastillayleon.es

Dra Isabel Serrano-Pintado

Research ID: [N-24242018](https://orcid.org/N-24242018)

ORCID: [000-0002-0122-0756](https://orcid.org/000-0002-0122-0756)

Source | Filiacion:

Universidad de Salamanca

BIO:

Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación

City | Ciudad:

Salamanca [es]

e-mail:

serrano@usal.es

Dra Laura Vicente González

ORCID: [0000-0002-2483-8874](https://orcid.org/0000-0002-2483-8874)

Source | Filiacion:

Universidad de Salamanca

BIO:

Grado en Estadística. Master en Análisis de Datos Multivariante y Big Data. Doctorado en Estadística Multivariante Aplicada.

City | Ciudad:

Salamanca [es]

e-mail:

laura20vg@usal.es

Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicosocial, en función del criterio tener o no tener Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Relationship between the type of attachment and traumatic events experienced in adolescents at psychosocial risk, depending on the criterion of having or not having
Relação entre o tipo de apego e eventos traumáticos vivenciados em adolescentes em risco psicosocial, dependendo do critério de ter ou não Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

María Ángeles **Diez-Zamorano**
José Antonio **López-Villalobos**
Isabel **Serrano-Pintado**
Laura **Vicente González**

INTRODUCCIÓN

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Desde la perspectiva epidemiológica, diversas revisiones sistemáticas observan que la prevalencia comunitaria del TDAH a nivel mundial está entre 2% y 7% con promedio de 5% (Sayal et al., 2018). En población española encontramos tasas de 6,6% (Rodríguez et al., 2009) con cifras estables en infancia (6,9%), preadolescencia (6,2%) y adolescencia (6,9%) (López-Villalobos et al., 2017). El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con etiología desconocida aunque hay un porcentaje heredable (Brookes et al., 2006; Faraone y Doyle, 2000; Faraone et al., 2005; Fernández Jaén et al., 2012; Lichtenstein et al., 2010; Thapar, Holmes y Poulton, 1999). Las causas neurológicas respecto a genes, neurotransmisores y modificaciones cerebrales explican un porcentaje muy pequeño de la variabilidad (Casas et al., 2018; Martinhago et al., 2019; Thapar y Cooper, 2016; Thapar et al., 2012;). Los factores no neurobiológicos y las razones psicosociales son componentes a tener en cuenta para la valoración del TDAH (Famularo, Kinscherff y Fenton, 1992; Hjern, Weitoft y Lindblad, 2010; Luo et al., 2019; Pheula, Rohde y Schmitz, 2011; Scahill et al., 1999; Sciberras et al. 2017; Smaňko y Nelia 2022; Taylor y Sonuga – Barke, 2008)

El diagnóstico del TDAH es clínico. Debe cumplir unos criterios según DSM-5 o CIE-11 acompañado por entrevista clínica. Presenta tres indicadores centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad que se describen en 18 síntomas posibles que deben estar presentes en dos o más contextos, antes de los 12 años, interferir con el funcionamiento social, académico o laboral durante más de seis meses, está fuera de los límites de la variación normal esperada para la edad, del nivel de funcionamiento intelectual y no se explica mejor por otro trastorno mental (APA, DSM-5, 2013). No obstante, el diagnóstico no está exento de dificultades. No existen pruebas físicas, ni marcadores biológicos ni de ningún tipo que nos confirmen suficientemente la presencia de TDAH, y se ha visto que los síntomas que puede presentar el TDAH no son específicos del trastorno, ya que se pueden encontrar en la población general y ser normales en el desarrollo evolutivo del/la menor de edad. Algunos factores que dificultan el diagnóstico precisamente son obviar la información que el propio niño/a o adolescente puede decir de sus síntomas y su origen (Medrano y Ortiz León, 2016) así como las diferencias individuales y de desarrollo del/la menor (Cuello García y Pérez Gaxiola, 2012; Elder, 2010; García Peñas y Domínguez Carral, 2012; Morrow et al., 2012; Schwandt y Wuppermann, 2016; Whitely et al., 2018).

También dificulta el diagnóstico los criterios utilizados para definir el trastorno (Polanczyk et al., 2007; Thomas et al., 2015; Willcutt, 2012), el uso exclusivo de criterios categoriales (Cardo et al., 2011; López – Villalobos et al., 2017; Lora y Moreno, 2010) y la subjetividad de la fuente de información (familia, profesorado). Los enunciados de los ítems comienzan con los adverbios: A menudo no presta atención; Con frecuencia se muestra inquieto; A menudo mueve pies y manos de forma continuada; Con frecuencia habla en exceso. . . , y se evalúan en un rango de 0 a 3, siendo 3 la puntuación más alta. Cabría preguntarse si para todas las personas es lo mismo la frecuencia de una conducta e incluso si una misma persona daría la misma puntuación independientemente de su situación personal y contexto. Lo cierto es que la literatura señala mayores porcentajes de niños, niñas y adolescentes con TDAH en familias con problemas de salud física y mental, económicos, divorcio, baja educación materna, paternidad solitaria y recepción de asistencia social (Hjern, Weitof y Lindblad, 2010; Russell et al., 2014; Russell, et al., 2016).

Apego

Bowlby (1968, 1969, 1973, 1980, 1988, 1989) desarrolló la Teoría del Apego y describe el vínculo de apego como una necesidad humana universal innata, imprescindible para la supervivencia y desarrollo del ser humano. Sirve al menor para buscar y/o mantener la proximidad con el/los cuidador/es principal/es que son considerados más fuertes y son la base segura sobre la que explorar entornos desconocidos y a la que retornar como refugio en situación de peligro. (López, 2013; Román 2010). La interacción y el vínculo de apego son multifuncionales filogenética y ontogenéticamente y no tiene pauta fija de comportamiento porque se retroalimenta de la interacción entre el/la menor y la figura de apego, aunque no toda situación vincular es una situación de apego, a menos que se involucren procesos de regulación del estrés y la exploración (Lecannelier, 2012, 2018). El apego es un sistema regulador del estrés (Bowlby, 1969) y como consecuencia de regulador de las emociones.

El apego tiene tres componentes, el sistema representacional y modelos internos de apego; el sistema comportamental y los sentimientos hacia uno mismo y la figura de apego. (Bowlby, 1969, 1973, 1980). De la representación mental interna el/la menor crea un modelo de figura de apego como agente protector o no, un modelo de sí mismo/a como persona digna de amor y protección o no y un modelo de las relaciones interpersonales y el mundo. De la combinación de los tres componen-

tes se obtienen los estilos de apego. Cada estilo de apego es por lo tanto, una estrategia organizativa y adaptativa al contexto y condiciones de crianza. Son tres los estilos de apego organizados: seguro, inseguro ansioso-ambivalente, inseguro evitativo (Ainsworth et al. 1972). Main y Solomon (1986, 1990) describieron un cuarto, el apego desorganizado.

El más frecuente en población general (Van Ijzendoorn et al., 1999) es el apego seguro (62%), donde los menores han aprendido que al menos uno de sus cuidadores, no les va a fallar. Los/as menores usan código de intimidad, piden ayuda ante las dificultades y regulan bien las situaciones de estrés. El apego no seguro evitativo (15%) surge cuando los menores saben que no pueden contar con sus figuras de apego y se ven obligados a aprender a regular el estrés viviendo en un desierto emocional (Siegel, 2010, 2014). El apego no seguro ambivalente (8-9%) se desarrolla ante figuras de apego que no ofrecen una certeza clara de disponibilidad e incondicionalidad. Los/as menores temen ser abandonados, vigilan constantemente la presencia de la figura de apego, exploran el ambiente de forma ansiosa, regulando el estrés y las emociones de forma inadecuada. Finalmente el apego no seguro desorganizado (15%) no tiene una estrategia organizada para enfrentarse al estrés ni regular emociones, las figuras de apego han fallado crónicamente en el establecimiento del sistema de apego

El vínculo de apego produce cambios cerebrales al estar estrechamente ligado con el impacto del estrés en el cerebro. Es más, el apego es un proceso de moldeado del funcionamiento neurobiológico y fisiológico de forma que permite la maduración y especialización cerebral (Benito, 2015; Perry, 2015; Siegel 2010). Estudios de neuroimagen confirman que el cuidado adecuado y el vínculo de un apego positivo seguro de las figuras de apego (padres, abuelos, etc.) en la primera infancia (0-3 años) producen cambios cerebrales positivos (Fernández García, 2013, 2014, 2017), entre otros predice un mayor volumen de hipocampo y una adecuada maduración cerebral en áreas que comprometen la regulación emocional y del estrés (menos impulsividad, mayor autocontrol), así como favorecen buen funcionamiento de las funciones ejecutivas (atención, concentración, memoria).

Eventos traumáticos.

Shapiro (1989, 2012) diferencia entre trauma “T” (t mayúscula) y trauma “t” (t minúscula). El trauma “T” es consecuencia de aquellas experiencias en las cuales ha existido una amenaza para la vida de la propia persona o alguien muy importante y/o su integridad física (violación, desastres naturales, atentado, accidente) y que tendría una relación causal por ejemplo con un Trastorno por estrés posttraumático TEPT (DSM-5, 2013 categoría “Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés) o duelo patológico (CIE-11, 2018) categoría “Trastornos mentales, de la conducta y del neurodesarrollo” apartado trastornos relacionados con el estrés).

Por otro lado, el trauma “t”, también llamado trauma relacional, sería aquél que ocurre como consecuencia de eventos negativos continuados, acumulativos y/o crónicos, sobretudo en la infancia (maltrato físico y psicológico, abuso sexual, bullying) que ocurren de forma inesperada o fuera de toda norma, (provocados por figuras de apego) excediendo la capacidad que percibe el individuo para poder manejar la amenaza o el ataque y perturbando los marcos de referencia y esquemas básicos que le sirven para entender y manejarse en el mundo (McCann y Pearlman, 1990).

Los conceptos de estrés y trauma suelen ir asociados porque la sintomatología que provocan es similar e incluso llega a yuxtaponerse (Benyakar, 1997; Castro, 2011). El estrés es detectado por el individuo

como una amenaza y su organismo desarrolla una respuesta adaptativa (vigilancia, enfoque de atención, supresión de funciones vegetativas,...) en “el trauma no se detecta la amenaza, indica ya una ruptura, un fracaso de integración de la situación externa o interna” (Castro, 2011, p.71)

La vivencia de eventos traumáticos que producen estrés temprano y tóxico (negligencia, el abandono, el maltrato y abuso infantil), supone una interrupción en el desarrollo normal y cerebro inmaduro generando secuelas neurobiológicas tanto estructurales como funcionales en el hipocampo, la amígdala, el cerebelo, el cuerpo calloso y el córtex prefrontal (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Glejzer et al. 2019; Loredó-Abdalá, 2020) y son más graves si ocurren en período prenatal, perinatal y primera infancia (Fernández García, 2013, 2014; Henao et al, 2020; Ortiz et al., 2022; Quiñones et al., 2022). Se habla de “neurobiología del abuso infantil” dada la evidencia del maltrato y sus graves manifestaciones, como la activación crónica de las vías neuronales que forman el circuito del miedo, la hiperexcitación, reducción de la conducta exploratoria y funcionamiento ejecutivo, problemas cognitivos (memoria, inatención, aprendizaje, funciones ejecutivas) (Góngora, 2015; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; National Scientific Council on the Developing Child, 2010, 2014; Pereda y Gallardo-Pujol, 2011).

Los efectos negativos del estrés en el desarrollo cerebral de los menores (Perry, 2014) durante la adolescencia continúan (Whittle et al., 2013) y el comportamiento impulsivo puede ser aún más evidente ya que estos jóvenes han desarrollado cerebros que se enfocan en la hipervigilancia y supervivencia, lo que indica una corteza cerebral menos desarrollada. Aunque también es cierto que la adolescencia es un período crítico en el desarrollo personal donde se ponen de manifiesto dificultades de etapas previas, pero también es una oportunidad de resolverlas.

Es importante potenciar factores protectores y/o mitigadores, como el apego seguro y el apoyo social (Ludy-Dobson y Perry, 2010; Manzanero y Recio, 2012).

Riesgo psicosocial.

La niña, niño y adolescente tienen una serie de necesidades biológicas, psicológicas, emocionales y sociales a lo largo de su crecimiento evolutivo (López 1995, 2008) que las familias (padre, madre, otras figuras de apego) deben cubrir y favorecer de manera adecuada para su correcto desarrollo. Se dice que se está en riesgo psicosocial cuando por diferentes razones presentes en las figuras de apego (historia familiar previa de apego inseguro y maltrato, alta conflictividad de la pareja y/o ruptura familiar, embarazo no deseado, discapacidad, problemas de salud físicos, mentales, dificultades económicas, situaciones sobrevenidas, etc.) se compromete el adecuado desarrollo pudiendo llevar al inicio de una exclusión, inadaptación o desprotección de dichos/as menores de edad. Son familias que acumulan muchos eventos traumáticos, donde es frecuente el apego no seguro, hay más factores de riesgo que de protección y carecen de recursos y de apoyos familiares, sociales e informales (Rodrigo et. al, 2015).

Los Programas de Apoyo a Familias son recursos formales que pretenden haya suficientes cambios en el funcionamiento familiar como para que los menores puedan permanecer en ella sin tener comprometido su adecuado desarrollo. El riesgo psicosocial es medido entre otras variables en función de la edad del menor, los hitos evolutivos y grado de afectación, los factores mantenedores del problema familiar, los recursos familiares y el grado de cronicidad (Escudero, 2009, 2013, 2020)

Justificación y objetivos

Inatención, hiperactividad e impulsividad son manifestaciones clínicas del TDAH. También pueden ser manifestaciones consecuencia de eventos traumáticos vividos, así como aparecer ante una crianza donde el apego no es seguro. Estas tres variables están relativamente presentes en poblaciones en riesgo psicosocial y con frecuencia se suele incidir para el diagnóstico en una variable en detrimento de las otras (TDAH sobre apego no seguro y eventos traumáticos, o eventos traumáticos sobre TDAH, por ejemplo) cuando es posible que estén relacionadas entre sí. En nuestro estudio con población en riesgo psicosocial, el objetivo general es profundizar en la relación entre TDAH, apego y eventos traumáticos describiendo, conociendo y comparando las tres variables en adolescentes de 13 a 17 años en función del criterio TDAH. Como objetivos específicos pretendemos conocer y comparar el tipo de apego presente en estos/as adolescentes con/sin TDAH, conocer y comparar el tipo y número de experiencias traumáticas vividas por ellos/as con/sin TDAH y finalmente, determinar el factor de riesgo o protección de las variables apego y eventos traumáticos para presentar o no TDAH.

METODO.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio empírico que tiene un diseño correlacional, descriptivo y/o analítico observacional de corte transversal. Se ha realizado un muestreo no probabilístico consecutivo de adolescentes cuyas familias están incluidas en el Programa de Apoyo a la Familias (PAF), entre los años 2016 y 2018.

PARTICIPANTES

La muestra está constituida por 64 adolescentes, 36 chicos y 28 chicas, de entre 13 y 17 años con promedio de 14 años. Ver tabla 1

Las figuras de apego (FA) aunque no son participantes, cumplimentan cuestionarios sobre los/as adolescentes y sobre sí mismos como posibles causantes de eventos traumáticos (problemas de salud mental, toxicomanías y estrés), de forma que es necesaria su colaboración y por ello recogemos información sociodemográficas.

Consideramos figura de apego (FA) en nuestro estudio a la persona o personas adultas de referencia para el/la adolescente que se dedica a su crianza y acepta colaborar en la investigación.

Tenemos 64 FA, un 75% son mujeres, 16 hombres y 48 mujeres, con un rango de edad entre los 42 y 48 años y promedio de 44 años.

Son criterios de inclusión de los/as adolescentes además del rango de edad, ser usuarios de Servicios Sociales y estar en un Programa de Apoyo a Familias (indica que está en riesgo psicosocial) así como participar voluntariamente en la investigación firmando un documento de consentimiento informado tras las autorización previa de sus tutores/as.

Son criterios de exclusión: presentar dificultades cognitivas y de lectura expresiva y comprensiva que impidan responder adecuadamente a los cuestionarios, así como la negativa o imposibilidad de al-

guno/a de los/as participantes que van en bloque (adolescente-FA) a realizar las pruebas del estudio o terminarlo.

Tabla 1
Datos Sociodemográficos de la Población Adolescente y de las Figuras de Apego

Variable	Categorías	n/64	%
Edad adolescentes	13	20	31,25
	14	14	21,88
	15	18	28,12
	16	9	14,06
	17	3	4,69
Género adolescentes	Hombre	36	56,25
	Mujer	28	43,75
País de nacimiento del adolescente	España	53	82,81
	Países hispanoamericanos	7	10,93
	Marruecos	2	3,13
	Rusia y Bulgaria	2	3,13
Condición del adolescente	Biológico/a	60	93,75
	Adoptado/a	2	3,13
	Acogido/a	2	3,12
Tipo de familia	Biparental de origen	15	23,44
	Biparental reconstruida	14	21,87
	Monomarental	26	40,62
	Monoparental	6	9,38
	Custodia compartida	3	4,69
Fracaso Escolar	No	10	15,63
	Sí	54	84,37
Datos Sociodemográficos de las Figuras de Apego			
Variable	Categorías	n/64	%
Género figura de apego	Hombre	16	25
	Mujer	48	75
Estado civil	Soltero/a	5	7,81
	Separado/a	14	21,87
	Divorciado/a	18	28,13
	Viudo/a	5	7,81
	Casado/a	19	29,69
	Análoga a la conyugal	3	4,69
Nivel de estudios de la figura de apego	Sin estudios	9	14,06
	Estudios primarios	25	39,06
	Estudios secundarios	24	37,50
	Estudios universitarios	6	9,38
Situación laboral de la figura de apego	Trabajos esporádicos	5	7,81
	Autónomo/a	6	9,38
	Trabajo por cuenta ajena	29	45,31
	Amo/a de casa	4	6,25
	Jubilado/a o incapac.laboral	8	12,50
	Desempleado/a	12	18,75

INSTRUMENTOS

Cuestionario de variables sociodemográficas

Ver información respecto a las variables sociodemográficas en tabla 1 de resultados.

Evaluación del TDAH. Utilizamos el test Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV), escala de valoración de TDAH de Du Paul et al. (1998) en su versión española validada por Vallejo-Valdivielso et al. (2017). Posee alto poder discriminante, es un instrumento válido y fiable para medir la presencia y severidad de síntomas de TDAH en la población española. La escala en castellano mostró una consistencia interna elevada, tanto para la escala total como para sus subescalas. El coeficiente alfa de Cronbach era 0,94 para la escala total y $\geq 0,90$ para las subescalas.

Evaluación del Estilo de Apego adolescente. El instrumento de evaluación es el CaMir-R (Balluerka *et.al.*, 2011) dirigido a población con edad entre 13 y 19 años. Este test es la versión reducida del Cartes Modèles Individuels de Relations (CaMir) de Pierrehumbert et al. (1996) para adultos adaptado a población española por Lacasa (2004). La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (apego seguro); Preocupación familiar; Interferencia de los padres (apego preocupado o ambivalente); Autosuficiencia y rencor contra los padres (apego evitativo); y Traumatismo infantil (sugiere la presencia de Apego desorganizado, pero para su confirmación se requieren otros instrumentos (Lacasa y Muela, 2014). Las otras dos dimensiones son representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental).

El CaMir-R permite evaluar las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar de forma válida y fiable (Balluerka et al., 2011). La adaptación española presenta buena estructura interna, validez convergente y de decisión (Lacasa, 2008) su consistencia interna y estabilidad temporal. Los índices de consistencia interna de las 7 dimensiones oscilaron entre 0.60 y 0,85, excepto la dimensión Permisividad parental que no demostró buena fiabilidad. La dimensión 2 (Preocupación familiar), asociada a la preocupación por los padres y la ansiedad de separación, no presenta correlación positiva con el perfil ambivalente/preocupado, ni correlación negativa con el perfil seguro. Se explica por las características propias de la adolescencia, (muestra de nuestra investigación) de reafirmar la propia autonomía evitando mostrar dependencia emocional hacia las FA.

Evaluación de los Eventos Traumáticos en la Infancia se realiza mediante un cuestionario que tiene como origen el cuestionario del estudio ACE (Adverse Childhood Experiences) de Felitti et al. (1998). Se pregunta en relación a los 10 categorías de eventos traumáticos: abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, negligencia física, negligencia emocional, pérdida de padre/madre/figura de apego, violencia física hacia la madre; consumo de drogas adultos/as en casa; problemas de salud mental en la familia y presencia de algún miembro de la familia en prisión. Los encuestados se definieron como expuestos a una categoría si respondían "Sí" a una o más de las preguntas en cada categoría. El número posible de eventos traumáticos varía de 0 (no expuesto) a 10 (expuesto a todas las categorías). La fiabilidad del cuestionario de estudio de ACE fue probada por Dube et al. (2004) usando una estadística

kappa para variables codificadas dicotómicamente. Tiene buena fiabilidad para más y menos ítems y para diferentes culturas. La consistencia interna de 10 ítems y la validez de constructo son buenas, mostrando altas correlaciones con medidas de salud mental, física e inventarios de traumas infantiles. La mayor correlación fue entre ACE y CTQ ($r = 0.837$, $p < 0.001$) (Wingenfeld et al., 2011). También se confirma la validez del test para la estimación de una puntuación global de ACE latente que resume las respuestas a todos los ítems disponibles (Ford et al., 2014)

PAI (Personality Assessment Inventory). Morey (1991,2007) adaptación española (PAI, Inventario de evaluación de la personalidad), realizada por Ortiz-Tallo et al., 2011). Evalúa la personalidad y psicopatología de población adulta clínica y no clínica. Lo cumplimentan las FA con el objetivo de detectar en ellos mismos problemas de salud mental, abuso y/o adicción de drogas y agresividad (violencia), que serían eventos traumáticos en la infancia de los/as adolescentes. También se puede obtener información sobre el estrés y la falta de apoyo percibida, factores acumulativos que pueden llevar a provocar eventos traumáticos. Se utilizó la versión corta del cuestionario con 165 ítems y se obtienen 22 escalas.

Las propiedades psicométricas ofrecen una fiabilidad promedio test-retest de 0,82, la consistencia interna de sus escalas obtuvo coeficientes alfa de Cronbach promedio de 0,78 para muestra normal y 0,83 para muestra clínica (Ortiz-Tallo et al., 2011). Buena validez de contenido, satisfactoria validez convergente y una validez discriminante reforzada por la concepción de escalas independientes con ítems que no se solapan (Font-Mayolas, 2013).

PROCEDIMIENTO

Dividimos la muestra en dos subgrupos según el criterio TDAH. En nuestra investigación una vez superado el punto de corte categorial en la escala ADHD RS-IV (Du Paul et. al ,1998) los casos de TDAH son definidos a través de entrevista clínica ajustada a criterios DSM-5 definidos en el apartado instrumentos.

Así pues, hay un subgrupo de familias con menores que cumplen criterios TDAH, (subgrupo TDAH); otro subgrupo de familias con menores que no cumplen criterios TDAH (subgrupo NO TDAH). Son 55 familias con 64 adolescentes (40 NO TDAH y 24 TDAH) y 64 FA. De estos sujetos:

- ➔ 8 FA (madres): 4 madres valoran a dos hijos diferentes (uno/a hijo/a es TDAH y otro/a NO TDAH) y otras 4 madres valoran a sus hijos/as (los dos son NO TDAH)
- ➔ 8 adolescentes son valorados por dos FA diferentes (madre y padre).

Para el análisis estadístico y resultados, se tendrán en cuenta el número de valoraciones realizadas, 72 valoraciones.

De esta forma tenemos por subgrupos:

- ➔ Subgrupo TDAH: 27 adultos/as y 27 adolescentes (27 valoraciones)
- ➔ Subgrupo NO TDAH: 45 adultos/as y 45 adolescentes (45 valoraciones)

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de la distribución de tipo de apego en función del criterio TDAH y análisis de distribución del tipo de apego no Seguro, se utilizará prueba Chi cuadrado de Pearson. Para comparar las escalas de los tipos apego no seguro en función de criterio TDAH se utiliza el test Shapiro-Wilks que señala escalas con distribución normal a las que aplicamos test de Student y una escala que no tiene distribución normal a la que se aplica t de Wilconxon.

Se utiliza la prueba PERMANOVA para comparar el grupo TDAH con el NO TDAH respecto a la presencia o ausencia de determinados eventos traumáticos. U de Mann-Whitney para ver si hay un mayor o menor rango promedio de eventos traumáticos en menores con/ sin TDAH. Se utiliza Chi cuadrado de Pearson para analizar número de eventos traumáticos vividos por los adolescentes según criterio TDAH, así como para valorar proporciones significativas entre eventos traumáticos, también según criterio TDAH.

Se utiliza prueba Kruskal-Wallis para estudiar diferencias entre puntuaciones TDAH y número de experiencias vividas por los adolescentes. Se utiliza la prueba post-hoc que compara por parejas la corrección de Benjami y Hochberg y controlar los falsos positivos.

Prueba Chi Cuadrado para ver variables relacionadas con problemas mentales y consumo de drogas recogidas con ACE en función de criterio TDAH, y test U-Mann Whitney para analizar dichas variables obtenidas con PAI, excepto escala Paranoia que requiere prueba T-Student. Finalmente se utiliza regresión logística para comprobar la relación entre TDAH y apego inseguro, así como regresión logística individualizada (análisis univariable) de las variables PAI asociadas a consumo de drogas y salud mental sobre el TDAH.

Para ello se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics Version 25 y Software R (R Core Team, 2022)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca consideró que la investigación reunía los requisitos éticos requeridos para proceder con la misma. Se tuvieron en cuenta la protección de datos según recoge el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999. También el artículo 27 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica que permite a los participantes solicitar información de las hipótesis, diseño, procedimiento y resultados generales si están disponibles, de la investigación.

RESULTADOS

Resultado del análisis de las variables sociodemográficas según criterio TDAH. Ver tabla 2

Detectamos por sexo mayor proporción chicos que chicas, aunque sin grandes diferencias (56,25%-43,75%). No encontramos diferencias significativas en proporciones de sexo en adolescentes según criterio TDAH.

El 80,6% de los menores de edad presenta fracaso escolar no habiendo diferencias significativas entre adolescentes con/sin TDAH.

Respecto a los/as adultos/as, el 75% de las FA son mujeres frente a un 25% de hombres y algo más del 65% se encuentran solas/os en la crianza (divorciadas/os, separadas/os, solteras/os, viudas), de forma que el 44,5% de los/as adolescentes tienen una familia constituida únicamente por un miembro y de ese porcentaje el 40,3% es la madre o la abuela. En cuanto a la situación laboral, sólo un 54,69% tiene empleo estable. Crianza delegada en la mujer, en soledad y factores de estrés.

Tabla 2
Distribución de las Variables Sociodemográficas en Función del Criterio TDAH

		NO TDAH		TDAH		TOTAL		χ ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Género adolescentes	Hombre	21	29	17	24	38	53	1,20	0,27
	Mujer	24	33	10	14	34	47		
	TOTAL	45	62	27	38	72	100		
País de nacimiento adolescente	España	37	51,40	24	33,3	61	84,70	1,66	0,65
	Países hispanoam.	5	6,9	2	2,8	7	9,7		
	Marruecos	2	2,8	0	0	2	2,8		
	Rusia y Bulgaria	1	1,4	1	1,4	2	2,8		
	TOTAL	45	62,50	27	37,50	72	100		
Condición del adolescente	Biológico/a	43	59,7	25	34,7	68	94,4	0,28	0,86
	Adoptado/a	1	1,4	1	1,4	2	2,8		
	Acogido/a	1	1,4	1	1,4	2	2,8		
	TOTAL	45	62,50	27	37,50	72	100		

		NO TDAH		TDAH		TOTAL		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de familia	Biparental de origen	12	16,7	8	11,1	20	27,8	5,77	0,22
	Bip.reconstruida	6	8,3	8	11,1	14	19,4		
	Monomarental	21	29,2	8	11,1	29	40,3		
	Monoparental	5	6,9	1	1,4	6	8,3		
	Custodia compartida	1	1,4	2	2,8	3	4,2		
	TOTAL	45	62,50	27	37,50	72	100		
Retraso Escolar	No	8	11,1	6	8,3	14	19,4	0,02	0,88
	Sí	37	51,4	21	29,2	58	80,6		
	TOTAL	45	62,50	27	37,50	72	100		
Género figura de apego	Hombre	10	13,89	7	9,72	17	23,61	0,005	0,94
	Mujer	35	48,61	20	27,78	55	76,39		
	TOTAL	45	100	27	100	72	100		
Estado civil figura de apego	Soltero/a	4	5,6	1	1,4	5	7	7,25	0,20
	Separado/a	7	9,7	8	11,1	15	20,8		
	Divorciado/a	17	23,5	4	5,6	21	29,1		
	Viudo/a	2	2,8	3	4,2	5	7		
	Casado/a	12	16,6	10	13,9	22	30,5		
	Análoga a la conyug	3	4,2	1	1,4	4	5,6		
	TOTAL	45	62,4	27	37,6	72	100		
Nivel de estudios de la figura de apego	Sin estudios	9	12,5	1	1,4	10	13,9	5,53	0,14
	Estudios primarios	18	25	11	15,3	29	40,3		
	Estudios secundarios	16	22,1	11	15,3	27	37,4		
	Estudios universit.	2	2,8	4	5,6	6	8,4		
	TOTAL	35	62,4	27	37,6	72	100		
Situación laboral de la figura de apego	Trab.esporádicos	7	9,7	0	0	7	9,7	7,13	0,21
	Autónomo/a	4	5,6	3	4,2	7	9,8		
	Trabj cuenta ajena	18	25	15	20,7	33	45,7		
	Amo/a de casa	2	2,8	2	2,8	4	5,6		
	Jubil/ incap..lab.	4	5,6	4	5,6	8	11,2		
	Desempleado/a	10	13,8	3	4,2	13	18		
	TOTAL	45	62,5	27	37,5	72	100		

Resultado del análisis del tipo de apego en menores según criterio TDAH

En nuestra muestra hay la misma proporción de apego seguro s que de apegos no seguros. Ver tabla 3

Tabla 3
Distribución de Tipo de Apego (Seguro/No Seguro) en Función del Criterio TDAH

Tipo de Apego	NO TDAH		TDAH		Total		x-squared	dt	p
	n	%	n	%	n	%			
Seguro	28	62,22	8	29,63	36	50,00	5,93	1	0,014
No seguro	17	37,78	19	70,37	36	50,00			
Total	45	100	27	100	72	100			

Nota: Valor de p obtenido prueba independencia Chi cuadrado de Pearson

Relación entre el tipo de apego y los eventos traumáticos vividos en adolescentes en riesgo psicosocial

Los menores con TDAH tienen una mayor proporción de apego no seguro (70,37%) que los menores NO TDAH (29,63%). Ver figura 1.

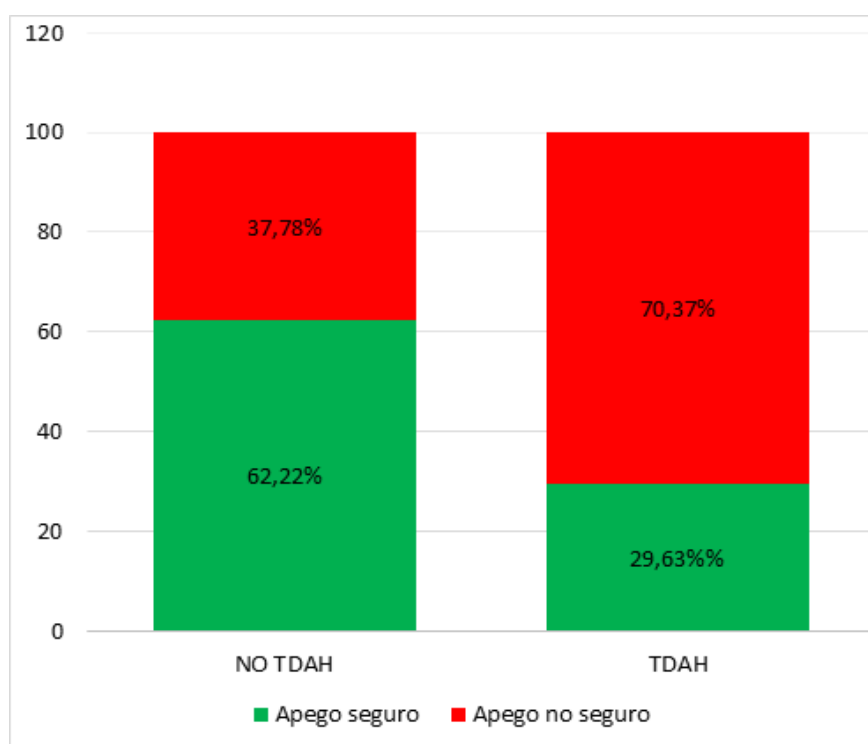


Figura 1
Proporción de Apego Seguro o No Seguro en Función del Criterio TDAH.

El apego ambivalente es el más representativo en ambas muestras, aunque el grupo TDAH presenta el doble de proporción (44,44%) frente al NO TDAH (22,22%). Ver Figura 2.

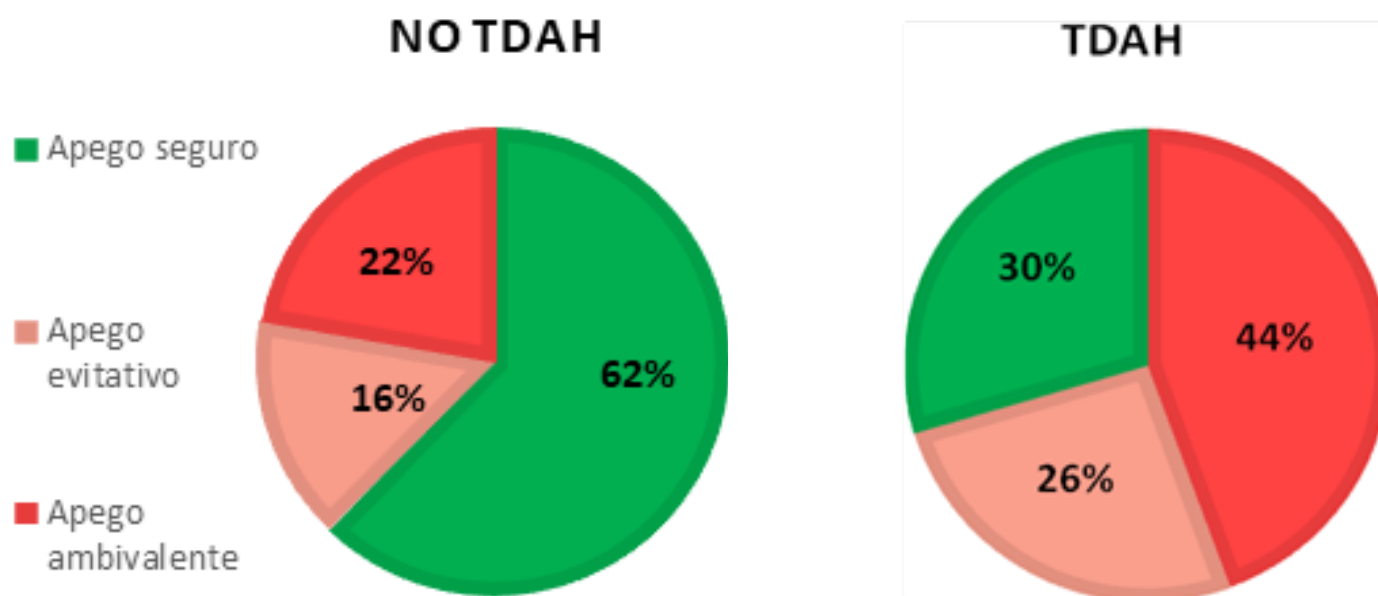


Figura 2
Gráficos de Proporciones de Tipos de Apego según Criterio TDAH

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con y sin TDAH en la variable de apego no seguro ambivalente, pero no se encuentran en la variable apego no seguro evitativo. Tabla 4

Tabla 4
Comparación de las Escalas de los Tipos de Apego No Seguro en Función Criterio TDAH con Escalas Interferen. de Padres y Autosuficiencia y Rencor Hacia los Padres.

		Mín	1st Q	Mdn	Media ±DE	3rd Q	Máx	T**/W*	p
Ambivalente	NO TDAH	1,25	2,5	3,25	3,07±0,84	3,75	4,5	2.61**	0.02
	TDAH	2,5	3,25	3,5	3,57±0,64	4	4,5		
Evitativo	NO TDAH	28.90	44.80	51.20	52.39± 11,28	57.60	76.70	1483.5*	0.06
	TDAH	35.30	51.20	54.40	57.09 ±12,01	63.90	79.90		

Nota: Min: valor mínimo, 1stQ: primer cuartil. Mdn: Mediana. DE. Desviación estándar. 3rd Q: tercer cuartil. Max: valor máximo. Resultados obtenidos con: W = Test de Wilconxon; T = T de Student.

Analizando las escalas del test CaMir-R, en función del criterio TDAH encontramos que los/as adolescentes NO TDAH tienen una mediana en puntuación de riesgo (se considera puntuación de riesgo a partir de T=60 en todas las escalas, excepto la escala Valor autoridad de los padres, cuya puntuación de riesgo estaría por debajo de T=40). Sin embargo el grupo TDAH tiene tres medias y dos medianas por encima de 60 en las escalas Interferencia de los padres, Permisividad familiar y Traumatismo infantil, aunque las diferencias no son significativas entre ambos grupos. Ver tabla 5

Tabla 5
Análisis de las Escalas de Apego del Test CaMir-R para Adolescentes en Func. Criterio TDAH

	NO TDAH		TDAH		TOTAL		W/T* p
	Media ±DE	Mediana	Media ±DE	Mediana	Media ±DE	Mediana	
Seguridad: disponibilidad y apoyo familiar	49,22 ±13,82	53,90	46,46 ±10,35	46,20	48,18 ±12,62	50,05	751,5 0,09
Preocupación familiar	51,18 ±12,04	52,20	52,38 ±12,42	57,00	51,63 ±12,11	54,60	543,5 0,46
Interferencia de los padres	58,59 ±11,60	61,00	65,40 ±8,91	64,50	61,14 ±11,11	62,75	416 0,025
Valor autoridad padres	52,62 ±8,05	51,90	49,51 ±11,86	51,90	51,46 ±9,69	51,90	674 0,43
Permisividad parental	56,46 ±9,77	56,70	61,08 ±12,20	56,70	58,19 ±10,89	56,70	484,5 0,15
Autosuficiencia y rencor hacia padres	52,39 ±11,29	51,20	57,09 ±12,01	54,40	54,16 ±11,70	51,20	-1,64* 0,11*
Traumatismo infantil	58,76 ±13,06	61,10	60,99 ±14,34	64,20	59,60 ±13,50	61,10	540 0,43

Nota: datos obtenidos con W = Test de Wilcoxon; en todas las escalas, excepto en la escala Autosuficiencia y rencor hacia los padres, que se utiliza T = T de Student*. DE: Desviación estándar. p < 0,05.

Resultado del análisis y comparación del tipo y número de eventos traumáticos vividos en menores en riesgo según criterio TDAH.

Por orden, el tipo de evento traumático más sufrido por los/as adolescentes es convivir con FA con problemas de salud mental, depresión y/o intento de suicidio en un 43,05% y el evento menos informado con un 5,56% es haber sufrido abuso/maltrato sexual, lo que da cuenta de la gravedad de las situaciones.

Comparten cuarta posición de porcentaje el vivir con FA que abusan o tienen adicción a drogas y haber sufrido abuso o malos tratos físicos, ambos en un 27,78%. En la tabla 6 se recoge por orden de mayor a menor porcentaje los eventos vividos informados por los/as adolescentes de la muestra.

Tabla 6
Número y porcentaje de eventos traumáticos vividos por categorías en la muestra total de adolescentes.

Evento traumático	GENERAL				Orden de mayor a menor %
	No vivido		Si vivido		
	N	%	n	%	Evento vivido
Abuso/maltrato físico	52	72,22	20	27,78	4°
Abuso/maltrato psíquico	50	69,44	22	30,56	2°
Abuso/maltrato sexual	68	94,44	4	5,56	9°
Negligencia física	65	90,28	7	9,72	8°
Negligencia emocional	62	86,11	10	13,89	5°
Abandono. Pérdida de fig. apego	46	63,89	26	36,11	3°
Agresión a la madre	64	88,89	8	11,11	7°
Enfermedad mental, depresión/suicidio	41	56,94	31	43,05	1°
Abuso/adicción drogas	52	72,22	20	27,78	4°
Conducta criminal	63	87,50	9	12,50	6°

El 92,59% de los menores con TDAH han sufrido eventos traumáticos, frente al (nada desdeñable) 80% de los menores NO TDAH. El 75% de los adolescentes NO TDAH ha vivido ninguno, 1 o 2 eventos traumáticos frente al casi 37% de los TDAH. Por el contrario, casi un 63% de los menores con TDAH ha vivido de 3 a 5 eventos traumáticos, frente al 25% de los adolescentes que no tienen TDAH. Ver figuras 3 y 4.

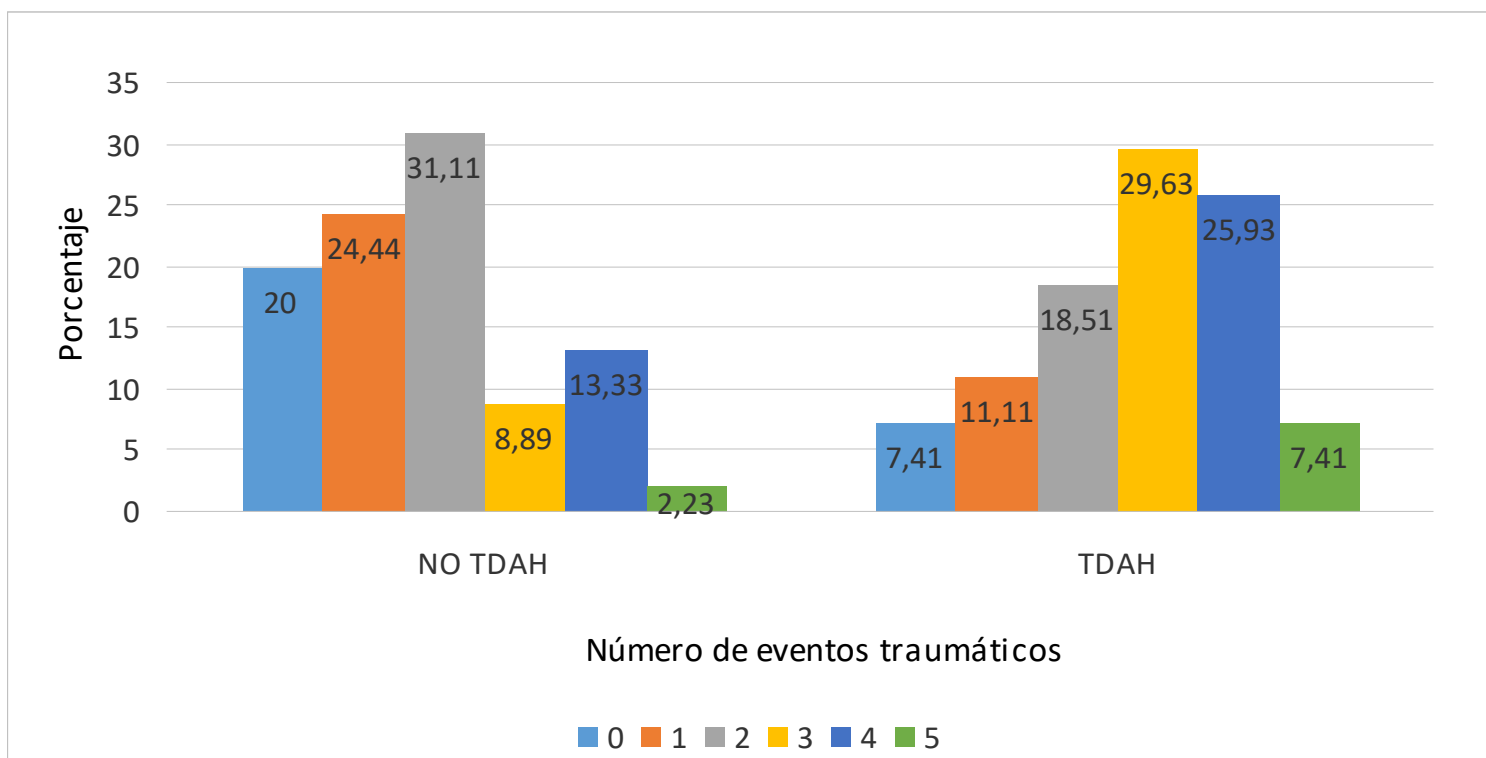
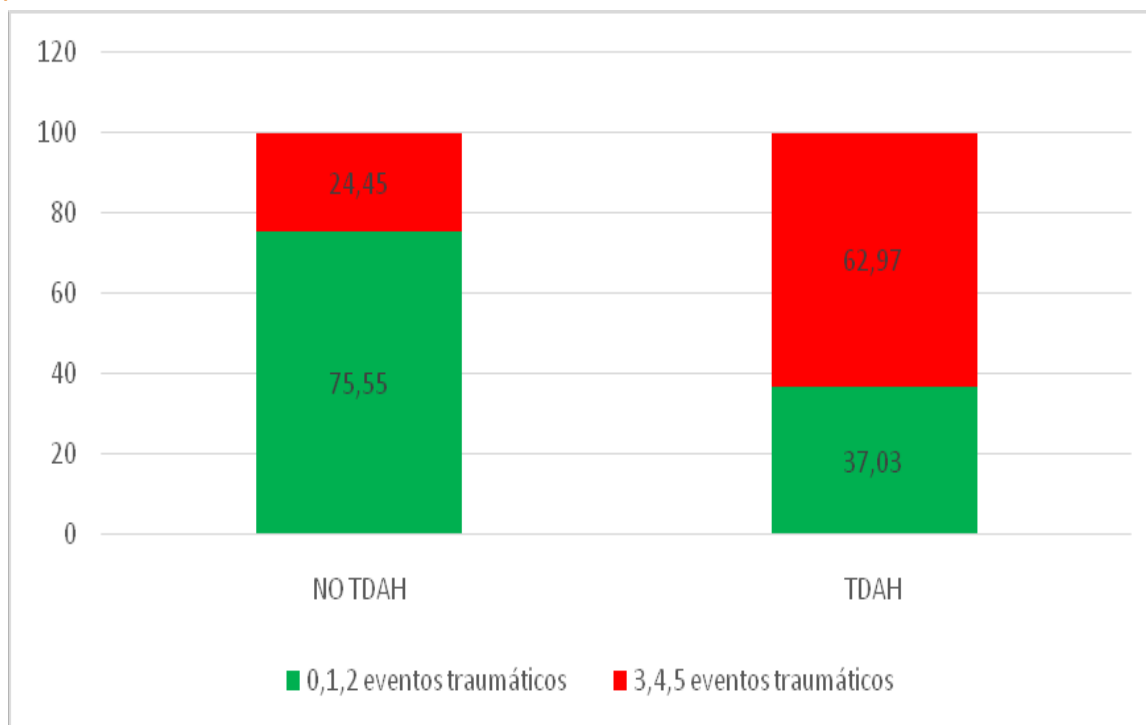


Figura 3
Gráfico Porcentaje del N° de Eventos Traumáticos .Vividos por los Adolescentes Según Criterio TDAH.

Figura 4
Proporción de Eventos Traumáticos Acumulados en Función del Criterio TDAH.



Por tipo de evento traumático, en el grupo TDAH hay mayor proporción de abuso/maltrato psicológico, abuso/maltrato físico y negligencia emocional que en NO TDAH y esas diferencias entre proporciones son altamente significativas para los dos primeros. Los menores con puntuaciones más altas en el cuestionario TDAH respondidos por su familia, tienen un mayor número de eventos traumáticos vividos, si bien es una correlación baja pero altamente significativa. Ver tabla 7

Tabla 7

Estadísticas para Valorar Proporciones Significativas Entre Eventos Traumát. Según Criterio TDAH.

Evento traumático	NO TDAH				TDAH				χ ²	df	P
	No vivido		Sí vivido		No vivido		Sí vivido				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Abuso/maltrato físico	42	93,33	3	6,67	10	37,04	17	62,96	10,91	1	0,0001
Abuso/maltrato psico.	38	84,44	7	15,56	12	44,44	15	55,56	23,93	1	1.001e-06
Maltrato sexual	42	93,33	3	6,67	26	96,30	1	3,70	0	1	1
Negligencia física	40	88,89	5	11,11	25	92,60	2	7,40	0,01	1	0,92
Negligencia emocional	42	93,33	3	6,67	20	74,07	7	25,93	3,75	1	0,05
Aband./Pérd.fig.apego	27	60,00	18	40,00	19	70,37	8	29,63	0,40	1	0,53
Agresión a la madre	42	93,33	3	6,67	22	81,48	5	18,52	1,35	1	0,24
Prob.SMental/Suicidio	28	62,22	17	37,78	13	48,15	14	51,85	0,85	1	0,36
Abuso/adicción drogas	30	66,67	15	33,33	22	81,49	5	18,52	1,18	1	0,28
Conducta criminal	39	86,67	6	13,33	24	88,89	3	11,11	0	1	1

Nota: p obtenido por prueba Chi cuadrado de Pearson. p < 0,05.

Así pues, a mayor puntuación TDAH, mayor nº de eventos, pero especialmente significativo en el rango de 0 a 3 eventos traumáticos vividos. Ver tabla 8

Tabla 8

Relación Entre Puntuación Numérica TDAH, Valoración Familiar y Número de Eventos Traumáticos Vividos por los Adolescentes.

Puntuación TDAH de la familia									
	Min.	1erQ	Media	DE	Mediana	3erQ	Máx.	K	p
0	3	4	10,82	12,17	6	9	42	17,31	0,003
1	0	3,25	14,36	11,95	11,50	25,50	36		
2	1	6,50	19,58	15,09	23	24,50	50		
3	11	26,50	32,25	11,50	33	36	52		
4	5	15	25,00	14,84	23	33	53		
5	16	23,50	31,00	15,00	31	38,5	46		

Nota: p obtenido prueba Kruskal Wallis. 0,003<0,05.

Además, existen diferencias significativas de medias entre casos NO TDAH y TDAH si tenemos en cuenta los resultados obtenidos del PAI (cumplimentado por las propias figuras de apego), respecto a problemas de salud mental pero únicamente para dos variables: Ansiedad y Depresión. También encontramos diferencias significativas de medias de casos NO TDAH y TDAH en la variable Estrés.

En consecuencia, las FA de casos de TDAH presentan una media mayor en ansiedad, depresión y estrés que las FA de casos NO TDAH. Ver tablas 9 y 10.

Tabla 9

Variables del PAI, Asociadas al Consumo de Drogas y Problemas de Salud Mental en Figuras de Apego en Función del Criterio TDAH.

	NO TDAH		TDAH		U/T*	p
	media± DE	mediana	media± DE	mediana		
Alcohol	47,04±6,16	46	48,56± 7,13	46	505	0,058
Drogas	46,98±5,61	44	47,22±4,82	44	560	0,51
Ansiedad	52,91±12,76	50	58,70±11,10	58	417	0,03
Tras.relac.ansied.	52,80±10,52	51	56,48±10,24	55	463	0,09
Depresión	54,969±10,96	51	62,04±12,54	62	404,5	0,02

	NO TDAH		TDAH		U/T*	p
	media± DE	mediana	media± DE	mediana		
Ideación suicida	56,29±19,49	46	61,44±21,22	52	482	0,11
Manía	48,06±10,18	48	46,63±7,50	48	620	0,89
Rasgos límites	51,07±10,41	46	53,52±10,54	53	516	0,29
Rasgos antisoc.	47,91±7,12	48	45,59±4,75	46	705,5	0,25
Paranoia	54,80±9,16	56	57,18±8,59	55	-1,11*	0,27*
Esquizofrenia	49,96±9,10	50	71,74±90,73	54	470	0,11

Nota: p obtenida para todas las escalas con test U-Mann Whitney, excepto la variable Paranoia obtenido con T-Student*.

Tabla 10
Análisis Otras Variables de Interés del PAI, en Función del Criterio TDAH.

	NO TDAH		TDAH		U/T*	P
	media± DE	Mediana	media± DE	Mediana		
Estrés	53,67±10,54	53	62,30±13,90	58	386,5	0,01
Rechazo al ttº	49,22±8,93	50	45,07±7,47	46	2,32*	0,02*
Dominancia	49,33±9,77	50	46±8,72	43	750	0,10
Agresión	50,82±10,60	47	51,41±10,62	50	591,5	0,86
Apoyo social	54,56±12,03	53	57,07±12,18	57	536,5	0,41

Nota: p obtenida para todas las escalas con test U-Mann Whitney, excepto la variable *Rechazo al tratamiento ttº, obtenido con T-Student*.

Resultados del análisis de las variables apego y eventos traumáticos como factores de riesgo o protección para presentar o no TDAH.

Mediante un modelo de regresión logística hemos comprobado que tener TDAH incrementa la probabilidad de tener apego inseguro en los adolescentes (OR = 3.912; p = .009) y tener apego inseguro incrementa la probabilidad de tener TDAH (OR = 3.912; p = .009).

Mediante regresión logística se obtiene que el incremento significativo en las puntuaciones de depresión y estrés, así como el decremento significativo en las puntuaciones de rechazo al tratamiento en las figuras de apego influyen significativamente en la probabilidad de tener TDAH en los adolescentes. Ver tabla 11

Tabla 11
Regresión Logística Individualizada (Análisis Univariable) de las Variables del PAI Asociadas a Consumo de Drogas y Salud Mental Sobre el TDAH

Variables	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 % EXP(B)	
							Inf.	Sup.
Quejas somát.	,030	,017	3,064	1	,080	1,031	,996	1,066
Ansiedad	,039	,020	3,576	1	,059	1,039	,999	1,082
T relac. ansiedad	,034	,024	2,048	1	,152	1,035	,988	1,084
Depresión	,051	,022	5,595	1	,018*	1,053	1,009	1,098
Manía	-,017	,027	,411	1	,521	,983	,932	1,036
Paranoia	,030	,028	1,191	1	,275	1,031	,976	1,088
Esquizofrenia	,043	,025	2,973	1	,085	1,044	,994	1,096
R Límites	,023	,023	,929	1	,335	1,023	,977	1,071
R antisociales	-,062	,042	2,170	1	,141	,940	,865	1,021

Variables	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 %	
							EXP(B)	
							Inf.	Sup.
P alcohol	,035	,038	,847	1	,357	1,035	,962	1,115
Drogas	,009	,046	,036	1	,849	1,009	,922	1,104
Agresión	,005	,023	,053	1	,818	1,005	,961	1,052
Ideación suicida	,012	,012	1,093	1	,296	1,013	,989	1,037
Estrés	,057	,022	6,680	1	,010*	1,059	1,014	1,106
Falt apoyo soci	,018	,020	,740	1	,390	1,018	,978	1,059
Rechazo tratam	-,066	,031	4,460	1	,035*	,936	,880	,995
Dominancia	-,040	,028	2,063	1	,151	,961	,910	1,015
Afabilidad	-,019	,027	,507	1	,476	,981	,931	1,034

Nota: B = Coeficiente logístico; Wald = Test de Wald; gl = Grados de libertad; ET = Error típico; Sign. = Significación; Exp (B) = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; * p<.05; **p<.01; *** p<.001; Inf. = inferior; Sup. = superior.

DISCUSIÓN

Respecto a las variables sociodemográficas no hay diferencias significativas en nuestra muestra en función del criterio TDAH lo que no coincide con publicaciones donde la adversidad psicosocial y la clase social baja, unido a otros factores aumentaron el riesgo para el TDAH (Green et al., 2004; Russell et al., 2014, 2016). Posiblemente que todas las familias y adolescentes sean de riesgo hace que compartan muchos de estos factores sociodemográficos y desaparezcan las diferencias. También se detecta desigualdad de género en la crianza, 75% femenino, lo que supone en la mayoría de estos casos un factor de riesgo que añade estrés y no permite el ejercicio de la parentalidad de manera positiva (Handbook on European law relating to the rights of the child, 2022) ni para la madre sobre la que cae gran parte de la responsabilidad, ni para el padre ausente.

Respecto al Objetivo 1: estamos ante una muestra con mayor apego inseguro en ambos grupos que en la población general claramente por su perfil de riesgo, aunque en el NO TDAH las proporciones son similares a la población general, solo ligeramente superior para el apego ambivalente. Es llamativo el porcentaje de apego no seguro del grupo TDAH (70,37%), muy por encima de la población general y claramente superior el porcentaje de apego ambivalente (44,44%), cuando en población general es del 9% (Van Ijzendoorn y Sagi, 1999; Van Ijzendoorn et al., 1999).

El CaMiR-R no permite medir el apego desorganizado, pero sabemos que se podría deducir si se presenta apego inseguro con una puntuación de riesgo con la escala Traumatismo Infantil. Efectivamente en ambos grupos se observan puntuaciones de riesgo ($T > 60$) en sus respectivas medianas (NO TDAH $T = 61,10$ / TDAH = 64,20), lo que nos hace pensar que es probable que esa mayor proporción de apegos no seguros, muy superior en el apego ambivalente, incluya parte del 15% del apego desorganizado que se encuentra en población normal. La relación entre TDAH y apego ambivalente y desorganizado la encontramos en diferentes publicaciones (Cheung y Theule, 2014; García e Ibañez, 2007), también en adolescentes (Santurde del Arco y Del Barrio del Campo, 2010, 2013; Scharf et al., 2014).

Ante la ausencia de un apego seguro que ayude a autorregularse y reduzca el impacto del estrés en el cerebro (Fernández García, 2017) el estilo de apego ambivalente aprende estrategias para permitirse

explorar el ambiente y garantizarse el cuidado a pesar de la inestabilidad de los cuidadores. Estas estrategias suelen estar asociadas a conductas externalizantes de hiperactividad, inquietud (Crittenden y Kulbotton, 2007), manifestaciones de desregulación emocional (Franc. et al., 2009) y/o conductas de inatención. Es necesario detectar estas situaciones lo antes posible (Cuervo Martínez & Ávila Matamoros, 2010), realizar un buen análisis de las manifestaciones clínicas con criterios de inclusión pero también los de exclusión (Massa y de Dios, 2017), con el apartado de Trastornos relacionados con el Trauma y Estrés, con el trastorno de ansiedad de separación, así como valorar la interrelación entre todas las variables.

Respecto al objetivo 2: hay un altísimo porcentaje de eventos traumáticos vividos en ambos grupos consecuencia del tipo de muestra de riesgo. Hay diferencias significativas en los dos grupos siendo superior el porcentaje, número y acumulación de eventos traumáticos vividos en el grupo TDAH, lo que coincide con publicaciones de mayor prevalencia de eventos traumáticos en menores TDAH que NO TDAH (Brown et al. 2014, 2017; Crouch et al., 2020), mayor riesgo de tener TDAH si se acumulan eventos traumáticos y mayor probabilidad de diagnóstico de TDAH porque la exposición a eventos traumáticos está fuertemente asociada con las conductas de externalización e internalización (Hunt, Slack y Berger, 2017; Szymanski et al., 2011).

Los menores con TDAH han vivido más abuso/maltrato psicológico, más abuso/maltrato físico y más negligencia emocional siendo las diferencias entre proporciones, altamente significativas en los dos tipos de abuso/maltrato, coincidiendo con otros publicados que relacionan maltrato infantil y TDAH en general (Aguado-García et al., 2018; Lewis et al., 2015), TDAH y abuso/maltrato físico (Canals y López, 2014; Chiodo et al., 2003; Ouyang et al., 2008; Pelcovitz et al., 2000); TDAH con abuso/maltrato psicológico y negligencia emocional (Rucklidge et al., 2006)

Vivir eventos traumáticos en la infancia tiene un gran impacto en el desarrollo humano, en el desarrollo cerebral (Fernández García 2013, 2014) e incluso en la salud (Sharkey et al, 2020) y esperanza de vida de las personas (Felitti et al., 1998). Sabemos que el sistema nervioso cuando se enfrenta a los eventos traumáticos y estrés tóxico activa el sistema simpático (que es el que da la respuesta emocional) y desconecta el sistema para-simpático (que es el que regula el funcionamiento superior del córtex). Si la activación debe permanecer de forma continuada o crónica porque no cesa el evento traumático/maltrato, la alternancia simpático/parasimpático termina y la persona mantiene un nivel de ac-

tivación alto siendo incapaz de tranquilizarse y autorregularse, apareciendo problemas de atención, memoria, hiperactividad, agresividad, etc., muy relacionados con el TDAH (Fernández, 2014; Góngora, 2015; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Perry, 2014). En estos casos, las reacciones conductuales no son cuestión de actitud y voluntad, sino una cuestión psiconeurobiológica, ya que el/la menor no puede reaccionar de otro modo hasta que se restaure el equilibrio interno (Gonzalo, 2009, 2013, 2015; Gonzalo y Benito, 2017; Gonzalo y Pérez-Muga, 2011; Gonzalo y Zamora, 2012).

Hay autores que indican que la respuesta de los menores maltratados al estrés traumático y sus efectos neurológicos son similares a los síntomas del TDAH, diagnosticándose erróneamente de TDAH situaciones que son de maltrato (Disseth, 2005; Endo et al., 2006; Ford, 2005; Halasz y Vance, 2002; Ubieto, 2014; Ubieto y Pérez, 2018; Weber y Reynolds, 2004; Wilson et al., 2011).

Es adecuado y necesario cuando se realice la valoración de un menor con manifestaciones similares al TDAH, incluir un cribado de eventos traumáticos, entre ellos como se ha visto, la posibilidad de ansiedad, depresión y estrés en la figura de apego. Si diera positivo, en el diseño del tratamiento del menor y la familia habría que incluir el trabajo terapéutico del trauma y del apego. No son pocos los/as autores/as que indican la necesidad de sustituir el diagnóstico de TDAH por otros más adaptativos (Klein et al., 2015), como estrés postraumático (Croyle, 2014; Ruiz, 2014) o el fallido Trastorno de Trauma del Desarrollo (Van der Kolk et al., 2009).

Respecto al objetivo 3: Como en nuestra investigación, varios estudios encuentran relación entre TDAH y apego no seguro como factor de riesgo uno del otro. Es posible que algunas características de bebés muy irritantes/difíciles, prematuros, etc. puedan dificultar el desarrollo de un apego seguro y viceversa la ausencia de apego seguro genera síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (Clarke, 2002; Cheug y Theule, 2014; Franke, 2017; Rochford, 2005; Santurde del Arco y Del Barrio del Campo, 2010; Scharf et al. 2014).

La presencia de depresión y estrés en las FA son factores de riesgo para presentar TDAH. Son eventos traumáticos que tienen relación con la falta de disponibilidad de esa figura, y el posible aumento de negligencia y/o violencia, ante las necesidades del menor quien aumentaría el apego ambivalente para activar a la FA mediante los síntomas de la tríada del TDAH, o desorganizado si la respuesta adulta es caótica, amén de toda la activación neurológica y física subyacente ante la respuesta al estrés. Encontramos así relación entre las tres variables, evento traumático, apego no seguro y TDAH, también en literatura (Abrines et al., 2012, Kočovská et al., 2012; Pascon Fearon y Belsky, 2004; Pinto et al., 2006).

CONCLUSIONES

En la muestra total de adolescentes existe la misma proporción de apegos seguros e inseguros y en estos últimos existe una proporción mayor de apego ambivalente respecto al evitativo.

Los/as menores con TDAH tienen una mayor proporción de apego inseguro (fundamentalmente ambivalente) que los/as menores NO TDAH.

Los eventos traumáticos más frecuentes en menores en PAF son tener figuras de apego con problemas de salud mental, depresión y/o

intento de suicidio, abandono/perdida de la figura de apego y abuso/maltrato psíquico.

Los/as adolescentes con TDAH, tienen mayor rango promedio en el nº de eventos traumáticos que los/as menores sin TDAH. En el grupo TDAH hay una mayor proporción de abuso/maltrato psicológico, abuso/maltrato físico y negligencia emocional que en el grupo sin TDAH.

Tener TDAH es un factor de riesgo para desarrollar un apego inseguro y viceversa, tener apego inseguro es un factor de riesgo para presentar TDAH.

La presencia de depresión y estrés en las figuras de apego son factores de riesgo para presentar TDAH.

En el estudio para un diagnóstico de posible TDAH se debe tener en cuenta además de las manifestaciones clínicas del menor de edad, el contexto familiar, el estilo de apego, un cribado de eventos traumáticos también de posible maltrato y negligencia, ansiedad, depresión y estrés en la/s figura de apego/s.

Hay interrelación entre TDAH, apego y eventos traumáticos en adolescentes de 13 a 17 años en población de riesgo psicosocial.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Limitaciones: la muestra es muy específica y de difícil acceso, lo que hace que el tamaño muestral sea pequeño. Un mayor número de sujetos habría aumentado la potencia de las pruebas. Respecto al cuestionario ACE, es de autoinforme y las respuestas obtenidas son subjetivas y de mínimos. Nos consta que los/as adolescentes informan de menor número de eventos traumáticos vividos posiblemente por la escasa elaboración de los mismos y por el ocultamiento por vergüenza y/o protección a sus FA.

Como recomendaciones sugerimos aumentar el tamaño muestral con este mismo perfil de población. Sería interesante replicar el estudio en la población general y comparar resultados.

REFERENCIAS

- Abrines, N., Barcons, N., Marre, D., Brun, C., Fornieles, A., & Fumadó, V. (2012). ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attachment & human development*, 14(4), 405-423. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.691656>
- Aguado-Gracia, J., Mundo-Cid, P., Lopez-Seco, F., Acosta-García, S., Cortes-Ruiz, M. J., Vilella, E., & Masana-Marín, A. (2018). Lifetime victimization in children and adolescents with ADHD. *Journal of interpersonal violence*, doi:0886260518771680
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 18 (2), 123-143 <http://www.jstor.org/stable/23083966>
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Publishing.
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil

- neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa*, 23(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Benyakar, M. (1997). Definición, Diagnóstico y Clínica del Estrés y el Trauma. *Revista electrónica de psiquiatría*. Vol.1 num 43. <http://psiqu.com/1-5872>
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y salud mental*. OMS. Washington.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.1: Attachment*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast: El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós, 1993).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol.2: Separation*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast: La separación afectiva. Barcelona: Paidós, 1993).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol.3: Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1993).
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Ed. Paidós.
- Bowlby J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed. Morata Sexta edición revisada. Madrid.
- Brookes, K., Xu, X., Chen, W., Zhou, K., Neale, B., Lowe, N. ... & Buitelaar, J. (2006). The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Molecular psychiatry*, 11 (10), 934 <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001869>
- Brown, N. M., Brown, S. N., German, M., Belamarich, P. F., & Briggs, R. D. (2014, May). Associations between adverse childhood experiences and ADHD: analysis of the 2011 National Survey of Children's Health. In *Pediatric Academic Societies Meeting*. Vancouver, BC. Canadá.
- Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 17 (4), 349-355. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>
- Canals, J. C., & López, J. J. (2014, December). Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia. In *Anales de pediatría* (Vol. 81, No. 6, pp. 398-e1). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.05.022>
- Casas, M.; Ribasés, M.; Ramos Quiroga, A. Sánchez Mora, C. y Cormand, B. (26 de noviembre, 2018). Investigadores españoles participan en el primer mapa genético del TDAH Redacción Médica. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/investigadores-espanoles-participan-en-el-primer-mapa-genetico-del-tdah-8716>
- Castro Sáez, M. (2011). *Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar directo y exposición a violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/>
- Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12:168. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Catala-Lopez, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M. ... & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12 (7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Cheung, K.y Theule, J. (2014). Is there a relationship between ADHD and attachment insecurity? Winnipeg: University of Manitoba. Poster. <http://hdl.handle.net/1993/23614>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002006>
- Crittenden, P. M., & Kulbotton, G. R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10, 1220-1229. Recuperado: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/10/familial-contributions-adhd-attachment-perspective?redirected=1>
- Crouch, E., Radcliff, E., Bennett, K. J., Brown, M. J., & Hung, P. (2021). Examining the relationship between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 21(8), 1388-1394. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.03.009>
- Croyle, J. (2014). The relationship between the experience of a childhood traumatic event and symptom of attention-deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International*, 75. http://brumario.usal.es/search*spi/i0419-4217?#VH4WfsnxPIU
- Cuello García, C. A., & Pérez Gaxiola, G. (2012). En un mismo curso académico los niños más pequeños tienen más riesgo de ser diagnosticados de TDAH. *Evid Pediatr*, 8, 56. <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2012;8:51>
- Cuervo Martínez, Ángela, y Ávila Matamoros, A. M. (2010). Neuropsicología infantil del desarrollo: Detección e intervención de trastornos en la infancia. *Revista Iberoamericana de psicología*, 3(2), 59-68. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.3206>
- Delgado Arrieta, M. C., & Bustamante Gonzalez, A. K. (2023). Estilos de apego y estrategias de regulación emocional en los adolescentes entre los 10 y los 19 años: Una Revisión Sistemática de la Literatura Actual. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/0547154d-11ae-4636-b11b-7223b052b10d/content>
- Disseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma-On overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 79-91 <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>
- Elder, T.E. (2010). The importance of relative standars in ADHD diagnosis: evidence base in exact birth dates, *J Health Econ*. 29:641-56 <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.06.003>
- Endo, T., Sugiyama, T., & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (4), 434-438. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01528.x>
- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Junta de Castilla y León, Gerencia de Servicios Sociales.
- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Castilla y León: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Escudero, V. (2020). *Guía práctica para la intervención familiar, 2ª edición ampliada*. Junta de Castilla y León.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 863-867. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00013>
- Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2 (2), 143-146. DOI: 10.1007/s11920-000-0059-6
- Faraone, S.V, Perlis, R.H, Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., et al. (2005) Molecular genetics of attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57:1313-23. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Felitti, V.J; Anda, R.F; Nordenberg, D.; Williamson, D.F.; Spitz, A.M.; Edwards, V.; Marks, J.S. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4):245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Fernández García, R.M. (2013). Entre hipocampos y neurogénesis. ¿Por qué le cuesta tanto aprender a mi hijo? Ed. Hilo Rojo. Barcelona.
- Fernández García, R.M. coord. (2014). Neuropsicología del abandono y el maltrato infantil. El Hilo Ediciones. Madrid.
- Fernández García, R.M. coord. (2017). Las huellas de las experiencias tempranas en el cerebro. ¿Qué efectos tiene en el aprendizaje escolar? Microbooks. Editorial mapas colectivos. Madrid.
- Ford, D., Merrick, M., Parks, S., Breiding, M., Gilbert, L., Edwards, V. ... Thompson, W. (2014). Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology of Violence*, 4 (4), 432-444 doi:10.1037/a0037723
- Franc, N.; Maury, M.; Puper-Ouakil, D. (2009). ADHD and attachment process: are they related? *L'Encéphale*. Volume 35, Issue 3, 256-261 Recuperado de: <https://patrickrouge.fr/wp-content/uploads/2018/08/Trouble-deficit-de-lattentionhyperactivite-TDAH-q.pdf>
- Franke, S., Kissgen, R., Krischer, M. and Sevecke, K. (2017) Attachment in Children with ADHD. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7, 497-510. doi: 10.4236/jbbs.2017.711035.
- García, M. & Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25 (2), 123-134.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200003>
- García Peñas, J.J; Domínguez Carral, J. (2012) ¿Existe un sobre-diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evidencias en Pediatría; 8:51 Recuperado de <https://evidenciasenpediatria.es/articulo.php?lang=es&id=6096>
- Glejzer, C., Ciccarelli, A., Chomnalez, M., & Ricci, A. G. (2019). La incidencia de las emociones sobre los procesos de aprendizaje en niños, niñas y jóvenes en contextos de vulnerabilidad social. *Voces de la Educación*, (2), 113-128. ISSN 2448-6248 (electrónico)
- Góngora, J. N. (2015). *Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica*. Herder Editorial.
- Gonzalo, J.L. (2009). Guía para el apoyo educativo e niños con trastornos de apego. Libros en Red Editorial.
<http://www.librosenred.com/libros/guiaparaelapoyoeducativoninoscontratornosdeapeo.html>
- Gonzalo, J.L. (2013). *Construyendo puentes. La técnica de la caja de arena (sandtray)*. Ed. Desclée de Brouwer. Urduliz. España.
- Gonzalo, J.L. (2015). *Vincúlate. Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos*. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao. España.
- Gonzalo, J.L.; Pérez-Muga, O. (2011). ¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego. Ed. Desclée De Brouwer. Sevilla. España.
- Gonzalo, J.L; Zamora, N. (2012). Taller para el fomento de la resiliencia en niños y niñas adoptados. Un programa de trabajo para la Asociación de Familias Adoptivas Ume Alaia de Gipuzcoa. Documento no publicado.
- Gonzalo, J.L. y Benito, R. (2017). *La armonía relacional, aplicaciones de la caja de arena a la traumaterapia*. Ed. Desclée de Brouwer. Zarautz. España.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2004). Summary report: mental health of children and young people in Great Britain. National Statistics DOH and the Scottish Executive.
<https://t2-4.bsc.es/jspui/handle/123456789/64629>
- Guía Práctica Clínica (2010) de trabajo sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Recuperado https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1261/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl_eng.pdf?sequence=4
- Guía Práctica Clínica (2017) de trabajo sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
- Handbook on European law relating to the rights of the child (2022). European Union Agency for Fundamental Rights and Council of Europe. doi:10.2811/610564
- Halasz, G. & Vance, A. L. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. *Medical journal of Australia*, 177(10), 554-557. https://www.mja.com.au/system/files/issues/177_10_181102/hal10365_fm.pdf
- Hanbury, L. (2016). Could the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) be considered as an indicator of childhood trauma for child protection professionals? Dissertation University of Kent. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/316140096_Could_the_diagnosis_of_Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder_ADHD_be_considered_as_an_indicator_of_childhood_trauma_for_child_protection_professionals_Could_the_diagnosis_of_Attention_Deficit_Hyper
- Hanbury, L. (2017). How do we prevent children who are in the child protection system from being misdiagnosed with ADHD? Improving child health through research. *Children's Research Digest*, Volume 4, Issue 2 p 26-30
<https://childrensresearchnetwork.org/knowledge/resources/adhd-trauma-and-neglect>
- Hjern A., Weitoft, G.R., Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD medication in school Children, a national cohort study. *Acta Paediatr*. 0; 99:920-924. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01638.x>
- Orozco Henao, E. A., Marín Díaz, B. A., y Zuluaga Valencia, J. B. (2021). Depresión Infanto-Juvenil y exposición temprana a la violencia. *Revista Iberoamericana de psicología*, 13(3), 163-176. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13310>
- Hunt, T. K., Slack, K. S., & Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child abuse & neglect*, 67, 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.005>
- Klein, B., Damiani Taraba, G., Koster, A., Campbell, J., & Scholz, C. (2015). Diagnosing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child: care, health and development*. 41 (2), 178-185. <https://doi.org/10.1111/cch.12168>
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J., ... & Minnis, H. (2012). Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1560-1565.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.016>
- Lecannelier F. (2012). Programa de prevención en el fomento de la seguridad del apego en contextos vitales del niño: la experiencia chilena. *Psicopatol. Salud mental*, 20, 19-27. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Lecannelier-Felipe-20.pdf>
- Lecannelier, F. (Junio, 2018). La teoría del apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001026#contenido>
- Lewis, T., Schwebel, D. C., Elliott, M. N., Visser, S. N., Toomey, S. L., McLaughlin, K. A., Cuccaro, P., Tortolero, E.S., Banskaph, S.W.Schuster, M. A. (2015). The association between youth violence exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in a sample of fifth-graders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85 (5), 504-513. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000081>
- Lichtenstein, P.; Carlström, E. Råstam M, et al. (2010). The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry*, 167, 1357 - 1363. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>

- López Sánchez, F. (1995) Manual de necesidades de la infancia y protección infantil: fundamentación teórica y criterios educativos. Dirección General del Menor y de la Familia. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid
- López Sanchez, F. (2008) Necesidades de la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social. Ed. Pirámide, Madrid
- López Sánchez, F.; Etxebarria, I.; Fuentes, M.J.; Ortiz, M.J. coord. (2013). Desarrollo afectivo y social. Ed. Pirámide. Madrid
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del Trastorno Por Déficit de Atención en Escolares: Comparación Entre Criterios Diagnósticos y Criterios Clínicos. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18, 365-384. <http://www.psicologiaconductual.com/web/?lang=ENG>
- Loredo-Abdalá, A., Casas-Muñoz, A., Cerezo-Cantú, V., Carballido-Moreno, O. G., & Ordoñez-Franco, N. A. (2020). Maltrato infantil: la neurobiología, estrategia de estudio para el siglo XXI. *Acta Pediátrica de México*, 41(4), 165-177.
- DOI: <http://dx.doi.org/10.18233/APM> – 41No4pp165-1771883
- Lopez-Villalobos, J.A, Andres-De Llano, J., Lopez Sanchez M.V., Rodriguez-Moliner, L., Garrido-Redondo, M., Sacristan-Martin, A.M., Martínez-Rivera, M.T. & Arbeola López, S. (2017) Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema* 2017; 29: 103-110 doi: 10.7334/psicothema2016.93
- Ludy-Dobson, C.; Perry B. (2010). The Role of Healthy Relational Interactions in Buffering the Impact of Childhood Trauma. From Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play. Edited by Eliana Gil with Foreword by Lenore C. Terr. The Guilford Press.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *A review of Frontiers in human neuroscience*, 13, 42. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160
- Manzanero, A.L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18 (1), 19-25.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000100003>
- Martinhago, F., Lavagnino, N. J., Folguera, G., & Caponi, S. (2019). Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Salud colectiva*, 15, e1952. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1952>
- Mesa-Gresa, P.; Moya-Albiol, L. (2011) Neurobiology of child abuse: the cycle of violence. *Revista de Neurología* 52 [8], 489-503 PMID: 21425102.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation (No. 21). Psychology Press.
- Morrow, R.L.; Garland, E.J.; Weight, J.M.; Maclure, M.; Taylor, S. & Dormuth, C.T. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 184:755-62 DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.111619>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development (Working Paper 9). Recuperado de: http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp9
- National Scientific Council on the Developing Child. (2014). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain (Working Paper 3). Recuperado de: http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp3/
- Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión. CIE-10
- Organización Mundial de la Salud (2013). Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés. Directrices e intervención en condiciones específicas relacionadas con el estrés.
- Organization Mundial de la Salud (Enero, 2023). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Ortiz León, S., & Jaimes Medrano, A. L. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(5), 6-14
- Ortiz, R., Gilgoff, R., & Harris, N. B. (2022). Adverse childhood experiences, toxic stress, and trauma-informed neurology. *JAMA neurology*, 79(6), 539-540 doi:10.1001/jamaneurol.2022.0769
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of pediatrics*, 153 (6), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.06.002>
- Pasco Fearon, R. M., & Belsky, J. (2004). Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social contextual adversity. *Child development*, 75(6), 1677-1693. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00809.x>
- Pedreira Massa, J. L., & González de Dios, J. (2017). Evidencias diagnósticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 19(76), 147-152.
Recuperado:https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322017000500013&script=sci_arttext&tlng=en
- Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., De Rosa, R. R., Mandel, F. S., & Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (3), 360–369. <https://doi.org/10.1037/h0087668>
- Perry, B.D. (2014). Estrés, trauma y trastorno post-traumático en los niños. Una introducción. Recuperado https://childtrauma.org/wpcontent/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf
- Pheula, G. F., Rohde, L. A., & Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European child & adolescent psychiatry*, 20 (3), 137-145. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0158-4>
- Pinto, C., Turton, P., Hughes, P., White, S., & Gillberg, C. (2006). ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children next-born after stillbirth. *Journal of attention disorders*, 10(1), 83-91 doi: 10.1177/1087054705286058
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942-948 DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Quiñones, M., Gold, S. N., & Ellis, A. (2022). Defining trauma, adversity, & toxic stress. In *Not Just Bad Kids* (pp. 67-101). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818954-2.00007-9>
- R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Rochford, L. G. (2005). Attending to attachment: The relation between attention-deficit/hyperactivity disorder and mother-child attachment in early childhood. The University of North Carolina at Greensboro.
- Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz Freijo, E., Hidalgo García, M. V., Máiquez, M. L., Martín, J. C., ... & de Municipios, F. E. (2015). Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva. Un recurso para apoyar la

práctica profesional con familias. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/133562/1/guia_de_buenas_practicas_2015.pdf

- Rodríguez Molinero L., López Villalobos, J.A.; Garrido Redondo, M.; Sacristán Martín, A.M.; Martínez Rivera, M.T., y Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. XI. Num. 42. 251-70. https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n42/06_originales.pdf
- Román, M. (2010). El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla,
- Román, M. (2016). Principios básicos y aproximaciones metodológicas en la evaluación del apego en la infancia y adolescencia. En Loizaga, F. Evaluación del apego-attachment y vínculos familiares, pp 45-64. Ed. CCS. Alcalá. Madrid
- Ruiz, R. (2014). How childhood trauma could be mistaken for ADHD. *The Atlantic*.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S., & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 9 (4), 631-641 <https://doi.org/10.1177/1087054705283892>
- Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (5), 436-445 <https://doi.org/10.1111/jcpp.12170>
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(3), 440-458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Santurde del Arco, E. y Del Barrio del Campo, J.A. (2010). Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Recuperado <https://psiquiatria.com/trabajos/36cof945433.pdf>
- Santurde del Arco, E. y Del Barrio del Campo, J.A. (2013). TDAH. Intervenir en el fomento del apego. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. N°1-Vol.1, pp.265-270 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852058020>
- Sharkey, C. M., Espeleta, H. C., Bakula, D. M., Roberts, C. M., Ruppe, N. M., Marissa Baudino, B. S., ... & Mullins, L. L. (2020). Adverse childhood experiences: Non-medical trauma in the context of pediatric chronic illness. *Children's Health Care*, 49(1), 40-54. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02739615.2018.1553677>
- Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. (2018). *Lancet Psychiatry*, 5 (2):175-186. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30167-0
- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K., Leckman, J., Zhang, H., & Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 976-984 <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00013>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—Review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1), 1 <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>
- Scharf, M., Oshri, A., Eshkol, V., & Pilowsky, T. (2014). Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: The role of attachment and rejection sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84 (2), 209. <https://doi.org/10.1037/h0099391>
- Schwandt, H., & Wuppermann, A. (2016). The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*, 43, 72-86. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.05.018>
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, núm. 2, pp. 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitisation: A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, núm. 20, pp. 211-217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Shapiro, F. (2012). La evidencia sobre el método EMDR. *The New York Times*.
- Shonkoff, J.P. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, e323-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Smañko, I., & Nelia, B. (2022). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Niñez y Adolescencia: una mirada posible desde el paradigma de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). Trabajo final de grado. Montevideo. Ed. Udelar. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/36937>
- Szymanski, K., Sapanski, L., & Conway, F. (2011). Trauma and ADHD—association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10 (1), 51-5 <https://doi.org/10.1080/15289168.2011.575704>
- Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of attention and activity. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 521-542). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch34>
- Tello, C.; Batalla, I.; Castillo A.; Domingo, F.; esquerda, M.; Nevado, S.; Pera, V. Pifrré, J. & Vallmanya, T (2015). Vinculación afectiva, conductas agresivas y malos tratos en la infancia. Ediciones San Juan de Dios. Barcelona.
- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., & Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The British journal of psychiatry*, 174 (2), 105-111. DOI:10.1192/bjp.174.2.105
- Thapar, A.; Langley, K.; Owen, MJ. & O'Donovan, MC. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med*; 37: 1681-92. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707000773>
- Thapar, A.; Cooper, M.; Jefferies, R. & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives Disease Childhood*; 97 (3):260-265, <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>
- Thapar, A., Cooper, M. (2016) Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. HYPERLINK "[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol387no10024/PIIS0140-6736\(16\)X0013-X](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol387no10024/PIIS0140-6736(16)X0013-X)" Volume 387, ISSUE 10024 p1240-1250 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
- Thijssen, S., Muetzel, R. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. V., Tiemeier, H., Verhulst, F. C., & ... Van Ijzendoorn, M. H. (2017). Insensitive parenting may accelerate the development of the amygdala-medial prefrontal cortex circuit. *Development and Psychopathology*, 29 (2), 505-518 doi:10.1017/S0954579417000141
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135 (4), e994 – e10 01. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Ubieta, J.R. (2014) TDAH. Hablar con el cuerpo. Editorial UOC.
- Ubieta, J.R. y Pérez Álvarez, M. (2018). Niñ@s Hiper. Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas. Ned Ediciones. Barcelona.
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. ... & Stolbach, B. C. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript. Verfügbar unter: http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf (Zugriff: 20.5. 2011).
- Van Ijzendoorn, M. H., y Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment. En J. Cassidy, & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*, (pp. 713-734). New York, Guilford Press.

- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Developmental Psychopathology*, 11, 225-249. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel C. & Bakermans – Kranenburg M.J. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds): *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*, (pp 89-11). New York Guilford Press.
- Weber, D. A., & Reynolds, C. R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology review*, 14(2). DOI: 10.1023/b:nerv.0000028082.13778.14
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16 (2), 87–97. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.007>
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., Moncrieff, J. & Landman, P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12991>
- Whittle, S., Dennison, M., Vijayakumar, N., Simmons, J. G., Yücel, M., Lubman, D. I.,... Allen, N. B. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology affect brain development during adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 940–952. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.06.007>
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 9: 490-9. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>