



**Universidad
Europea** VALENCIA

**Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA Trabajo Fin de Máster**

Influencia del apego en la sintomatología del TDAH en adolescentes

Presentado por: **Olga López Hernández**

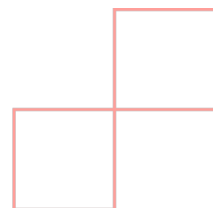
Director/es:

Carmen Abella Olmos

Curso: **2022/2023**

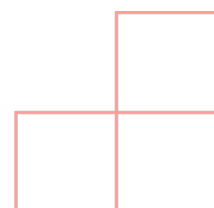
Convocatoria: **Octubre**

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia
universidadeuropea.com

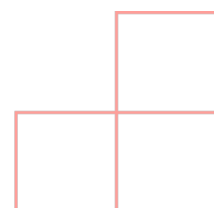


Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
1.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	6
1.2. El apego.....	7
1.3. Comportamiento agresivo y ruptura de reglas	11
1.4. La relación entre el apego, el TDAH y el comportamiento agresivo	12
2. Objetivo e hipótesis	17
2.1. Objetivo	17
2.2. Hipótesis	17
2.2.1. Hipótesis general	17
2.2.1.1. Hipótesis secundarias	17
3. Metodología	18
3.1. Participantes	18
3.2. Instrumentos	19
3.2.1. CaMir-R.....	19
3.2.2 Youth Self-Report (YSR).....	19
3.4. Procedimiento.....	20
3.5. Análisi de los datos.....	21
4. Resultados	21
5. Discusión	28
6. Conclusiones	33
6.1. Líneas de investigación futuras	34



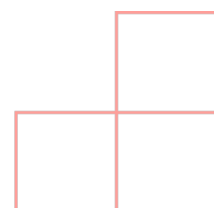
7. Bibliografía	36
8. Anexos.....	44
Anexo A. Cuestionario de apego CaMir-R.....	44
Anexo B. Autoinforme del comportamiento de jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18).....	47



Resumen

Antecedentes: Los sujetos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) pueden experimentar dificultades en las relaciones interpersonales y en la formación de vínculos seguros, lo que podría influir en la presentación y el manejo de los síntomas del TDAH. En el presente estudio se exploró la relación entre los patrones de apego y la manifestación de los síntomas de comportamiento agresivo, ruptura de reglas y problemas atencionales en una muestra de 13 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años (6 mujeres y 5 hombres) diagnosticados de TDAH subtipo combinado y siguiendo un plan de tratamiento combinado. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: YSR para los problemas comportamentales de los adolescentes y el CaMir-R para la evaluación de las representaciones de apego. **Resultados:** A través de pruebas estadísticas, se encontró una correlación significativa entre apego y la manifestación de síntomas en individuos con TDAH. Particularmente, se observó que el apego inseguro estaba asociado con puntuaciones más altas en comportamientos de ruptura de reglas y problemas atencionales. Si bien no se encontraron diferencias significativas en comportamientos disruptivos entre géneros, sí se identificaron diferencias en comportamientos agresivos. **Conclusiones:** Existe una relación entre la mayor manifestación de síntomas de ruptura de reglas y atencionales del TDAH subtipo combinado y el apego inseguro. No se puede afirmar que existan diferencias significativas en el comportamiento agresivo y el tipo de apego, aunque existe mayor manifestación de conductas agresivas en el sexo masculino que en el femenino. No se pueden afirmar que hayan más diferencias basadas en el sexo.

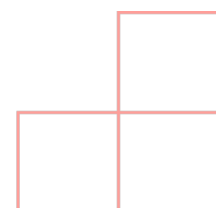
Keywords: TDAH, Apego, Problemas Atencionales, Comportamiento Agresivo, Comportamiento de Ruptura de Reglas.



Abstract

Background: Subjects with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) may experience difficulties in interpersonal relationships and in the formation of secure attachments, which could influence the presentation and management of ADHD symptoms. In the present study, the relationship between attachment patterns and the manifestation of symptoms of aggressive behavior, rule breaking and attention problems was explored in a sample of 13 adolescents between the ages of 13 and 17 (6 women and 5 men). diagnosed with ADHD combined subtype and following a combined treatment plan. The following questionnaires were used: YSR for adolescent behavioral problems and the CaMir-R for the evaluation of attachment representations. **Results:** Through statistical tests, a significant correlation was found between attachment and the manifestation of symptoms in individuals with ADHD. Particularly, insecure attachment was observed to be associated with higher scores on rule-breaking behaviors and attentional problems. Although no significant differences were found in disruptive behaviors between genders, differences in aggressive behaviors were identified. **Conclusions:** There is a relationship between the greater manifestation of rule-breaking and attentional symptoms of ADHD combined subtype and insecure attachment. It cannot be said that there are significant differences in aggressive behavior and type of attachment, although there is a greater manifestation of aggressive behavior in males than in females. It cannot be said that there are more differences based on sex.

Keywords: ADHD, Attachment, Attention Problems, Aggressive Behavior, Rule-Breaking Behavior.

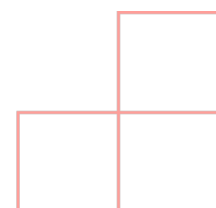


1. Introducción

1.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes diagnosticados en la infancia, afectando a aproximadamente el 5% de los niños y continuando en muchos casos hasta la adolescencia y la edad adulta (Polanczyk et al., 2007). Se trata de un trastorno del desarrollo que se caracteriza por dificultades en la atención y/o hiperactividad/impulsividad, lo cual interfiere con el crecimiento y funcionamiento adecuados (American Psychological Association [APA], 2013). A nivel global, se estima que la prevalencia del TDAH es del 5,2%, y se observan diferencias en cuanto al género, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres. Además, se encontraron diferencias relacionadas con la edad, ya que los síntomas del TDAH tienden a disminuir en la adolescencia (Roskam et al., 2014). El TDAH se considera un trastorno con múltiples causas. La mayoría de las investigaciones ha estado dirigida a investigar los déficits neurocognitivos, como las funciones ejecutivas, y su influencia en el TDAH (Thorell et al., 2012). No obstante, algunos sujetos no muestran alteraciones en estas funciones, lo que sugiere que existen otros factores en el desarrollo del TDAH (Wahlstedt et al., 2009).

Los síntomas principales del TDAH incluyen falta de atención, hiperactividad e impulsividad, los cuales pueden manifestarse en varios aspectos de la vida de quienes lo padecen, como el ámbito académico, social y emocional (Barkley, 2006). Estos síntomas pueden generar dificultades significativas en la vida de los adolescentes, como bajo rendimiento escolar, problemas en las relaciones sociales y malestar emocional. Además de los síntomas característicos, se ha observado que muchos adolescentes con TDAH también experimentan dificultades emocionales significativas. El trastorno también puede afectar las relaciones interpersonales de los adolescentes, incluyendo su relación con los padres (Chronis-Tuscano et al., 2010). Como consecuencia, pueden surgir problemas familiares, de relación, clínicos y académicos (Villalobos et al., 2004). El TDAH es una condición crónica que tiende a persistir durante la adolescencia y la edad adulta, y se asocia a factores negativos como fracaso escolar, problemas de conducta y delincuencia, abandono de estudios y baja autoestima (Miranda et al., 2006).

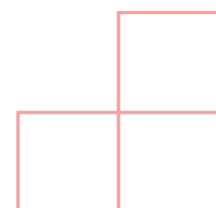


En cuanto al tratamiento, se han obtenido los mejores resultados con enfoques farmacológicos, psicosociales o una combinación de ambos (Miranda et al., 2006). Según diversos estudios, los autores sugieren que utilizar exclusivamente medicamentos estimulantes es la opción más rentable y que produce efectos a corto plazo. Sin embargo, este enfoque tiene importantes limitaciones. Por ejemplo, hasta un 10-30% de los afectados pueden no beneficiarse de este tratamiento y experimentar efectos secundarios no deseados. Asimismo, la duración del tratamiento con medicamentos es indefinida y los síntomas del TDAH reaparecen cuando se interrumpe el tratamiento.

El autor Ibañez (2007) destaca la importancia de los padres en el empeoramiento del trastorno en el curso del TDAH. La relación entre padres e hijos a menudo se vuelve problemática en niños con TDAH, lo que aumenta la excitación del niño y empeora su progreso. Debido a estos factores (etiología multifactorial, limitaciones de la medicación, influencia de posibles factores ambientales como las particularidades paternas en la evolución y el pronóstico), es necesario investigar más a fondo cómo las diferentes variables psicosociales contribuyen a la aparición y empeoramiento del TDAH, para diseñar intervenciones más efectivas.

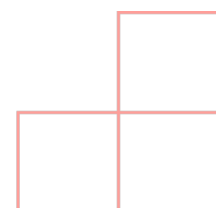
1.2. El apego

El comportamiento humano es complejo y multifacético, y su origen puede trazarse desde una interacción de factores biológicos, ambientales y psicológicos. Una de las teorías más influyentes que abordan este tema es la teoría del apego, propuesta por John Bowlby (1969). Esta teoría sostiene que las experiencias tempranas con figuras de cuidado pueden tener consecuencias duraderas en el desarrollo emocional, cognitivo y social de un individuo. Un factor que puede influir en la gravedad de los síntomas emocionales en adolescentes con TDAH es el apego. El apego se refiere al vínculo emocional que se establece entre un individuo y sus figuras principales de cuidado, generalmente los padres o cuidadores (APA, 2013). Estudios anteriores han demostrado que la calidad del apego puede afectar al desarrollo emocional y al ajuste psicológico tanto en la infancia como en la adolescencia (Bowlby, 1969; Mikulincer y Shaver, 2003). El apego, entendido como la conexión afectiva entre una persona y sus figuras de referencia, ha sido objeto de investigación en relación con diversos trastornos del desarrollo y la salud mental (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978). La teoría del apego sugiere que las experiencias tempranas de apego pueden influir en la formación de la personalidad, el desarrollo emocional y la regulación de las emociones (Bowlby, 1988).



El apego con el padre o la madre es la conexión emocional que un adolescente tiene con sus progenitores, y se ha comprobado que desempeña un papel importante en su desarrollo emocional y social (Bowlby, 1969). Un apego seguro con los padres se ha relacionado con una mayor autoestima, una mejor capacidad para manejar las emociones y una menor probabilidad de tener problemas de comportamiento durante la adolescencia (Sroufe, 2005). Los estudios han demostrado que el apego seguro en la infancia está asociado con una variedad de resultados positivos en la edad adulta, incluyendo mejores habilidades de regulación emocional, relaciones interpersonales más saludables y una mejor adaptación psicológica (Mikulincer y Shaver, 2007). Por otro lado, los estilos de apego inseguro, particularmente el apego ansioso y evitativo, han sido vinculados con una variedad de problemas psicológicos, incluido el comportamiento agresivo (Dutton et al., 1994) además de asociarse con un mayor riesgo de tener dificultades emocionales y de conducta (Fearon et al., 2010).

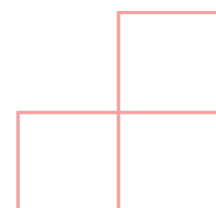
La teoría del apego de Bowlby (1969) mantiene que los seres humanos tienen una necesidad innata de formar vínculos emocionales con el resto, especialmente con los cuidadores principales, lo cual es fundamental para su desarrollo socioemocional a lo largo de la vida. Según esta teoría, los niños pueden desarrollar diferentes estilos de apego basados en la calidad y consistencia de las interacciones con sus cuidadores durante los primeros años. Se ha comprobado que tener un apego seguro está relacionado con un mejor desarrollo emocional y social, mientras que los estilos de apego inseguros se asocian con dificultades en estas áreas (Storebø et al., 2016). Las contribuciones de John Bowlby (1969) al campo del psicoanálisis, que en su mayoría fueron ignoradas, sentaron las bases de la teoría del apego. No obstante, gracias a autores como Ainsworth (1978), Main y Solomon (1986) y Fonagy (1998), quienes siguieron desarrollando la teoría de Bowlby, el rechazo inicial disminuyó y la investigación se expandió considerablemente. Esto ha llevado a propuestas de intervención en el vínculo para cambiar los patrones internos de apego (Slade, 2008). Según Bowlby (1969), las personas tienen una tendencia innata a formar lazos afectivos estrechos para regular la ansiedad y sentir seguridad durante la vida del sujeto (Sheinbaum et al., 2013). La perspectiva de que las figuras de cuidado estén disponibles fomentan al recién nacido a establecer vínculos (Wallin, 2012). Bowlby (1969) sostiene que el apego temprano cumple una función específica al proporcionar la seguridad necesaria para la supervivencia de la especie y del bebé (Juri, 2011), y se presenta en tres tipos de comportamiento: mantener la cercanía a una figura de apego; seguir a una figura de apego como base segura para explorar el entorno; y buscar una figura de apego como protección en condiciones de peligro (Wallin, 2012).



A partir de los primeros momentos de vida, el bebé procesa emocionalmente y cognitivamente las interacciones con sus cuidadores principales, lo que influye en el sentido de sí mismo y de los demás (Sheinbaum et al., 2013). Estos patrones determinan cómo interactuamos con los demás y cómo regulamos nuestra respuesta ante posibles amenazas o peligros (Juri, 2011). Mediante el uso del "Strange Situation" (Situación Extraña), Ainsworth (1978) pudo identificar tres estilos de apego basados en los patrones de comunicación que se establecían (Wallin, 2012):

- **Apego seguro:** los bebés seguros exploran su entorno cuando se encuentran protegidos y cuando perciben peligro, buscan el consuelo en la figura de apego. Después de separarse de su cuidador, pueden calmarse rápidamente. Esta flexibilidad en el apego seguro se desarrolla a través de una interacción con una madre receptiva y sensible a las señales emitidas por el bebé. La interacción entre los dos es empática y cooperativa, ya que una de las partes es capaz de entender las señales que la otra parte emite.
- **Apego evitativo:** los bebés evitativos muestran poco interés ante la partida y el retorno de la madre, mostrando bajo nivel de ansiedad. No obstante, la ansiedad está presente, ya que su frecuencia cardíaca es tan alta como la de los niños ansiosos (Spangler y Grossmann, 1993). Las investigaciones de Ainsworth (1978) pusieron de manifiesto que los intentos de contacto de los bebés evitativos eran rechazados por sus madres. La comunicación entre ellos es escasa y no se expresa un deseo de cercanía (Wallin, 2012).
- **Apego ambivalente:** los bebés ambivalentes inhiben la exploración en favor de localizar a la madre para estar cerca de ella. Se identificaron dos modelos de bebés ambivalentes: aquellos que se enfadan y aquellos que se muestran pasivos. Los dos experimentan angustia en la separación. Después del encuentro de nuevo, los bebés enfadados oscilan entre la búsqueda de contacto y las expresiones de rechazo con la madre. Los bebés pasivos solo muestran señales sutiles de buscar cercanía. No obstante, el encuentro de nuevo no alivia su angustia. La presencia de las madres de bebés ambivalentes se caracteriza por ser impredecible y circunstancial. Asimismo, estas madres, de manera leve o manifiesta, obstaculizan la autonomía de sus hijos, lo que puede dar explicación a la renuncia a la exploración que determina a este estilo de apego. La comunicación en estas es paradójica, ya que parece que los niños amplifican las expresiones de apego, pero el consuelo después del reencuentro es mínimo.

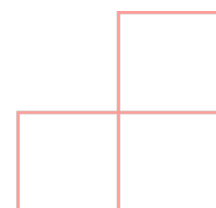
Más adelante, Main y Solomon, citados por Kobak y Madsen (2008), indicaron el modelo de apego desorganizado. El bebé requiere de los padres, pero estos le dan miedo, los ve como



un refugio, pero también los identifica como peligrosos. El miedo de los niños puede explicarse por padres descuidados o incluso, que puedan abusar de sus hijos, o por el miedo de los progenitores ante las señales de sus hijos que luego se transmiten.

Existen diversos enfoques para evaluar los diferentes estilos de apego en función de la edad de las personas. Durante los años iniciales de vida (0-5 años), se utiliza la observación de la conducta de apego, en especial a través de situaciones como "La situación extraña". A medida que los niños crecen (5-12 años), los comportamientos de apego se internalizan y se convierten en representaciones mentales de confiabilidad y seguridad hacia los padres, el mundo y los demás. En esta etapa, se emplean sistemas para valorar la imagen que los niños tienen de sus figuras de apego a través de métodos como historias incompletas, técnicas de proyección y entrevistas semiestructuradas. En el caso de los adultos, existen diversas opciones para evaluar los estilos de apego, como cuestionarios de autoinforme, entrevistas semiestructuradas y técnicas de proyección. Estos métodos permiten analizar las percepciones y representaciones que los adultos tienen acerca de sus relaciones afectivas y su funcionamiento familiar. Sin embargo, en la adolescencia, se han desarrollado menos instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas sólidas. La falta de herramientas precisas y válidas para medir el apego en esta etapa ha limitado el estudio y comprensión de esta dimensión en los jóvenes. Para abordar esta problemática, se ha creado el cuestionario CaMir-R, una versión reducida adaptada para adolescentes basada en el enfoque teórico de Mary Main. Este instrumento califica las percepciones de apego y el funcionamiento familiar en siete dimensiones, cinco relacionadas con la descripción del apego y dos con las representaciones de la estructura familiar, abordando aspectos como la seguridad, la interferencia de los padres, la preocupación familiar, la autosuficiencia, el resentimiento hacia los padres y el trauma infantil, así como el valor de la autoridad y la permisividad de los padres.

La evaluación de los estilos de apego varía según la edad de las personas, empleando diferentes métodos que van desde la observación conductual en los primeros años de vida hasta el uso de cuestionarios y técnicas de entrevista en la edad adulta. Sin embargo, en la adolescencia se ha evidenciado una falta de instrumentos con buenas propiedades psicométricas, y el uso del cuestionario CaMir-R se ha propuesto como una herramienta valiosa para comprender los problemas de apego en esta etapa del desarrollo.



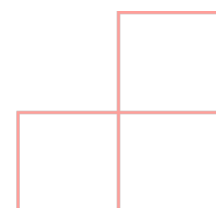
1.3. Comportamiento agresivo y ruptura de reglas

El comportamiento humano es una amalgama de interacciones intrínsecas y extrínsecas, y entre sus manifestaciones más estudiadas se encuentran el comportamiento agresivo y la ruptura de reglas. Estos comportamientos, que en muchas ocasiones son catalogados como disruptivos, tienen profundas implicaciones en el ámbito educativo, laboral y social. La comprensión de su etiología y manifestación es esencial para la implementación de intervenciones y estrategias preventivas eficaces.

La agresión ha sido definida desde múltiples perspectivas. Según Anderson y Bushman (2002), la agresión es cualquier forma de comportamiento que tiene la intención de dañar a otra persona que está motivada a evitar dicho comportamiento. Esta definición engloba tanto la agresión física como la verbal. Por otro lado, la ruptura de reglas, que puede ser vista como una manifestación del comportamiento opositor o desafiante, implica una transgresión consciente de normas establecidas en un contexto particular (Moffitt, 1993).

Numerosos estudios han intentado esclarecer las causas subyacentes de estos comportamientos. Factores biológicos, psicológicos y sociales han sido propuestos como posibles catalizadores (Raine, 2002). Por ejemplo, investigaciones neurocientíficas sugieren que anomalías en áreas cerebrales relacionadas con la regulación de emociones y la toma de decisiones podrían estar vinculadas con tendencias agresivas (Davidson, Putnam & Larson, 2000). Desde una perspectiva social, el ambiente familiar, la exposición a violencia y la ausencia de modelos a seguir adecuados, han sido señalados como potenciales factores de riesgo (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989).

Un estudio reciente de Turner y Matthews (2022) encontraron que los niveles elevados de ciertas hormonas, como la testosterona, están correlacionados con un aumento de la agresión en individuos jóvenes, especialmente en situaciones de estrés. Sin embargo, esta correlación no implica causalidad directa y los efectos hormonales varían según el individuo. En un estudio longitudinal, Nguyen et al. (2020) observaron que la crianza autoritaria estaba vinculada a una mayor propensión a romper reglas en la adolescencia. Por otro lado, los estilos de crianza empáticos y comprensivos se relacionaron con una menor tendencia a la ruptura de normas. Tomé et al. (2012) documentaron que la presión de grupo y la asociación con iguales que rompen reglas puede influir significativamente en la conducta de los jóvenes. Los jóvenes que tienen un



grupo de amigos que normaliza la ruptura de reglas y la agresividad son más propensos a manifestar comportamientos similares.

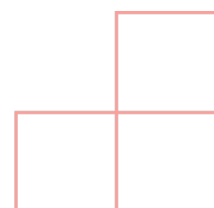
Investigaciones recientes indican que las diferencias en el procesamiento de la información pueden influir en la agresión y la ruptura de reglas. Observaron que los individuos propensos a la agresión suelen interpretar las situaciones ambiguas como amenazas, lo que puede llevar a respuestas agresivas como mecanismo de defensa (Quan et al., 2022).

1.4. La relación entre el apego, el TDAH y el comportamiento agresivo

Algunos estudios han encontrado que los niños y adolescentes con TDAH tienen una mayor prevalencia de estilos de apego inseguro en comparación con niños y adolescentes sin TDAH (Storebø et al., 2016). Esta inseguridad puede ser una consecuencia de la interacción entre los síntomas del TDAH y la capacidad del niño para relacionarse con sus cuidadores e iguales. La interacción entre el TDAH y el apego puede ser particularmente reveladora cuando consideramos la evolución de estos patrones a lo largo de la vida. En el contexto del TDAH, el apego puede jugar un papel en cómo un individuo regula sus emociones, enfrenta el estrés y se comporta en situaciones sociales (Biederman et al., 2006). Esta regulación emocional deficiente, que es común en las personas con TDAH, puede ser aún más problemática si también se asocia con un estilo de apego inseguro.

Se ha observado que los estilos de crianza se relacionan con el TDAH, debido a que los progenitores de hijos con TDAH muestran ciertos estilos de crianza diferentes a los padres de niños que no padecen el trastorno. A modo de ejemplo, se ha observado que los progenitores de niños diagnosticados con TDAH acostumbran a mostrar menos permisividad y más autoritarismo en su crianza en comparación con los padres de niños sin TDAH. Además, se ha encontrado que los estilos de crianza inconsistentes se vinculan a la presencia de síntomas depresivos en niños con TDAH. También se ha constatado que los padres de hijos con TDAH tienden a manifestar niveles elevados de reactividad, son menos gratificantes, sensibles y más críticos en comparación con los padres de niños sin TDAH (López Pajares, 2016).

Keown (2012) apunta que la falta de sensibilidad de los padres y la falta de afecto positivo por parte de la madre pueden predecir niveles más altos de desatención en la niñez,

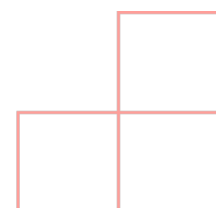


mientras que la intrusividad del padre podría predecir la hiperactividad y la impulsividad en la etapa escolar.

Es común que los niños con TDAH experimenten vínculos de apego inseguros. La formación de estos vínculos suele tener lugar durante el primer año de vida, antes de que se diagnostique el TDAH. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de que exista una alteración neurocognitiva antes de la formación de estos vínculos de apego. Por lo tanto, es crucial examinar la capacidad de los bebés para regular sus emociones y explorar la relación entre la salud mental paterna y la inseguridad en los vínculos de apego de sus hijos. Uno de los factores que se han relacionado es el vínculo afectivo entre el niño y su cuidador, ya que el apego juega un papel importante en las habilidades de autorregulación y estas tienden a estar afectadas en niños diagnosticados de TDAH (Thorell et al., 2012). Se han realizado numerosos estudios longitudinales que han relacionado el apego inseguro con los síntomas de inatención e hiperactividad en adolescentes de 11 a 16 años (Keskin y Çam, 2010). No obstante, Thorell et al. (2012) indican que existen menos estudios longitudinales que demuestren la relación predictiva entre el apego y el futuro desarrollo del TDAH. Aunque, hacen referencia a estudios que sugieren que niveles elevados de apego desorganizado en el primer año de vida se correlaciona con la posterior manifestación de síntomas de TDAH a la edad de 6 a 8 años.

La habilidad de autorregulación es extremadamente importante como un factor de protección contra diferentes enfermedades, no solo en el caso del TDAH. Por ejemplo, según (Brumariu y Kerns, 2010), tener habilidades limitadas para regular las emociones (como tener una conciencia emocional deficiente, interpretar las situaciones de manera distorsionada y carecer de estrategias de afrontamiento efectivas) se asocia con inseguridad en el apego. Esto significa que tener vínculos seguros está relacionado con menos dificultades para identificar las emociones, mientras que la falta de organización en el apego se vincula con una mayor tendencia a interpretar las situaciones de manera catastrófica y tener menos habilidades para enfrentar los desafíos.

Por otro lado, en un estudio exploratorio realizado por García e Ibañez (2007), se encontraron ciertos datos descriptivos que muestran notables diferencias en la seguridad o inseguridad de los vínculos de apego entre niños con y sin TDAH. A modo de ejemplo, aproximadamente el 47.1% al 52.9% de los niños con TDAH presentan inseguridad en el apego, mientras que en el grupo de control, aproximadamente el 75% presenta vínculos seguros. Además, en lo que se refiere a los diversos tipos de apego inseguro en niños con TDAH, se ha



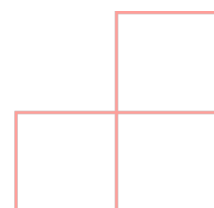
observado que el porcentaje más alto corresponde a aquellos que tienen un vínculo de apego desorganizado (35%), en comparación con el 17.6% tanto para el apego evitativo como para el apego ambivalente.

En los últimos años, se ha analizado cómo el apego y las conductas disruptivas, interactúan con este trastorno. Storebø et al. (2016) analizaron cómo el TDAH y el apego se influyen mutuamente y sugieren que un apego inseguro puede exacerbar los síntomas del TDAH. La falta de una base segura en las primeras etapas de la vida puede limitar las habilidades de autorregulación de un niño, haciéndolo más propenso a síntomas de inatención o hiperactividad.

Estos datos respaldan la idea de que existe una conexión entre el TDAH y la inseguridad en los vínculos de apego, en especial con el tipo de apego inseguro más frecuentemente vinculado, que es el relacionado con el apego desorganizado. Específicamente, según lo planteado por Stiefel, mencionado en el trabajo de Quiroga e Ibáñez (2007), se identifican dos patrones de apego importantes en relación con el TDAH: el patrón desorganizado y el patrón preocupado.

El comportamiento agresivo ha sido objeto de investigación durante décadas, dada su implicación en múltiples problemáticas sociales y su asociación con trastornos mentales (Anderson y Bushman, 2002). Varios estudios han explorado la relación entre el tipo de apego y la agresión. Por ejemplo, Mikulincer, Gillath y Shaver (2002) encontraron que individuos con estilos de apego ansioso o evitativo reportaron mayores niveles de hostilidad y agresión comparados con aquellos con apego seguro. Adicionalmente, el impacto del apego en el comportamiento puede ir más allá de las manifestaciones agresivas. Sroufe, Egeland, Carlson, y Collins (2005) realizaron un seguimiento longitudinal y encontraron que los individuos con apego inseguro en la infancia eran más propensos a desarrollar problemas de relación, autoimagen negativa y dificultades en la regulación emocional en la vida adulta. Además, estos individuos demostraron mayores tendencias hacia conductas de riesgo, incluida la agresión.

La teoría del apego también ha sido aplicada para entender otros aspectos del comportamiento humano, como las dificultades atencionales y los problemas relacionados con la ruptura de reglas (Schore, 2001). Un apego seguro se ha vinculado con una mejor regulación emocional y una atención sostenida (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010), mientras que un apego



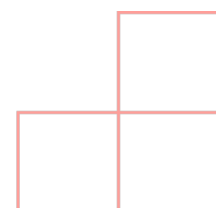
inseguro puede estar relacionado con problemas atencionales y una mayor predisposición a la ruptura de normas y reglas (Pasco Fearon y Belsky, 2011).

La relación entre el apego y la ruptura de reglas es particularmente relevante en contextos educativos y clínicos. Lyons-Ruth, Easterbrooks y Cibelli (1997) encontraron que niños con apego desorganizado tenían mayores probabilidades de mostrar comportamientos disruptivos en la escuela. Estos hallazgos son esenciales para educadores y profesionales de la salud mental, ya que resaltan la importancia de considerar el estilo de apego al diseñar intervenciones para niños y adolescentes con problemas de comportamiento.

Otro aspecto crítico a considerar es la influencia del género en la manifestación de estos comportamientos. Tradicionalmente, se ha observado que el género puede moderar la relación entre el apego y ciertos comportamientos, con los hombres mostrando mayor propensión a la agresión (Tremblay et al., 2005) y las mujeres experimentando mayores dificultades atencionales asociadas al apego inseguro (Biederman et al., 2006). Las investigaciones sugieren que los patrones de comportamiento disruptivo, como la agresión y la ruptura de reglas, están estrechamente relacionados con el TDAH y el apego. Por ejemplo, Diamantopoulou, Rydell, Thorell y Bohlin (2007) encontraron que los niños con TDAH y apego inseguro mostraban niveles más altos de agresión en comparación con los niños con solo una de estas características. Main y Solomon (1986) encontraron que el apego desorganizado en la infancia temprana está relacionado con el desarrollo de comportamientos agresivos en la niñez y la adolescencia. Además, Mikulincer y Shaver (2007) descubrieron que los adultos con estilos de apego inseguros tienden a tener respuestas más hostiles y defensivas en situaciones de conflicto en comparación con aquellos con un apego seguro.

El impacto del apego en las conductas de ruptura de reglas también ha sido examinado. Kochanska y Kim (2013) encontraron que los niños con un apego seguro eran menos propensos a involucrarse en comportamientos de desobediencia y desafío hacia la autoridad en comparación con aquellos con un apego inseguro. Esta relación puede tener importantes implicaciones en contextos escolares y clínicos.

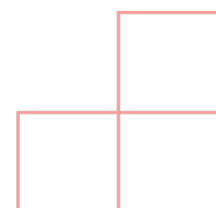
Más allá de esto, en un estudio realizado por Klein et al. (2012), se exploraron las posibles rutas causales entre el TDAH, el apego inseguro y las tendencias comportamentales disruptivas. Los hallazgos sugieren que la relación entre el TDAH y comportamientos como la agresión puede estar mediada por factores como el apego inseguro. En el metaanálisis realizado por Cavicchioli, Stefanazzi, Tobia y Ogliari (2023) se encontró una correlación entre apego



inseguro en la infancia temprana y la gravedad de los síntomas del TDAH en la adolescencia. Este hallazgo plantea la posibilidad de que intervenciones tempranas enfocadas en la formación de relaciones de apego seguras puedan tener un impacto positivo en la trayectoria del TDAH. Por otro lado, la relación entre el TDAH y comportamientos disruptivos, como la ruptura de reglas y la agresión, ha sido un área de estudio prominente. Anderson y Bushman (2022) y Speyer et al. (2022) encontraron que individuos diagnosticados con TDAH en la infancia tenían más probabilidades de manifestar comportamientos agresivos y de ruptura de reglas en la adolescencia y adultez temprana. Curiosamente, el estudio también sugirió que las intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades socioemocionales en la infancia pueden atenuar estos resultados negativos.

Estudios actuales han mostrado que los adolescentes con TDAH pueden enfrentar dificultades para establecer relaciones seguras con sus cuidadores (Setyanisa et al., 2022). Algunos estudios sugieren que los adolescentes con TDAH pueden tener dificultades para formar vínculos seguros debido a los síntomas de impulsividad y falta de atención asociados con el trastorno (Frick et al., 2021). Se plantea la idea de que un apego inseguro o desorganizado podría ser un factor de riesgo adicional en el desarrollo y la persistencia del TDAH durante la adolescencia (Smith, 2017; Widmer et al., 2023). Aunque se ha investigado por separado la relación entre el apego y el TDAH, es necesario comprender cómo estas variables interactúan entre sí (Konowalek y Wolańczyk, 2020; Wann Arachchige Dona et al., 2023). Se sugiere que el tipo de apego que experimentan los adolescentes con TDAH puede influir en la manifestación y gravedad de los síntomas del trastorno (Dekkers et al., 2021; Sánchez et al., 2023). Sin embargo, aún se necesita más investigación para explorar en detalle esta interacción y sus implicaciones clínicas.

El presente estudio pretende arrojar luz sobre cómo las variables del apego, la falta de atención y las conductas disruptivas, como la agresión y la ruptura de reglas, se manifiestan y se relacionan entre sí en individuos con TDAH. Considerando la alta prevalencia del TDAH y la significativa repercusión de las dificultades de apego y comportamiento en la vida diaria de estos individuos, es esencial entender y estudiar estas interacciones.



2. Objetivo e hipótesis

2.1. Objetivo

El objetivo principal es examinar si existe una relación entre el tipo de apego desarrollado en la infancia y la manifestación de síntomas del TDAH durante la adolescencia en una muestra de adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años, comparando las puntuaciones, en función del tipo de apego seguro o inseguro y comprobando la manifestación de la sintomatología del TDAH subtipo combinado. A su vez, analizaremos si el sexo de los adolescentes, influye en los resultados obtenidos. Para alcanzar estos objetivos, se emplearán medidas estandarizadas para evaluar el apego y la sintomatología emocional, junto con entrevistas clínicas y observaciones conductuales para evaluar la gravedad de los síntomas del TDAH. Se espera que los descubrimientos de este estudio proporcionen una comprensión más profunda de cómo el apego influye en la sintomatología emocional en los adolescentes con TDAH, lo cual podría tener repercusiones significativas en el desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas para esta población.

2.2. Hipótesis

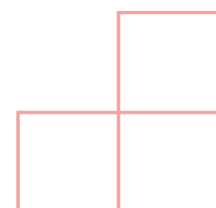
2.2.1. Hipótesis general

Con relación a esta investigación, la hipótesis principal es determinar si hay una relación entre la seguridad o inseguridad del apego y la gravedad en la manifestación de la sintomatología del TDAH en adolescentes a través del análisis del comportamiento agresivo, ruptura de reglas y la manifestación de problemas atencionales, influyendo a su vez, la variable sexo.

2.2.1.1. Hipótesis secundarias

Hipótesis 1

1.a) El grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo combinado) y apego inseguro tendrán más probabilidad de presentar mayor sintomatología del TDAH subtipo combinado.



1.b) El grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo combinado) y apego inseguro mostrarán mayores puntuaciones en las escalas de problemas atencionales, conductas agresivas y ruptura de reglas, en comparación de los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo combinado) y apego seguro.

Hipótesis 2

En cuanto a la influencia de la variable sexo esperamos constatar que:

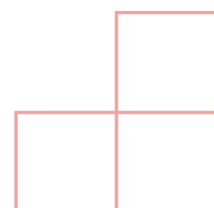
2.a) Se espera que los hombres, frente a las mujeres, puntúen más alto en aquellas escalas asociadas al apego inseguro.

2.b) Se espera que los hombres, frente a las mujeres, tengan mayor sintomatología del TDAH subtipo combinado y que por lo tanto, puntúen más alto en las escalas de problemas atencionales, ruptura de reglas y comportamiento agresivo.

3. Metodología

3.1. Participantes

En esta investigación, se analizó un grupo de 13 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años diagnosticados de TDAH subtipo combinado. Los criterios para seleccionar a los adolescentes con TDAH fueron que tuvieran el diagnóstico confirmado, que estuvieran dentro del rango de edad mencionado y que siguieran terapia combinada a través de la combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico. Para la muestra, se empleó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que significa que los participantes fueron seleccionados según su disponibilidad y acceso. Los sujetos con TDAH se obtuvieron a través del Centro de Salud Mental Asociación TDAH Vallès, que es especialista en este trastorno. La edad promedio de los adolescentes con TDAH subtipo combinado en el estudio fue de 15,5 años, (DT=1,70).



3.2. Instrumentos

3.2.1. CaMir-R

En esta investigación, se evaluaron las representaciones de apego utilizando el cuestionario CaMir-R, que es una versión abreviada de la escala original desarrollada por Pierrehumbert, Karmaiola y Sieye en 1996. El instrumento consta de 32 preguntas tipo Likert de 5 puntos, donde los participantes responden indicando su grado de acuerdo con cada afirmación (Ver anexo A).

El cuestionario abarca siete dimensiones diferentes, de las cuales cinco están relacionadas con las representaciones de apego. Estas dimensiones son: Seguridad (que evalúa la percepción de disponibilidad y apoyo por parte de las figuras de apego), Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Rencor hacia los Padres, y Traumatismo Infantil. Las dos dimensiones restantes se enfocan en la estructura familiar y son el Valor de la Autoridad de los Padres y la Permisividad Parental.

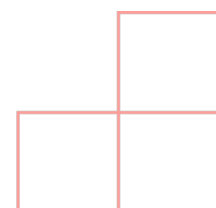
A través de las respuestas obtenidas, los adolescentes pueden ser clasificados en tres estilos de apego: seguro, evitativo y preocupado, según sus patrones de respuesta en el cuestionario.

Es importante destacar que, en este estudio en particular, solo se utilizó la dimensión de Seguridad, que se centra en la percepción de disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, para identificar si el estilo de apego es considerado como seguro o inseguro.

En términos de la calidad del cuestionario, se encontró que presenta una buena consistencia interna, con valores de confiabilidad que oscilan entre 0.6 y 0.85. Además, se ha demostrado que posee validez convergente y de decisión, lo que respalda su capacidad para medir de manera precisa las representaciones de apego en los adolescentes.

3.2.2 Youth Self-Report (YSR)

En este estudio, se utilizó el Youth Self-Report (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001), un autoinforme que fue diseñado para obtener información sistematizada directamente de niños y adolescentes (entre 11 y 18 años) sobre diversas competencias y problemas de conducta. Este



autoinforme recopila datos demográficos, habilidades de los sujetos, posibles enfermedades o discapacidades, entre otros aspectos.

El YSR consta de 112 preguntas con tres alternativas de respuesta, que exploran diferentes problemas de comportamiento que los participantes pueden haber experimentado. Estas preguntas se agrupan en 8 escalas que abordan temas como aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, dificultades en el pensamiento, problemas de atención, comportamiento desafiante (ruptura de reglas) y agresivo. (Ver Anexo B).

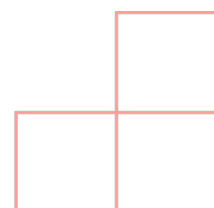
Además, el cuestionario permite calcular puntuaciones en dos escalas de amplio espectro: trastornos internalizantes y trastornos externalizantes, así como una puntuación global total (Lacalle, 2009). Es importante mencionar que las cualidades psicométricas del YSR han sido respaldadas por numerosos estudios, lo que valida su confiabilidad y precisión en la evaluación psicopatológica.

3.4. Procedimiento

El enfoque utilizado para este estudio fue un análisis de casos cruzados. El objetivo principal fue investigar si existe alguna relación entre el tipo de apego seguro o inseguro y el grado de manifestación o gravedad de los síntomas de TDAH subtipo combinado en adolescentes que están siendo tratados en el Centro de Salud Mental Asociación TDAH Vallés. Estos adolescentes estaban recibiendo terapias farmacológicas y psicológicas simultáneas para el TDAH subtipo combinado (terapia combinada).

Se estableció contacto con ellos y, con el consentimiento de sus padres, se les administraron pruebas para recopilar datos.

Antes de obtener los permisos y el consentimiento de los padres, el estudio fue propuesto al comité de ética de la Universidad Europea de Valencia, al cual, se ha enviado toda la documentación necesaria para su aprobación y se está a la espera de que puedan emitir una valoración del estudio. En relación a la hipótesis, se pretende analizar la relación existente entre el tipo de apego seguro/inseguro y el grado de manifestación de los síntomas de TDAH subtipo combinado en adolescentes. Para ello, se realizaron análisis de comparaciones para valorar si existe relación.



A lo largo del proceso, se aseguró a los participantes del estudio que su participación era de carácter voluntario, que tenían la libertad de abandonar en cualquier momento el estudio y que sus respuestas se mantendrían completamente anónimas y confidenciales.

3.5. Análisis de los datos

Durante la fase de análisis de datos, se empleó el software estadístico PSPP, versión 1.6.0. Para describir la muestra, se utilizaron estadísticos descriptivos. Antes de llevar a cabo la comparación de medias, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk con el fin de verificar si las puntuaciones en las distintas escalas seguían una distribución normal. La variable apego seguro/inseguro no se ajustaba a una distribución normal ($p < 0.05$), lo que justifica el uso de Mann-Whitney U para comparar las variables apego seguro/inseguro en adolescentes que presentan TDAH de subtipo combinado, específicamente en la dimensión de seguridad del CaMir-R, la cual aborda la disponibilidad y el apoyo de las figuras de apego, y entre las puntuaciones de ruptura de reglas, comportamiento agresivo y problemas atencionales del YSR para comprobar la hipótesis principal. Se realizó además un Mann-Whitney U para evaluar de manera preliminar la relación de las variables anteriores con el sexo, debido a que la variable no se ajusta a una distribución normal ($p < 0.05$), y por lo tanto, es adecuada su utilización.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación con los objetivos de esta investigación. En primer lugar, se presentan los análisis descriptivos de los constructos en base a la muestra del estudio. Seguidamente, se presentan los análisis que exploran las relaciones entre variables y comparaciones, en línea con el objetivo principal y los objetivos particulares de la investigación.

Como se observa en la Figura 1, la muestra está compuesta por un total de 13 sujetos, con una distribución casi equitativa entre sexo masculino y femenino, con un ligero predominio del sexo femenino (53,8%) sobre el masculino (46,2%). La muestra consta de sujetos cuyas edades varían entre 13 y 17 años. Todos los adolescentes están diagnosticados de TDAH perfil combinado moderado y siguen tratamiento farmacológico y psicoterapia.

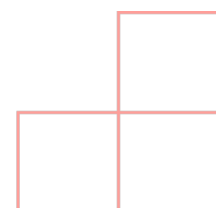
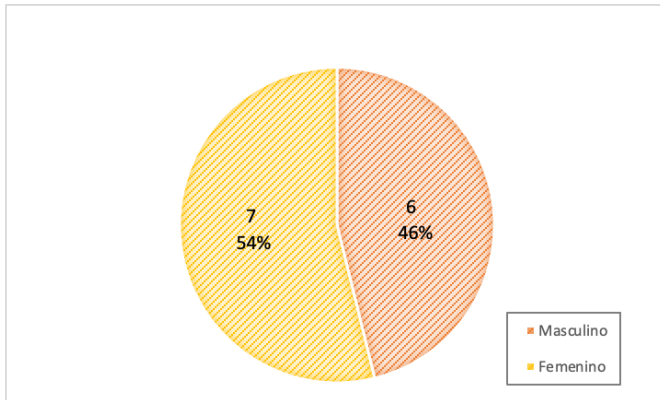


Figura 1

Proporción de sexo femenino y masculino en la muestra



En la Tabla 1, se observa que la distribución de edades es equitativa, excepto para la edad de 13 años que tiene una menor representación (7,7%). La muestra consta de sujetos cuyas edades varían entre 13 y 17 años. La edad promedio de la muestra es de 15,31 años con una desviación estándar de 1,32 años, lo que indica que las edades están bastante agrupadas alrededor de la media.

Tabla 1

Distribución de edades en la muestra

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	1	7,70%
14	3	23,10%
15	3	23,10%
16	3	23,10%
17	3	23,10%
	13	100,00%

A continuación, se presenta la variable apego seguro/inseguro que se extrae a través de los ítems que forman esta dimensión en el cuestionario CaMir-R. Como se puede observar en la Figura 2, los resultados obtenidos respecto a la variable apego seguro/inseguro, mostraron que el 69,2% de los adolescentes de la muestra tenían un apego seguro, respecto al 30,8% de los adolescentes que mostraban un apego inseguro.

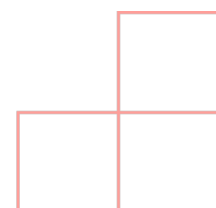
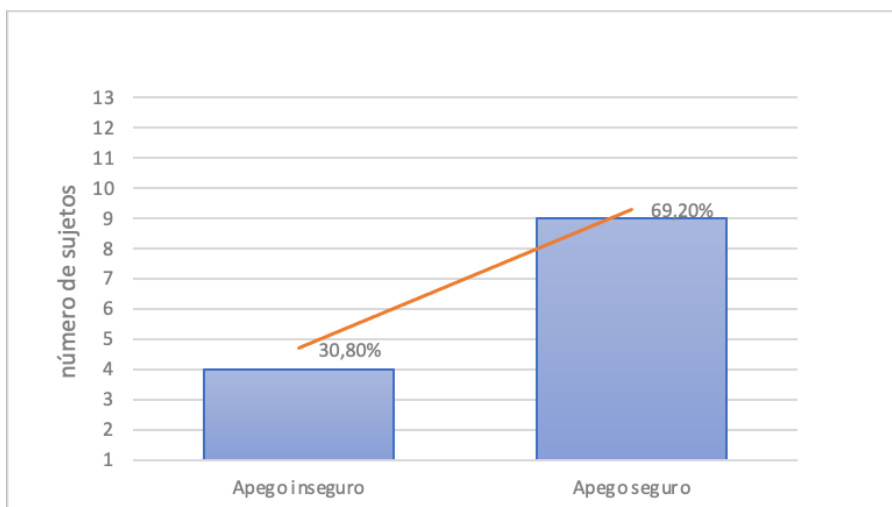


Figura 2

Proporción del tipo de apego en los adolescentes de la muestra



Como se observa en la Tabla 2, dentro de la muestra se analizaron las preguntas del cuestionario CaMir-R que puntúan para la dimensión de apego seguro/inseguro. Las afirmaciones relacionadas con el apego y el apoyo de los seres queridos generalmente obtuvieron calificaciones altas, lo que indica que la mayoría de los sujetos en la muestra sienten un fuerte apego hacia sus seres queridos. Hay que destacar que las preguntas “en caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo (SD=1,19) y “cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte” (SD=1,11) son las que registran una variabilidad de respuestas más alta.

Tabla 2

Ítems de la dimensión apego seguro/inseguro del cuestionario CaMir-R.

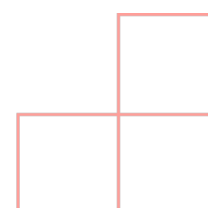
Ítems	N	Media	Desv Std
Estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	13	3,92	1,19
Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	13	3,92	0,95
Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas	13	4,38	0,77
Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	13	4,54	0,78

Campus de Valencia

Paseo de la Alameda, 7

46010 Valencia

universidadeuropea.com

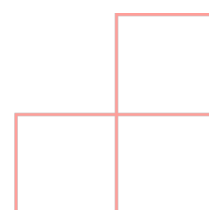


Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	13	4,31	1,11
Siento confianza en mis seres queridos	13	4,31	0,75
Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	13	3,92	1,04

En el cuestionario CaMir-R, se establece que una puntuación T igual o superior a 50 indica un estilo de apego seguro, mientras que una puntuación inferior a 50 refleja un estilo de apego inseguro. En este caso, las puntuaciones T de apego en la muestra varían ampliamente, abarcando un rango desde 12,81 hasta 61,59. La media de 46,97 sugiere que, en promedio, los participantes muestran un estilo de apego seguro, pero algunos de los sujetos han obtenido puntuaciones T muy bajas, lo que ha inclinado la media hacia un apego inseguro. La desviación estándar de 14,27 indica una notable dispersión de las puntuaciones, subrayando la variabilidad en los estilos de apego dentro de la muestra. Los resultados muestran una diversidad considerable en los estilos de apego y una tendencia hacia el apego inseguro en la muestra evaluada.

En la presente investigación, se administró el cuestionario YSR para analizar las puntuaciones de los adolescentes en las áreas específicas de comportamiento agresivo, ruptura de reglas y problemas atencionales. Estas dimensiones fueron seleccionadas debido a su relevancia en la identificación y comprensión del TDAH subtipo combinado, según lo respaldado por la literatura científica. Las puntuaciones obtenidas en comportamiento agresivo, comportamiento en ruptura de reglas y problemas atencionales proporcionan una evaluación detallada de la sintomatología característica del TDAH subtipo combinado en los adolescentes participantes. Estas dimensiones detectan posibles manifestaciones de impulsividad, hiperactividad e inatención, los cuales son pilares fundamentales para el diagnóstico del TDAH subtipo combinado.

A continuación, se presentan en la Tabla 3 los resultados de las estadísticas descriptivas de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario YSR relacionado con la sintomatología del TDAH. El comportamiento agresivo tiene la puntuación media más alta (14,92) y el rango más amplio, indicando un nivel significativo de manifestación de conductas agresivas en la muestra, además de que la puntuación más baja registrada fue 7, mientras que la más alta fue 29, mostrando una amplia gama de comportamiento agresivo observada en la muestra. Los



problemas atencionales tienen la menor dispersión (3,26), por lo que el patrón de respuestas ha sido más consistente que en el resto de las escalas analizadas. El análisis de las puntuaciones del cuestionario YSR en relación con la sintomatología del TDAH revela patrones de comportamiento en la muestra de adolescentes evaluados. En particular, se observa una alta manifestación de comportamiento agresivo y comportamiento de ruptura de reglas como evidencian las puntuaciones medias más altas y una notable disparidad entre las respuestas en contraste con los problemas atencionales. Esta diferencia en la variabilidad de las respuestas de comportamiento agresivo y ruptura de reglas, muestran la diversidad en la expresión de estos comportamientos en la muestra. Además, la amplia gama de puntuaciones reflejada por el valor mínimo y máximo evidencia la heterogeneidad en la manifestación del comportamiento agresivo y de ruptura de reglas, en contraposición de la mayor homogeneidad en las respuestas obtenidas en problemas atencionales.

Tabla 3

Datos descriptivos de las puntuaciones totales del cuestionario YSR para sintomatología del TDAH subtipo combinado

	Puntuación total comportamiento ruptura de reglas	Puntuación total comportamiento agresivo	Puntuación total problemas atencionales
<i>N</i>	13	13	13
<i>Media</i>	11,08	14,92	10,85
<i>Desv Std</i>	6,40	6,41	3,26
<i>Mínimo</i>	2	7	6
<i>Máximo</i>	21	29	18

Nota. Esta tabla muestra las mayores puntuaciones, diversidad y amplitud significativa en la expresión de los comportamientos agresivos y ruptura de reglas, en contraste, con los problemas atencionales que muestran una menor puntuación y dispersión, evidenciando una consistencia más homogénea en las respuestas.

Posteriormente se realizó la prueba de Shapiro-Wilk ($p > .05$), para valorar si las variables se ajustaban a una distribución normal. Como se puede observar en la Tabla 4, los resultados de la prueba Shapiro-Wilk, con un valor estadístico de 0,65 y un nivel de significancia de 0,00 para el sexo y de 0,75 y nivel de significancia de 0,00 para el apego, sugieren que ambas variables no siguen una distribución normal.

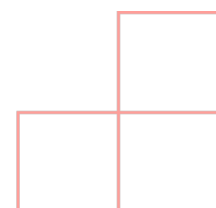


Tabla 4

Pruebas de normalidad con el estadístico Shapiro-Wilk para el objetivo general del estudio.

Variable	Estadístico Shapiro-Wilk	df	Sign.
Sexo	0,65	13	0,00*
Apego	0,75	13	0,00*
Puntuación comportamiento ruptura de reglas	0,94	13	0,48
Puntuación comportamiento agresivo	0,92	13	0,23
Puntuación problemas atencionales	0,94	13	0,50

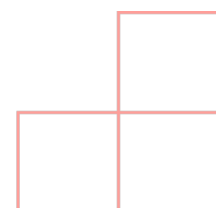
Nota. * $p < .05$

Relación entre apego seguro/inseguro y sintomatología del TDAH subtipo combinado

Para responder al objetivo general del estudio, se realizó una comparación de puntuación total en problemas atencionales según el tipo de apego como se observa en la Tabla 5. La comparación de la puntuación total en problemas atencionales entre individuos con apego seguro e inseguro reveló diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney = 0,00, $Z = -2,80$, $p = 0,005$). Los participantes con apego inseguro (Mdn = 11,50) mostraron puntuaciones significativamente más altas en problemas atencionales en comparación con aquellos con apego seguro (Mdn = 5,00).

Seguidamente, se compararon las puntuaciones totales en comportamiento de ruptura de reglas según el tipo de apego. El análisis de la puntuación total en comportamiento de ruptura de reglas en función del tipo de apego también reveló diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney = 4,50, $Z = -2,09$, $p = 0,037$). Los individuos con apego inseguro (Mdn = 10,38) presentaron puntuaciones significativamente más altas en comportamiento de ruptura de reglas en comparación con aquellos con apego seguro (Mdn = 5,50).

Sin embargo, al comparar la puntuación total en comportamiento agresivo según el tipo de apego, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total en comportamiento agresivo entre individuos con apego seguro e inseguro (U de Mann-Whitney = 6,00, $Z = -1,86$, $p = 0,063$). Los participantes con apego inseguro (Mdn = 10,00) y apego seguro



(Mdn = 5,67) mostraron una tendencia hacia la significancia, pero no alcanzando el umbral de ,05.

Relación entre apego seguro/inseguro y el sexo.

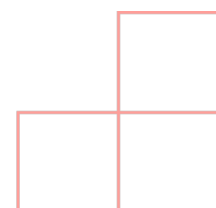
Se realizó un análisis de comparación entre el sexo (masculino y femenino) y el tipo de apego (inseguro y seguro) utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney tal y como se observa en la Tabla 5. Se observaron diferencias significativas en la puntuación de apego entre los géneros para ambos tipos de apego ($U = 17$, $p = 0,859$), indicando que no hay diferencias significativas en las puntuaciones de apego entre hombres (Mdn = 6,75) y mujeres (Mdn = 7,11). El rango medio para hombres fue de 17,00 y para mujeres fue de 27,00. Estos hallazgos sugieren que el género no influyó de manera significativa en las puntuaciones de apego tanto para apego inseguro como seguro en la muestra.

Relación entre la sintomatología del TDAH subtipo combinado y el sexo.

Asimismo, se compararon la puntuación total en problemas atencionales según el sexo, tal y como se observa en la Tabla 5. Al comparar la puntuación total en problemas atencionales según el sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney = 13,50, $Z = -1,08$, $p = 0,279$). Los hombres (Mdn = 8,25) presentaron puntuaciones ligeramente superiores en problemas atencionales que las mujeres (Mdn = 5,93), aunque estadísticamente no significativas y por lo tanto, se obtuvieron puntuaciones similares en problemas atencionales.

Seguidamente, se compararon la puntuación total en comportamiento de ruptura de reglas según el sexo. La comparación de la puntuación total en comportamiento de ruptura de reglas entre hombres y mujeres tampoco mostró diferencias significativas (U de Mann-Whitney = 11,50, $Z = -1,36$, $p = 0,174$). Los hombres (Mdn = 8,58) presentaron de nuevo una puntuación ligeramente superior a las mujeres (Mdn = 5,64) pero esta diferencia no es significativa, por lo que las puntuaciones en comportamiento de ruptura de reglas se mostraron similares en ambos sexos.

Por último, se comparó la puntuación total en comportamiento agresivo según el sexo y de esta manera, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total en comportamiento agresivo entre hombres y mujeres (U de Mann-Whitney =



2,00, $Z = -2,72$, $p = 0,006$). Los hombres ($Mdn = 10,17$) presentaron puntuaciones significativamente más altas en comportamiento agresivo en comparación con las mujeres ($Mdn = 4,29$).

Tabla 5

Comparación de variables prueba U de Mann-Whitney.

Comparación de Variables	U de Mann-Whitney	Z	Sig. (2 colas)
<i>Problemas Atencionales por Tipo de Apego</i>	0,00	-2,80	0,005*
<i>Comportamiento de Ruptura de Reglas por Tipo de Apego</i>	4,50	-2,09	0,037*
<i>Comportamiento Agresivo por Tipo de Apego</i>	6,00	-1,86	0,063
<i>Tipo de Apego por Sexo</i>	17,00	-0,18	0,859
<i>Problemas Atencionales por Sexo</i>	13,50	-1,08	0,279
<i>Comportamiento de Ruptura de Reglas por Sexo</i>	11,50	-1,36	0,174
<i>Comportamiento Agresivo por Sexo</i>	2,00	-2,72	0,006*

Nota. * $p < .05$

5. Discusión

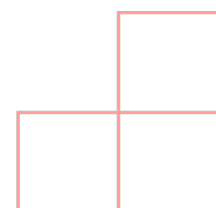
La compleja interacción entre el TDAH y las variables psicosociales ha sido el epicentro de múltiples investigaciones en las últimas décadas. Los resultados obtenidos en el presente estudio refuerzan la idea de que el apego puede jugar un papel crucial en la manifestación y gestión del TDAH. En la presente investigación se buscó determinar las relaciones entre el tipo de apego seguro o inseguro y comportamientos específicos del TDAH subtipo combinado (ruptura de reglas, comportamiento agresivo y problemas atencionales) en una muestra de adolescentes. Específicamente, observamos diferencias significativas en el comportamiento de individuos con apego seguro versus aquellos con apego inseguro. Estos resultados se corresponden con anteriores investigaciones que sugieren que los individuos con TDAH, que también presentan patrones de apego inseguro, pueden enfrentar dificultades adicionales en el procesamiento social y emocional (Mikami, et al., 2010; Lewczuk, et al., 2021). Además, aquellos con apego inseguro mostraron puntuaciones más altas en comportamiento de ruptura de reglas. Los individuos con apego inseguro mostraron puntajes significativamente más altos en comportamiento de ruptura de reglas, comparados con aquellos con apego seguro.

Campus de Valencia

Paseo de la Alameda, 7

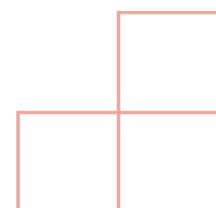
46010 Valencia

universidadeuropea.com



Específicamente, los individuos con apego inseguro registraron un rango medio de 10,38 en comportamiento de ruptura de reglas, comparado con los rangos medios de 5,50 para aquellos con apego seguro. Esta correlación podría ser indicativa de la teoría que sugiere que un apego inseguro puede resultar en la adopción de estrategias mal adaptativas para enfrentar desafíos emocionales y sociales (Bowlby, 1969). En el contexto del TDAH, esto podría traducirse en un manejo menos efectivo de los impulsos y una autorregulación comprometida, especialmente en situaciones estresantes. Estos resultados van en la misma dirección que un metaanálisis reciente en el que los resultados revelan que un apego seguro se correlaciona consistentemente con una regulación emocional equilibrada, mientras que la regulación emocional disfuncional se ve afectada en el apego inseguro (Eilert y Buchheim, 2023). Los resultados indican, además, una notable diferencia en los problemas atencionales entre los sujetos con apego inseguro y apego seguro. Los sujetos con apego seguro obtienen menores puntuaciones de problemas atencionales que los sujetos con apego inseguro. Estos resultados van en relación con un metaanálisis reciente en el que se incluyó 62 estudios y se encontró un vínculo entre los problemas de atención de los niños y la calidad del apego: los niños con representaciones de apego más inseguras y desorganizadas tenían más problemas de atención que los niños con representaciones de apego seguras y organizadas (Pallini et al., 2019).

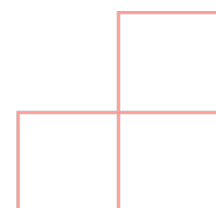
En el comportamiento agresivo según el tipo de apego se observa una ligera diferencia, pero no significativa. Los individuos con apego inseguro mostraron puntajes ligeramente más altos, pero no significativos, en comportamiento agresivo comparados con aquellos con apego seguro. Específicamente, los individuos con apego inseguro registraron un rango medio de 10,00 en comportamiento agresivo, comparado con los rangos medios de 5,67 para aquellos con apego seguro. Estos hallazgos están en línea con investigaciones previas que destacan la importancia del apego seguro en la moderación de comportamientos disruptivos en individuos con TDAH (Cavicchioli et al., 2023). Un apego seguro, que se desarrolla a partir de relaciones consistentes y de apoyo en la infancia temprana, podría proporcionar a estos individuos herramientas emocionales y cognitivas que les permitan gestionar mejor los impulsos y las tendencias disruptivas asociadas con el TDAH. Por otro lado, el hecho de que los individuos con apego inseguro presenten niveles más altos de comportamiento disruptivo sugiere que estos individuos podrían beneficiarse de intervenciones que no solo aborden los síntomas nucleares del TDAH, sino que también se centren en mejorar la calidad de sus relaciones y promover un apego más seguro.



En la muestra, se observó que, en promedio, los participantes muestran un estilo de apego seguro, pero que algunos de los sujetos, han obtenido puntuaciones T de apego muy bajas, lo que ha inclinado la media hacia un apego inseguro. La desviación estándar de 14,27 indica una diversidad considerable en los estilos de apego y una tendencia hacia el apego inseguro en la muestra evaluada. Esta percepción negativa que algunos de los adolescentes han evidenciado a través del cuestionario CaMir-R puede ser debida a la etapa en la que se encuentran los adolescentes, caracterizada por la inmadurez, conflictos con los padres, aislamiento y conductas antisociales (Caballero & Yariela, 2020), además de que el TDAH también puede afectar las relaciones interpersonales de los adolescentes, incluyendo su relación con los padres (Chronis-Tuscano et al., 2010). Otros factores tratados en sesiones de psicoterapia con los adolescentes como la imposición por parte de los padres de la necesidad de que sus hijos asistan a terapia, la experiencia negativa del proceso de separación de los padres y conflictos con sus progenitores, han podido influir de forma negativa en la percepción que los adolescentes de la muestra tienen del apego con sus figuras principales.

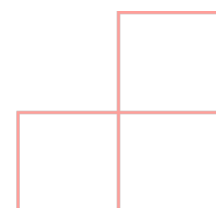
La relación entre el TDAH y el apego inseguro podría ser bidireccional. Por un lado, los niños con TDAH podrían tener más probabilidades de desarrollar patrones de apego inseguro debido a dificultades en la interacción social y las respuestas impulsivas (Storebø, et al., 2016). Por otro lado, un apego inseguro podría exacerbar los síntomas del TDAH, especialmente en ambientes que no proporcionan el apoyo necesario. Por supuesto, es esencial tener en cuenta que las correlaciones encontradas no implican causalidad. Es posible que existan otras variables no examinadas en este estudio que influyan en estos resultados. Sin embargo, estos hallazgos son importantes para implementar nuevas estrategias terapéuticas en niños y adolescentes con TDAH.

La hipótesis principal de que el tipo de apego influiría en la gravedad de los comportamientos de ruptura de reglas y problemas atencionales en individuos con TDAH se confirmó. Las puntuaciones de comportamiento agresivo tienden a ser más altas en los sujetos con apego inseguro, pero la diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que se rehúsa la hipótesis inicial de que el tipo de apego influirá en el comportamiento agresivo. Esta investigación subraya la necesidad de adoptar un enfoque más holístico en el tratamiento del TDAH, teniendo en cuenta no solo los síntomas del trastorno, sino también las interacciones del individuo con su entorno social y emocional. Dentro del marco del TDAH, las interacciones entre los aspectos neurobiológicos del trastorno y el ambiente social del individuo han sido un área de



interés creciente. En el presente estudio se observa como las variables psicosociales, específicamente el apego, pueden interrelacionarse con las manifestaciones conductuales del TDAH. Una de las teorías predominantes en el campo del apego sostiene que las experiencias tempranas con cuidadores forman las bases de nuestras expectativas y comportamientos en relaciones futuras (Bowlby, 1969). Desde esta perspectiva, aquellos con apego inseguro pueden haber tenido experiencias menos consistentes y predecibles con sus cuidadores primarios, posiblemente llevándolos a desarrollar estrategias mal adaptativas para lidiar con el estrés y las dificultades emocionales. En el contexto del TDAH, encontramos que los individuos con apego inseguro pueden tener menos recursos psicológicos y emocionales para manejar las diferentes situaciones que conlleva este trastorno. Específicamente, la impulsividad y la dificultad para regular el comportamiento, que son características centrales del TDAH, podrían empeorar en el contexto de un apego inseguro.

Es relevante destacar que en la muestra, las puntuaciones relacionadas con problemas atencionales muestran una media más baja (Media=10.85) y una menor variabilidad (Desv Std=3.26) en comparación con las puntuaciones de las otras dos escalas, específicamente en comportamiento de ruptura de reglas y comportamiento agresivo. Esta distinción en la homogeneidad de las respuestas sugiere una mayor consistencia en la manifestación de problemas atencionales en la muestra de adolescentes evaluados y de menor intensidad que el comportamiento agresivo y ruptura de reglas. Se identifica que todos los participantes del estudio están siguiendo tratamiento farmacológico, principalmente a través de estimulantes de metilfenidato de acción prolongada. Este tipo de tratamiento se caracteriza por ser un psicotrópico estimulante débil del sistema nervioso central, con efectos más notables en las actividades mentales que en las motoras (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], 2023). Este hecho plantea una posible explicación para la menor variabilidad y las puntuaciones más bajas observadas en la dimensión de problemas atencionales. El tratamiento farmacológico enfocado en la atención puede estar contribuyendo a una mayor homogeneidad y una menor intensidad de los problemas atencionales en los participantes. En contraste, no todos los participantes están recibiendo tratamiento farmacológico para abordar el comportamiento agresivo y la ruptura de reglas, comportamientos relacionados con la actividad motora y la impulsividad, lo que podría explicar la mayor variabilidad y puntuaciones más altas en estas dimensiones. Es interesante resaltar que aquellos participantes que, además del metilfenidato, están bajo tratamiento farmacológico con antipsicóticos como la risperidona, muestran puntuaciones más bajas en comportamiento agresivo y ruptura de reglas.

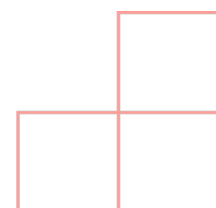


Estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar la influencia del tratamiento farmacológico en la interpretación de los resultados y señalan la importancia de explorar en futuras investigaciones.

Cabe destacar la diferencia en comportamientos encontrados según el sexo. Aunque el estudio no encontró diferencias significativas en las puntuaciones de comportamiento de ruptura de reglas y problemas atencionales entre géneros, rehusando así la hipótesis inicial, sí se identifican diferencias significativas en comportamientos agresivos, por lo que se confirma la hipótesis secundaria inicial. Estos resultados están en línea con estudios anteriores que sugieren que el TDAH se manifiesta de manera diferente entre géneros (Rucklidge, 2010; Murray et al., 2019).

Los resultados del estudio también resaltan la importancia de la intervención temprana. Si bien el tratamiento farmacológico ha sido eficaz para el tratamiento con TDAH, estos hallazgos sugieren que las terapias centradas en mejorar las habilidades de relación y fomentar el apego seguro también podrían ser beneficiosas. De hecho, investigaciones previas han mostrado que las intervenciones basadas en el apego pueden dar como resultado una mejora significativa en la autorregulación y el comportamiento social de los niños (Siegel y Solomon, 2013).

Es primordial considerar las limitaciones de este estudio. Primero, el tamaño de la muestra del estudio es pequeña, lo que afecta a la generalización de los resultados a una población más amplia. Aunque los hallazgos sugieren una relación entre el apego, las manifestaciones conductuales del TDAH y el género, no podemos establecer relaciones causales. Podría ser que los comportamientos asociados con el TDAH influyan en la formación del apego, o que ambos estén influenciados por alguna otra variable no contemplada en el estudio debido a que el presente estudio se ha centrado en estudiar exclusivamente a la población adolescente. Algunas de las variables no contempladas y que pueden influir son factores como la historia familiar, datos recogidos de otras fuentes como progenitores o entorno social, experiencias tempranas adversas, o incluso variables genéticas que podrían estar interactuando. Se necesita más investigación longitudinal y experimental para poder establecer estas relaciones. Las investigaciones longitudinales serían más informativas en la identificación de patrones de comportamiento y cambios a lo largo del tiempo, y podrían ofrecer una visión más clara sobre la causalidad entre apego y comportamientos asociados con el TDAH. A pesar de estas limitaciones, este estudio ofrece una nueva perspectiva sobre cómo variables



psicosociales, como el apego, pueden interrelacionarse con condiciones neuropsiquiátricas como el TDAH, además de tener implicación en la práctica clínica en la que para el tratamiento del TDAH, sería esencial considerar las experiencias relacionales del individuo, donde no solo se aborden los síntomas del trastorno sino también los factores subyacentes que pueden influir en su manifestación y manejo.

A partir de los hallazgos encontrados en el estudio, se concluye como patrones de apego, tanto seguro como inseguro, pueden desempeñan un papel crucial en la manifestación y gestión del TDAH, por lo que, es importante tenerlos en cuenta en la evaluación y el tratamiento del TDAH. Los hallazgos apoyan un enfoque integrado en el tratamiento, donde se aborden tanto los síntomas centrales del TDAH como los factores psicosociales relacionados.

6. Conclusiones

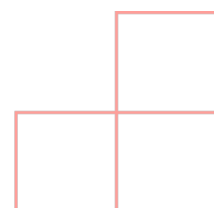
A partir de la presente investigación, se deducen las siguientes conclusiones sobre la relación entre el TDAH, los patrones de apego y las manifestaciones comportamentales en los individuos:

Relación entre síntomas del TDAH y apego

Existe una correlación significativa entre los patrones de apego y la manifestación de síntomas en individuos con TDAH. Particularmente, se observó que el apego inseguro está asociado con puntuaciones más altas en comportamientos de ruptura de reglas y problemas atencionales. Las puntuaciones de comportamiento agresivo tienden a ser más altas en los sujetos con apego inseguro, pero la diferencia no es estadísticamente significativa por lo que no se puede establecer una asociación entre las dos variables.

Diferencias basadas en el género

Si bien no se han encontrado diferencias significativas en problemas atencionales y comportamiento de ruptura de reglas entre géneros, sí se han identificado diferencias en comportamientos agresivos, en las que los hombres han obtenido puntuaciones más elevadas que las mujeres. Estas diferencias destacan la necesidad de considerar el género y las diferencias individuales de cada paciente en las intervenciones y tratamientos para el TDAH.



Diferencias encontradas según tratamiento farmacológico

En el presente estudio todos los adolescentes participantes siguen terapia combinada con metilfenidato y terapia psicológica. Cabe destacar las puntuaciones más bajas de comportamiento agresivo y de ruptura de reglas en los sujetos que se encuentran en tratamiento farmacológico con antipsicóticos como la risperidona, lo que subraya la necesidad de considerar en las intervenciones y tratamientos para el TDAH tratamientos combinados, en los que se lleve a cabo de forma combinada tanto tratamiento farmacológico como tratamiento psicológico.

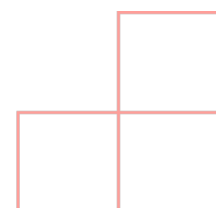
Relación del apego y factores psicosociales

En el presente estudio, se han encontrado a través de las diferentes sesiones de psicoterapia realizadas con los adolescentes de la muestra, como algunos de los sujetos que han evidenciado un bajo nivel de apego, actualmente se encuentran en conflicto o sus progenitores se encuentran en proceso de separación, por lo que puede haber influido de forma negativa en la percepción que los adolescentes de la muestra tienen del apego con sus figuras principales. Estos resultados respaldan un enfoque integrador para el tratamiento del TDAH. Además de abordar los síntomas clínicos centrales del TDAH, es esencial considerar factores psicosociales como la situación social y familiar, que podrían influir en la manifestación y gestión de los síntomas.

La complejidad del TDAH, en relación con los patrones de apego y otros factores psicosociales, exige un enfoque holístico y multidisciplinario en la investigación y el tratamiento. Reconociendo y abordando estas interacciones, podemos avanzar hacia una atención más efectiva para las personas con TDAH.

6.1. Líneas de investigación futuras

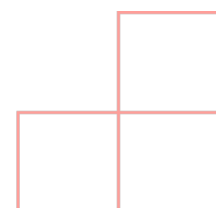
Dada la naturaleza correlacional del estudio, se requieren investigaciones futuras que exploren la causalidad entre el TDAH, el apego, género y otras variables relevantes. En futuras investigaciones, se podría explorar cómo otros factores como el entorno socioeconómico, la educación y las experiencias vitales pueden interactuar con el TDAH y los patrones de apego. Sería de interés investigar la eficacia de tratamientos que aborden tanto los síntomas del TDAH



como los patrones de apego inseguro, ofreciendo intervenciones más personalizadas según las necesidades del individuo y estudiar cómo los patrones de apego en relación con el TDAH se desarrollan y cambian a lo largo del ciclo vital, desde la infancia hasta la edad adulta, realizando investigaciones transversales que aporten más detalles. Es importante destacar la futura realización de investigaciones donde se compare grupos de individuos con TDAH que reciban diferentes tipos de tratamientos para entender mejor cómo las intervenciones específicas pueden influir en los patrones de apego y los síntomas asociados.

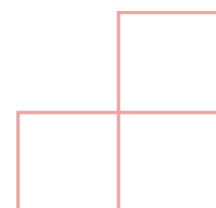
Los resultados de la presente investigación subrayan la heterogeneidad de los síntomas y comportamientos en individuos con TDAH. Esta diversidad enfatiza la necesidad de seguir investigando estrategias de intervención individualizadas que tengan en cuenta tanto los síntomas centrales del TDAH como otros aspectos psicológicos y relacionales. Es fundamental que los profesionales educativos estén informados de cómo el TDAH y los patrones de apego pueden influir en el comportamiento académico y social de los estudiantes. Un entendimiento profundo de estas interrelaciones puede conducir a mejores estrategias pedagógicas y un apoyo más efectivo.

En futuros estudios, sería esencial considerar las comorbilidades. La presencia de otros trastornos o condiciones, como, por ejemplo, diferente tratamiento farmacológico en los adolescentes o la presencia de patología dual, puede complicar el diagnóstico y tratamiento del TDAH y debe ser una consideración principal en la evaluación y planificación del tratamiento.



7. Bibliografía

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). (Octubre, 2023). A. E. *Centro de información de medicamentos (CIMA)*: . Aemps.es. Recuperado el 17 de octubre de 2023, de <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 1(3), 436-438.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual review of psychology*, 53(1), 27-51.
- Balluerka, N., Lacasa Saludas, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 2011, vol. 23, num. 3, p. 486-494.
- Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). *New York, NY: Guilford Press*.
- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child development*, 81(1), 326–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M., y Faraone, S. V. (2006). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 387-394.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E., & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a



controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36(2), 167–179.
<https://doi.org/10.1017/S0033291705006410>

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. *New York, NY: Basic Books.*

Bowlby, J. (1988). A secure base: Clinical applications of attachment theory. *London, UK: Routledge.*

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177-203.

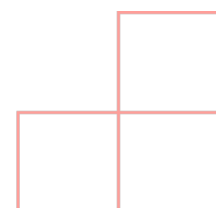
Cavicchioli, M., Stefanazzi, C., Tobia, V., & Ogliari, A. (2023). The role of attachment styles in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review from the perspective of a transactional development model. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(3), 436-464.

Chronis-Tuscano, A., Clarke, T. L., O'Brien, K. A., Raggi, V. L., Diaz, Y., Mintz, A. D., Rooney, M. E., & Seeley, J. R. (2010). Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 981–993.

Dekkers, T. J., Hornstra, R., van den Hoofdakker, B. J., de Jong, S. R., Schaaf, J. V., Bosmans, G., & Van der Oord, S. (2021). Attachment representations in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Brain sciences*, 11(11), 1516.

Diamantopoulou, S., Rydell, A. M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental neuropsychology*, 32(1), 521–542.
<https://doi.org/10.1080/87565640701360981>

Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(15), 1367-1386.



Eilert, D. W., & Buchheim, A. (2023). Attachment-Related Differences in Emotion Regulation in Adults: A Systematic Review on Attachment Representations. *Brain Sciences*, 13(6), 884.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456.

Fonagy, P. (1998). Attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(2), 147.

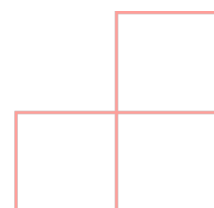
Frick, M. A., Darling Rasmussen, P., & Brocki, K. C. (2022). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation?. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(1), 93-111.

García, M. e Ibañez, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 123-134. Extraído el 8 de Junio de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525203>

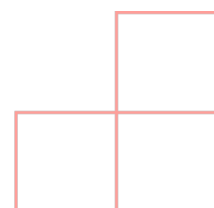
Juri, L. J. (2011). *La teoría del apego en la clínica: Teoría del apego para psicoterapeutas. II.* Psimática.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of general psychiatry*, 69(12), 1295–1303. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.271>

Kobak R, y Madsen SD (2008). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. *En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition(23-47).* Nueva York: Guilford Press.

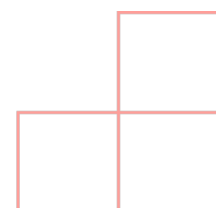


- Kochanska, G., & Kim, S. (2013). Early attachment organization with both parents and future behavior problems: from infancy to middle childhood. *Child development, 84*(1), 283–296. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x>
- Konowalek, Ł., & Wolańczyk, T. (2020). Attachment and Executive Functions in ADHD Symptomatology—Independent Inputs or an Interaction?. *Brain Sciences, 10*(11), 765.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- Lewczuk, K., Kobylińska, D., Marchlewska, M., Krysztofiak, M., Glica, A., & Moiseeva, V. (2021). Adult attachment and health symptoms: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Current Psychology, 40*, 1720-1733.
- López Pajares, M. (2016). *Influencias del apego y psicopatología parental en adolescentes con TDAH*. [Trabajo Final de Máster, Universidad Pontificia Comillas de Madrid]. Biblos-e Archivo.<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13485/TFM000509.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33*(4), 681–692. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.681>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Mikami, A. Y., Ransone, M. L., & Calhoun, C. D. (2010). Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders, 13*(6), 649-657.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of



attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881–895.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 53-152.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 18 (3), 335-341.
- Murray, A. L., Booth, T., Eisner, M., Auyeung, B., Murray, G., & Ribeaud, D. (2019). Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence. *Developmental science*, 22(1), e12721.
- Pallini, S., Morelli, M., Chirumbolo, A., Baiocco, R., Laghi, F., & Eisenberg, N. (2019). Attachment and attention problems: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101772.
- Pasco Fearon, R. M., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(7), 782–791. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02350.x>.
- Polanczyk, G. V., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- Quan, F., Wang, L., Gong, X., Lei, X., Liang, B., & Zhang, S. (2022). Hostile attribution bias and anger rumination sequentially mediate the association between trait anger and reactive aggression. *Frontiers in psychology*, 12, 778695.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M. J., Santelices, M. P., Juffer, F., et al. (2014). Another way of thinking ADHD: The predictive role of early attachment



deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 133-144. Doi: 10.1007/s00127-013-0685-z

Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 357-373.

Sánchez, L. T., Soria, I. N., Valero, J. C., & Torrecillas-Martínez, M. (2023). El desarrollo emocional en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una revisión sistemática. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 10(1), 51-67.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)

Setyanisa, A. R., Setiawati, Y., Irwanto, I., Fithriyah, I., & Prabowo, S. A. (2022). Relationship between Parenting Style and Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Elementary School Children. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 29(4), 152.

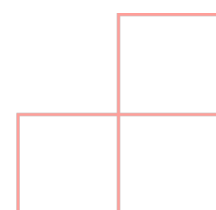
Sheinbaum, T., Bedoya, E., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Comparison of self-reported attachment in young adults from Spain and the United States. *Psicothema*, 25(4), 514-519. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.345>

Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (Eds.). (2013). *Healing Moments in Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

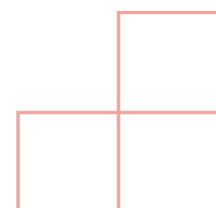
Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*(762-782). Nueva York: Guilford Press.

Smith M. (2017). Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective. *Social history of medicine : the journal of the Society for the Social History of Medicine*, 30(4), 767-787. <https://doi.org/10.1093/shm/hkw127>

Spangler, G. y Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.

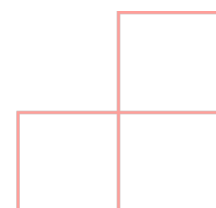


- Speyer, L. G., Eisner, M., Ribeaud, D., Luciano, M., Auyeung, B., & Murray, A. L. (2022). A symptom level perspective on reactive and proactive aggressive behaviours and ADHD symptoms in childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(9), 1017-1026.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *Journal of attention disorders*, 20(2), 187–196. <https://doi.org/10.1177/1087054713501079>
- Thorell, L. B., Rydell, A. M. y Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14 (5), 517-532. Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706396>
- Tomé, G., de Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., & AlvesDiniz, J. (2012). How can peer group influence the behavior of adolescents: Explanatory model. *Global journal of health science*, 4(2), 26.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2005). Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1), 3–9.
- Villalobos, J. A. L., Pintado, I. S., & Mateos, J. D. S. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Wahlstedt, C., Thorell, L. B., y Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Child Psychology*, 37, 551-564. Doi: 10.1007/s10802-008-9286-9
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia (2a edición)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.



Wanni Arachchige Dona, S., Badloe, N., Sciberras, E., Gold, L., Coghill, D., & Le, H. N. (2023). The Impact of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children's Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 27(6), 598-611.

Widmer, A., Havewala, M., Bowker, J. C., & Rubin, K. H. (2023). Secure attachment relationships with mothers, but not fathers, moderate the relation between attention-deficit hyperactivity symptoms and delinquency in adolescents. *Journal of attention disorders*, 27(1), 46-56.



8. Anexos

Anexo A. Instrumento de evaluación

Cuestionario de apego CaMir-R

Nekane Balluerka, Fernando Lacasa, Arantxa Gorostiaga, Alexander Muela y Blaise Pierrehumbert (2011) en España – Adolescentes

CUESTIONARIO CAMIR –R

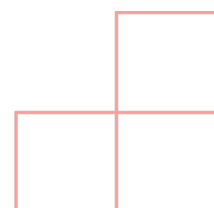
Nombre y apellidos:.....

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento:

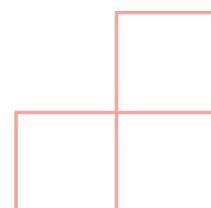
El formulario CaMir-R tiene una serie de frases cortas que permite hacer una descripción de la relación que usted estableció con sus seres queridos. Por ello, debe indicar en qué medida usted está de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones.

- (1) En total desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (3) Neutro (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- (4) De acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

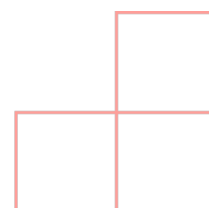
		1	2	3	4	5
1	Cuando yo era niño(a) mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo					
2	Cuando yo era niño(a) sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos					
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo					



4	Quando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte					
5	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos					
6	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas					
7	Siento confianza en mis seres queridos					
8	No puedo concentrarme sobre otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas					
9	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos					
10	A menudo me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos					
11	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos					
12	La idea de una separación momentánea de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud					
13	Quando me alejo de mis seres queridos no me siento bien conmigo mismo.					
14	Quando yo era niño(a) se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionado(a)					
15	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos					
16	Mis padres no se han dado cuenta de que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia					
17	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido					
18	Es importante que el niño aprenda a obedecer					
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia					
20	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante					
21	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería					
22	Quando era niño(a) tenían una actitud de dejarme hacer					



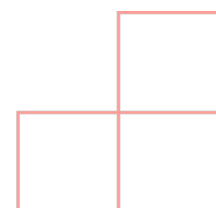
23	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario					
24	Detesto el sentimiento de depender de los demás					
25	De adolescente nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.					
26	Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas					
27	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres					
28	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles					
29	Cuando era niño(a) había peleas insoportables en casa					
30	Cuando yo era niño(a) tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos					
31	Cuando yo era niño(a) a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables					
32	Cuando yo era niño(a) teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia					



Anexo B. Instrumento de evaluación

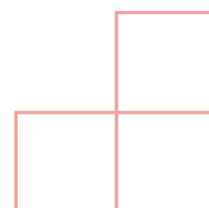
Autoinforme del comportamiento de jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18)

Nombres y apellidos:			TIPO DE TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, aunque no esté ejerciendo ahora. (Por favor, sea específico - por ejemplo, mecánico de automóviles, profesor de escuela secundaria, ama de casa, obrero, operador de torno, vendedor de calzado, sargento del ejército.)		
Sexo:	Edad:	Grupo étnico:			
Fecha:		Fecha de nacimiento:	Padre: _____		
			Madre: _____		
Grado y sección: <input type="checkbox"/>	si estás trabajando, por favor estate tu tipo de trabajo:		Por favor, rellene este formulario para reflejar sus opiniones, incluso sí. Otras personas podrían no estar de acuerdo. No dude en responder y poner sus comentarios al lado de cada pregunta en los espacios. En las páginas 2 y 4. Asegúrese de contestar todas las preguntas.		
No asistió al colegio: <input type="checkbox"/>					
I. Por favor, liste los deportes que más le gusta participar. Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, skate, bicicleta, equitación, pesca, etc.		Comparado con otros de su edad, ¿cuánto tiempo gasta en cada uno?		Comparado con otros de tu edad, ¿qué tan bien haces cada uno?	
Ninguno <input type="checkbox"/>		Menos que el promedio		Por debajo del promedio	
a. _____		Promedio		Promedio	
b. _____		Más que promedio		Por encima del promedio	
c. _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
II. Por favor, anote sus pasatiempos, actividades y juegos favoritos, aparte de los deportes. Por ejemplo: tarjetas, libros, piano, manualidades, coches, computación, etc. (No incluya escuchar radio o televisión).		Comparado con otros de su edad, ¿cuánto tiempo le dedicas o pasas en cada una de las actividades?		En comparación con de su edad, ¿qué tan bien haces cada uno de las actividades?	

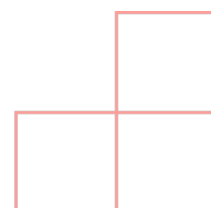


<p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Menos que el promedio</p> <p>Promedio</p> <p>Más que promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Por debajo del promedio</p> <p>Promedio</p> <p>Por encima del promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>III. Haga una lista de cualquier organización, club, equipo o grupo al que pertenezca.</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Comparado con otros de su edad, ¿cuán activo está usted en cada uno?</p> <p>Menos Promedio Más activo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>IV. Por favor liste todos los trabajos o tareas que tenga. Por ejemplo: enrutador de papel, cuidado de niños, tendiendo la cama, trabajando en tienda, etc. (Incluyen trabajos y tareas pagados y no remunerados)</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>En comparación con otros de edad, ¿qué tan bien los llevan a cabo?</p> <p>Debajo Del Promedio. Encima del Promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

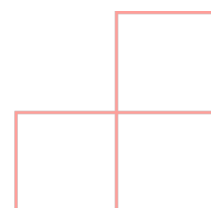
Nº	Preguntas	Nunca	Alguna vez	Casi siempre
1	Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo			
2	Bebo alcohol sin permiso de mis padres			
3	Discuto mucho			
4	Dejo sin terminar lo que empiezo			



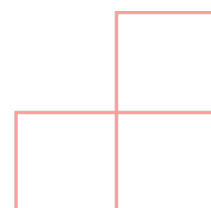
5	Disfruto de muy pocas cosas			
6	Me gustan los animales			
7	Soy engreído, me las echo (me las doy de mucho)			
8	No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo			
9	No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe):			
10	No puedo estar quieto(a)			
11	Dependo demasiado de algunos adultos			
12	Me siento muy solo(a)			
13	Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes			
14	Lloro mucho			
15	Soy bastante honesto(a)			
16	Soy malo(a) con los demás			
17	Sueño despierto(a) a menudo			
18	Me hago daño a mí mismo(a) deliberadamente o he intentado suicidarme			
19	Trato de atraer mucha atención			
20	Destruyo mis cosas			
21	Destruyo las cosas de otras personas			
22	Desobedezco a mis padres			
23	Desobedezco en la escuela			
24	No como tan bien como debería			
25	No me llevo bien con otros jóvenes			
26	No me siento culpable después de haber hecho algo que no debo			
27	Tengo celos de otras personas			
28	Rompo las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar			
29	Tengo miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluyas la escuela) (describe):			



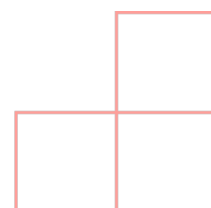
30	Tengo miedo de ir a la escuela			
31	Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo			
32	Me siento como que tengo que ser perfecto(a)			
33	Me siento como que nadie me quiere			
34	Me siento como que los demás quieren perjudicarme			
35	Me siento inferior o creo que no valgo nada			
36	Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia			
37	Peleo mucho			
38	Los demás se burlan de mí a menudo			
39	Me junto con jóvenes que se meten en problemas			
40	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe):			
41	Actúo sin pensar			
42	Me gusta más estar solo(a) que con otras personas			
43	Digo mentiras o engaño a los demás			
44	Me muerdo las uñas			
45	Soy nervioso(a), tenso(a)			
46	Partes de mi cuerpo se tuercen o tienen movimientos involuntarios (describe):			
47	Tengo pesadillas			
48	No les caigo bien a otros/as jóvenes			
49	Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros/as jóvenes			
50	Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)			
51	Me siento mareado(a)			
52	Me siento demasiado culpable			
53	Como demasiado			



54	Me siento demasiado cansado(a) sin ninguna buena razón			
55	Peso demasiado			
56	Tengo problemas físicos sin causa médica:			
	a) Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)			
	b) Dolores de cabeza			
	c) Náuseas, me siento mal			
	d) Problemas con los ojos (si no usas lentes) (describe)			
	e) Me da sarpullido o irritación en la piel			
	f) Dolores de estómago			
	g) Vómitos			
	h) Otros (describe):			
57	Ataco a la gente físicamente			
58	Me arañó la piel u otras partes del cuerpo (describe):			
59	Puedo ser bastante amigable			
60	Me gusta tratar cosas nuevas			
61	Mi desempeño escolar es bajo			
62	Soy torpe; no tengo mucha coordinación			
63	Prefiero estar con jóvenes mayores que yo			
64	Prefiero estar con jóvenes menores que yo			
65	Me rehúso a hablar			
66	Repito ciertas acciones una y otra vez (describe)			
67	Me fugo de la casa			
68	Grito mucho			
69	Soy muy reservado(a); me callo todo			



70	Veo cosas que otros creen que no existen (describe):			
71	Me cohíbo, me avergüenzo con facilidad			
72	Prendo fuegos			
73	Puedo trabajar bien con mis manos			
74	Me gusta llamar la atención o hacerme el (la) gracioso(a)			
75	Soy demasiado tímido(a)			
76	Duermo menos que la mayoría de los jóvenes			
77	Duermo más que la mayoría de los jóvenes durante el día y/o la noche (describe):			
78	No presto atención o me distraigo fácilmente			
79	Tengo problemas con el habla (describe):			
80	Defiendo mis derechos			
81	Robo en casa			
82	Robo fuera de casa			
83	Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe):			
84	Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe):			
85	Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe):			
86	Soy testarudo(a)			
87	Mi estado de ánimo o sentimientos cambian de repente			
88	Me gusta estar con otras personas			
89	Soy desconfiado(a)			
90	Digo groserías o uso lenguaje obsceno			
91	Pienso en matarme			
92	Me gusta hacer reír a los demás			
93	Hablo demasiado			
94	Me burlo mucho de los demás			



95	Me enfado con facilidad			
96	Pienso demasiado en el sexo			
97	Amenazo lastimar a otras personas			
98	Me gusta ayudar a otras personas			
99	Fumo, mastico, o inhalo tabaco (fumo cigarros)			
100	No duermo bien (describe):			
101	Falto a clases o a la escuela			
102	Tengo poca energía			
103	Me siento infeliz, triste, o deprimido(a)			
104	Soy más ruidoso(a) que otros(as) jóvenes			
105	Uso drogas sin razón médica (no incluyas aquí el uso de alcohol o tabaco) (describe):			
106	Trato de ser justo(a) con los demás			
107	Me gusta un buen chiste			
108	Me gusta llevar las cosas con calma			
109	Trato de ayudar a los demás cuando puedo			
110	Desearía ser del sexo opuesto			
111	Evito relacionarme con los demás			
112	Me preocupo mucho			

