

RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DISFUNCIONAL Y EVOLUCIÓN NEGATIVA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Alejandra González Monzón¹

(Recibido en marzo 2025; aceptado en mayo 2025)

¹Doctora en Psicología con mención sistémica, cognitiva y en neurociencias. Licenciada en Psicología (Universidad Católica de Asunción, Paraguay).

Directora de la Escuela Sistémica Paraguaya. Universidad de Flores, Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-9115-1272>

gonzalezmonzonalejandra@gmail.com

Resumen: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición crónica del neurodesarrollo cuyos síntomas principales son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo describir la relación entre la disfuncionalidad familiar y la evolución negativa de los síntomas y problemas asociados del TDAH en niños, siguiendo el método PRISMA, con búsqueda de artículos en las bases de datos DIALNET, Redalyc, SciELO, PsycMed y PubMed, publicados entre los años 2003 y 2025, en español, portugués e inglés. Se presentaron los resultados de 29 unidades de análisis (n = 2336 UF) que describen la calidad de vida, el estrés parental, estilos educativos, apego y desregulación emocional, neuropsicología familiar, factores familiares de riesgo, bullying, higiene del sueño, funcionamiento familiar y trastornos comórbidos internalizantes y externalizantes. Un hallazgo importante para la intervención es tomar conciencia del círculo vicioso o bidireccionalidad entre el estrés parental y las conductas disruptivas del hijo. Se discute la exclusión en este artículo de otros factores que podrían incidir en el TDAH como factores hereditarios, genéticos, ambientales, pre y postnatales y la ausencia de intervenciones para las desregulaciones disfuncionales.

Palabras claves: TDAH, familia, factores de riesgo, comorbilidad.

THE RELATIONSHIP BETWEEN DYSFUNCTIONAL FAMILY FUNCTIONING AND THE NEGATIVE OUTCOME OF ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER SYMPTOMS IN CHILDREN. A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a chronic neurodevelopmental condition whose main symptoms are inattention, hyperactivity, and impulsivity. This systematic review aimed to describe the relationship between family dysfunction and the negative progression of ADHD symptoms and associated problems in children. Following the PRISMA method, articles were searched in the databases DIALNET, Redalyc, SciELO, PsycMed, and PubMed, published between 2003 and 2025 in Spanish, Portuguese, and English. The results from 29 analysis units (n = 2336 UF) were presented, addressing aspects such as quality of life, parental stress, parenting styles, attachment and emotional dysregulation, family neuropsychology, familial risk factors, bullying, sleep hygiene, family functioning, and comorbid internalizing and externalizing disorders. An important finding for intervention is the recognition of the vicious cycle or bidirectionality between parental stress and the child's disruptive behaviors. The article discusses the exclusion of other factors that may influence ADHD, such as hereditary, genetic, environmental, prenatal and postnatal factors, as well as the lack of interventions for dysfunctional dysregulations.

Keywords: ADHD, family, risk factors, comorbidity.

RELAÇÃO ENTRE FUNCIONAMENTO FAMILIAR DISFUNCIONAL E EVOLUÇÃO NEGATIVA DOS SINTOMAS DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Resumo: O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição crônica do neurodesenvolvimento, cujos principais sintomas são déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade. Esta revisão sistemática teve como objetivo descrever a relação entre a disfuncionalidade familiar e a evolução negativa dos sintomas e problemas associados ao TDAH em crianças, seguindo o método PRISMA, com busca de artigos nas bases de dados DIALNET, Redalyc, SciELO, PsycMed e PubMed, publicados entre os anos de 2003 e 2025, em espanhol, português e inglês. Foram apresentados os resultados de 29 unidades de análise (n = 2336 UF), que descrevem a qualidade de vida, o estresse parental, estilos educativos, apego e desregulação emocional, neuropsicologia familiar, fatores familiares de risco, bullying, higiene do sono, funcionamento familiar e transtornos comórbidos internalizantes e externalizantes. Um achado importante para a intervenção é a conscientização sobre o círculo vicioso ou a bidireccionalidade entre o estresse parental e os comportamentos disruptivos da criança. Discute-se, neste artigo, a exclusão de outros fatores que podem influenciar o TDAH, como fatores hereditários, genéticos, ambientais, pré e pós-natais, bem como a ausência de intervenções para as desregulações disfuncionais.

Palavras-chave: TDAH, família, fatores de risco, comorbidade.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es considerado un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento normalizado, con mayor frecuencia y gravedad de lo esperado en sujetos en un nivel de desarrollo similar y se caracteriza por un curso crónico que se mantiene en la adolescencia y la adultez (American Psychiatric Association, 2013). Además puede coexistir con otras patologías como el trastorno desafiante oposicionista, trastornos del estado de ánimo, alteraciones de la conducta, dislexia y síndrome de Giles de la Tourette (Elia et. al., 1999).

Es un trastorno multifactorial. Del Río (2014) hace referencia a una base neurobiológica y una predisposición genética sobre la que interactúa factores ambientales. Se habla de una causa genética al observar mayor prevalencia del trastorno entre familiares, gemelos y padres biológicos, de factores biológicos adquiridos al verse alteración en los genes relacionados con el control de la noradrenalina y la dopamina. Entre las causas, también aparecen diferencias neuroanatómicas particularmente a nivel del córtex pre-frontal y ganglios basales, así como factores psicosociales como trastornos psiquiátricos en los padres, la inestabilidad familiar, las separaciones, las relaciones conflictivas padres-hijos sobre individuos genéticamente predispuestos. Dicho esto, el presente artículo científico pretende describir las características de la familia de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad realizando una revisión sistemática, que, para Rother (2007) consiste en una forma de investigación que utiliza fuentes de informaciones electrónicas o bibliográficas, resultado de investigaciones de otros autores con el fin de fundamentar teóricamente el objetivo propuesto.

En la búsqueda de antecedentes se menciona a Donenberg y Baker (1993) que demostraron que los niños con TDAH tienen un impacto negativo en la familia produciendo niveles de estrés mayores que los niños sin ninguna patología. Por otro lado, Kendall (1999) descubrió que las conductas disruptivas del niño con TDAH estarían conectadas a una familia

definida como caótica, conflictiva, agotada, con disputas constantes entre cónyuges, hermanos y la intromisión de la familia extensa. Los hermanos del niño con TDAH manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano al verse obligados a ejercer de cuidadores y por los sentimientos de cansancio e indefensión que experimentan, sobre todo al observar que la mayor atención de los padres recae en el niño con TDAH.

Se plantean también factores prenatales como el consumo de tabaco y alcohol, así como exposición a altos niveles de plomo durante el embarazo junto a complicaciones durante el parto que podrían ser factores predisponentes del TDAH. Entre los factores familiares se hace referencia a un estilo punitivo, falta de límites o problemas psicopatológicos de los progenitores (Maciá, 2012).

De esta forma, se observa que el contexto mejora o empeora la desregulación del niño con TDAH y los propios síntomas y de forma retroactiva, también influyen en la dinámica de la familia. Al respecto, Rubio et. al, (2006) mencionan que la presencia de un integrante con TDAH en el contexto familiar puede perturbar su funcionamiento, pasando momentos difíciles sin saber cómo enfrentar las consecuencias de la desatención, hiperactividad o impulsividad. El tratamiento del TDAH puede ser ineficaz si el funcionamiento familiar es disfuncional y a su vez, puede verse afectada la calidad de vida de la familia al no conseguir resultados satisfactorios.

Para Acevedo (2018), los cambios que son producidos en la familia, relacionados con el TDAH no siguen un patrón específico sino que están dados por las propias características de la familia, la etapa del ciclo vital, la edad del paciente, el grado de cohesión de la familia, nivel socioeconómico, historia familiar. Tanto la familia como el paciente sufren y puede considerarse una crisis de salud mental porque tiende a desorganizar un sistema familiar. Y a la vez, la desorganización familiar, aumenta las conductas disruptivas del niño con TDAH. Es este círculo vicioso lo que se pretende explorar con revisiones de otros autores.

Como se ha dicho antes, el diagnóstico de TDAH genera un impacto en las relaciones familiares, expresadas diariamente en las demandas y cuidados específicos que requiere el niño con TDAH. Las familias monoparentales generan un aumento en el estrés y ansiedad de sus miembros. Por otro lado, las familias reconstituidas deben adaptarse no solo a la nueva configuración familiar sino a la condición del niño con TDAH. Los bajos recursos económicos también pueden representar una desventaja por no poder acceder a servicios y tratamientos eficaces. Otros estresores podrían ser el poco conocimiento de las destrezas parentales, el maltrato a menores y la violencia en la pareja (Torres Quiñones, 2015). Por otro lado, se observa que los niños con TDAH con más de un trastorno comórbido se diferenciaron significativamente de los que no presentaban comorbilidad en la mayoría de los indicadores de la calidad de vida: salud física, salud mental, autoestima, impacto sobre los padres y limitaciones en la vida de la familia (Diago, 2013). Dicho esto, queda clara la existencia de una variación individual moldeada por factores biológicos y ambientales que deben ser tenidos en cuenta para la prevención así como las intervenciones terapéuticas (Metcalf, 2016).

En conclusión, la presente revisión sistemática tuvo por objetivo describir las características de las familias de niños diagnosticados con TDAH, teniendo en cuenta la configuración, estilo de crianza, eventos traumáticos y otras características familiares que describen el funcionamiento familiar de los niños con TDAH que podrían explicar la exacerbación de los síntomas teniendo en cuenta la predisposición genética. La pregunta de investigación es: La familia, ¿puede influir en la evolución negativa de los síntomas del niño con TDAH?.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio se llevó a cabo siguiendo los estándares de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas (Page et al., 2021). Se efectuó una búsqueda sistemática y exhaustiva para identificar y describir los artículos científicos que proporcionen información sobre las familias de niños

diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Procedimiento:

Criterios de Elegibilidad y Exclusión:

Los criterios de elegibilidad para la selección de los estudios fueron: Artículos científicos, revisiones sistemáticas, meta análisis, tesis de grado, máster y doctorado, publicados a partir del año 2003 en adelante, que se refieran a las características, configuración, inteligencia emocional, dinámica, apego, estilo de crianza, estrés parental, eventos traumáticos en la familia y su conexión con el TDAH en niños. Se incluyen además artículos que mencionan el riesgo familiar de desencadenar conductas disruptivas y otras comorbilidades en el niño con TDAH.

Los criterios de exclusión fueron: Libros o capítulos de libros, descargas no gratuitas en los buscadores, aquellos que mencionan el TDAH en adolescentes o adultos, exclusivamente o los que exploran los factores genéticos, hereditarios, perinatales, consumo de sustancias o alcohol por parte de los padres así como estrategias de intervención familiares o de aprendizaje, limitándose este estudio a conocer las características familiares y su conexión con el TDAH, sea para mejorar o empeorar los síntomas del niño y no como efectos causales del trastorno.

Fuentes de Información

En primer lugar se realizó una búsqueda en las bases de datos Dialnet, Redalyc, PsycMed, Scielo y PubMed. Se incluyeron artículos publicados desde el año 2003 hasta el 9 de marzo del año 2025, fecha del rastreo final. Se considera el estudio desde el año 2003 para ver la cantidad de artículos y la variación de contenido en la temática estudiada, encontrando una brecha entre el 2003 y 2009 en cuanto a la pertinencia temática de los artículos publicados.

Estrategias de Búsqueda, Selección de los Estudios y Extracción de Datos

Inicialmente, en el buscador Dialnet, se utilizaron términos de búsqueda con operadores booleanos: "Familias" AND "TDAH" NOT "intervención" y

se obtuvieron 175 documentos, seleccionando previamente artículos científicos y descartando libros, capítulos de libros, artículos duplicados y descargas que no fueran gratuitas. En el mismo buscador, utilizando "Estrés parental" AND "TDAH" se arrojaron 23 documentos, sumando un total de 198 posibles unidades de análisis en el buscador Dialnet.

En el buscador Redalyc Latina y el Caribe, España y Portugal, utilizando los siguientes términos con operadores booleanos "Familia" AND "TDAH" AND ("configuración familiar" OR "dinámica familiar") se obtuvieron 108 resultados.

En PsycMed, buscando Any Field: family background AND Any Field: ADHD se obtuvieron 8 resultados. Por otro lado, al buscar Any Field: family characteristics AND Any Field: ADHD se encontraron 1827 artículos, lo que da un total de 1835 artículos en PsycMed

En Scielo, con la búsqueda TDAH FAMILIA, en español se arrojaron 12 resultados. Por último, en PubMed se encontró un total de 183 artículos, teniendo en cuenta que sean free full text utilizando operadores booleanos "ADHD" AND "Family". Dicho esto, se han encontrado 2.336 artículos en los buscadores Dialnet, Redalyc, PubMed, Scielo y PsycMed

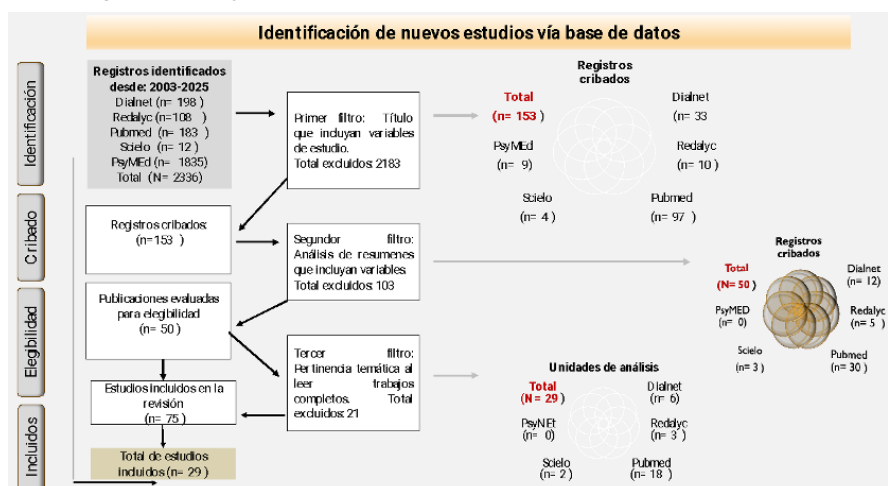
El primer filtro fue analizar por título teniendo en cuenta los criterios de inclusión: Familias, configuración familiar, estructura familiar, dinámica familiar, apego, estilo de crianza, calidad de vida de los niños y sus familias, eventos traumáticos así como TDAH en niños, excluyendo los artículos repetidos, aquellos que mencionan exclusivamente el TDAH en adolescentes o adultos, los factores genéticos, hereditarios, perinatales, postparto y ambientales así como las estrategias de intervención familiares

o de aprendizaje, limitándose ese estudio a conocer las características de las dinámicas familiares así como ciertos trastornos psiquiátricos de los padres que podrían desencadenar comorbilidad, ante un clima caótico familiar.

De esta forma, a través del primer filtro por título, en Dialnet quedaron 33, en Redalyc quedaron 10, 9 en PsycMed, 4 en Scielo y 97 posibles unidades de análisis en PubMed lo que da un total de 153 artículos seleccionados, excluyendo 2.183 artículos. Seguidamente, se analizaron los resúmenes de cada investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la selección. Se excluyeron 103 artículos que se enfocan en intervenciones familiares, terapéuticos o escolares, en trabajo social, en colegios y todo lo relacionado con la genética en forma exclusiva de los padres. Muchos artículos también se descartaron por realizarse en países específicos, y otros por contener información repetida o por haber perdido el acceso. Quedaron así 30 artículos en PubMed, 12 en Dialnet, 0 en PsycMed, 5 en Redalyc, 3 en Scielo sumando un total de 50 posibles análisis de datos.

En tercer lugar, se realizó el filtrado de pertinencia temática al leer los artículos en su totalidad, descartando 21 artículos. De esta forma, 6 artículos cumplieron los criterios en Dialnet, 18 en PubMed, 2 en Scielo, 3 en Redalyc descartando implicación en el contexto escolar, comorbilidad que no se asocie con el contexto familiar, autismo, factores genéticos y hereditarios en exclusividad, enfocándose en las dificultades de la familia que pueden desencadenar comorbilidad en niños con TDAH. Considerando la relevancia de dichas investigaciones, se obtuvo un total de 29 unidades de análisis para la presente revisión sistemática. La Figura 1 resume el proceso del cribado definitivo.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de inclusión de los estudios en la revisión sistemática



Nota: Este gráfico muestra que a partir del cribado definitivo, 2336 estudios iniciales fueron reducidos a 29 unidades de análisis teniendo finalmente en cuenta la pertinencia temática.

RESULTADOS

De los 29 análisis seleccionados, se pueden observar las siguientes características familiares que influyen en el deterioro o evolución negativa de la sintomatología del TDAH, incluyendo la comorbilidad: Estrés parental: Los progenitores no distinguen si la conducta del niño con TDAH se relaciona con la desobediencia o con la propia sintomatología del trastorno y aprenden estrategias que luego dejan de funcionar, lo que les provoca frustración y agotamiento (Córdoba Andrade y Verdugo Alonso, 2003). Los padres se sienten incomodados por las conductas disruptivas de sus hijos y se muestran cansados de dar explicaciones y lidiar con los síntomas, por lo que prefieren aislarse, lo que desencadena problemas de pareja y mayor conflicto entre padres e hijos y entre hermanos (Roselló et.al., 2003). Los padres experimentan angustia al lidiar con sus hijos a lo largo de todo el día, siendo ruidosos, disruptivos, impulsivos y sin organización (Usami, 2016). Por otro lado, el estrés parental también es consecuencia de la dificultad de los niños para dormir, lo que genera conflictos parento filiales y además afecta el funcionamiento diario de toda la familia (French et.al., 2023).

El papel de las madres con estrés parental: Presentan alta tasa de depresión que desencadena una crianza

reactiva, desorganizada, inestable (Flores Lázaro et. al., 2024) que incrementa la intensidad de los síntomas del hijo. Por otro lado, la presencia de estrés es predominante en las madres quienes perciben mínimos niveles de apoyo (Rezende et.al., 2019; Flores & Manfro, 2014). Nuevamente, los bajos recursos económicos, madres solteras y ocupaciones como ama de casa y oficios varios influyen negativamente en las relaciones conflictivas de los niños con TDAH (Ospina et.al., 2022). Otro estudio también relaciona la depresión materna con el TDAH infantil, a través de factores psicosociales y biológicos (Sfelinioti & Livaditis, 2017). Las emociones negativas expresadas por las madres hacia los niños con TDAH generan más agresión en hijos con TDAH que sin este trastorno (Ercan et.al, 2014). Las madres son las más afectadas por la resistencia de sus hijos con TDAH a dormir a la noche, ya que asumen en gran medida la responsabilidad del cuidado nocturno. (French et.al., 2023). Cuantas más dificultades presenta el niño, mayor es el estrés en el rol materno con sentimientos angustiantes de incompetencia materna para ayudar al hijo con TDAH (Miranda et. al., 2009).

Estilos educativos: La negligencia parental se refiere a la dificultad para identificar y poner nombre a las emociones de los niños, empeorando los niños que

reciben mucho afecto y castigo físico, producto de las inconsistencias de los padres (De Freitas Marino et.al., 2019). En la misma línea, estilos negligentes, democráticos o autoritarios desencadenan depresión en niños con TDAH, ansiedad, trastornos afectivos del desarrollo, alteraciones en el aprendizaje, alteraciones en la conducta alimentaria, bajo rendimiento escolar, agresividad y abuso de alcohol y suicidios. (Lezcano et.al., 2023). El oposicionismo del niño con TDAH se relaciona con la memoria de trabajo verbal y el estilo de disciplina disfuncional (Diago 2013). Las confrontaciones disciplinarias constantes podrían llevar a la comorbilidad externalizante del tipo combinado que es el Trastorno Oposicionista Desafiante (Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2017). El uso incontrolado de internet puede generar problemas graves relacionados a la impulsividad del niño ya sea a conocer personas en línea, brindar información o desregularse al perder videojuegos (Vural & Kilic, 2015). Por otro lado, teniendo en cuenta el apego, la incapacidad de autorregulación de los padres o cuidadores, aumenta la capacidad del niño para autorregularse (Cavallina et.al., 2015; González y Rubiales, 2014).

Predisposición biológica con la influencia de la dinámica familiar disfuncional: El TDAH comparte bases genéticas con el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, más relacionados con la carga familiar que los síntomas del TDAH por sí solos (Usami, 2016). La comorbilidad del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el TDAH está asociada con agresión y una relación negativa entre padres e hijos (Sönmez & Kayaalp, 2018). La violencia en la pareja, tanto del pasado como del presente predice la agresión de los niños en la escuela y en el hogar.

Clima familiar y crianza: Problemas de relacionamiento entre padres e hijos con TDAH que pueden llevar a la escalada simétrica, exposición a redes sociales sin control de los padres, la crianza monoparental, divorcio y el maltrato en la pareja aumentan la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH teniendo en cuenta la predisposición genética (Claussen et.al., 2024). La violencia conyugal predice la agresión de los niños en la escuela y en el hogar (Ercan et.al, 2014). Por

otra parte, el TDAH puede aumentar el riesgo de desarrollar Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastornos de la Conducta al afectar el funcionamiento familiar (Harvey et. al, 2011). Los niños que vivencian violencia en la pareja, maltrato infantil y aquellos que han atravesado un proceso de adopción difícil, tienen mayor riesgo de desarrollar Trastorno de Estrés Post Traumático (Christoffersen & Thorup, 2024). Y la otra cara de la moneda muestra que el funcionamiento familiar se ve más afectado en Trastornos Comórbidos: La disfuncionalidad familiar desencadena comorbilidad y éstos trastornos empeoran la calidad de vida de la familia (Flores & Manfro, 2014).

Factores socio económicos de riesgo: Pobreza, problemas económicos, desempleo, madres que deben salir a trabajar y de todas formas, hacerse cargo de la crianza del hijo, sin recursos económicos para consultar con profesionales y adquirir herramientas eficaces (Lezcano et.al., 2023). Los niños de bajo estatus socioeconómico tienen casi 4 veces más probabilidad de presentar tres o más comorbilidades (Diago, 2013). Los padres con menos recursos no tienen acceso a estrategias de intervención temprana y a herramientas para hacer frente a los síntomas del hijo (Law et.al., 2022).

Sufrimiento: El niño con TDAH se siente raro y discriminado por no poder controlarse. Está etiquetado como discapacitado y la familia debe girar en torno al hijo. Quiere autorregularse pero no puede y eso le genera vergüenza, culpa y frustración, muchas veces con ideaciones suicidas (Galarza, 2016). Las conductas disruptivas traen consigo fracaso escolar, problemas de relacionamiento con su grupo de pares, baja autoestima, frustración y problemas de adaptación por las insuficientes habilidades sociales, lo que nuevamente lo lleva a sentirse discriminado y con mucha culpa por ser distinto a los demás. (Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2017). También aparece el bullying, la desmotivación y la indiferencia de los padres y los estudiantes (Ospina et.al., 2022). Los niños refieren menor bienestar subjetivo, pocas horas de sueño y mala calidad de vida. No sienten ser felices y muchas veces hablan de acabar con sus vidas (Peasgood et.al., 2016). Los niños con TDAH suelen

carecer de confianza en sí mismos, no suelen ser socialmente aceptados y afectan negativamente las relaciones familiares y su desempeño en actividades cotidianas como la tarea escolar, la convivencia familiar y el juego con otros niños. No tienen amigos y se perciben solos y raros (Usami, 2016). Los niños con TDAH frecuentemente son víctimas de acoso escolar y en algunas ocasiones, perpetradores, considerando un tipo de agresión reactiva que es propia de la sintomatología del TDAH que también lo deja con sentimientos de culpa. Otras, reciben insultos por ser raro, por moverse diferente, por ser monstruo, inútil, etc. (Cuba et.al., 2022). Los niños con Trastorno Negativista Desafiante, principal comorbilidad del TDAH, también presentan niveles altos de estrés relacionado con las tareas escolares (Abín et.al, 2024).

Un dato llamativo, que responde al objetivo de esta investigación es la bidireccionalidad del estrés parental y las conductas disruptivas del hijo (Miranda et.al, 2015). A mayor estrés parental, mayor es la probabilidad de que los padres utilicen estrategias de disciplina caracterizadas por falta de control en la aplicación de normas, respuestas emocionales intensas e impulsivas ante el comportamiento del niño y verborragia, lo que desencadena desregulación en el niño y eso refuerza mayor nivel de disciplina y ante el fracaso, el estrés parental va en aumento (Miranda et. al., 2009). A mayor estrés parental, mayor es la sensación de incapacidad de ayudar al hijo lo que les genera culpa y vergüenza reforzando las conductas disruptivas del hijo (Abín et al, 2024).

En conclusión, estos estudios se enfocan en estilos de crianza y disciplina inadecuados para manejar el TDAH, lo que conlleva al deterioro de la calidad de vida que, a su vez, refuerza las incompetencias parentales que incrementan en frecuencia e intensidad las conductas disruptivas del niño y con ello, el estrés parental. En la tabla 1 se observan las distintas características familiares que influyen negativamente en la sintomatología del niño con TDAH.

Por otro lado, como puede observarse en la tabla 2, la mayoría de los artículos son científicos (n=20)

(Córdoba Andrade y Verdugo Alonso, 2003; González y Rubiales, 2014; De Freitas Marino et.al, 2019; Flores Lázaro et. al., 2024; Roselló et.al., 2003; Rezende et.al., 2019; Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2017; Ospina et.al., 2022; Peasgood et.al., 2016; Sönmez & Kayaalp, 2018; Ercan et.al., 2014; Law et.al., 2022; Miranda et.al., 2015; Mohammadi et. al., 2012; Vural & Kilic, 2015, French et.al., 2023; Miranda et. al., 2009; Harvey et. al., 2011; Christoffersen & Thorup, 2024; Flores & Manfro, 2014), con diseños cualitativos, cuantitativos, comparativos y longitudinales.

En cuanto a los instrumentos, se aprecia la utilización de medidas mixtas en la mayoría de los estudios, combinando autoinformes, escalas de medición, observaciones en ambientes naturales y el diagnóstico de TDAH y comorbididades utilizando Manuales Diagnósticos. Entre ellos, se destaca la utilidad de escalas que evalúan estilos educativos parentales: La escala de Afecto consta de dos factores: afecto/comunicación y crítica/rechazo. La escala de Normas y Exigencias se divide en tres factores sobre la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: forma inductiva (democrática), rígida (autoritaria) e indulgente (permisiva) (Bersabé et. al., 2001), esto teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios coinciden que la crianza permisiva o muy rígida desencadena conductas disruptivas en el niño que conllevan a estrés parental para reforzar el mismo estilo de crianza, con más intensidad.

Las revisiones sistemáticas, narrativas y bibliográficas son 8 (Lezcano et.al., 2023; Galarza, 2016; Claussen et.al., 2024; Usami, 2016; Cuba et.al., 2022; Sfelinioti & Livaditis, 2017; Cavallina et.al., 2015; Abín et.al., 2024) donde la metodología ha sido la búsqueda sistemática en bases de datos o encuestas nacionales. Se incluye también una tesis doctoral (Diago, 2013) con un estudio longitudinal. Por último, los estudios arrojan una muestra alta (n= 759.269) incluyendo progenitores, hermanos y niños entre 7 y 18 años. En cuanto a las revisiones, se observaron un total de 131 unidades de análisis, teniendo en cuenta que en dos estudios no se menciona la cantidad de la muestra. Estos resultados se reflejan en la tabla 2.

Tabla 1. Estudios científicos sobre las características familiares que influyen en el TDAH

Autor/ Año/Título/ Base de Datos	Tema central	Características de la familia	Resultados relevantes
Córdoba Andrade y Verdugo Alonso (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. Dialnet.	Calidad de vida de la familia: Estrés parental.	La desobediencia del niño con TDAH incrementa el estrés de los padres disminuyendo con eso la satisfacción con el rol parental al no distinguir las conductas que responden al TDAH y la que son consecuencia de la desobediencia. Otro factor de estrés parental es aprender estrategias que luego dejan de funcionar. La impulsividad genera rechazo al niño, lo que conlleva al aislamiento de la familia. La pareja comparte poco tiempo por no tener personas que puedan cuidar al hijo con TDAH. Hay sentimientos de frustración e insatisfacción personal por dar prioridad al hijo con TDAH y las madres perciben mayor demanda por tener que trabajar al mismo tiempo.	El estrés parental aumenta por la creencia de que el niño es desobediente, por su impulsividad y labilidad emocional. Otro punto importante es que las personas discriminan al niño, lo que lleva a la familia a evitar encuentros sociales.
González y Rubiales (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. Dialnet	Estilos educativos.	Los progenitores refieren mayor nivel de crítica, menor aceptación y confianza, rechazo y dificultades en la comunicación con su hijo con TDAH debido a un estilo educativo menos afectuoso y más negligente. Se sienten inseguros y con temor a enfrentarse a situaciones conflictivas o desregulaciones del niño y muchas veces se sienten desbordados por lo que tienden a pasar a la acción, sin poder autorregularse para regular al niño, sin dar lugar a la expresión de emociones.	Se observa una tendencia general de los padres y madres de niños con TDAH a presentar un estilo educativo rígido, manteniendo nivel de exigencias desmesurado y por tanto, inadecuado.
De Freitas Marino et.al. (2019). Parenting styles and mental health in parents of children with ADHD. Dialnet	Flores Lázaro et. al (2024). Enfoque neuropsicológico familiar para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): un estudio exploratorio. Dialnet	La negligencia parental se refiere a la incapacidad de reconocer las dificultades emocionales de tipo internalizante. Resultados negativos se asocian a prácticas parentales con alto nivel de afecto y exigencia acompañado de castigo físico. Un estilo positivo, por el contrario, se caracteriza por una mayor claridad en la comunicación en la familia, mayor expresión de afecto, menor agresividad .	Las prácticas parentales negativas son utilizadas por personas con escaso apoyo social y familiar así como baja calidad de vida, lo cual aumenta las desregulaciones del niño con TDAH.

Flores Lázaro et. al (2024). Enfoque neuropsicológico familiar para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): un estudio exploratorio. Dialnet

Neuropsicología familiar

Las madres presentan una alta presencia de depresión que consiste en el principal predictor del estrés parental de las madres, lo que conduce a una crianza reactiva y severa y a la desorganización e inestabilidad dentro de la casa. El Déficit de Funciones Ejecutivas (DFE) también produce incapacidad de organización y planificación en el hogar lo que influye negativamente en el desarrollo de las Funciones Ejecutivas (FE) a lo largo de la infancia. El 50% de las madres presentaron depresión, y 30% ansiedad, 45% de los padres presentaron TDAH así como diversas DFE tanto clínicas como subclínicas. La principal comorbilidad fue el Trastorno Negativista Desafiante (60%).

Las características clínicas y cognitivas de los padres pueden influir negativamente en el desarrollo del TDAH del niño.

Lezcano et.al. (2023). El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. Dialnet

Factores familiares de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo del niño son la pobreza, los problemas económicos, el desempleo y la incorporación de la mujer en el ámbito laboral. Un estilo de educación negligente materno y un estilo autoritario paterno, dan como resultado mayor depresión en los niños. El estilo democrático favorece la socialización, el desarrollo de las competencias sociales, alta autoestima y bienestar psicológico. Los padres de niños ansiosos, inquietos y deprimidos ejercen menos control y exigencia de madurez.. que estarían relacionados a TDAH, ansiedad, trastornos afectivos del desarrollo, alteraciones en el aprendizaje, alteraciones en la conducta alimentaria, bajo rendimiento escolar, agresividad y abuso de alcohol y suicidios.

Las relaciones familiares disfuncionales influyen en el impacto, la prevalencia y la incidencia de desarrollar una enfermedad mental o problemas de conducta en la infancia

Roselló et.al (2003).
The role played
by parents in the
development and
learning of children
with attention
deficit hyperactivity
disorder. PubMed.

Consecuencias en
la parentalidad, la
pareja y hermanos.

El comportamiento de los hijos con TDAH incomoda públicamente a los padres al tener que dar explicaciones sobre su hijo. No lo llevan de compras, restringen su vida social y familiar y tienen menos tiempo para compartir en pareja. Tienen más gastos con los servicios educativos y profesionales. Como pareja, tienen mayores enfrentamientos a causa de su hijo, y un porcentaje mínimo se separa por discrepancias en la crianza del hijo con TDAH. Incomoda a los hermanos quienes invitan a menos amigos a casa y sienten vergüenza del comportamiento de su hermano. Por otro lado, las relaciones padres-hijo se caracterizan por enfrentamientos y desacuerdos debido a que los niños con TDAH son más negativos y menos sumisos.

El niño con TDAH produce una influencia negativa sobre el núcleo familiar dificultando relaciones parento filiales, conyugales y frustración de los hermanos. La crianza del niño con TDAH resulta extremadamente difícil para los padres.

Diago (2013).
Factores familiares
y neuropsicológicos:
implicaciones en
los problemas de
conducta y sociales
de niños con TDAH
Dialnet.

Predictores familia-
res de comorbilidad.

Los principales predictores de la evolución de los problemas asociados y de los síntomas básicos en el final de la niñez-adolescencia temprana son las características estresantes del niño (factores neuropsicológicos) y el estrés parental (factores de clima familiar). El oposicionismo estaría predicho por la memoria de trabajo verbal y el estilo de disciplina disfuncional. La comorbilidad no presenta variaciones ni con la edad ni con el sexo, pero los niños de bajo estatus socioeconómico tienen casi 4 veces más probabilidad de presentar tres o más comorbilidades que los niños con un estatus socioeconómico acomodado .

Niños con TDAH en un ambiente familiar con baja cohesión, elevado conflicto escasos recursos económicos y baja satisfacción conyugal se relacionan con el desarrollo de Trastorno Desafiante (TDF) y depresión.

Rezende et.al. (2019). Estrés, parentalidad y soporte familiar en el trastorno de déficit de atención/ hiperactividad. Scielo	Diferencias entre madres y padres	La presencia de estrés es predominante en las madres. Ambos progenitores utilizaron más prácticas parentales negativas, especialmente las madres con estrés. La percepción de apoyo familiar se percibe más baja.	El nivel de estrés parental es superior en madres y eso podría influir negativamente en los síntomas del niño con TDAH.
Galarza (2016). La cara oculta del TDAH. Redalic	Dolor oculto del niño y la familia ante la etiqueta diagnóstica.	Al niño con TDAH se lo suele considerar con una discapacidad, etiquetando sus limitaciones para controlarse. Existe un desgaste emocional y físico en el niño y en la familia tras la etiqueta diagnóstica. La familia gira en torno a la sintomatología del niño.	El diagnóstico psicopatológico puede influir en la construcción de la identidad del niño con TDAH.
Zuluaga-Valencia y Fandiño- Tabares (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. Redalic	Comorbilidad inter- nalizante y externa- lizante.	La presencia de los síntomas del TDAH como inatención, hiperactividad e impulsividad no determinan la disfuncionalidad del niño sino la frecuencia de múltiples confrontaciones disciplinarias con padres, maestros y pares. La fobia simple es el trastorno internalizante más frecuente en el TDAH y el trastorno oposicionista desafiante es la comorbilidad externalizante predominante del subtipo TDAH combinado. Esto trae consigo fracaso escolar, problemas de relacionamiento con su grupo de pares, baja autoestima, frustración y problemas de adaptación por las insuficientes habilidades sociales.	Si el contexto familiar no brinda herramientas, la evolución del trastorno puede potenciar la severidad e intensidad de los síntomas disminuyendo con ello la calidad de vida.
Ospina et.al (2022) . La cognición social en los padres de familia de los niños y adolescentes que presentan problemáticas de convivencia escolar. Redalic.	Variables relaciona- das con la cognición social en la vida de la familia y su rela- ción con la conviven- cia escolar por falta de habilidades socia- les no aprendidas en la familia	Los factores psicosociales presentes en el entorno familiar y escolar, inciden en el proceso de convivencia y enseñanza- aprendizaje de los estudiantes. Con esto, aparece el bullying, la desmotivación y la indiferencia de los padres y los estudiantes. Bajos recursos económicos, madres solas y ocupaciones como ama de casa y oficios varios influyen negativamente en las relaciones conflictivas de los niños con TDAH .	La ausencia de las habilidades sociales que deben ser aprendidas en la casa, con el entrenamiento de los padres, puede generar relaciones conflictivas en el niño en el ámbito escolar y social.
Claussen et.al (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention- deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. PubMed	Factores de crianza y el entorno familiar relacionados con el TDAH.	Una menor calidad en la interacción parental, maltrato, divorcio, crianza monoparental y una mayor exposición de los niños a las redes sociales se asocian de manera estadísticamente significativa a una mayor probabilidad de desarrollar síntomas y recibir un diagnóstico de TDAH más adelante.	La crianza y el entorno familiar influyen en el diagnóstico y los síntomas del TDAH teniendo en cuenta la predisposición genética.

Peasgood et.al (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. PubMed	Percepción de la calidad de vida del niño con TDAH	A pesar de recibir tratamiento para el TDAH, los niños refieren problemas de salud física, menor bienestar subjetivo, menos horas de sueño y mayores niveles de acoso escolar en comparación con los niños sin TDAH. Los niños con TDAH evalúan negativamente a su familia así como su calidad de vida. La monoparentalidad y los cuidadores con síntomas de TDAH necesitan mayor apoyo en la gestión de las rutinas de sueño. Tanto los niños con TDAH como sus hermanos no perciben bienestar ni felicidad en la familia. Se observan también más peleas entre hermanos.	Estos hallazgos también influyen en el absentismo escolar aumentando problemas escolares y estrés del niño y de la familia.
Usami (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. PubMed	Síntomas de TDAH, carga familiar y comorbilidades	Los padres experimentan angustia al lidiar con sus hijos, enfrentan desafíos a lo largo de todo el día. Refieren que los niños con TDAH muestran constantemente comportamientos más exigentes, ruidosos, disruptivos, desorganizados e impulsivos. Los niños con TDAH suelen carecer de confianza en sí mismos, no suelen ser socialmente aceptados y se caracterizan por la inestabilidad emocional. El TDAH comparte bases genéticas con el trastorno negativista desafiante (TND) y con el trastorno de conducta (CD), lo que indica una predisposición biológica común para estos problemas de comportamiento y déficits cognitivos más relacionados con la carga familiar que los síntomas del TDAH por sí solos	Aunque el TDAH es un trastorno altamente hereditario, los factores familiares juegan un papel importante en la comorbilidad.
Cuba et.al (2022). Factors Associated with Bullying Victimization and Bullying Perpetration in Children and Adolescents With ADHD: 2016 to 2017 National Survey of Children's Health. PubMed	Bullying en niños con TDAH: Víctimas y perpetradores.	Los niños con TDAH frecuentemente son víctimas de acoso escolar y, en algunas ocasiones, perpetradores del mismo. En general, los problemas de regulación emocional y su relación tanto con Víctima de Bullying como con Perpetrador de Bullying se consideran un tipo de agresión reactiva que es propia de la sintomatología del TDAH.	Aunque el TDAH es un trastorno altamente hereditario, los factores familiares juegan un papel importante en la comorbilidad.
Sfelinioti & Livaditis (2017). Association of maternal depression with children's attention deficit hyperactivity disorder. PubMed	Depresión de la madre y TDAH del niño.	Tanto la depresión materna como el TDAH infantil se influyen mutuamente a través de múltiples factores psicosociales y biológicos.	Tener en cuenta la depresión materna como factor predisponente a la comorbilidad del niño con TDAH.

Sönmez & Kayaalp (2018). Comparing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Singly and Together in Terms of Behavioral Problems, Family Conflict, and Cognitive Functions. PubMed	TDAH y comorbilidad con Trastorno negativista desafiante como consecuencia del clima familiar.	La comorbilidad del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el TDAH está asociada con agresión y una relación negativa entre padres e hijos. Los factores de riesgo familiares son bajo nivel socioeconómico, funciones parentales problemáticas, familias fragmentadas, psicopatología en los padres. Los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de involucrarse en conductas delictivas y ser ingresados en centros correccionales, especialmente aquellos con síntomas más graves de TND	El TDAH puede desencadenar en TND en un contexto familiar que se caracteriza por la agresión, la ausencia de inteligencia emocional y trastornos psicopatológicos en los padres.
Ercan et.al (2014). Predicting aggression in children with ADHD. PubMed.	Factores familiares predictores de agresión	La agresión pasada y presente de los padres es la variable más importante para predecir la agresión de los niños tanto en la escuela como en el hogar. Las emociones negativas expresadas por las madres hacia los niños con TDAH generan más agresión en hijos con TDAH que sin este trastorno.	La aceptación o rechazo materno predice la agresión infantil en el hogar pero sobre todo, la violencia entre los padres.
Law et.al (2022). Classifying Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Based on Child, Parent, and Family Characteristics: A Cross-Validation Study. PubMed	Disminución de recursos económicos, sociales y de formación de los padres.	Los padres con menos recursos enfrentan mayores niveles de adversidad, mayor exposición al estrés y menor implicación parental, factores que aumentan el riesgo de psicopatología. Se tiene en cuenta las oportunidades para la práctica de funciones ejecutivas, el uso de lenguaje complejo, actividades de enriquecimiento y calidad de las interacciones padre-hijo. Los padres con más recursos tienen mejor acceso a estrategias de intervención temprana y a los medios para implementarlas.	El bajo nivel económico que conlleva al estrés parental dificulta el acceso a consultas con profesionales para adquirir herramientas que podrían mejorar síntomas del TDAH en edad temprana.
Cavallina et.al (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. PubMed	Apego y regulación emocional	El funcionamiento reflexivo parental permite procesos de autorregulación mutua que, con el tiempo, aumentan la capacidad del niño para autorregularse.	La ausencia de apego de tipo seguro y la incapacidad de los padres para regularse antes de regular a sus hijos es un factor de riesgo en la trayectoria del TDAH.

Miranda et.al (2015). Analysis of personal and family factors in the persistence of attention deficit hyperactivity disorder: results of a prospective follow-up study in childhood. PubMed	Bidireccionalidad de estrés parental y conductas disruptivas del hijo.	Niveles más altos de estrés parental en la infancia están relacionados con la persistencia del trastorno, mediados por otras variables, como niveles más altos de oposición. El diagnóstico de TDAH en la infancia probablemente está relacionado con estilos de disciplina disfuncionales, apoyando el modelo bidireccional. Según este modelo, los desafíos conductuales de los niños con TDAH reducen la capacidad de los padres para establecer límites a los comportamientos inapropiados y hacen que los estilos de disciplina tradicionales sean menos efectivos. A su vez, la disciplina ineficaz de los padres refuerza el comportamiento desadaptativo del niño.	Es importante explorar e intervenir en el círculo vicioso que comprende la percepción de los niños de tener padres rígidos que afecta negativamente su hiperactividad y, nuevamente, su regulación emocional, lo que refuerza el castigo de los padres hacia los niños.
Mohammadi et. al (2012). Marital Satisfaction amongst Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Normal Children. PubMed.	Insatisfacción conyugal en padres con hijos con TDAH	La satisfacción marital en los padres de niños hiperactivos es menor en comparación con aquellos que tienen hijos sin el trastorno. Los padres de niños con TDAH experimentan mayores niveles de tensión relacionada con la crianza y a menudo se sienten incompetentes .	El estrés parental desencadena insatisfacción conyugal lo que nuevamente desemboca en la incapacidad de regular al hijo reforzando el estrés parental.
Vural & Kilic (2015). Relationship between Symptoms of Disruptive Behavior Disorders and Unsafe Internet Usage in Early Adolescence. PubMed	Síntomas de TDAH y las conductas de alto riesgo y uso de redes sin control parental	El déficit de atención está significativamente asociado con el hecho de chatear en línea con desconocidos y concertar encuentros con ellos en persona. Los pacientes con trastornos de conducta enfrentan un riesgo elevado de involucrarse en comportamientos peligrosos en internet.	El uso incontrolado de internet por parte de los niños y adolescentes puede generar numerosos riesgos y problemas asociados justamente a la impulsividad del niño con TDAH. También puede el niño desregularse al perder en juegos en línea o al dejar de jugar y perder la gratificación.

French et.al (2023).
The impact of sleep
difficulties in children
with attention deficit
hyperactivity disorder
on the family: a
thematic analysis.
PubMed.

Dificultades del sue-
ño en el niño con
TDAH y estrés en la
familia

Los padres describen un alto nivel de estrés debido a la resistencia de los niños a dormir, lo que genera conflictos entre padres e hijos. Los problemas de sueño tienen un impacto negativo en su propio descanso, afectando su salud mental y funcionamiento diario. También afecta a los hermanos y a las parejas, ya sea por interrupciones directas en su sueño o por conflictos familiares derivados del estrés parental. Las madres fueron las más afectadas, ya que asumen en gran medida la responsabilidad del cuidado nocturno, lo que subraya una desigualdad de género en la carga del cuidado infantil.

La falta de higiene del sueño en niños con TDAH, repercute en ellos mismos, en sus padres y la familia en general. Cabe señalar que no solo se trata de resistencias o incompetencias parentales, sino en la falta de acceso a profesionales adecuados para adquirir estrategias para la rutina, incluyendo el sueño, incluso medicación si fuera necesario.

Miranda et. al (2009).
Understanding
discipline in families
of children with
attention-deficit/
hyperactivity
disorder: a structural
equation model.
PubMed

Estrés parental y
estilos de disciplina.

Cuanto más dificultades presenta el niño, mayor es el estrés en el rol materno: Baja sensación de competencia. Aislamiento social. Impacto negativo en la relación de pareja. Síntomas depresivos en la madre. Sensación de restricción en el rol materno. A mayor estrés parental, mayor es la probabilidad de que los padres utilicen estrategias de disciplina caracterizadas por falta de control en la aplicación de normas, respuestas emocionales intensas e impulsivas ante el comportamiento del niño así como verborragia.

Las dificultades del niño con TDAH aumentan el estrés parental, afectando su percepción de competencia y su bienestar psicológico.

Abín et.al (2024).
The Emotional
Impact of Family
Involvement
during Homework
in Children with
Neurodevelopmental
Disorders: A
Systematic Review.
PubMed.

Tareas escolares y
conductas disruptivas

Los niños con Trastorno Negativista Desafiante presentan mayores niveles de estrés relacionado con las tareas escolares en comparación con sus compañeros. Tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión, lo que nuevamente afecta el bienestar parental. A mayor estrés parental, mayor es su percepción de su incapacidad de ayudar al hijo.

Es clave desarrollar programas que ayuden a los padres a regular sus emociones y adquirir estrategias para apoyar el aprendizaje de sus hijos en casa, teniendo en cuenta que el Trastorno Negativista Desafiante es una de las principales comorbilidades del TDAH.

Harvey et. al (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. PubMed.	Factores asociados a Trastorno Oposicionista Desafiante	El TDAH puede aumentar el riesgo de desarrollar Trastorno Negativista Desafiante (TND) al afectar el funcionamiento familiar: Los niños con TDAH mostraron menos mejoría en los síntomas de TND y una peor dinámica familiar durante los años preescolares. La disfunción familiar puede ser una causa compartida tanto para el TDAH como para el Trstorno Negativista Desafiante, aunque esto contradice la base biológica fuerte del TDAH.	Dado el fuerte componente genético del TDAH las interrupciones en la dinámica familiar podrían reflejar un riesgo genético compartido para TDAH y TND.
Christoffersen & Thorup (2024). Post-traumatic Stress Disorder in School-age Children: A Nationwide Prospective Birth Cohort Study. PubMed.	Riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños con TDAH.	Se observa un riesgo elevado de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entre los niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual. Los niños expuestos a violencia doméstica, maltrato infantil y niños adoptados mostraron un riesgo mayor de desarrollar TEPT..	El TEPT en la infancia puede empeorar los síntomas de TDAH.
Flores & Manfro (2014). Ambientes de familias disfuncionais e psicopatologia infantil: o papel da comorbidade psiquiátrica. Scielo	Funcionamiento familiar en padres de niños y adolescentes con ansiedad y trastornos externalizantes comórbidos	El funcionamiento familiar se ve más afectado en Trastornos Comórbidos. Se observa un peor funcionamiento familiar en el grupo con ansiedad y trastornos externalizantes combinados, pero no en los grupos con solo ansiedad o solo trastornos de conducta. Se observa además relación entre síntomas maternos de ansiedad y depresión con mayores niveles de conflicto y menor organización en la familia.	La influencia de factores ambientales y familiares es clave a la hora de explorar el TDAH y sus principales comorbilidades.

Nota: En esta tabla se incluyen las características, estructura, dinámica, estilos de crianza, estrés parental, factores sociodemográficos y de otros riesgos que pueden influir en la comorbilidad del TDAH.

Tabla 1. Estudios científicos sobre las características familiares que influyen en el TDAH

Título, año de publicación, autor, base de dato	Tipo de estudio	Método	Instrumentos	Muestra
Córdoba Andrade y Verdugo Alonso (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. Dialnet.	Artículo científico	Exploratorio. Cualitativo	Grupos focales con cuidadores y una entrevista semiestructurada en profundidad con hermanos de niños con TDAH.	24 familias representadas por 33 cuidadores primarios y 5 hermanos.
González y Rubiales (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. Dialnet	Artículo científico	Diseño ex post facto retrospectivo con dos grupos, uno cuasi control.	Dos escalas que evalúan estilos educativos parentales: Una que mide el afecto y otra las normas y exigencias (Bersabé et. al., 2001).	120 participantes divididos en dos grupos. La muestra control con 102 participantes: 34 niños y niñas (23 varones y 11 mujeres) entre 8 y 12 años (junto a (34 padres y 34 madres). La muestra clínica estuvo compuesta por 18 participantes: 6 niños y niñas (2 varones y 4 mujeres) con diagnóstico de TDAH, con edades comprendidas entre 8 y 12 años junto a (6 padres y 6 madres).
De Freitas Marino et.al. (2019) Parenting styles and mental health in parents of children with ADHD. Dialnet	Artículo científico	Cualitativo	Parenting Styles Inventory (PSI) (Gomide, 2006). Short measure for assessing the quality of life "WHOQOL-BREF" (Pedroso, et. al., 2010) . Inventory of Perceived Family Support (IPFS) (Baptista,2007). Self-AssessmentInventoryfor Adult 18-59 years / Adult Self-Report (ASR) (Achenbach, & Rescorla, 2003)	23 madres biológicas, una madre adoptiva, un padre biológico y una abuela biológica como principales cuidadores de 26 niños con TDAH. La edad promedio fue de 9.5 años.
Flores Lázaro et. al (2024). Enfoque neuropsicológico familiar para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): un estudio exploratorio. Dialnet	Artículo científico	Exploratorio	BANFE-2 (Medrano et al., 2018). MINI-PLUS (Sheehan et al., 1999) and Mini-kid (Lecrubier et al., 1997). ASRS-V1.1(Kessler et al., 2005). Shipley-2. Brief Intelligence Scale (Shipley, et al., 2014).	60 participantes. El grupo de las madres tenía una media de edad de 37,23 años. El grupo de los padres tenía una media de edad de 41,87 años. Los hijos varones (n=20) tenían una media de edad de 8,70 años.

Lezcano et.al. (2023) El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. Dialnet	Revisión bibliográfica	Búsqueda de bibliografía existente.	No especifica	12 unidades de análisis
Roselló et.al. (2003). The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. PubMed.	Artículo científico	Comparativo	Cuestionario de impacto familiar (Donenberg, 1993). Cuestionario de atribuciones y expectativas sobre estudiantes con TDAH (Branswell y Bloomquist, 1991). Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH basado en la revisión de la literatura Escala de inteligencia para niños de Wechsler revisada (WISC-R; Wechsler, 1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV-TR; APA, 2002). Escalas de Estimación de Conners' para padres y profesores- versión larga (CRS-RL; Conners, 2001). Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ; Goodman, 1999). Subtest de dígitos de la escala de inteligencia WISC-R, tarea de recuerdo inverso (Wechsler, 1994). Tarea de recuerdo Espacio-Temporal (TSRT; Dubois et.al , 1995). Test de ejecución continua adaptada (Avila y Parcet, 2001). Prueba de Estrés Parental. Dominio del niño. Adaptada (Grau y Miranda, 2004). Escala de Paternidad adaptada (Grau, 2004). Prueba de Estrés parental. Dominio del padre. adaptada (Grau, 2004). Cuestionario de Sentido de Coherencia - versión corta (Antonovsky, 1987).	Para lograr el primer objetivo, 36 parejas. Para alcanzar el segundo objetivo, 28 parejas.
Diago (2013). Factores familiares y neuropsicológicos: implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH . Dialnet.	Tesis doctoral	Estudio longitudinal prospectivo de evolución de grupo con evaluaciones en dos momentos temporales con una diferencia de dos años y medio entre ambas para volver a evaluar la sintomatología de TDAH así como los problemas asociados.		61 familias de niños con un diagnóstico clínico de TDAH subtipo combinado. En la Fase I (edad: 6-13 años). En la Fase II (edad: 8-16 años)
Rezende et.al. (2019). Estrés, parentalidad y soporte familiar en el trastorno de déficit de atención/ hiperactividad. Scielo	Estudio científico.	Diseño metodológico transversal.	Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (LSSI) (Lipp, 2000). The Inventory of Parenting Styles (IPS) (Gomide, 2006). The Family Support Perception Inventory (FSPI) (Baptista, 2009)	42 padres de niños con diagnóstico de TDAH, conformando un grupo de 20 padres y 22 madres de 26 niños. Los niños tenían entre 6 y 13 años de edad.
Galarza (2016). La cara oculta del TDAH. Redalib	Revisión sistemática	Revisión de estudios en bases de datos.	No especifica.	24 unidades de análisis

Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. Redalic	Estudio científico.	Estudio no experimental de corte exploratorio-descriptivo	Entrevista Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID), adaptada al español colombiano (Pineda , 2006). Entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos definidos en el eje I del DSM-IV TR American Psychiatric Association (2000)	141 participantes entre los 5 y 15 años de edad, escolarizados, diagnosticados con TDAH y coeficiente intelectual mayor o igual a 85.
Ospina et.al (2022) La cognición social en los padres de familia de los niños y adolescentes que presentan problemáticas de convivencia escolar. Redalic.	Estudio científico	Enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, que permitió un análisis comparativo.	Test de Cociente de Empatía –EQ- (Baron-Cohen, 2012). Cuestionario TMMS 24 –Trait Meta-Mood Scale- (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Escala para maestros sobre percepción de estudiantes, entre 6 a 11 años, y adolescentes, de 12 a 18 años BASC (Behavior Assessment System for Children).(Reynols & Kamphaus, 2004).	14 padres de niños y adolescentes con problemáticas de convivencia escolar, y 16 padres de niños y adolescentes sin problemáticas de convivencia escolar, para un total de 30 participantes. 30 estudiantes a quienes se les aplicó el BASC -escala docentes- para evaluar la convivencia escolar.
Claussen et.al (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. PubMed	Revisión sistemática	No especifica	No especifica	59 unidades de análisis.
Peasgood et.al (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. PubMed	Artículo científico.	Comparación de grupos	Child health utility-9D (CHU-9D) (Stevens, 2010). EuroQol-5D-Youth (EQ-5D-Y) (Wille et.al., 2010). Escalas de satisfacción con la vida y acoso escolar tomadas de Understanding Society (Barkley, 1998). Escala de Sueño: Los padres o cuidadores informan sobre la hora habitual de acostarse y despertarse de sus hijos. The Adult Self Report Scale (ASRS v1.1); (Kessler et.al., 2005) . Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997)	549 familias con un niño con TDAH.

Usami (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. PubMed	Revisión bibliográfica	No especifica	No especifica	No especifica.
Cuba et.al (2022) Factors Associated with Bullying Victimization and Bullying Perpetration in Children and Adolescents With ADHD: 2016 to 2017 National Survey of Children's Health . PubMed	Revisión narrativa	Encuesta Nacional de Salud Infantil - National Survey of Children's Health (NSCH) 2016-2017 que consiste en una muestra transversal y representativa a nivel nacional.	La victimización se evaluó pidiendo a los padres que califican la frase: <i>"Este niño es intimidado, acosado o excluido por otros niños"</i> . La perpetración se evaluó pidiendo a los padres que califican la frase: <i>"Este niño intimida a otros, los acosa o los excluye"</i> . Se examinaron características socioeconómicas informadas por los padres, gravedad del TDAH (leve, moderado o severo), uso actual de medicación y comorbilidades. También se evaluaron las siguientes características centradas en el niño, según informes de los padres: Dificultad para hacer o mantener amigos. Condición de salud que afecta su funcionamiento. Compromiso escolar. Participación en servicio comunitario. Participación en actividades escolares extracurriculares. Cantidad de actividad física. Tiempo dedicado a ver televisión/videos o jugar videojuegos. Tiempo dedicado al uso recreativo de computadoras y celulares, videojuegos,. factores familiares y factores relacionados con la escuela.	71.811 padres.
Sfelinioti & Livaditis (2017). Association of maternal depression with children's attention deficit hyperactivity disorder. PubMed	Revisión sistemática	Revisión de artículos.	Búsqueda en PubMed de estudios relacionados con la depresión materna y el TDAH en niños desde enero de 1980 hasta diciembre de 2015	25 unidades de análisis
Sönmez & Kayaalp (2018) Comparing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Singly and Together in Terms of Behavioral Problems, Family Conflict, and Cognitive Functions . PubMed	Estudio científico	Comparación de grupos: niños con TDAH, TND y ambos.	Child Behavior Checklist for Ages 4–18 (Akçakın, 1985; Erol and Şimşek, 1998). Marital Conflict Scale (Hatipoglu, 1993). The Wechsler Intelligence Scale for Children–R (WISC–R) estandarización para niños turcos (Sommer, 1988)	60 pacientes, con 20 pacientes en cada grupo.

Ercan et.al (2014). Predicting aggression in children with ADHD. PubMed.	Estudio científico	Modelado de ecuaciones estructurales para examinar las relaciones diferenciales entre el rechazo materno, los factores familiares, los factores cognitivos y la agresión en los entornos familiar y escolar.	Children 's aggression scale – parent & teacher forms (CAS-P & CAS-T) (Halperin et.al., 2003). Escala de Evaluación de los Trastornos de la Conducta Perturbadora del DSM-IV (Turgay, 1999). DSM-IV-S) Escala de Inteligencia (Wechsler, 1989) para Niños - Revisada (WISC-R) (1974; TEA, 1993). Cuestionario de Aceptación/Rechazo Parental (PARQ) (Rohner, 2005) The Parental Acceptance/ Rejection Questionnaire (PARQ) (Rohner, et.al., 1978). The Teacher Report Form (TRF) (Achenbach & Edelbrock, 1983). Entrevista semiestructurada para la evaluación de diversos trastornos psiquiátricos. Entrevista diagnóstica por un psiquiatra infantil.	476 niños en edad escolar (7-15 años), así como de sus padres y maestros.
Law et.al (2022). Classifying Young Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Based on Child, Parent, and Family Characteristics: A Cross-Validation Study. PubMed	Artículo científico	Comparación entre grupos y validación con una muestra independiente de niños.	Historial parental de psicopatología. Entrevista Familiar para Estudios Genéticos. Nivel socioeconómico . Educación materna. Pobreza en el vecindario. Ingreso familiar total anual según el informe de los padres. Relación ingreso- necesidades. Estudio 1: 7 años después se confirmó el diagnóstico de TDAH mediante el Diagnostic Interview Schedule for Children - 4th Edition (DISC-IV) (una entrevista estructurada con los padres). Escalas de Evaluación del TDAH de Vanderbilt para padres y maestros (Wolraich, et.al. 2003 y Escala de Evaluación Global de los Padres (PGA) (Achenbach, et.al., 2000) Estudio 2: Diagnostic Interview Schedule for Children - 4th Edition (DISC-IV, versión para niños pequeños). Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 2000). Escala de Evaluación (SNAP-IV) (Swanson, et.al 1982).	En el Estudio 1 (N = 120) y el estudio 2 (N = 168) de niños menores de 7 años.

Cavallina et.al (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. PubMed	Revisión bibliográfica	No especifica	No especifica	No especifica
Miranda et.al (2015). Analysis of personal and family factors in the persistence of attention deficit hyperactivity disorder: results of a prospective follow-up study in childhood. PubMed	Artículo científico.	Comparación de grupos. La replicación de los hallazgos del Estudio 1 en la muestra independiente del Estudio 2 representó una validación completa e independiente.	Conners' Rating Scales—Revised, long version (CRS—R:L) (Conners, 2001). Strengths and Difficulties Questionnaire for Parents (SDQ) (Goodman, 1999). WISC-R Digit-Span Subtest, backward (Wechsler, 1993). emporo- Spatial Retrieval Task (TSRT) (Dubois et. al., 1995). Continuous Performance Test (CPT) (Abidin, 1995). The Parenting Stress Index (PSI) (Abidin, 1995). Parental Scale (Arnold, 1993). K-SADS Questionnaire (K-SADS-PL) (Ghanizadeh et.al., 2006). Conner's scale y. ENRICH scale adaptados (Sanaii, 2007). Un cuestionario que mide la satisfacción conyugal en satisfacción, problemas de personalidad, relaciones matrimoniales, resolución de conflictos, gestión financiera, actividades de entretenimiento, relaciones externas, matrimonio de los hijos, familiares y amigos, y orientaciones religiosas.	Estudio 1: 120 niños (21 niñas y 99 niños) con una edad media de 5 años, 7 meses. Estudio 2: 168 niños (54 niñas y 114 niños) con una edad media de 5 años, 8 meses.
Mohammadi et. al (2012). Marital Satisfaction amongst Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Normal Children. PubMed.	Artículo científico.	Cualitativo.		3.229 descendientes de 1.187 padres y 1.341 madres.
Vural & Kilic (2015). Relationship between Symptoms of Disruptive Behavior Disorders and Unsafe Internet Usage in Early Adolescence. PubMed	Artículo científico.	Regresión logística multinomial para evaluar el riesgo de recurrencia del TDAH puro y del TDAH con problemas de conducta en los hermanos.	Conners' Parent Rating Scale, which adaptado (Dereboy et. al., 2007).	1.009 casos: 241 niños con TDAH puro. 768 niños con TDAH y problemas de conducta (ADHD+CP) y 1.591 hermanos.

French et.al (2023). The impact of sleep difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder on the family: a thematic analysis. PubMed.	Cualitativo	Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 12 madres de niños con TDAH que presentan dificultades para dormir.	Los padres pudieron elegir entre: Entrevista telefónica o entrevista por videollamada en Microsoft Teams con duración de 40 a 60 minutos. Se diseñó un guion de entrevista que abordó temas como: Patrones y problemas de sueño. Métodos utilizados para mejorar el sueño. Impacto en el sueño de los padres y la vida familiar.	12 madres (edad media: 42.5 años)
Miranda et. al (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural equation model. PubMed	Exploratorio de tipo Cuantitativo	Primera entrevista con las madres para información sociodemográfica y familiar. Segunda sesión para la aplicación de los cuestionarios sobre estrés parental y estrategias de disciplina.	Entrevista semi-estructurada y el Índice de Estrés Parental de Abidin(1990). Escala de Paternidad (Arnols, et.al., 1993) para evaluar estrategias disfuncionales de disciplina.	Ciento cincuenta y cinco madres de niños TDAH
Abín et.al (2024). The Emotional Impact of Family Involvement during Homework in Children with Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. PubMed.	Revisión sistemática.	PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Revisión de la Literatura: Tareas Escolares y Trastornos del Neurodesarrollo:	11 unidades de análisis.
Harvey et. al (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. PubMed.	Artículo científico	Longitudinal	Cuestionario sobre: Estado Civil del Progenitor Principal. Depresión Parental Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III; Millon, Davis, & Millon, 1997). Depresión Mayor, Distimia y Personalidad Depresiva. MCMI-III completo. Conflicts and Problem-Solving Scales – Violence Form (CPS-V; Kerig, 1996). Prácticas de Crianza a través de autoinforme y observación en video. Parenting Scale (Arnold et al., 1993) . NIMH-Diagnostic Interview Schedule for Children-IV (DISC-IV; Shaffer et al., 2000). Evaluación del TND (APA, 2000). Diagnósticos de TDAH y TND asignados por psicólogos clínicos Evaluación basada en: Síntomas del DISC-IV. Entrevista psicosocial. Hiperactividad del BASC-PRS (madres).	199 niños de 3 años con problemas de conducta, quienes participaron en cuatro evaluaciones anuales del niño y la familia.

Christoffersen & Thorup (2024). Post-traumatic Stress Disorder in School-age Children: A Nationwide Prospective Birth Cohort Study. PubMed	Artículo científico	Diseño prospectivo basado en datos longitudinales.	primer diagnóstico de TEPT, se utilizó un modelo de logaritmo de probabilidades discretas (log-odd model).	La población de niños nacidos en Dinamarca entre 1984 y 1994 (N = 679,000), entre 7 a 18 años en el período 2001-2012.
Flores & Manfro (2014). Ambientes de familias disfuncionales e psicopatología infantil: o papel da comorbidade psiquiátrica. Scielo	Artículo científico	Diseño del Estudio y Evaluación Familiar. Comparación entre grupos.	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Clasificación de los Niños Según Diagnóstico (K-SADS-PL). Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale, FES). SCARED: Evaluación de ansiedad. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Beck Anxiety Inventory (BAI): Beck Depression Inventory (BDI):	115 niños (10-17 años) y sus padres biológicos (madre o padre)

Nota: En la tabla 2 se observa el tipo de estudio, la metodología así como los instrumentos y la muestra utilizada en los distintos estudios científicos sean niños, parejas, hermanos, profesores y unidades de análisis en el caso de revisiones sistemáticas.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo describir las asociaciones y predicciones encontradas por estudios científicos y revisiones sistemáticas publicados entre los años 2003-2025 sobre las características familiares y el deterioro de la sintomatología en el niño con TDAH. Entre los factores familiares se incluyen el estrés parental, notando marcada diferencia entre padres y madres, los estilos de crianza, incluyendo el apego, la predisposición biológica junto a la influencia de la dinámica familiar disfuncional, es decir, las conductas externalizantes e internalizantes, los factores de riesgo y el malestar o sufrimiento del niño con TDAH. Padres y niño con TDAH se perciben desbordados, aislados, con conyugales, parento filiales y entre hermanos, también en el colegio y con sus pares. Se responde positivamente a la pregunta de investigación: La familia, puede influir negativamente en los síntomas del niño con TDAH?. Se observa una causalidad circular y retroactiva entre las crianzas disfuncionales con demostración excesiva de afectos o reglas firmes y castigos, que desregulan al niño con TDAH produciendo estrés

parental, lo que nuevamente lleva a reforzar las prácticas de crianza, sin construir un apego de tipo seguro, que disminuye la calidad de vida de la familia, el bienestar, produce agotamiento, que termina en desregulaciones más severas, frecuentes o intensas, así como comorbilidades. También es importante tener en cuenta la bidireccionalidad entre el estrés parental por no poder regular al niño y el estrés del niño por no lograr controlarse. Otro aspecto a tener en cuenta, siempre dentro de una mirada bidireccionalidad, es el clima familiar que desregula al niño y las desregulaciones del niño que empeoran el clima familiar, con cansancio, percepción de baja calidad de vida, gastos económicos y falta de resultados eficaces.

El TDAH interfiere en las relaciones interpersonales, en la vida familiar y su rendimiento escolar, lo que conlleva baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y estallidos de ira, provocando un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral del niño y su familia (Perez Martinez de Chavarria, 2024).

Queda clara la influencia del estrés parental en la exacerbación de los síntomas del niño con TDAH al lidiar con los desafíos diarios que enfrentan sus hijos con TDAH. Los síntomas del TDAH en los niños están estrechamente relacionados con la carga familiar y los trastornos comórbidos del TDAH. (Usami et al., 2016). Ante mayor estrés parental, mayor problema en la crianza del hijo. Por otro lado, los padres de niños con TDAH reportan que sus hijos tienen dificultades constantes a lo largo del día, desde la mañana hasta la hora de dormir, tanto en casa como en la escuela con un impacto negativo significativo en su funcionamiento diario y rendimiento académico. (Barkley et al., 2004).

No obstante, como los resultados de esta revisión sistemática lo indican, existen diferencias de género referentes al estilo parental. Las madres tienden a mostrar prácticas de estilo autoritativo o democrático, mientras que los padres muestran prácticas más cercanas al estilo autoritario o rígido. No obstante, se considera que las madres son quienes se encargan de supervisar las rutinas actividades de la vida cotidiana del niño (Russel et al., 2003; Raya-Trenas et al., 2008; González y Depaula, 2017) lo que les produce más estrés que le impide criar adecuadamente al hijo con TDAH.

Continuando con los estilos de crianza que sugieren los resultados, Herreros y Sánchez (2005), sostienen que algunos padres manejan un estilo de crianza más intrusivo, dominante y juzgador, que los que usan los padres más asertivos. Las conductas de oposición e hiperactividad, se mantienen a través del curso del trastorno debido a gran parte por el uso excesivo de críticas, órdenes, intromisión y en consecuencia de la adopción de un estilo parental dominante y controlador. Además, el estilo parental mencionado anteriormente contribuye al advenimiento de trastornos comórbidos al TDAH. Con esto, queda claro que El TDAH afecta no solo al niño, sino también a su familia y su futuro económico (Cavallina et al., 2015).

Los resultados también apuntan a una relación de TDAH con otras comorbilidades, más ligadas al clima emocional y no necesariamente a las características propias del trastorno. Existen

estudios que complementan estas observaciones. El análisis de los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, demuestra que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma pura, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno (Spencer et al., 2007). El TDAH presenta una relación con el trastorno oposicionista desafiante de 36 % y de 16 % con trastorno disocial aunque el trastorno negativista desafiante en la infancia no pronostica el trastorno disocial en la adolescencia (Díaz-Atienza, 2006).

Otro aspecto a tener en cuenta con respecto a la asociación entre TDAH y Trastorno de la Conducta (TC) es la relación negativa y significativa que mantienen los problemas de comportamiento con la percepción de insatisfacción que refiere el niño con su propia vida y calidad de vida familiar (Miranda et al., 2011). La prevalencia de Trastorno de Ansiedad (TA) en niños con TDAH oscila entre 25% y un 50%, en comparación con las prevalencia entre 6 y el 20% de la población pediátrica general (Costello, et al., 2005), siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada (alrededor del 45%) y el trastorno de ansiedad por separación (30%). Además esta asociación comórbida causa una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño, interfiriendo en los ámbitos familiar y social (López-Villalobos, et al., 2024) lo que nuevamente clarifica el círculo vicioso.

El componente económico también implica un riesgo para el estrés parental. No solamente por los gastos que suponen las consultas con profesionales, medicación, actividades extracurriculares, sino también la compra de objetos perdidos por desatención o destruidos por impulsividad, centros especializados, pérdida de empleo, más la pérdida de ingresos económicos ante la crianza de un niño con TDAH con conductas disruptivas sumando aún más gastos a la comorbilidad debido a los accidentes, lesiones, hospitalizaciones y más profesionales involucrados (Toca Montepeque, 2016).

Entre los factores de riesgo se puede decir, respaldado por la literatura, que las causas pueden estar asociadas a maltrato infantil, consumo de drogas y alcohol en los padres, conflictos

familiares, trastornos genéticos y pobreza que a menudo se puede asociar con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Perez Martínez de Chavarría, 2024). Así mismo, el Estrés Postraumático es uno de los principales precursores del deterioro de la vida de un ser humano, generando enfermedades, trastornos, problemas emocionales o psicológicos y dificultades en el desenvolvimiento social, laboral y familiar, debido a múltiples acontecimientos como la violencia, casos de alto impacto, violencia parental, desempleo prolongado de los padres, negligencia o abandono, separación, adopción, TDAH. También llama la atención que en los hombres se observa una asociación entre los síntomas de hiperactividad/impulsividad y un mayor riesgo de planes/intentos suicidas (Galéra, 2008). Por otro lado, la monoparentalidad puede generar inseguridad, dificultad de contacto con los demás y actitudes de simpatía forzada, evasión, infantilismo con tendencias agresivas u hostilidad controlada, rechazo, con sentimientos de inadecuación, por ese motivo el nivel de estrés parental es mayor en madres en familias nucleares, pero mayor aún en la monoparentalidad femenina (Alcalá y Archila, 2015).

Finalmente podemos concluir que los estilos de crianza disfuncionales tienen relación con las conductas disruptivas en la infancia, de igual manera se relacionan con factores de riesgo de problemáticas cognoscitivas o socioafectivas (Naury, 2022).

En cuanto a la comorbilidad y su relación con el clima familiar, teniendo siempre presente el factor genético, las agresiones físicas y otras conductas de externalización se usan frecuentemente por los niños para resolver conflictos tanto con sus pares como con sus padres, conductas que pueden disminuirse a partir del vínculo de apego seguro. Los trastornos psicopatológicos externalizantes en la niñez se corresponden con tres categorías diagnósticas: 1) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH); 2) Trastorno oposicionista desafiante (TOD); 3) Trastorno disocial (TD) (Zambrano y Meneses, 2013). Por otro lado, los comportamientos internalizantes son conductas dirigidas hacia el interior e implican exceso de control que puede llegar a niveles desadaptativos y perturbadores.

Corresponden con los siguientes trastornos: 1) Trastorno depresivo y distímico; 2) Trastorno de ansiedad generalizado; 3) Fobias simples y específicas; 4) Trastorno por estrés postraumático (Coplan, 2013). Cabe señalar que uno de cada cuatro niños con TDAH presenta un Trastorno Comórbido (TC) concomitante. Además, cuando se suman varios trastornos comórbidos, con excepción del trastorno del aprendizaje, los pacientes desarrollan mayores dificultades psicosociales en comparación con los que asocian una o ninguna patología concurrente (Brook, 2005; Klassen et. al., 2004.)

Por último, la presente revisión sistemática no menciona otras causas como factores genéticos, hereditarios, pre y post parto, así como factores neuroquímicos, factores neuroanatómicos, neurobiológicos y ambientales para complementar este estudio que se enfoca específicamente en las dinámicas familiares que disfuncionales que desencadena un pronóstico más negativo del TDAH en niños. También faltaría trabajar con más estudios longitudinales. Otra limitación es la ausencia de estrategias de regulación disfuncionales en niños con TDAH.

Más allá de las limitaciones, la presente revisión sistemática aporta evidencia sobre la influencia de la familia disfuncional en el deterioro de los síntomas de TDAH en niños, con comorbilidades relacionadas principalmente al estilo de crianza junto a otros factores de riesgo familiares, teniendo siempre presente la base genética.

CONCLUSIÓN

Se exploraron factores familiares que inciden en el deterioro de los síntomas del niño con TDAH: Calidad de vida, caracterizada por estrés parental, más presente en madres que en padres, estilos educativos, factores de crianza y el entorno familiar relacionados con el TDAH o prácticas de crianza negativas, apego y regulación emocional, neuropsicología familiar, factores familiares de riesgo incluyendo la depresión materna, monoparentalidad, violencia en la pareja, maltrato parento filial, sucesos adversos, TEPT, deterioro en la parentalidad, la pareja y la relación entre hermanos, predictores familiares

de comorbilidad, incluyendo la internalizante y externalizante, diferencias entre padres y madres, el dolor y sufrimiento oculto del niño y la familia por las etiquetas que conlleva el diagnóstico, incluyendo la percepción de baja calidad de vida del niño y las posibilidades de ser víctimas o perpetradores de bullying, variables relacionadas con la cognición social en la vida de la familia y su relación con la convivencia escolar por falta de habilidades sociales no aprendidas en casa. También se incluyen factores familiares que aumentan el nivel de agresión en niños, como la insatisfacción conyugal, uso de redes sociales sin control parental, dificultades del sueño lo que aumenta el estrés parental, las tareas escolares y conductas disruptivas ante la ausencia de una figura de apego seguro que pueda regular al niño y el funcionamiento familiar en padres de niños y adolescentes con ansiedad y trastornos externalizantes comórbidos. Por último, un dato no menor es la falta de recursos económicos que dificulta la consulta con profesionales, o el reemplazo de objetos perdidos, daños ocasionados, menor ingreso económico o renuncia laboral para la crianza del niño con TDAH. Un hallazgo interesante para la intervención es el círculo vicioso o bidireccionalidad entre el estrés parental y las conductas disruptivas del hijo.

Como resultados relevantes, se repite la importancia del alto nivel de estrés parental que podría generar comorbilidades, sobre todo el TND. Los trastornos comórbidos, tienen más relación con la carga familiar que con los síntomas puros del TDAH. No se niega que es una condición del neurodesarrollo con genes involucrados, pero ante la presencia de disponibilidad genética, los factores familiares negativos pueden desencadenar o empeorar los síntomas del TDAH. Estos resultados invitan a la prevención primaria de la familia, a facilitar servicios a bajo costo, a alentar a los padres a aceptar el diagnóstico para disminuir expectativas desmesuradas que el niño no está preparado para cumplir.

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- *Abín, A., Pasarín-Lavín, T., Areces, D., Rodríguez, C., & Núñez, J. C. (2024). The Emotional Impact of Family Involvement during Homework in Children with Neurodevelopmental Disorders: *A Systematic Review*. *Children*, 11(6), 713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38929292/>
- Alcalá y Archila. (2015). Comparación de conflictos emocionales en familias monoparentales y nucleares. *En memorias del XLII congreso CNEIP*. Pp. 481-486. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Alcala-Farrera/publication/318970380_comparacion_de_conflictos_en_familias_monoparentales_y_nucleares/links/59890444a6fdcc75625a6239/comparacion-de-conflictos-emocionales-en-familias-monoparentales-y-nucleares.pdf
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(2), 195-211. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00214.x>
- Brook U, Boaz M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder and learning disabilities (LD): adolescents perspective. *Patient Educ Couns.*; 58: 187-91. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.011>
- *Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., & Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in psychology*, 6, 1313. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388816/>
- *Christoffersen, M. N., & Thorup, A. A. (2024). Post-traumatic stress disorder in school-age children: a nationwide prospective birth cohort study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 139-157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38938938/>
- *Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., ... & Kaminski, J. W. (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, 25(Suppl 2), 249-271. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Coplan, J. (2013). Behavior Management Plan for Internalizing Behavior. *Neurodevelopmental*

- Pediatrics of the Maine Line*, PC.://www.drcoplan.com/media/NASP-1.pdf.
- *Córdoba Andrade, L., y Verdugo Alonso, M. Á. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(208), 19-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765076>
- Costello, E. J., Egger, H. L. & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 14, 631-648. [https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(05\)00061-1/abstract](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(05)00061-1/abstract)
- *Cuba Bustinza, C., Adams, R. E., Claussen, A. H., Vitucci, D., Danielson, M. L., Holbrook, J. R., ... & Froehlich, T. E. (2022). Factors associated with bullying victimization and bullying perpetration in children and adolescents with ADHD: 2016 to 2017 national survey of children's. *Health. Journal of attention disorders*, 26(12), 1535-1548. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9378474/pdf/nihms-1801640.pdf>
- *De Freitas Marino, R. L., Teixeira, M. C. T. V., Cantiere, C. N., de Fátima Ribeiro, A., Micieli, A. P. R., & Carreiro, L. R. R. (2019). Parenting styles and mental health in parents of children with ADHD. *Journal of Psychology*, 53(3), 417-430. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8095850>
- *Diago, C. C. (2013). Factores familiares y neuropsicológicos: Implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH [Doctoral dissertation. Universitat de València]. Archivo digital.. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=82377>
- Díaz-Atienza J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquiatr Psicol. Niño Adolesc.*;6(1):44-55.https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_7mZG5lP3fsJy0YhrYekf_0.pdf
- Donenberg G. y Baker BL. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(2):179-198. <https://doi.org/10.1007/BF00911315>
- Elia J, Ambrosini P, Rapoport J. (1999). Drug therapy: Treatment of attention- deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*; 340: 780-8. <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199903113401007>
- *Ercan E, Ercan ES, Atılğan H, Başay BK, Uysal T, İnci SB, Ardiç UA (2014). Predicting aggression in children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 15;8:15. doi: 10.1186/1753-2000-8-15.
- *Flores Lázaro, JC, Medrano, E. & Nicolini, H. (2024). Family Neuropsychological Approach to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD. An Exploratory Study. *Acción psicológica*, 21 (12), 73-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9990785#>
- *Flores, S. M., Salum, G. A., y Manfro, G. G. (2014). Ambientes de famílias disfuncionais e psicopatologia infantil: o papel da comorbidade psiquiátrica. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36, 147-151. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892014000300147&lang=en
- *French, B., Quain, E., Kilgariff, J., Lockwood, J., & Daley, D. (2023). The impact of sleep difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder on the family: A thematic analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 19(10), 1735-1741. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37786381/>
- Galéra C, Bouvard MP, Encrenaz G, Messiah A, Fombonne E (2008). Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and suicidal behaviors in adolescent: the Youth Gazel Cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 118(6): 480-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6061006>
- *Galarza, C. R. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 6(1), 226-253. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475848615011>
- González, M., y Depaula, P. (2017). Estrés parental y estrategias de afrontamiento en madres de niños con diagnóstico de TDAH [Doctoral dissertation, Universidad Abierta Interamericana de Argentina] Archivo digital. <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC131533.pdf>.
- *González, R., Liliana, B., y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657533>
- *Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., & Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and

- ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21942501/>
- Herreros, O., y Sanchez, F. (2005). TDAH: factores y riesgo de protección. *Revista Española de pediatría clínica e investigación*, XXXXXI(6), 460- 466. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2005/REP%2061-6.pdf>
- Kendall J. (1999). Sibling accounts of ADHD. *Fam Process*; 38: 117-36. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00117.x>
- Klassen AF, Millar A, & Fine S (2004) . Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.*; 114:542-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0844>
- *Law, E., Sideridis, G., Alkhadim, G., Snyder, J., & Sheridan, M. (2022). Classifying Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Based on Child, Parent, and Family Characteristics: A Cross-Validation Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9195.<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9195>
- *Lezcano, A. E., Tovar, M. G., Fuertes, P. G., Fernández, M. M., Pérez-Hiraldó, M. P. C., y Núñez, E. A. (2023). El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1), 171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806789>
- López-Villalobos J, Serrano I, Delgado J, Ruíz F, García M, y Sánchez M (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría*.;20(5):205-10. <https://psycnet.apa.org/record/2004-17682-001>
- Macià, D. (2012). Tratamiento del TDAH. En D. Macià TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento (pp.107 -192) Ediciones Pirámide.
- Metcalfe, E. (2016). TDAH y trastornos de la conducta disruptiva. Fatemi S., Clayton P. (eds) *The Medical Basis of Psychiatry*. Springer, 333-369. https://doi-org.unipamplona.basesdedatosezproxy.com/10.1007/978-1-4939-2528-5_18
- Miranda, A., Colomer, C., Fernández, M. I. & Presentación, M. J. (2012). Executive functioning and motivation of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on problem solving and calculation tasks. *Revista de Psicodidáctica*, 17, 51-71. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17523162007>
- *Miranda, A., Colomer, C., Fernández, M. I., Presentación, M. J., & Rosello, B. (2015). Analysis of personal and family factors in the persistence of attention deficit hyperactivity disorder: Results of a prospective follow-up study in childhood. *PLoS One*, 10(5), e0128325. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26024216/>
- *Miranda, A., Grau, D., Rosel, J., & Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505. doi: 10.1017/s1138741600001876.
- *Mohammadi, M. R., Farokhzadi, F., Alipour, A., Rostami, R., Dehestani, M., & Salmanian, M. (2012). Marital satisfaction amongst parents of children with attention deficit hyperactivity disorder and normal children. *Iranian journal of psychiatry*, 7(3), 120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23139693/>
- Naur, M. L. (2022). Estilos parentales y conductas externalizantes e internalizantes de los niños [Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica Argentina] Archivo digital. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15139>
- *Ospina, A. A. O., Espinosa, A. M. P., Bedoya, M. J. V., y Pérez, K. J. A. (2022). La cognición social en los padres de familia de los niños y adolescentes que presentan problemáticas de convivencia escolar. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (67), 280-304. <https://www.redalyc.org/journal/1942/194272424011/>
- *Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25, 1217-1231.https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5083759/pdf/787_2016_Article_841.pdf
- Perez Martinez de Chavarria, R. E. (2024). Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes: Estudio de caso sobre el trastorno negativista desafiante y las orientaciones terapéuticas para su adecuado manejo. [Tesis

- de grado. Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala.] Archivo digital. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/20911/>
- *Ramos Galarza, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 6(1), 226-253. <https://www.redalyc.org/journal/4758/475848615011/>
- Raya-Trenas, A. F., Herrero-Cabrera, J. y Pino-Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720428>
- *Rezende, Fernanda P., Calais, Sandra L., & Cardoso, Hugo F. (2019). Stress, parenting and family support in attention deficit/hyperactivity disorder. *Psicologia: teoria e prática*, 21(2), 153-171. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171>
- *Roselló B, García-Castellar R, Tárraga-Mínguez R, Mulas F (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad [The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol*. 1:S79-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12599107/>
- Rubio. L. Mena, B., & Murillo, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 8(4), 199-216. <https://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2017/01/el-pediatra-y-la-familia-de-un-nio-con-tDAH.pdf>
- Secretaría de Salud (SSA). (2002). Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006. México. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- Ruiz, A. P. V., y Acevedo, E. R. (2018). Impacto por deterioro de relaciones intrafamiliares en escolares con sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista-e Ibn Sina*, 9(2), 1-18. <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v9i2.456>
- Russel, A., Hart, C. H., Robinson, C. C. & Olsen, S. F. (2003). Children's Sociable and Aggressive Behavior with Peers: A Comparison of the us and Australia and Contributions of Temperament and Parenting Styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 74-86. <https://doi.org/10.1080/01650250244000038>
- *Sfelinioti, S., & Livaditis, M. (2017). Association of maternal depression with children's attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatriki*, 28(3), 251-258. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29072189>
- *Sönmez, A. Ö., & Kayaalp, M. L. (2018). Comparing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Singly and Together in Terms of Behavioral Problems, Family Conflict, and Cognitive Functions. *Şişli Etfal Hastanesi Tip Bülteni*, 52(4), 254-261. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7406564/pdf/MBSEH-52-254.pdf>
- Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 631-642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Toca Montepeque, L.C (2016). Impacto psicológico en los oficiales de la procuraduría de los derechos humanos que reciben denuncias de violencia sexual [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. Archivo digital. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Toca-Laura.pdf>
- Torres Quiñones, A. (2015). Implicaciones familiares, educativas y emocionales de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención (TDAH) en niños, niñas y adolescentes: reto para la práctica del trabajo social clínico. *Voces Desde El Trabajo Social*, 3(1), 115-134. <https://doi.org/10.31919/voces.v3i1.75>
- *Usami, M. (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), 303-317. doi: 10.1111/pcn.12393.
- *Vural, P., Yeşim, U. N. C. U., & Kilic, E. Z. (2015). Relationship between symptoms of disruptive behavior disorders and unsafe internet usage in early adolescence. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(3), 240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28360717/>
- Zambrano, S. y Meneses, A. (2013). Evaluación psicométrica de la lista de comportamiento de Achenbach & Edelbrock en pre-escolares de 4.0-5.5 años de nivel socioeconómico bajo. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 13(2), 5-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493086>
- *Zuluaga-Valencia, J. B., y Fandiño-Tabares, D. C. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 61-66. <https://www.redalyc.org/journal/5763/576364351010/>