

El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad

Antonio Félix Raya Trenas, Javier Herrerozo Cabrera y María José Pino Osuna
Universidad de Córdoba

El presente estudio se propone determinar la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres según el PCRI (Parent-Child Relationship Inventory) y la hiperactividad informada por los padres mediante el BASC (Behavior Assessment System for Children). Para ello se seleccionó un grupo de 32 niños entre 3 y 14 años (23 niños y 9 niñas) con puntuación de riesgo en hiperactividad y un segundo grupo de similares características aunque con una puntuación baja en hiperactividad. Tras administrar a sus padres los dos instrumentos antes señalados se llevó a cabo un análisis de regresión logística binomial, obteniendo como resultado un modelo de predicción válido para el 84,4% de los sujetos, compuesto por los factores del PCRI: compromiso, comunicación y distribución de rol del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores. Además, el análisis de varianza arrojó diferencias significativas entre el apoyo percibido por padres y madres de ambos grupos. Finalmente, se discute la utilidad de estos resultados para el planteamiento de estrategias de intervención en el ámbito familiar basadas en un estilo educativo democrático.

Parenting styles and their relationship with hyperactivity. The present study aims to determine the relationship among factors that make up the parenting styles according to the PCRI (Parent-Child Relationship Inventory) and hyperactivity reported by parents through the BASC (Behaviour Assessment System for Children). We selected a sample of 32 children between 3 and 14 years old (23 male and 9 female) with risk scores in hyperactivity and another similar group with low scores in hyperactivity. After administering both instruments to the parents, we carried out a binomial logistic regression analysis which resulted in a prediction model for 84.4% of the sample, made up of the PCRI factors: fathers' involvement, communication and role orientation, mothers' parental support, and both parents' limit-setting and autonomy. Moreover, our analysis of the variance produced significant differences in the support perceived by the fathers and mothers of both groups. Lastly, the utility of results to propose intervention strategies within the family based on an authoritative style is discussed.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (APA, 1994), o Trastorno de la Actividad y la Atención según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) son los principales términos usados para describir a niños que presentan serias carencias en su atención sostenida, en la modulación de su actividad y en la regulación de sus impulsos en muchos de sus contextos de interacción como pueden ser la familia o la escuela. Este trastorno es el más frecuentemente diagnosticado en niños en edad escolar (Miranda, Jarque y Rosel, 2006), por lo que se estima que entre un 3 y un 7% de éstos podrían diagnosticarse como hiperactivos y que el trastorno se da más en niños que en niñas, con una razón que oscila entre 2:1 y 9:1 (APA, 1994; Root y Resnick, 2003).

La falta de acuerdo en la terminología con que distintos autores se refieren a la hiperactividad es reflejo de las discrepancias

existentes entre los especialistas acerca del concepto, su origen y sus más importantes manifestaciones. Así, mientras que la CIE-10 considera síntomas básicos el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, el DSM-IV plantea la posibilidad de diagnosticar un TDAH con predominio del déficit de atención y un TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo (Miranda, Presentación y Roselló, 2005). En esta línea, algunos instrumentos miden la hiperactividad atendiendo a la impulsividad e hiperactividad como elementos más destacados, mientras que los problemas de atención se miden mediante escalas diferenciadas, como es el caso del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), donde se define la hiperactividad como «tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar» (Reynold y Kamphaus, 2004).

Las consecuencias de los patrones de conducta incluidos en el TDAH son muy negativas para los niños que lo padecen, ya que si no se trata correctamente puede producir una disminución del rendimiento académico y fracaso escolar a medio o largo plazo. Además, se ve afectado el desarrollo social y emocional del niño debido a los problemas con sus compañeros, familiares, etc., causados por su impulsividad o excesiva actividad, lo que puede desembocar en otros problemas posteriores como depresión, comportamientos negativistas, problemas de conducta, abuso de sustancias o problemas laborales (Miranda et al., 2005). Esta proble-

mática suele darse asociada a la edad, de modo que si bien en la infancia predominan los problemas académicos, familiares, relacionales o clínicos (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2004), en la adolescencia y vida adulta se asocia a otras consecuencias negativas como bajo autoconcepto o delincuencia (Manuzza, Klein, Bessler, Malloy y La Padula, 1998).

En lo referente a su etiología, un cuarto de los niños diagnosticados con hiperactividad tienen también padres con el mismo diagnóstico, lo que sugiere un fuerte componente genético (Barkley, 1998; Biederman, Faraone y Keenan, 1992), aunque algunos estudios sitúan la causa de los problemas infantiles en la influencia que ejercen sobre el estilo educativo parental los problemas psiquiátricos de los progenitores (Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins y Brugha, 2006). También el contacto o consumo de determinadas sustancias o alimentos pueden suponer factores de riesgo para la aparición en los hijos del TDAH (Biederman, Milberger y Faraone, 1995; Goldstein y Goldstein, 1998).

Tanto los factores biológicos como los psicosociales pueden jugar un papel importante en la aparición y mantenimiento del TDAH. En este sentido, se puede decir que el nivel socioeconómico, la psicopatología paterna o materna o el estrés psicosocial familiar generan unos efectos psicológicos sobre la familia que afectan a las actitudes y pautas educativas de los padres y al ejercicio de la paternidad (Miranda et al., 2005). En esta línea, un modelo establecido por Carr (1999) planteaba que aquellos entornos en los que se era intolerante o se castigaban las conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo oportunidades limitadas para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que sistemas sociales más tolerantes y con un mayor apoyo favorecían el desarrollo de estas habilidades de autorregulación.

La influencia de los entornos sociales sobre la hiperactividad pone en el punto de mira a la familia como principal ámbito de interacción social del niño. Así, diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad o los problemas de conducta (Arnold, Danforth, McCusker y Eberhardt, 1998; Collett, Gimpel, Greenon y Gunderson, 2001).

En este sentido, estudios más recientes como el realizado por Hurt, Hoza y Pelham (2007) con 110 niños diagnosticados de TDAH y sus respectivos padres y madres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de autoritarismo producía el efecto contrario. En la misma línea, en otro estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007) con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños no problemáticos. Por lo tanto, la mayoría de los estudios sitúan a las dimensiones de afecto y control como aquellas en las que se apoyan los padres para realizar la función socializadora (Roa y Del Barrio, 2002), lo que da lugar a distintos estilos educativos como los más conocidos denominados «autoritario», «autorizado» (también conocido como democrático) y «permisivo» (Baumrind, 1967, 1991). Algunos instrumentos como el Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) relacionan determinadas prácticas de crianza con estos estilos educativos, de manera que una alta puntuación en el conjunto de sus escalas indica una bue-

na actitud hacia la crianza, lo que estaría en línea con el modelo autorizado, mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo, en línea con el estilo autoritario. Además, una combinación de elevado apoyo junto con baja disciplina y autonomía se identificaría con el modelo permisivo (Roa y Del Barrio, 2001).

En definitiva, el hecho constatado de que los padres que optan en su práctica educativa por un modelo equilibrado (Webster-Stratton y Hammont, 1988) suelen tener hijos autocontrolados y socialmente adaptados como consecuencia de hábitos de crianza basados en el afecto y la disciplina (Maccoby y Martin, 1983), nos lleva a plantear el presente estudio, que se propone determinar la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres según el PCRI y la hiperactividad informada por los padres por medio del BASC, es decir, se pretende ver si existen diferencias en el estilo educativo recibido por dos grupos de chicos que han obtenido puntuaciones bajas y de riesgo, respectivamente, en el instrumento con que hemos medido la variable hiperactividad y determinar cuáles son las variables de crianza parental relacionadas con la presencia o ausencia de las conductas referentes a la hiperactividad e impulsividad.

Método

Participantes

Para la selección de un amplio número de participantes de origen rural y estatus socioeconómico medio se recurrió a tres centros de Educación Infantil y Primaria que aún conservaban el Primer Ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), situados en dos localidades de la provincia de Córdoba y una de la provincia de Jaén. Así, tras suministrar un total de 500 cuestionarios, se obtuvo información de 432 participantes, de los que se seleccionaron 64 divididos en dos grupos de 32, de manera que en el primer grupo estaban todos los participantes situados en la zona de riesgo respecto a la variable hiperactividad informada por sus padres (grupo de riesgo), siendo su puntuación T superior a 60, como se detalla más adelante en la descripción del instrumento. En el segundo grupo todos los participantes tenían una puntuación T por debajo de 40 en esta variable (grupo de baja hiperactividad) y para su selección habían sido emparejados a los del grupo de riesgo atendiendo al sexo y al nivel educativo.

Cada grupo estaba formado por 23 chicos y 9 chicas con edades comprendidas entre 3 y 14 años, siendo la media de edad de 8,62 (DT= 3,220) para el grupo de riesgo y 8,44 (DT= 3,202) para el grupo de baja hiperactividad, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a esta variable, pues $t = -0,234$ ($p = 0,816$). Cada grupo quedaba a su vez distribuido del siguiente modo en cuanto al nivel escolar: 8 chicos de Educación Infantil, 6 del primer ciclo de Educación Primaria, 4 del segundo, 9 del tercero y 5 del primer ciclo de ESO.

Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

El sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) (Reynold y Kamphaus, 2004) es una adaptación al castellano del original en lengua inglesa «Behavior Assessment System for Children».

Su finalidad es evaluar una amplia gama de dimensiones patológicas y adaptativas, utilizando distintas fuentes de información (padres, tutores y niños) y distintos métodos (cuestionarios, historia del desarrollo y observación). En este caso se ha usado el cuestionario para padres.

Los cuestionarios, que se dividen en tres niveles según la edad (3-6, 6-12, 12-18), presentan un índice de consistencia interna entre 0,70 y 0,90 para los tutores, entre 0,70 y 0,90 para los padres y entre 0,70 y 0,80 para los niños, según las escalas. Respecto a la correlación test-retest, los valores son 0,89, 0,91 y 0,82 para los tres niveles del cuestionario para tutores; 0,85, 0,88 y 0,70 para los tres niveles del cuestionario de padres, y 0,76 en todos los niveles del autoinforme del niño.

De las distintas escalas que contempla el instrumento, para este estudio se ha usado la escala denominada «hiperactividad», definida en el propio instrumento como tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar. Esta escala presenta unos índices de consistencia interna entre 0,83 y 0,72, dependiendo de las edades de los sujetos.

Las puntuaciones obtenidas en cualquiera de las escalas son transformadas en puntuaciones T, que señalan la distancia de una puntuación con respecto a la media del grupo normativo y permiten establecer comparaciones entre sujetos de diferentes edades. Estas puntuaciones T pueden oscilar entre 0 y 100 y presentan una media de 50 y una D.T. de 10. En base a estas puntuaciones T se establecen distintos niveles, de modo que puntuaciones por debajo de 30 se consideran muy bajas, por debajo de 40 bajas, entre 40 y 60 nivel medio, por encima de 60 en riesgo y por encima de 70 clínicamente significativo.

El otro instrumento utilizado ha sido el Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) de Roa y Del Barrio (2001) adaptado del Parent-Child Relationship Inventory (Gerard, 1994), que mide, mediante una puntuación directa, las actitudes paternas y maternas hacia la crianza de sus hijos.

Está compuesto por 78 ítems con cuatro opciones de respuesta, que se agrupan en siete escalas:

- *Apoyo* social y emocional que una madre o padre está recibiendo.
- *Satisfacción con la crianza*: satisfacción que obtiene un padre por el hecho de serlo.
- *Compromiso*: grado de interacción y conocimiento que los padres tienen de su hijo.
- *Comunicación*: percepción sobre la efectividad de la comunicación con su hijo.
- *Disciplina*: nivel de exigencia de cumplimiento de las normas.
- *Autonomía*: habilidad para proporcionar independencia al hijo.
- *Distribución de rol*: actitudes acerca del papel que desempeña el género en la crianza.

También se incluye una pequeña escala de deseabilidad social.

La consistencia interna del instrumento para todas las escalas que lo componen, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, oscila entre 0,48 de la escala de Autonomía y 0,68 de la escala de Compromiso. Además, como afirman Roa y Del Barrio (2001), presenta una buena validez de constructo, dadas las correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en

las escalas más importantes de la crianza como son Compromiso-Satisfacción con la crianza (0,58), Compromiso-Comunicación (0,64), Disciplina-Apoyo (0,52), Disciplina-Autonomía (0,44) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (0,43).

Procedimiento

Una vez seleccionados los centros educativos, como se ha indicado en el apartado de participantes, nos pusimos en contacto con la dirección de los centros, cuyos consejos escolares manifestaron su consentimiento para participar en el estudio. Para informar a las familias por escrito y hacerles llegar el instrumento contamos con la colaboración de los tutores de los distintos cursos, que se encargaron tanto de la distribución como de la recogida de los cuestionarios. Las familias que accedieron a colaborar de manera voluntaria cumplieron el BASC en su forma P (padres) y en sus distintas versiones según la edad de los chicos y el PCRI tanto por parte del padre como de la madre.

Análisis de datos

Para valorar el posible efecto de estilo educativo parental en la hiperactividad se aplicó un diseño ex post-facto con grupo cuasi-control. Así pues, como variable dependiente se empleó una variable dicotómica, derivada de la puntuación T obtenida en hiperactividad. Las dos opciones de esta variable eran 0 para los sujetos con baja puntuación en hiperactividad y 1 para los sujetos situados en la zona de riesgo. Para ello se seleccionaron aquellos sujetos cuya puntuación T en hiperactividad informada por sus padres les situaba por encima del nivel de riesgo y se seleccionó otro grupo con baja hiperactividad equiparable al anterior en cuanto a sexo y nivel escolar.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binomial con el método «enter», que, partiendo de los coeficientes estimados por la regresión logística en cada una de las variables, en función de su probabilidad de pertenecer a uno u otro nivel de la variable dependiente, nos permite situar a cada sujeto en una de las dos categorías propuestas.

La regresión logística permite establecer una predicción del porcentaje de sujetos correctamente clasificados por el modelo, ya que el principal objetivo de este análisis es establecer un modelo que prediga la variable dependiente a raíz de las variables independientes. El modelo se compone de una ecuación formada por coeficientes estimados y las puntuaciones de las distintas variables, siendo el resultado una puntuación entre 0 y 1, con un punto de corte en 0,5, de manera que, mientras que puntuaciones entre 0,5 y 1 indican probabilidad de puntuar alto en hiperactividad, puntuaciones entre 0 y 0,5 indican lo contrario.

Para la realización de estos análisis se tuvieron en cuenta las siguientes variables predictoras tanto desde la perspectiva del padre como de la madre: Apoyo, Satisfacción con la crianza, Compromiso, Comunicación, Disciplina, Autonomía y Distribución de rol.

Posteriormente, para describir las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por los padres y madres de ambos grupos en los factores del PCRI se ha aplicado un análisis de varianza univariante, usando como factores fijos el sexo del progenitor y la variable dicotómica de hiperactividad. Se analizaron tanto las diferencias existentes respecto al sexo como la interacción con la variable dicotómica de hiperactividad.

Resultados

En la escala de hiperactividad, para posibles puntuaciones T entre 0 y 100, el grupo de riesgo ha obtenido una puntuación T media de 66,47 (DT= 4,220), con un rango entre 60 y 78, mientras que el grupo de baja hiperactividad ha obtenido una puntuación media de 35,00 (DT= 3,183), con un mínimo de 27 y un máximo de 39.

Al aplicar el análisis de regresión logística binomial con estos dos grupos, entre los distintos modelos posibles, se ha establecido un modelo de predicción compuesto por 8 factores que se detallan en la tabla 1. La bondad de ajuste del modelo es buena, con una chi-cuadrado de 43,887 con 8 grados de libertad, siendo estadísticamente distintos de cero. Además, la R2 de Cox y Snell y la R2 de Nagelkerke presentan unos valores aceptables, siendo 0,496 la primera y 0,662 la segunda. Por su parte, la prueba de Hosmer y Lemeshow de correspondencia entre valores reales y predichos de la variable dependiente no ha arrojado resultados significativos, pues $X^2 = 5,311$ ($p = 0,724$).

En cuanto a la clasificación de los sujetos, se ha obtenido un porcentaje de sujetos correctamente clasificados del 84,4% como media, obteniéndose a su vez porcentajes idénticos para ambos grupos en función de la variable dependiente.

Entre las principales aplicaciones del análisis de regresión logística figura la posibilidad de elaborar una ecuación con la que se puede clasificar a un sujeto en una de las condiciones de la variable dependiente y conocer la probabilidad de que manifieste o no un alto nivel de hiperactividad en función de su puntuación en una o más variables independientes.

La ecuación es:

$$b_1 = 1/1 + e^{-z}$$

En la que:

$$Z = B_0 + B_1(X_1) + B_2(X_2) + B_3(X_3) + B_n(X_n)$$

Siendo:

Z= combinación lineal de las variables.

B₀= coeficiente estimado de la regresión de la constante.

B₁= coeficiente estimado para la variable 1.

X₁= puntuación del sujeto 1 en la variable 1.

b₁= probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo.

e= base de logaritmos naturales (2,718).

Al trasladar los datos del estudio a la ecuación descrita se obtendría:

$$Z = 17,594 + (0,331)(X_1) + (-0,473)(X_2) + (-0,191)(X_3) + (-0,246)(X_4) + (0,246)(X_5) + (-0,159)(X_6) + (-0,154)(X_7) + (-0,182)(X_8)$$

Donde:

X₁= puntuación del padre en compromiso.

X₂= puntuación del padre en comunicación.

X₃= puntuación del padre en disciplina.

X₄= puntuación del padre en autonomía.

X₅= puntuación del padre en distribución de rol.

X₆= puntuación de la madre en apoyo.

X₇= puntuación de la madre en disciplina.

X₈= puntuación de la madre en autonomía.

Finalmente, el resultado obtenido en Z se traslada a la ecuación primera para obtener la probabilidad de b₁ o probabilidad de obtener una puntuación de riesgo en hiperactividad.

Como resultado se obtendrá un número entre 0 y 1, de modo que el sujeto será clasificado en el grupo de riesgo si obtiene una puntuación entre 0,5 y 1, y en el grupo de baja hiperactividad si obtiene una puntuación entre 0 y 0,5.

En este sentido, al escoger dos sujetos al azar, uno del grupo de baja hiperactividad (sujeto N° 2) y otro del grupo de riesgo (sujeto N° 46), la probabilidad de b₁ obtenida para el primero es 0,011 < 0,5, mientras que la obtenida para el segundo es 0,999 > 0,5.

Por otro lado, cabe destacar la elevada influencia de la variable disciplina tanto del padre como de la madre sobre la posibilidad de pertenencia a los grupos de riesgo o baja hiperactividad, pues al aplicar el análisis de regresión logística introduciendo únicamente a estos dos factores como variables independientes se obtuvo un porcentaje de sujetos correctamente clasificados del 78,1%.

Finalmente, para describir las diferencias existentes entre los estilos de crianza de los padres y madres de ambos grupos se aplicó el análisis de varianza univariante para cada uno de los factores del PCRI, obteniendo que sólo en el caso del apoyo parental, las

Tabla 1
Variables incluidas en el modelo

Variables	I.C. 95% Exp (B)							
	B	E.T.	Wald	g.l.	Sig.	Exp (B)	Inf.	Sup.
Compromiso padre	,331	,188	3,101	1	,078	1,392	,963	2,011
Comunicación padre	-,473	,187	6,388	1	,011	,623	,432	,899
Disciplina padre	-,191	,137	1,960	1	,161	,826	,632	1,079
Autonomía padre	-,246	,188	1,711	1	,191	,782	,541	1,131
Distribución rol padre	,246	,107	5,333	1	,021	1,279	1,038	1,577
Apoyo madre	-,159	,125	1,603	1	,205	,853	,667	1,091
Disciplina madre	-,154	,109	2,016	1	,156	,857	,693	1,060
Autonomía madre	-,182	,146	1,558	1	,212	,833	,626	1,110
Constante	17,594	7,581	5,386	1	,020	4,4E+07		

madres presentaban una puntuación media significativamente inferior a los padres, pues $F=4,032$ ($p=0,047<0,05$). La interacción con la variable dicotómica de hiperactividad no arrojó resultados significativos en ningún caso.

Discusión y conclusiones

Este estudio se proponía analizar la relación existente entre el estilo de crianza de ambos progenitores y la hiperactividad, entendida como hiperactividad/impulsividad, que son dos de las principales manifestaciones del TDAH.

La mayoría de los autores apuntaban cierta relación entre determinados factores sociales y familiares y la hiperactividad, de manera que podrían llegar a establecerse determinados modelos familiares directamente relacionados con la hiperactividad (Carr, 1999; Miranda et al., 2005). En este sentido, los resultados obtenidos reflejan diferencias importantes entre ambos grupos, de manera que una combinación de puntuaciones altas en compromiso y distribución de rol por parte del padre junto con puntuaciones bajas en comunicación del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores influyen significativamente en el incremento de la probabilidad de que se dé una puntuación en hiperactividad en la zona de riesgo del BASC.

En general, la mayoría de las variables actúan como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de riesgo cuando presentan puntuaciones bajas y como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de baja hiperactividad cuando las puntuaciones son altas. Esto coincide en buena medida con lo encontrado en estudios anteriores, como el de Hurt et al. (2007), que situaban al afecto como factor protector y al autoritarismo como factor de riesgo, o los resultados obtenidos por Goldstein et al. (2007), que señalaban a los padres de niños hiperactivos como menos afectuosos, más controladores o más negligentes que los de otros niños.

Los resultados obtenidos también muestran coherencia con lo obtenido por Roa y Del Barrio (2001), que, de acuerdo con los modelos de crianza propuestos por Baumrind (1991), identificaban puntuaciones elevadas en las principales escalas del PCRI con una buena crianza, lo que estaría en línea con el modelo democrático.

Al mismo tiempo, ambas autoras afirmaban que las puntuaciones bajas denotaban problemas para llevar a cabo la crianza de una forma adecuada, identificándose así con el modelo autoritario. No obstante, se da cierta contradicción entre los datos de estas autoras referentes exclusivamente a las madres y los resultados obtenidos en este estudio para los padres, donde las variables compromiso y distribución de rol presentan resultados contrarios a los esperados, lo que debería ser tratado en profundidad en estudios posteriores.

A pesar de esto, teniendo en cuenta que la falta de disciplina era una de las principales características con que se identifica al modelo permisivo, y que, a su vez, este factor ha resultado decisivo en la predicción de la hiperactividad, coincidimos con la mayoría de los autores al señalar al modelo autorizado o democrático como predictor de una baja puntuación en hiperactividad.

En cuanto a las principales diferencias obtenidas entre los estilos de crianza de los padres y las madres, éstas se reducen a una menor puntuación en apoyo social y emocional recibido por parte de las madres, lo que indica que existen pocas diferencias entre los estilos de crianza de padres y madres. Este dato resulta muy interesante, sobre todo en variables muy utilizadas en la descripción del estilo parental como son la disciplina o la autonomía, que a su vez han demostrado ser buenas predictoras de la puntuación en hiperactividad.

La información obtenida tiene una gran aplicación en la intervención con familias de niños con TDAH, pues puede orientar sobre algunos aspectos concretos de la práctica educativa diaria que pueden ser modificados, como establecer unas normas claras y asegurar su cumplimiento, ser comunicativo con los hijos e implicar a todos los miembros de la unidad familiar en las distintas tareas de crianza para favorecer la compatibilidad con el desempeño laboral de ambos progenitores.

Por último, de cara al futuro, se podrían llevar a cabo nuevos estudios que aporten información sobre algunos aspectos aún por aclarar como la influencia de la distribución de roles en la pareja o las posibles diferencias en las formas de disciplina empleadas por ambos progenitores. Además, el presente estudio abre una amplia vía de trabajo, en la que se podrían tratar otros problemas externalizantes como la agresividad o los problemas de conducta.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnold, E.H., Danforth, J.S., McCusker, W.R., y Eberhardt, T.L. (1998). *Validity of the Parenting Scale for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Póster presentado a la Conferencia Anual de la Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento, Washington DC.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En R.M. Lerner, A.C. Petersen y J. Brooks-Gunn (Eds.): *Encyclopedia of Adolescence* (vol. 2) (pp. 746-758). Nueva York: Garland.
- Biederman, J., Faraone, S., y Keenan, K. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738.
- Biederman, J., Milberger, S., y Faraone, S.V. (1995). Family environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-470.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. Londres: Routledge.
- Collett, B.R., Gimpel, G.A., Greenson, J.N., y Gunderson, T.L. (2001). Assessment of discipline styles among parents of preschool through school-age children. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23(3), 163-170.
- Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A., y Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- Goldstein, S., y Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorders in children: a guide for practitioners*. Nueva York: Wiley.

- Hurt, E.A., Hoza, B., y Pelham, W.E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I., y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16, 402-407.
- Maccoby, E.E., y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P.H. Mussen (Ed.): *Handbook of Child Psychology* (vol. 4) (pp. 1-101). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Manuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., y La Padula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.
- Miranda, A., Jarque, S., y Rosel, J. (2006). Tratamiento para niños con TDAH: programa psicopedagógico en la escuela frente a medicación psicoestimulante. *Psicothema*, 18, 335-341.
- Miranda, A., Presentación, M.J., y Roselló, B. (2005). Trastornos hiperactivos. En R. González Barrón (Coord.): *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 125-155). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Roa, L., y Del Barrio, V. (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 329-341.
- Roa, L., y Del Barrio, V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8(1), 37-51.
- Root, R.W., y Resnick, R.J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 34-41.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., y Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 509-514.
- Webster Stratton, C., y Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perception of Child Behaviour Problems, Parenting Behaviours and Child Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299-315.