



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD

CAMPO DISCIPLINARIO: SALUD MENTAL PÚBLICA

**RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS PARENTALES Y HABILIDADES
DE COGNICIÓN SOCIAL EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

ARIADNA HERNÁNDEZ CASTREJÓN

TUTORA:

**DRA. MARCELA A. TIBURCIO SAINZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

Ciudad Universitaria, CDMX, Febrero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi tutora, la Dra. Marcela Tiburcio, por compartir conmigo su enorme experiencia y conocimiento y por su siempre sincera y divertida forma de guiarme y acompañarme en este proceso.

A la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, porque sin su generosidad, dedicación y conocimiento, este trabajo no hubiera sido posible. Gracias a usted y a todo su equipo de trabajo.

A la Dra. Patricia Zavaleta, la Dra. C. Yolanda Guevara y la Dra. Ma. del Rocío Hernández, por su lectura y aportaciones a este trabajo.

A cada uno de los niños/as que participaron en este estudio y a sus familiares, por compartir conmigo sus emociones y una parte de su historia.

A mi país y a la UNAM, por la oportunidad de que tantos jóvenes podamos estudiar recibiendo una beca.

A mis padres, porque aunque ha sido difícil la distancia, nunca he dejado de tener su apoyo incondicional y de sentir su inmenso amor.

A Edward, por acompañarme con amor, paciencia y sabiduría todos estos años y por ayudarme a encontrar calma en medio del caos.

A mi abuelo, por dejarme la lección de que el trabajo constante deja frutos que trascienden y a toda mi familia por su cariño y bendiciones siempre.

A mis amigas, Ámbar, Rebeca, Erin, Demian y Perla, por ser para mí hermanas e inspiración.

Índice

Introducción.....	3
1- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su dimensión socio-emocional.....	9
1.2 La empatía y el reconocimiento emocional a través de expresiones faciales como procesos de cognición social.....	11
2.-Delimitando la relación entre prácticas parentales y las habilidades de cognición social	16
2.1 Perspectiva del modelo bioecológico del desarrollo humano y antecedentes sobre el estudio de REEF, empatía y prácticas parentales en población con TDAH.	23
2.2 Prácticas parentales en familias de niños con TDAH	25
2.3 Estudios y conceptualización del REEF en México.....	27
2.4 El REEF en población con diagnóstico de TDAH.....	29
2.5 Empatía y TDAH	33
2.6 Formas de evaluación de la Empatía.....	35
3.-Método.....	38
3.1 Planteamiento del problema.....	38
3.2 Justificación.....	38
3.3 Pregunta de Investigación.	39
3.4 Objetivo General	39
3.4.1 Objetivos Específicos	39
3.5 Hipótesis General	40
3.5.1 Hipótesis específicas.....	40
3.6 Diseño.....	40
3.7 Participantes	40
3.8 Muestra.....	41
3.9 Variables e Instrumentos.....	42
3.9.1 Descripción de Instrumentos.....	46
3.9.1.2 Instrumentos dirigidos al cuidador principal	46
3.9.1.3 Instrumentos dirigidos al niño y su adaptación al estudio.....	48

4.- Procedimiento.....	51
4.1 Piloteo de Instrumentos.....	51
4.2 Procedimiento para la recolección de datos.....	53
4.3 Consideraciones éticas.....	54
4.4 Análisis de datos.....	55
5.- Resultado.....	57
5.1 Características sociodemográficas de la muestra.....	57
5.2 Características clínicas de la muestra.....	58
5.3 Resultados de las relaciones entre prácticas parentales, habilidades de cognición social y características del cuidador.....	60
5.4 Resultados en REEF y respuesta empática.....	61
5.5 Empatía y sintomatología clínica.....	63
5.6 Resultados en autoreporte de los cuidadores sobre sus prácticas parentales.....	63
5.7 Correlaciones de las prácticas parentales entre sí.....	65
6.- Discusión.....	73
6.1.- Limitaciones y Fortalezas.....	79
6.2.- Conclusión.....	81
7.- Anexos.....	83
7.1 Aprobación del comité de ética.....	83
7.2. Tarea de Respuesta Empatía para Niños.....	84
7.2.2 Escalas de evaluación.....	85
7.2.3 Imágenes que acompañan a cada relato.....	86
7.3 Información sociodemográfica.....	88
7.4 Escala de Estrés Parental.....	93
7.5 Escala de Sintomatología Depresiva.....	96
7.6 Escala de Involucramiento Positivo.....	97
7.7 Escala de Solución de Problemas.....	98
7.8 Escala de Calidez.....	99
7.9 Escala de Disciplina.....	100
7.10 Escala de Supervisión.....	101
7.11 Escala de Estímulo de Nuevas Habilidades.....	102

7.12 Información para padres o cuidadores principales que participen en el estudio.....	103
7.13 Consentimiento de participación en el estudio:.....	106
7.14 Carta de Asentimiento para Niños y Niñas participantes en el estudio	107
Bibliografía.....	108

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el padecimiento más prevalente en población infantil en nuestro país. Se calcula que 1, 500,000 niños lo padecen (Poza, Valenzuela & Becerra, 2011) mientras que, en un estudio epidemiológico de población general en la Ciudad de México, realizado con adolescentes de entre 12 y 17 años, se observó que el 1.6% presentó síntomas clínicos del trastorno (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009). Si bien las limitaciones cognitivas y de autorregulación que caracterizan a este trastorno se estudian ampliamente, la dimensión afectiva del trastorno es menos estudiada. No obstante, se ha observado que en comparación con niños con desarrollo típico, los niños con TDAH tienen más dificultades para reconocer emociones a través de expresiones faciales (Ichikawa et al., 2014) así como para usar y entender la información contextual en la interpretación de la carga emotiva en situaciones sociales (Dyck, Ferguson & Shochet, 2001). Se sabe que ambos aspectos impactan de manera directa los procesos de cognición e interacción social (Bora & Pantelis, 2016) tales como la empatía (Braaten & Rosén, 2000), sin embargo, existe un amplio debate en torno a si los déficits de reconocimiento emocional son un aspecto primario del trastorno o el resultado de limitaciones cognitivas características del mismo (Uekermann, et al., 2010; Yuill & Lyon, 2007). De manera que, abordar la dimensión afectiva del trastorno resulta relevante para un mejor abordaje de las problemáticas sociales a las que se enfrentan estos niños. Considerando lo anterior, y dadas las estadísticas sobre la prevalencia del trastorno, la investigación al respecto aparece como un asunto relevante desde una perspectiva de salud pública.

Diversos enfoques teóricos apuntan a que las habilidades de cognición social se ven comprometidas ante experiencias adversas en edades tempranas, tales como abuso físico, descuido (Pollak, 2012), percepción de hostilidad o de ambientes conflictivos (Repetti, Taylor & Seeman, 2002). Otros enfoques sugieren que dichas habilidades están fuertemente asociadas con la interacción entre padres/cuidadores y los niños (Laible & Thompson, 1998; Miller, 2006). Se sabe también que niños/as que sufrieron abuso físico tienden a sobre identificar expresiones faciales de enojo (Pollak & Kistler, 2002). Asimismo, se reporta que la satisfacción con el ambiente familiar correlaciona positivamente con la empatía afectiva (Sánchez-Pérez, Fuentes, Jolliffe & González-Salinas, 2014), la cual implica una interpretación congruente con la

experiencia del otro (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Por ello, el presente trabajo parte de la propuesta teórica del modelo bioecológico del desarrollo (Bronfenbrenner & Morris, 2006), en tanto que este enfoque considera el desarrollo psicológico del niño como resultado de una relación bidireccional entre el menor y diversas características de su medio ambiente.

Por lo anterior, y debido a que hasta el momento no se han encontrado estudios que aborden estas relaciones en menores con TDAH, el objetivo principal de esta investigación fue evaluar la relación entre las prácticas parentales y las habilidades de cognición social en población infantil con diagnóstico de TDAH en la Ciudad de México. Para ello, se realizó un estudio transversal, con 60 díadas conformadas por niños y niñas de entre 9 y 11 años de edad, diagnosticados con TDAH y su principal cuidador(a), el cual consistió en aplicar a los niños: a) una tarea de Reconocimiento Emocional a través de Expresiones Faciales (REEF) con estímulos dinámicos y espontáneos (Tcherkassof et al., 2013) y, b) una tarea de respuesta empática que evalúa la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía a partir de la interpretación que los niños hacen de ocho relatos con carga afectiva.

Asimismo, se aplicó al cuidador(a) principal: 1) la “Lista de Síntomas del Niño” (Child Behavior Check List, CBCL por sus siglas en inglés, Achenbach & Rescorla, 2001), para evaluar la presencia/ausencia de sintomatología clínica con respecto a la presencia de problemas conductuales y emocionales en la muestra de niños y la confirmación de problemas de atención; 2) un cuestionario sobre condiciones demográficas y socio-económicas, 3) la escala CES-10 (Raldoff, 1976) que es una escala de auto-reporte para conocer la presencia o ausencia de sintomatología depresiva, en este caso, del cuidador principal; 4) una escala que evalúa el *estrés parental* (Amador, Guillén, Villatoro, Domenech & Baumann, 2013), 5) siete escalas de auto-reporte sobre prácticas parentales, las cuales evalúan: *involucramiento positivo, solución de problemas, calidez, disciplina, supervisión y estímulo de nuevas habilidades* (Amador et al., 2013).

Con este trabajo se pretende contribuir al conocimiento sobre las habilidades de cognición social de niños(as) diagnosticados con TDAH, lo cual, desde una perspectiva psicológica, puede contribuir al desarrollo de intervenciones de habilidades sociales que consideren las particularidades cognitivas de esta población. Asimismo, se pretende contribuir a la discusión respecto a cómo se interrelacionan las variables de estudio para así, conocer los aspectos

psicosociales que es relevante abordar en las terapias familiares que resultan primordiales en el tratamiento de esta población.

1- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su dimensión socio-emocional.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) indica que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se define por un patrón persistente de inatención, y/o hiperactividad/impulsividad, siendo las dos últimas características excesivas con respecto a la edad o grado de desarrollo del individuo. El trastorno comienza en la infancia y para su diagnóstico se requiere que los síntomas aparezcan antes de los 12 años¹; se ha especificado que el trastorno puede presentarse en formas: 1) predominantemente inatento 2) hiperactivo/impulsivo 3) combinado (APA, 2013).

Los déficits primarios del TDAH, es decir, el déficit de atención y la hiperactividad, pueden limitar la comunicación efectiva, la participación social, el éxito académico y causar problemas en las relaciones e interacciones sociales. Si bien esta última dimensión del trastorno no es requisito para el diagnóstico, se estima que el 60% de los niños diagnosticados sufren dichas dificultades (Yuill & Lyon, 2007, p. 398) lo que se refleja en la interacción tanto con sus pares como en el ambiente familiar. Procesos cognitivos como la atención, la inhibición de respuesta, la memoria de trabajo y el procesamiento temporal se ven afectados en niños con TDAH; lo mismo sucede con procesos afectivos entre los que se consideran la aversión a la demora, el procesamiento emocional y la regulación emocional (López-Martín, Fernández-Jaén, Albert, & Carretié, 2010)

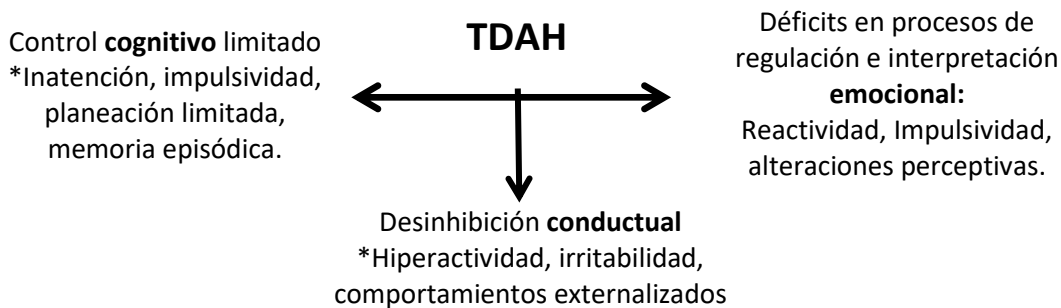
Las comorbilidades con las que se presenta el trastorno son múltiples y están relacionadas con síntomas externalizados e internalizados. Respecto a los primeros, los trastorno de Conducta y el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) se presentan entre el 40 y 60% de los casos, mientras que los síntomas de ansiedad y depresión se encuentran aproximadamente entre el 10 y 40% de esta población (Seymour et al., 2014); también son comunes los síntomas de estrés post-traumático (Celestin-Westreich & Celestin, 2013). En el DSM-5 se indica que los síntomas típicos varían dependiendo del contexto. Respecto a los factores medioambientales predictores y de riesgo, se hace referencia a que los casos de TDAH con frecuencia tienen historial de abuso

¹ Hasta el DSM-IV la sintomatología debía presentarse antes de los 7 años para que fuera posible establecer un diagnóstico positivo.

infantil, negligencia, múltiples lugares de crianza. Existen dudas respecto a que los patrones de interacción familiar en la infancia temprana sean la causa del trastorno, pero pueden influir su curso o contribuir al desarrollo secundario de problemas conductuales (American Psychiatric Association, 2013).

De acuerdo a las características establecidas del trastorno y con base en estudios recientes que abordan diversas dimensiones del mismo, Celestin-Westreich y Celestin (2013) propusieron un modelo ecológico en el que resaltan tres de ellas: la **cognitiva**, la **emocional** y la **conductual** (Figura 1). En población con TDAH se observa una preferencia por recompensas inmediatas frente a las demoradas, esto ha sido conceptualizado como *aversión a la demora* y es una de las

Figura 1. Modelo del TDAH Adaptado de Celestin-Westreich & Celestin (2013)



principales explicaciones a los comportamientos impulsivos que caracterizan a esta población (López-Martín et. al., 2010). Dicha aversión, se relaciona a su vez con dificultades en el procesamiento de emociones negativas que se observan en población con TDAH (Norvilitis, Jill & Casey, 2000)

En cuanto a las alteraciones perceptivas se ha constatado que los niños y adolescentes con TDAH son “*menos precisos que los controles no sólo cuando tienen que reconocer una emoción a partir de su expresión facial sino también cuando tienen que utilizar la información contextual para comprender la emoción que está experimentando una persona*”. De igual forma se muestran “*incapaces*” de ocultar emociones aun cuando se les ha indicado hacerlo (López-Martín et al., 2010, p.7).

Cabe resaltar que el funcionamiento cognitivo de niños con TDAH se conoce de forma extensiva, sin embargo, diversos autores señalan la relevancia del entendimiento de los procesos de

regulación emocional en esta población para la comprensión integral del trastorno (Arellano, 2013; Celestin-Westreich & Celestin, 2014; Pimentel, 2013). Al hablar de *regulación emocional* se hace referencia al proceso de iniciación, evitación, inhibición, mantenimiento o modulación, de la expresión (forma, intensidad o duración) de estados emocionales, dirigidos a alcanzar metas individuales o relacionados a adaptaciones sociales (Eisenberg & Spinrad, 2004).

En este sentido, se ha observado que las alteraciones emocionales en población con TDAH “*no pueden explicarse únicamente por las disfunciones cognitivas características del trastorno*” (López-Martín et. al., 2010, p. 18) e incluso se ha reportado que una cantidad significativa de casos no muestran déficits en Funciones Ejecutivas (Thorell, Rydell & Bohlin, et al. 2012), lo cual deja ver la relevancia del estudio de la dimensión afectiva del trastorno, pues, como apuntan Bora y Pantelis (2016), dichas alteraciones emocionales comúnmente influyen en problemas interpersonales significativos, incluyendo conflictos con los padres, hermanos, pares y maestros, ocasionando rechazo y disfunción social.

De manera que una forma de acercarse a la dimensión afectiva del trastorno es el estudio del desempeño durante interacciones interpersonales, pues durante ellas se expresan estados emocionales y la interpretación de los mismos. Dicha interpretación depende a su vez de procesos relacionados con el concepto de *cognición social*, en el cual se ahonda en el siguiente apartado.

1.2 La empatía y el reconocimiento emocional a través de expresiones faciales como procesos de cognición social

De las alteraciones perceptivas que se pueden observar en niños con TDAH, se derivan limitaciones significativas en procesos de *cognición social*, constructo que refiere a los mecanismos cognitivos empleados para interpretar situaciones sociales (Marton et al., 2009). De acuerdo con Singer, Wolper y Firth (2004) el campo de estudios sobre cognición social “*intenta comprender y explicar cómo los pensamientos, los sentimientos y la conducta de los individuos son influidos por la presencia real, imaginada o implicada de los demás*”. De esta forma, los temas que aborda se relacionan con “*la formación y cambio de actitudes, la atribución e inferencia causal a la conducta, la percepción social (percepción de las personas, formación de impresiones, esquemas, estereotipos y representaciones), la teoría de la mente y empatía, formación, control de prejuicios y discriminaciones, autoconocimiento, autoconcepto,*

autorregulación, así como la influencia de la motivación y las emociones sobre la cognición y la conducta ” (Grande-García, 2009, p. 3).

Es relevante mencionar que los aspectos de cognición social que aborda el presente trabajo (el reconocimiento de emociones a través de expresiones faciales y la empatía) se estudian también como parte del constructo *Teoría de la Mente*, que refiere a la “*habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias*” (Tirapú, Pérez, Erekatxo & Pelegrín, 2007 p.484), en este sentido el constructo aborda “*aspectos metacognitivos como la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía(...)*”(Tirapú et al., 2007, p.484), así como el reconocimiento de que los deseos de otras personas pueden ser distintos a los de uno mismo o el uso del lenguaje para expresar estados mentales (Miller, 2006). Como puede apreciarse, la Teoría de la mente hace referencia a proceso de cognición social y es útil para analizarlos de forma específica y de acuerdo a su nivel de complejidad.

Cabe resaltar que, si bien en algunas ocasiones el concepto de cognición social y el de habilidades sociales se traslapan, comúnmente este último hace referencia al desempeño social; como indican Del Prette y Del Prette (2013), quienes diseñaron un inventario de habilidades sociales que se pueden clasificar como habilidades sociales de: comunicación (hacer y responder preguntas, solicitar retroalimentación, reconocimiento; empezar, mantener y concluir conversaciones); civilidad (decir por favor, agradecer, presentarse, decir adiós); asertividad; derecho y ciudadanía (manifestar opiniones propias, concordar, discrepar, aceptar y negar solicitudes, admitir errores); empáticas (expresar apoyo); trabajo (coordinar grupos, hablar en público, resolver problemas, tomar decisiones). En este sentido se entiende aquí que el constructo de cognición social hace referencia a procesos cognitivos que determinan las habilidades sociales.

Como se menciona en la definición de cognición social, la empatía es uno de los objetos de estudio de dicho campo, y se entiende como un fenómeno psicosocial complejo en tanto que depende de evaluaciones cognitivas y afectivas ante situaciones sociales (Noorden et al., 2014). En términos generales el concepto *empatía* refiere a “*la habilidad para comprender estados emocionales de terceros que desencadena una o más emociones en el observador e implica una interpretación congruente con la experiencia del otro* (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004:1-2). Esta definición supone dos dimensiones de la empatía: a) la *cognitiva*, que se compone de

habilidades para decodificar e interpretar señales sociales, verbales o no verbales, así como de habilidades para contextualizar la perspectiva del otro, a esto se le ha denominado también adopción de perspectiva (Fernández, López & Márquez, 2008) y b) la dimensión afectiva o emocional, que enfatiza la experiencia del observador, y su capacidad para reconocer y comprender los estados emocionales de otros (Fernández et al., 2008).

Es relevante mencionar que para evaluar y categorizar la experiencia de un sujeto, en el estudio de las emociones se ha desarrollado el concepto de *valencia*, el cual ha sido de gran utilidad en la investigación de emociones en tanto que permite analizarlas partiendo de su naturaleza diversa, pues hace referencia al espectro, positivo o negativo, dentro del que se pueden ubicar las emociones. Este concepto permite determinar si una emoción tiene valencia positiva (por ejemplo, felicidad) o valencia negativa (miedo, asco, etc.). De tal forma que en el estudio de la empatía, para que una respuesta pueda denominarse como empática se esperaría que si una persona observa que un tercero tiene una experiencia emocional de valencia negativa, el observador experimente o reporte también una emoción de valencia negativa, y no una de valencia positiva.

Lo anterior forma parte del estudio de la dimensión cognitiva de la empatía, mientras que para evaluar la dimensión afectiva de la empatía, se ha tomado en cuenta si las interpretaciones del contexto se centran en la experiencia de uno mismo –es decir, son egocéntricas–, o si están centradas en la situación del otro (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Grove, Baillie, Allison, Baron-Cohen & Hoekstra, 2014; Noorden, Haselager, Cillesse & Bukowski, 2014; Schwenk et al., 2010; Grove, Baillie, Allison, Baron-Cohen & Hoekstra, 2014). Así, la empatía afectiva (EA) se refiere a la congruencia en la respuesta emocional del observador con respecto a la experiencia del otro; en este sentido, la valoración de la respuesta como empática o no empática, no debe centrarse únicamente en la experiencia emocional de uno mismo.

Baron-Cohen y Wheelwright (2004), quienes desarrollaron una metodología para evaluar el coeficiente de empatía en adultos, ejemplifican lo anterior de la siguiente forma: si te enteras de la muerte de un amigo joven que había estado padeciendo una enfermedad dolorosa y terminal, podrías sentir por un lado alivio (porque su dolor se ha terminado) y por otro tristeza (porque su

vida ha sido corta). En ese caso, ambos pensamientos son respuestas que podrían clasificarse como empáticas; por el contrario, si únicamente se reportara tristeza por la pérdida de esa amistad, la experiencia no se podría clasificar como empática pues estaría centrada en uno mismo, esto a pesar de que la respuesta es congruente con la situación. Se retoma este ejemplo dado que se parte de la aportación teórica de estos autores, respecto al concepto de empatía, para la definición conceptual y operacional del constructo en este trabajo, pues como se verá en el apartado correspondiente, el criterio que deriva del ejemplo mencionado fue considerado con anticipación por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) en el diseño de la tarea de respuesta empática adaptada en este trabajo al contexto mexicano.

Cabe resaltar que el estudio de la empatía a partir de las dimensiones cognitiva y afectiva, no implica pensarlas como procesos independientes. Sin embargo, mientras que ambas ocurren típicamente de manera simultánea, es posible que su desarrollo se genere de forma desigual (McDonald & Messinger, 2011). Por ejemplo, al evaluar cada dimensión de forma separada, los resultados pueden ser distintos y en ocasiones varían dependiendo del diagnóstico psiquiátrico de las muestras poblacionales. Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Schwenck et al. (2012) en el que compararon la Empatía Afectiva (EA) y la Empatía Cognitiva (EC) en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno de Conducta (TC) y un grupo control, observando que los niños con TEA tienen dificultades en la EC mientras que la EA se encuentra sin limitaciones. Asimismo, los autores encontraron que los niños con TC muestran déficits en EA y no en las pruebas referentes a la EC (Schwenck et al., 2012).

Para comprender más a fondo la distinción entre la empatía afectiva y la empatía cognitiva se ahonda a continuación en el concepto de Reconocimiento Emocional a través de Expresiones Faciales (REEF), que como se menciona arriba, es uno de los elementos primordiales en procesos de cognición social y esencial en los procesos de empatía cognitiva.

Cuando Charles Darwin describió la percepción y expresión de emociones como habilidades innatas, refirió que mostrar, expresar y entender el significado de expresiones faciales son habilidades que surgen en el cerebro independientemente de cualquier experiencia o aprendizaje sensorial. Sin embargo, estudios recientes han permitido dar cuenta de que el cerebro no contiene conocimiento innato sobre las emociones, aunque tiene la capacidad innata de responder rápidamente a las señales del ambiente, evaluar el significado emocional de esa información y

en consecuencia regular adaptativamente los comportamientos subsecuentes (Pollak, 2012). En este sentido, Celestin y Westreich (2013) definen las emociones como fenómenos bio-psico-sociales que involucran reacciones fisiológicas, inconscientes y autonómicas, que pueden generar expresiones conductuales, por lo que resultan procesos complejos esenciales para la supervivencia y la adaptación (Celestin-Westreich & Celestin, 2013, p. 248). Por lo que al día de hoy se parte del supuesto de que la interacción social propicia la adquisición de habilidades de cognición social.

Ekman (1999) indica que las investigaciones sobre las expresiones faciales que se han realizado desde la década de los setentas, han dado cuenta del carácter transcultural de seis expresiones faciales, que se ubican como la expresión de las seis emociones básicas: felicidad, enojo, tristeza, miedo, asco y sorpresa. Estas expresiones se reconocen en diversas culturas occidentales y no occidentales de manera significativamente homogénea, y dichos resultados se han replicado también en comunidades aisladas (Ekman, 1999).

El rol de señales sociales, como aquellas expresadas a través de gestos faciales, son primordiales para el reconocimiento emocional, por lo que se estudian desde diversos enfoques: semiótica, neurobiología, psicofisiología, psicología y psiquiatría. Algunos autores han dado cuenta de que si bien la capacidad de desarrollar habilidades para reconocer este tipo de señales en la interacción es innata, se ha observado que el desarrollo está influenciado por experiencias a edades tempranas, especialmente por la interacción entre padres/cuidadores y el niño en desarrollo (Miller, 2006; Pollak, 2012; Repetti et al., 2002).

Respecto a las etapas de desarrollo de las habilidades de REEF, se ha observado que incluso desde los cuatro meses de edad los infantes muestran reconocimiento de expresiones de felicidad, ira, miedo, tristeza y sorpresa (Serrano, Iglesias & Loeches, 1992). Mientras que Thomas, De Bellis, Grahman & LaBar (2007) refieren que esta habilidad incrementa durante la infancia, ya que se ha observado que durante los primeros años de la etapa escolar los niños reconocen y etiquetan de manera correcta dichas expresiones faciales (Thomas, et al., 2007, p. 547).

Es relevante tomar en cuenta que en investigaciones sobre esta dimensión de la cognición social, se reporta que la información no verbal puede ser incluso más influyente que el contenido verbal en la comunicación de las emociones, un ejemplo de lo anterior es el retomado por Mehrabian y

Ferris, (1967), de Levitt (1964), quien encontró que la decodificación de estímulos faciales y vocales, en conjunto, es tan precisa como la decodificación de estímulos faciales únicamente, mientras que la decodificación de ambas combinaciones fue más precisa que la decodificación de estímulos vocales únicamente.

En este sentido, las habilidades de REEF se consideran un elemento relevante en los procesos involucrados en la dimensión de EC y se han estudiado principalmente en población con diagnóstico de Esquizofrenia o TEA (Rodríguez & Acosta, 2011; Yuill & Lyon, 2007).

Diferentes estudios sobre el tema en población con trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, autismo, depresión y alcoholismo, coinciden en señalar que las personas afectadas con estos trastornos también presentan dificultades en las habilidades relacionadas con la cognición social, tales como el reconocimiento de emociones a través de expresiones faciales, la empatía y las conductas pro-sociales (Uekermann et al., 2010). El primer meta-análisis sobre cognición social en personas con TDAH, se publicó en 2016, dicho trabajo confirma dificultades significativas en la percepción e interpretación de emociones por parte de esta población (Bora & Pantelis, 2016), sin embargo, aún no se tienen resultados concluyentes sobre la influencia que las características de las interacciones sociales pueden tener en la percepción e interpretación de emociones en población infantil con diagnóstico de TDAH.

Como se ha mencionado, el desarrollo de las habilidades de cognición social se ha visto relacionado con las interacciones sociales durante edades tempranas, principalmente en el contexto primario de socialización, en este sentido, se expone a continuación cómo se han estudiado las características de la interacción en las familias a partir del constructo de prácticas parentales .

2.-Delimitando la relación entre prácticas parentales y las habilidades de cognición social.

Bajo el concepto de prácticas parentales se estudian los “*comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos*” (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas, Reyes, 2011, p.68), en este sentido, se pueden entender como hábitos en la interacción de padres e hijos que determinan estilos de crianza. Las prácticas parentales pueden

ser factor de riesgo o protección, para el desarrollo de las expresiones más generales de psicopatología y conductas riesgosas en adolescentes y adultos.

Esta dimensión de las dinámicas familiares se ha estudiado a partir de constructos como el de *calidez*, que implica estar involucrado e interesado en las actividades del niño, escucharlo y ser un soporte para él (Broderick & Blewitt, 2003, como se citó en Domenech, Donovan y Crowley (2009); así como desde las formas de disciplinarlo, las exigencias que se le imponen o determinan, las formas de ejercer el poder, las expectativas de comportamiento o el nivel en que se le permite al niño expresarse y participar en la familia, lo cual ha sido referido como *garantía de autonomía* (Márquez, 2007).

En el estudio realizado por Domenech et al. (2009) con población Latina, de la cual el 81% fueron familias mexicanas, se retoma el modelo teórico de Baumrind que categoriza cuatro *estilos* parentales principales, mismos que se determinan con base en las variaciones de las prácticas parentales que se encuentran relacionadas con sintomatología externalizada e internalizada en niños y adolescentes.

Dichas prácticas parentales refieren principalmente a la receptividad (*calidez*), las exigencias (*control parental*), y la garantía de autonomía (Domenech et al. 2009, p. 197); de tal forma que el estilo *autoritario* se caracteriza por escasa receptividad, altos niveles de exigencia y bajos niveles en la concesión de autonomía; el estilo *autoritativo* se caracteriza por altos niveles de receptividad y exigencia pero alta concesión de autonomía; en el *permisivo*, los padres muestran altos niveles de receptividad y concesión de autonomía y bajos niveles de demanda; y en el estilo *descuidado* se muestra un bajo compromiso por parte de los padres en las actividades, necesidades e intereses del niño así como niveles bajos de receptividad de exigencias y de concesión de autonomía.

Con base en las características de los padres mexicanos que participaron en su estudio Domenech et al. (2009) agregaron dos categorías: el estilo *protector*, en el que resaltan conductas altas en calidez, niveles altos de exigencia y baja concesión de autonomía; y el estilo *afiliativo* en el que se observa alta calidez, escasas exigencias, y baja concesión de autonomía. En la tabla 1 se muestran de forma detallada las características de cada estilo parental.

Tabla 1. Estilos parentales propuestos por Domenech et al. (2009)

Estilos Parentales en Población Latina			
	<i>Calidez</i>	<i>Demandas</i>	<i>Garantía de Autonomía</i>
Autoritativo	Alto	Alto	Alto
Autoritario	Bajo	Alto	Bajo
Permisivo	Alto	Bajo	Alto
Descuidado	Bajo	Bajo	Bajo
Protector	Alto	Alto	Bajo
Afiliativo	Alto	Bajo	Bajo

Asimismo, Amador et al. (2013) estudiaron las prácticas parentales o de crianza a partir de diversos constructos, y generaron escalas de medición para cada uno de ellos, dichas escalas son las que se aplicaron en el presente estudio, las definiciones de cada constructo se comentan a continuación. Uno de los constructos es el *Involucramiento Positivo* que refiere a prácticas parentales activas que, a través de diversas formas, promueven interacciones afectuosas y no tienen como finalidad disciplinar a los hijos. A decir de los autores, estas conductas parentales pretenden atender y responder afectivamente a las actividades, deseos, e intereses que son parte de la vida de sus hijos (e. g., demostrar entusiasmo, conocer los intereses del niño, ofrecer opciones de recreación apropiadas). Los ítems que miden el involucramiento positivo incluyen conductas parentales que van desde un involucramiento positivo adecuado a uno inadecuado, en este sentido, mayor puntaje indica mayor involucramiento positivo adecuado.

Asimismo el constructo *Solución de Problemas* lo definen como las estrategias que los padres utilizan con sus hijos al enfrentar situaciones problemáticas cotidianas. Las estrategias de solución de problemas adecuadas se basan en actitudes y en conductas del padre que promueven la comunicación sana y la participación del hijo y de otros miembros de la familia, en medio de un clima de serenidad, generando estrategias de cooperación, establecimiento, práctica, y revisión de acuerdos familiares que promueven la armonía familiar. Los ítems que miden la solución de problemas incluyen las conductas parentales que van desde la solución de problemas adecuada hasta la solución de problemas inadecuada, en esta escala mayor puntaje indica que se solucionan problemas de manera más adecuada.

Con el constructo y la escala de *Disciplina* se evalúan las conductas verbales y físicas de los padres, dirigidas al logro de la obediencia de los hijos mediante la regulación del comportamiento inapropiado y del uso de estrategias de establecimiento de límites. Los ítems que miden

disciplina incluyen conductas parentales que van desde la disciplina adecuada a la inadecuada, mayor puntaje indica estrategias disciplinarias más rígidas.

Respecto al constructo *Supervisión* y a su evaluación, los autores indican que una supervisión adecuada se refiere a las conductas de los padres que les permiten alcanzar el adecuado conocimiento y seguimiento del cómo, dónde, y con quién los hijos realizan sus actividades cotidianas (ej., tiempo libre, actividades escolares, responsabilidades escolares y en casa). Los ítems que miden la supervisión incluyen las conductas parentales que van desde la supervisión inadecuada a la supervisión adecuada.

Otro constructo desarrollado por Amador y colaboradores es el *estímulo de nuevas habilidades*. Cuando esta práctica es adecuada, se refiere a aquellas conductas de los padres dirigidas al fomento de conductas prosociales en los hijos. Los autores mencionan que cuando los padres utilizan estrategias de enseñanza incrementan la concientización de sus hijos acerca de sus fortalezas, al igual que promueven nuevas destrezas. Típicamente las conductas parentales requieren enfocarse en la ocurrencia de conductas socialmente aceptables y reflejar un reconocimiento contingente (físico, verbal, o material) de las aproximaciones a las conductas deseadas. Los ítems que miden este aspecto incluyen conductas parentales que promueven de manera adecuada nuevas habilidades en el niño y conductas que no resultan estimulantes en ese sentido.

Asimismo los autores describen el constructo de estrés parental, como la percepción que el padre o cuidador principal tiene respecto a cómo influye su rol en algunos aspectos de la vida cotidiana (ej., qué tan asertivamente maneja diversas situaciones, sentimientos respecto al rol de padre/cuidador, cómo influye su rol en la relación con amigos o pareja, cómo percibe la relación entre él/ella y el niño). En la escala, los ítems que miden estrés parental evalúan en qué medida estas percepciones son negativas o positivas, y van desde un nivel alto de estrés parental a uno bajo. En esta escala, un menor puntaje indica mayor nivel de estrés parental (Amador et. al., 2013).

En esta misma línea de estudios, autores como Tandon et. al. (2013) encontraron que la ausencia de *calidez* aparece como uno de los factores predictores más significativos de psicopatología, al

compararlo con prácticas parentales como *protección* y *autoritarismo*; asimismo se reportan asociaciones entre la ausencia de *calidez* por parte de las madres y síntomas de depresión en ellas; y se ha encontrado que bajos niveles de *calidez* parental pueden contribuir al desarrollo de trastornos de conducta (Tandon et. al., 2013). De tal forma que la comprensión del estilo parental ha resultado muy útil para el entendimiento de comportamientos y actitudes complejas de los cuidadores y cómo estos se relacionan con la conducta de los niños.

Existe evidencia sobre el papel de la interacción entre padres/cuidadores y niños a edades tempranas en el desarrollo de las habilidades de REEF que, como hemos visto, es un indicador de habilidades en la dimensión cognitiva de la empatía. Un ejemplo relevante es el estudio de Pollak y Kistler (2002) en el que dan cuenta de que la percepción categorial de cuatro emociones básicas (felicidad, enojo, miedo y tristeza) difiere significativamente entre un grupo de niños con historial de abuso físico y un grupo control con edad media de 9 años. La evaluación se realizó haciendo uso de estímulos visuales (fotografías de rostros), y se encontró que los niños en el grupo control mostraron tendencia a subidentificar expresiones faciales de enojo, mientras que los niños que habían sufrido abuso físico mostraron tendencia a sobreidentificar dicha emoción. Los autores interpretaron estos datos como la expresión de procesos y mecanismos de adaptación (en este caso, la sensibilización y alerta ante expresiones faciales de enojo) por parte de los niños expuestos a situaciones adversas; cabe resaltar que este tipo de dificultades en procesos de regulación emocional y conductual se han asociado, desde un enfoque psicofisiológico, a elevaciones crónicas en niveles de cortisol, hormona que aumenta ante situaciones de estrés (Pollak, 2012).

Asimismo en el estudio de Ruffman, Slade y Crowe (2002) se reporta que el desarrollo de algunas habilidades de cognición social, como la interpretación y expresión de estados mentales (conocimientos, intenciones, creencias o sentimientos) podría variar si en el núcleo familiar es frecuente el diálogo al respecto, por ejemplo, en un estudio se observó que las conversaciones frecuentes entre madres e hijos acerca de dichos estados mentales, predicen el desempeño del niño en tareas de *teoría de la mente* (Miller, 2006, p.145).

Para hablar sobre las etapas del desarrollo de la empatía, es necesario mencionar que durante el tercer año de vida, los niños comienzan a hablar sobre estados mentales y a partir de esta edad el uso de términos que refieren a dichos estados mentales tiende a ser más preciso (Miller, 2006).

Respecto específicamente al desarrollo de la empatía, los autores de la Tarea de Respuesta Empática utilizada en el presente trabajo (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995), observaron que entre los 4 y 6 años de edad, si la información sobre estados mentales de otros no es muy clara, los niños tienden a encontrar dificultad para interpretar dicha información. En su estudio evaluaron la respuesta empática de niños entre 4 y 8 años, y observaron que el grupo de niños con edad media de 4 años mostró gran dificultad para acertar y compartir el sentimiento de un personaje, mientras que el grupo de niños de edad media de 6 años fue capaz de acertar y compartir los sentimientos de los personajes de manera parcial, sin embargo, su explicación respecto al sentimiento del personaje se centró exclusivamente en el evento al que este se enfrentaba. Asimismo, observaron que el grupo de niños con edad media de 8 años, mostró ya la capacidad de comprender estados emocionales en terceros con niveles de complejidad más elevados, por ejemplo, fueron capaces de comprender que una persona puede sentir dos emociones distintas relacionadas con un mismo evento además de que su interpretación sobre la causa de las emociones de los personajes referían no sólo a la situación contextual sino a la experiencia del personaje y a sus estados mentales (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995)

Hasta el momento sólo se ha ubicado un estudio que evalúa las implicaciones de las características de la interacción entre los padres y las habilidades de cognición social de niños con TDAH, en él Michelle A. Warren (2003), evaluó la empatía de los padres y su relación con el autoestima, la agresividad y la aceptación por los pares de los niños con TDAH. Warren encontró que los niveles altos de empatía parental predicen niveles más altos de autoestima en los niños, independientemente de la calidad de la relación con los padres. Asimismo, la empatía parental alta predice niveles bajos de agresión en los niños, mientras que los niños con padres que obtuvieron niveles altos de empatía, reportaron mayor aceptación de sus pares y puntuaron más bajo en las mediciones de agresión en comparación con los niños de padres con niveles bajos de empatía (Warren, 2003).

Es relevante mencionar que la relación entre REEF y el contexto familiar se evalúa con más consistencia en la población general. Repetti et al. (2002) realizaron una revisión de artículos al respecto, encontraron cuatro estudios que abordan la relación entre conflicto y agresión dentro de la familia y el REEF, uno de ellos es el realizado por Camras et al (1998) con niños abusados físicamente (n=20) y no abusados (n=20) con edades entre 3 y 7 años. La tarea consistió en

representar las seis emociones básicas en expresiones faciales, también se aplicó una prueba en la que se escoge una expresión que concuerde con las emociones descritas en una historia. Se encontró que los niños que han sido abusados físicamente fueron menos precisos en reconocer expresiones emocionales y posaron expresiones menos reconocibles. Otro de los estudios revisados por Repetti et al. (2002) es el de Dunn y Brown (1994) quienes encontraron que en la medida en que la madre expresa más sentimientos negativos en el hogar, el REEF de los hijos disminuye. La media de edad de los niños evaluados en dicho estudio fue de 4 años y los datos se obtuvieron durante visitas al hogar, de manera que se observó la expresión de sentimientos negativos de la madre dentro de dicho contexto y se les aplicaron a los niños dos tareas de identificación de emociones a través de expresiones faciales. En dicho estudio de revisión se menciona también el trabajo de Laible y Thompson (1998) en donde evalúan la relación entre estados afectivos internalizados de la madre y el REEF del niño, los autores observaron a partir de un informe que dio la madre respecto al apego que percibe en el comportamiento cotidiano de su hijo y a partir de una prueba de REEF para los niños, que quienes mostraban menor apego hacia la madre mostraron menor reconocimiento de emociones negativas tales como tristeza, enojo y miedo (Repetti et al., 2002)

Respecto a la empatía, mediante el estudio de las diferencias individuales en la infancia, se ha encontrado que los factores familiares que influyen de manera significativa son los relacionados con prácticas afectivas al igual que algunos factores estructurales como el estatus socioeconómico (ESE). Por ejemplo, se ha encontrado que niveles bajos de ESE se asocian con bajos niveles de empatía. Otros aspectos del ámbito familiar asociados con la empatía son: el apoyo materno, la parentalidad positiva, la calidez parental y la calidez entre hermanos (Sánchez-Pérez et al, 2014). Estos autores evalúan el *ambiente familiar* con la escala FES de Moos, y su relación con ambas dimensiones de la empatía, esta última la evalúan a partir de una escala de auto-reporte llamada “Índice de empatía de Bryant” en su adaptación al español. Además hicieron una adaptación de los reactivos para emplearla con los padres, de forma tal que reportaran datos sobre sus hijos. De esta forma, encontraron que aquellos niños que reportaron estar satisfechos con su familia puntuaron significativamente más alto en EA, mientras que los niños que provenían de familias con estatus socioeconómico más alto obtuvieron puntaje alto en EC (Sánchez-Pérez et al, 2014). Este estudio indicó también que los padres que reportaron menor

EA de su hijo puntuaron con manejo parental débil y observaron que la EC correlaciona de forma positiva con el clima familiar.

En este primer capítulo se abordaron las principales características del TDAH, así como las comorbilidades más frecuentes que presenta la población infantil con dicho trastorno. Asimismo, se abordó la problemática que se ha observado en niños con diagnóstico de TDAH respecto a los procesos de cognición social y se esclareció que se abordan en este estudio dos dimensiones de dichos procesos: el REEF y la Empatía. Se delimitó también la influencia que pueden tener las prácticas parentales en el desarrollo de las habilidades de REEF y Empatía en los niños y se revisó cómo se han estudiado los constructos principales para el presente trabajo.

En el siguiente capítulo se abordan los antecedentes y la metodología de la presente investigación, así como el marco teórico del cual se parte para el análisis de los datos obtenidos.

2.1 Perspectiva del modelo bioecológico del desarrollo humano y antecedentes sobre el estudio de REEF, empatía y prácticas parentales en población con TDAH.

Hasta ahora, se ha revisado que el REEF y la empatía son dos elementos primordiales en los procesos de cognición social y que de estos depende en gran medida el éxito en las relaciones interpersonales. Asimismo, hemos revisado las limitaciones que se han encontrado en dichos procesos por parte de población diagnosticada con TDAH y se ha hecho foco en la relación que puede existir entre el desarrollo de habilidades de cognición social y las prácticas parentales. En este sentido, para establecer la relación entre variables y guiar la discusión de los datos obtenidos en el presente estudio, se parte de la propuesta que plantea el modelo bioecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006). De acuerdo con este enfoque, el *desarrollo* se define como un fenómeno de continuidad y cambio en las características biopsicológicas de los seres humanos, como individuos y como grupos. Así, los cambios se generan como resultado de procesos que se constituyen a partir de formas particulares de interacción entre organismos -es decir, personas o grupos- y el ambiente, los cuales se ubican bajo la noción de *procesos proximales*, mismos que se han reportado como los principales mecanismos generadores del desarrollo. Las prácticas parentales o de crianza conforman los procesos de interacción social dentro del ambiente más próximo al individuo en desarrollo puesto que son las conductas específicas y orientadas a un fin, con las que los padres ejercen sus obligaciones o deberes, y que

tienen una meta social (objetivo de socialización) y un contenido específico (Márquez, 2007, pág. 67).

El modelo bioecológico, postula que el grado en que dichos procesos de interacción influyen en el desarrollo cognitivo y socioemocional del individuo, varía de acuerdo con las características de las *personas* que los conforman, el *contexto* ambiental inmediato y remoto y los periodos de *tiempo* en que los procesos proximales toman lugar (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p. 795). Las características de la persona que considera son: a) las disposiciones conductuales activas que pueden ser generadoras y disruptivas de desarrollo, ejemplos de las últimas son las conductas características de los niños con TDAH relacionadas con la impulsividad o las dificultades en el control de emociones; b) los recursos biológicos que son las características que constituyen labilidades biopsicológicas que influyen en la capacidad del organismo para comprometerse de manera efectiva en los procesos proximales -por ejemplo, bajo peso al nacer, discapacidades física- y los recursos del desarrollo, que refieren a las habilidades, conocimientos y experiencias – en donde se situarían las variables de REEF y empatía; c) las demandas, que se observan en la capacidad de alentar o desalentar reacciones del ambiente social que pueden interrumpir o promover procesos de crecimiento psicológico, por ejemplo, hiperactividad vs. pasividad. Desde la perspectiva de este modelo teórico en los procesos proximales, los cuales implican constantes interacciones interpersonales, las características de las personas involucradas tienen influencia sobre el desarrollo.

Algunos aspectos del contexto remoto que han tenido especial relevancia en la investigación sobre desarrollo humano se relacionan con el estatus socioeconómico, puesto que se ha observado como determinante de disposiciones y recursos. Respecto al contexto inmediato, el modelo bioecológico retoma elementos característicos del ambiente en que se generan las interacciones, por ejemplo aquello que caracteriza a las díadas madre-hijo – que aquí se abordarán a partir de las variables *calidez* y *estrés parental*-. Asimismo, en el presente estudio se aplicará una escala para conocer si el principal cuidador presenta sintomatología clínica de depresión, ya que la depresión materna se encuentra significativamente asociada con niveles más altos de psicopatología, problemas afectivos y de conducta (Goodman et al., 2011)

Cabe resaltar que desde este enfoque teórico, el desarrollo de empatía y habilidades de REEF se entenderían como resultado de la relación bidireccional entre las características biopsicológicas del individuo en desarrollo y los procesos de interacción entre él y su contexto, lo cual supone que el individuo afecta o modifica su entorno de la misma forma en que el entorno lo modifica a él. En este sentido, los datos obtenidos con esta investigación serán interpretados tomando en cuenta que las disposiciones que caracterizan a niños con TDAH pueden estar influyendo de manera significativa en las prácticas parentales a evaluar y viceversa.

2.2 Prácticas parentales en familias de niños con TDAH

Se ha reportado de manera consistente que los padres de niños con TDAH tienden a mantener menos prácticas de calidez que los padres de niños que no presentan el trastorno (Gerdes et al, 2003) y que responden de forma menos positiva ante la obediencia de sus hijos (Befera & Barkely, 1985; Cunningham & Barkley, 1979). Esto puede tener efectos en la conducta de los individuos en desarrollo, por ejemplo, en un estudio con población entre 7 y 16 años con TDAH se observó que la ausencia de *calidez* parental incrementa significativamente el uso de sustancias en los adolescentes (Tandom et al., 2014), mientras que la presencia de calidez parental se ha asociado de manera consistente con el funcionamiento positivo entre pares (Hurt et al., 2007). Estos últimos autores investigaron también la relación entre las prácticas parentales, la *soledad en familia* y el funcionamiento con pares de niños con TDAH entre 7 y 12 años de edad (Hurt et al., 2007). Antes de abordar los datos obtenidos de dicho estudio, es importante mencionar que la variable *soledad en familia* toma en cuenta el apoyo que tiene el niño dentro de su núcleo social primario, de forma que refleja aspectos como la conformación de díadas familiares, redes sociales de pares, red familiar y soledad general; las prácticas parentales evaluadas fueron *calidez* y *afirmación de poder*. Los análisis muestran que la *calidez* paterna se relaciona significativa y positivamente con la aceptación de los niños por parte de sus pares, y se relaciona de manera negativa con el rechazo de sus pares y conductas sociales problemáticas; también se observó que a mayor *afirmación de poder* del padre, menor aceptación de los pares (ibídem, pág. 549-550).

Lange et al. (2005) realizaron un estudio que evalúa las dinámicas de interacción de familias con niños diagnosticados con TDAH y algunas características más generales del ambiente familiar en el que se retoma la perspectiva del modelo psicológico *diátesis-stress*. De acuerdo con esta

propuesta los padres que enfrentan múltiples estresores, que cuentan con redes de apoyo limitadas y baja calidad de vida, son menos tolerantes con niños vulnerables al TDAH, lo cual tiene efecto en el desarrollo cognitivo y afectivo pues el ambiente psicosocial influye en el grado en que los niños con vulnerabilidad biológica aprenden a regular su atención, actividad e impulsividad, o el grado en que tales dificultades pueden ser toleradas y manejadas por miembros del sistema social del niño sin que esto implique consecuencias sociales adversas (Lange et al., 2005). En el mismo estudio se menciona que los padres de niños con TDAH utilizan métodos de disciplina más agresivos en comparación con padres de niños sin diagnóstico de TDAH (Woodward *et al.*, 1998 en Lange et al., 2005). Otro dato relevante que arroja este estudio, realizado con padres y madres de 22 niños con TDAH, 20 con trastornos afectivos como depresión y ansiedad y 27 niños como grupo control, es que la mayoría de los padres del grupo control pertenecían a clases socioeconómicas más altas que los padres de niños con TDAH, asimismo éstos últimos eran significativamente más jóvenes que el grupo control y que los padres del grupo con hijos con trastornos afectivos. Asimismo, los padres de niños con TDAH y trastornos afectivos reportaron más estrés, menor apoyo social de la familia y amigos y menor calidad de vida que el grupo control.

En lo que se refiere a prácticas parentales como la comunicación, los roles, la sensibilidad afectiva, el involucramiento afectivo y el control del comportamiento, los padres de los grupos con TDAH y trastornos afectivos reportaron mayores problemas que los padres del grupo control. Al analizar las diferencias entre generaciones se observó que los padres de niños con TDAH y los de niños con trastornos afectivos, reportaron niveles menores de satisfacción con sus familias de origen que los padres del grupo control.

Como parte de las conclusiones, los autores resaltan la similitud entre los perfiles de las familias de niños con TDAH y las de los niños con trastornos afectivos, señalan que podría ser reflejo de una constelación amplia de factores comunes que predisponen y/o mantienen un rango de problemas psicológicos en la infancia (Lange et al., 2005:93). Dicho estudio concluye que los aspectos familiares considerados pueden influir la expresión y gravedad de la sintomatología de los trastornos que evalúa; de tal forma que arroja luz sobre la influencia que el contexto primario del niño tiene en su desarrollo.

En suma, las familias de niños con TDAH han mostrado tener prácticas afectivas particulares que, tomando en cuenta el modelo bioecológico, es relevante considerar en el estudio del desarrollo en general. Veamos ahora cómo se han estudiado en nuestro contexto los aspectos de cognición social que nos atañen y algunos estudios que han encontrado relación entre estos y determinadas prácticas parentales.

2.3 Estudios y conceptualización del REEF en México

Cabe mencionar que el constructo que nos atañe se ubica generalmente como: *facial expression of the emotions*. Sin embargo, en los estudios que en seguida se mencionan, se ha traducido al español de diferentes maneras, de tal forma que, para fines prácticos y debido al uso que en esta tesis se hará de dicho indicador, es que nos referimos a él con el término: *Reconocimiento Emocional a través de Expresiones Faciales* (REEF).

El reconocimiento de emociones a través de la expresión facial es un tema poco estudiado en nuestro país. Hasta el momento, haciendo uso de la base de datos de la biblioteca digital de la UNAM, se han ubicado cuatro estudios sobre esta dimensión en población mexicana; el primero, “*Reconocimiento de la expresión facial de la emoción en mexicanos universitarios*” realizado por Anguas-Wong & Matsumoto (2007) con estudiantes universitarios, explora en el reconocimiento de siete emociones: enojo, desprecio, disgusto, temor, felicidad, tristeza y sorpresa, mediante una batería de fotografías con rostros de personas caucásicas y orientales (JACFEE) desarrollado por Matsumoto & Ekman en 1998. En él se indica que no se encontraron estudios anteriores sobre esta dimensión en la cultura mexicana. Los hallazgos indican que el reconocimiento de emociones fue superior al azar ($p < .01$), lo cual aporta evidencia a lo que se ha denominado la *universalidad* de dichas emociones. Asimismo proponen la siguiente definición de cada una de las emociones. Cabe señalar que estas definiciones son las que se emplearon en la presente investigación.

Tabla 2 Definición de las principales emociones

Emoción	Definición
Enojo	Sentimiento desagradable que resulta de un daño, maltrato, hostilidad, etc., usualmente se demuestra con un deseo de contra atacar a la supuesta causa de dicho sentimiento
Desprecio	Sentimiento o actitud de aquel que considera que algo o alguien valen menos.
Disgusto	Aversión profunda, repugnancia.
Temor	Sentimiento de ansiedad y agitación causado por la presencia o cercanía de peligro, maldad, dolor.

Felicidad	Que posee, expresa o causa un sentimiento de gran placer, estar contento, alegre; gozo.
Tristeza	Que posee, expresa o demuestra una pena, infelicidad.
Sorpresa	Sobresaltarse ante algo inesperado o que sucede de manera repentina, que nos toma por descuido.

El segundo estudio fue realizado por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, con población mexicana, se titula “*Reconocimiento de la expresión facial de las emociones y su relación con estilos de apego y síntomas psiquiátricos en residentes de Psiquiatría*” (Arango de Montis et al., 2013). Los instrumentos de medición fueron las *Pictures of Facial Affect* (POFA) de Ekman, el SCL-90 (NCS, 1994) y el Cuestionario de Estilos de Apego (Ahumada, 2011). Los resultados indican que los estudiantes del grupo control, quienes cursaban carreras fuera del área de la salud mental, reconocieron menos el miedo que los residentes de psiquiatría. Se encontraron correlaciones positivas entre la hostilidad y el reconocimiento del miedo y entre la ansiedad y el reconocimiento del miedo, así como entre los síntomas obsesivos-compulsivos y el reconocimiento del disgusto.

Se encuentra también el estudio de Ortega (2014) en el que se investigó el *Reconocimiento de la expresión facial de las emociones* y su relación con la personalidad y síntomas psiquiátricos en una muestra de estudiantes de psicología de la UNAM, también se empleó el instrumento POFA de Ekman (1993) para medir el REEF. Como resultado se obtuvo que los estudiantes de psicología son menos precisos en esta tarea al compararlos con estudiantes de otras licenciaturas, lo cual, como menciona el autor, pone en evidencia una brecha relevante en el diseño del plan de estudios de la licenciatura en psicología, pues dichas habilidades son esenciales para un mejor entendimiento de los estados afectivos que experimenta un tercero, lo cual a su vez es un elemento primordial en la práctica clínica.

El cuarto estudio sobre REEF en México, es el realizado por Michel-Taracena et al. (2014) titulado *Reconocimiento emocional facial, prosódico y contextual y los problemas de comportamiento social en niños con TDAH*, en el que aplicaron, a una muestra de 15 niños con diagnóstico de TDAH y 15 con desarrollo típico (grupo control), tres tareas de reconocimiento emocional, la primera utilizando el instrumento POFA de Ekman (1993), una tarea de reconocimiento de prosodia afectiva (Taracena et al., 2014) y una de comprensión de emociones

en contexto (a través de videos). En ninguna de las tres tareas se observaron diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo control, tampoco se encontraron diferencias en el tiempo de respuesta entre grupos. Al discutir los resultados respecto al reconocimiento de expresiones faciales, los autores mencionan que si bien sus resultados concuerdan con los de otros dos estudios que abordan dicho aspecto en niños con TDAH (Guyer et al., 2007; Schweneck et al., 2013 en Taracena et al., 2014 pág.238) contradicen los resultados de diversos estudios en los que sí se han observado diferencias significativas en el desempeño de población infantil con TDAH al compararla con controles. Los autores mencionan, respecto a los resultados de REEF, que los estímulos utilizados y los formatos de las tareas son diversos, dejando ver que este es uno de los aspectos que pudo haber influido en la variabilidad de resultados.

En el siguiente apartado, se abordan precisamente los estudios que dan cuenta de las limitaciones en tareas de REEF encontradas en población infantil con TDAH, así como los resultados del meta- análisis más reciente al respecto.

2.4 El REEF en población con diagnóstico de TDAH.

En 1998 se registró el primer estudio sobre habilidades de reconocimiento emocional con población diagnosticada con TDAH. En esta investigación Singh *et al.* (1998) aplicaron una tarea de reconocimiento emocional que consistió en relacionar la fotografía de la emoción más adecuada (teniendo como opción una imagen de cada emoción básica: felicidad, enojo, tristeza, miedo, disgusto y sorpresa, de la prueba JACFEE) a la narración de una historia; la muestra fue de 50 niños (34 niños y 16 niñas) diagnosticados con TDAH, y al comparar los resultados con estudios que utilizaron la misma tarea en población no clínica, se observó que la población clínica presentó déficits en las habilidades para indicar acertadamente las emociones a través de expresiones faciales, mostrando más errores para reconocer miedo y enojo (Singh *et al.* 1998).

A partir de estos hallazgos, se comenzó a ampliar el estudio sobre la dimensión afectiva del TDAH, los principales cuestionamientos han girado en torno a si las limitaciones encontradas en estos niños para reconocer de manera acertada las emociones en terceros son resultado de la falta de atención que los caracteriza o son un déficit primario del trastorno. En este sentido Yuill & Lyon (2007) se cuestionan dos aspectos: a) si los niños con este diagnóstico tienen dificultades en el procesamiento de información social, específicamente en el REEF, y b) si estas dificultades

se deben a un déficit cognitivo general o a una limitación más específica en el procesamiento de información sobre emociones. Su muestra fue de 36 niños ingleses de entre 5 y 11 años con diagnóstico de TDAH, la cual dividieron en dos grupos a los que les aplicaron la misma tarea y los compararon con un grupo control. Estos últimos fueron significativamente más jóvenes que el segundo grupo con TDAH, y con ellos se empleó una estrategia para disminuir la posibilidad de respuestas impulsivas. La tarea involucró habilidades para la realización de inferencias sobre situaciones con carga emotiva y sobre propiedades físicas de rostros sin carga emotiva específica. Se observó que los niños con TDAH tienen un menor desempeño que el grupo control seleccionando fotografías con y sin carga emotiva una vez que la investigadora describe la situación en la que se encuentra el sujeto de la imagen. Asimismo, los errores fueron significativamente mayores en el reconocimiento de expresiones en situaciones con carga emotiva. Si bien los errores disminuyeron en el segundo grupo con TDAH gracias a la estrategia para limitar la impulsividad, los autores aclaran que la mejora en el desempeño no fue estadísticamente significativa (Yuill & Lyon, 2007, p. 403). En este sentido, los autores resaltan que los niños con TDAH tienen limitaciones en el procesamiento de información emocional no sólo por las deficiencias cognitivas generales del trastorno sino también debido a limitaciones en el entendimiento de las relaciones entre situaciones y emociones expresadas (Yuill & Lyon, 2007). Cabe mencionar que cinco de los niños con TDAH tenían diagnóstico de comorbilidad con TOD, y al analizar el desempeño de estos niños se encontró que no difería de manera significativa con el resto de la muestra.

Por otra parte, los autores mencionan que la diferencia entre sus resultados y los de otros estudios que evalúan el REEF en población con TDAH, puede deberse al uso de tareas diversas. Indican que cuando no se obtienen diferencias significativas en el desempeño de la población clínica y los controles, se utilizan tareas que consisten en clasificar emociones. En este sentido, plantean que si bien los niños pueden haber aprendido a realizar la clasificación y relación correcta (de expresiones faciales y su conceptualización), podrían tener más problemas al reconocer el significado de las emociones en contextos específicos, tal como sucedió en su investigación. A pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios, en enero del 2016 Bora & Pantelis publicaron un meta-análisis sobre cognición social en pacientes con TDAH, incluyeron estudios que abordan el reconocimiento emocional en general y habilidades en teoría de la mente en

pacientes con TDAH, con TEA y controles. Lo anterior, tomando en cuenta variables confusoras como la edad, la comorbilidad, los subtipos de TDAH y las habilidades conductuales (Bora & Pantelis, 2016, p.700). De los 48 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, 25 evaluaron las habilidades de REEF. No se identificaron diferencias significativas respecto a la edad de los participantes en los grupos estudiados (TDAH, control, TEA) pero el coeficiente intelectual (CI) de los pacientes con TDAH fue significativamente menor en comparación con el grupo control. Los resultados respecto a la comparación de habilidades de REEF entre el grupo control y los pacientes con TDAH, mostraron que éstos últimos tuvieron un desempeño significativamente menor en las tareas de REEF, de Teoría de la Mente y de reconocimiento de prosodia afectiva. Se encontró que las emociones menos reconocidas por los pacientes con TDAH fueron ira o enojo (*anger*) y miedo. Se encontraron deficiencias significativas en el reconocimiento de expresiones de felicidad, de sorpresa y de tristeza; aunque no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos en el reconocimiento de disgusto o asco (*disgust*) (Bora & Pantelis, 2016, p. 707).

Respecto a los posibles factores de confusión, los déficits en cognición social no mostraron relación significativa con el género, la edad, el subtipo de TDAH o la comorbilidad con trastornos de conducta. Se encontró que menor edad en el grupo de TDAH se asocia con peor desempeño en tareas que evalúan *teoría de la mente*, aunque no se observó lo mismo respecto a los déficits de reconocimiento emocional. Sobre la influencia del CI, se observó que los déficits en el grupo de TDAH fueron mayores una vez que se pareó bajo este factor a los niños de ambos grupos (Bora & Pantelis, 2016, p. 707-708).

El meta-análisis de Bora y Pantelis (2016) no reporta la evaluación del efecto de fármacos en las habilidades de reconocimiento emocional. En la revisión de literatura realizada para este trabajo, la mayoría de los estudios al respecto no reportan diferencias significativas en el desempeño de pacientes medicados y no medicados con fármacos como metilfenidato y atomoxetina (Ichikawa et al., 2014; Ludlow, Garrood, Lawrence, Gutiérrez, 2014), por lo que la participación de los medicamentos no es del todo clara.

En el citado meta-análisis tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo de TDAH y el de TEA en el reconocimiento de expresiones faciales, sin embargo, otros estudios si han reportado diferencias al respecto, un ejemplo es el estudio de Bühler et al. (2011) quienes

encontraron que al comparar el REEF entre grupos con TSA (n=86); TDAH (n=84) y TSA+TDAH (n=52), el grupo de niños con TDAH de 10 años y más, mostró un desempeño significativamente menor que sus pares con TSA y TSA+TDAH.

En este sentido, es relevante retomar la afirmación de Bühler et al. (2011) respecto a que los niños con TDAH tienden a ser rechazados o excluidos rápidamente de las interacciones sociales entre pares, lo cual, siguiendo la interpretación de los autores, podría arrojar luz sobre la explicación de los déficits mayores en el grupo de más de 10 años, pues esa falta de retroalimentación y práctica de estas habilidades se refleja en su decremento. Los autores resaltan que dada la naturaleza de la tarea de REEF, los déficits encontrados no dependen del control inhibitorio limitado que caracteriza a esta población ya que la tarea no contiene información contextual que pudiera interferir como distractor, ni requiere que el niño ejerza trabajos de memoria a corto o largo plazo. Este tema ha sido un punto de enfoque en las discusiones sobre las deficiencias de reconocimiento emocional que presenta una parte de la población con TDAH.

Un aspecto consistente en la mayoría de las investigaciones sobre REEF en niños con TDAH es que esta población comete más errores al reconocer expresiones negativas, el meta-análisis de Bora y Pantelis (2016) confirma este hallazgo. Como ya se ha dicho, los niños con diagnóstico de TDAH tienden a ser excluidos de círculos sociales, Ichikawa et al. (2014), indican que también experimentan expresiones de enojo por parte de sus pares con mayor persistencia que los niños con Desarrollo Típico (DT), de manera que estas experiencias pueden resultar en un procesamiento diferente de estas expresiones. Adicionalmente, el estudio de Ichikawa et al. (2014) sugiere que la actividad hemodinámica de niños con TDAH es menor que la de los niños del grupo control, particularmente en las zonas asociadas al reconocimiento y procesamiento de expresiones negativas (Ichikawa et al., 2014).

Con base en lo anterior se puede argumentar que son comunes las limitaciones en el REEF de niños con TDAH, y que estas no tienen necesariamente una relación con los síntomas principales del trastorno como la impulsividad o la inatención, ya que ambos son aspectos considerados en la mayoría de las evaluaciones; de manera que algunos autores han arrojado luz sobre la influencia que pueden tener, en el desarrollo de estas habilidades, las experiencias sociales que llega a tener en común esta población, por ejemplo, la exclusión social que mencionan Buhler

et. al. (2011) o la exposición más constante de los niños con TDAH que los niños con DT a expresiones de enojo (Ichikawa et al., 2014)

2.5 Empatía y TDAH

Una vez que hemos revisado los hallazgos respecto al desempeño en REEF de la población que nos atañe, y considerando a ese proceso de cognición social como un elemento básico de la dimensión cognitiva de la empatía, veamos qué se sabe hasta ahora sobre los procesos de empatía en población con TDAH.

El primer estudio que evaluó las habilidades de Empatía en población con diagnóstico de TDAH fue realizado por Bratten y Roosen (2000); los autores plantean que, a raíz de las deficiencias en el control inhibitorio que caracteriza a la población con este trastorno, la auto-regulación afectiva y dimensiones específicas de ésta como *a)* la empatía, *b)* la reactividad emocional y *c)* las habilidades para anticipar reacciones emocionales, también están alteradas. A partir de esta hipótesis los autores exploraron la evaluación por parte de niños con TDAH sobre las necesidades, sentimientos y opiniones de otros. Para ello aplicaron la “tarea de respuesta empática” desarrollada por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) a un grupo de 24 niños y 5 niñas con TDAH con edad media de 8.2 años, y a un segundo grupo de 19 niños y 11 niñas control con edad media de 7.7 años.

Los resultados confirman la hipótesis de que en comparación con el grupo control, los varones con TDAH tienden a relacionar menos su emoción con la del personaje de la historia y a dar interpretaciones centradas en el personaje durante la descripción de sus propias emociones. A partir de esto se puede inferir que especialmente las habilidades de EA son limitadas en la población con TDAH. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre grupos en los puntajes que refieren a la tarea de relacionar emociones en estímulos complejos ni en estímulos simples que inducen emociones positivas; esto último concuerda con los resultados observados en la mayoría de los estudios de REEF respecto a que los niños con TDAH tienen mayor dificultad para interpretar la expresión de emociones negativas, mientras que los resultados en los *estímulos complejos* nos hablan de habilidades de EC comparables con los niños control. Cabe resaltar que se evaluaron las habilidades en receptividad de vocabulario e

inteligencia verbal y ambos grupos obtuvieron puntuaciones similares, por lo que los autores indican que las diferencias en la tarea de empatía no se explican por dichas habilidades.

Posteriormente, Dyck et al. (2001) aplicaron cuatro tareas para evaluar lo que denominaron *habilidad empática global* en niños y adolescentes entre 9 y 16 años, de los cuales 35 tenían diagnóstico de TDAH, 20 de Autismo, 28 de Asperger, 14 de trastorno de Ansiedad y 36 fueron participantes controles. Se observó que al comparar las habilidades globales de empatía entre individuos con TDAH y el grupo control, los primeros obtienen puntajes significativamente más bajos aun cuando se controlan diversos elementos de habilidades cognitivas, tales como fluidez verbal y CI. Por otra parte, el grupo de niños con TDAH mostró déficits de habilidades empáticas comparables a los déficits que se encontraron en la muestra de niños con Asperger, y más aún, estos déficits resultan desproporcionados en relación con déficits en habilidades cognitivas que presentan los menores con TDAH, de tal forma que los autores plantean que el componente afectivo tiene mayor peso que el cognitivo en los déficits que se encontraron en la habilidad empática global de los participantes con TDAH.

El tercer y último estudio que evalúa las habilidades de empatía en población infantil con TDAH fue realizado por Marton et al. (2009) con el objetivo de conocer la habilidad que tienen los niños con el trastorno para entender una situación social desde la perspectiva de un tercero, lo que se denomina *Toma de Perspectiva Social* (TPS). Otro objetivo fue determinar si la comorbilidad con Problemas de Conducta (PC) y con Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) genera una variabilidad significativa en dichas habilidades.

La muestra estuvo compuesta por 36 niños y 14 niñas con TDAH y de 30 niños y 12 niñas control de entre 8 y 12 años de edad; se pidió que ningún niño estuviera medicado al momento de las pruebas. Como prueba de empatía utilizaron el *Índice de empatía para niños y adolescentes* de Bryant (1982) que aplicaron a padres y niños. Los resultados mostraron que el grupo con TDAH fue evaluado como menos empáticos por sus padres, y que dicho reporte correlaciona negativamente con PC. En ambos grupos los varones fueron evaluados como menos empáticos que las niñas, este hallazgo es consistente con otros estudios.

Se observó que las niñas con diagnóstico se auto-reportan más empáticas de lo que lo hacen los niños. Por otra parte, y en congruencia con estudios no hubo relación entre el lenguaje,

coeficiente intelectual y empatía, sin embargo, el lenguaje explicó el 18% de la varianza en la tarea de TPS y el coeficiente intelectual el 4%. En la discusión de aspectos específicos sobre la prueba de empatía, se resalta que, si bien los resultados no arrojaron diferencias significativas entre grupos en lo que respecta a los auto-reportes, los padres de niños con TDAH los evaluaron con menor comportamiento empático que los padres del grupo control a sus hijos. Este punto arroja luz sobre dos aspectos epistemológicos a considerar en la evaluación del constructo de empatía dada la naturaleza compleja de este fenómeno psicosocial. Como mencionan los autores, existe la posibilidad de que los niños tengan experiencias empáticas subjetivas o internalizadas más intensas de lo que muestran a través de su comportamiento, y también es posible que en el auto-reporte las respuestas estén influenciadas por expectativas sociales (Marton et al., 2009 pág.114). Un hallazgo relevante en el estudio referido es que en el caso de niños con TDAH y comorbilidad con PC clínicos se encontró que el trastorno no explica la varianza adicional en la prueba de empatía, lo que sugiere que los niños con dichas conductas se encuentran en mayor predisposición a tener déficits en habilidades de empatía.

2.6 Formas de evaluación de la Empatía

La revisión de literatura muestra que existen diferentes instrumentos para evaluar la empatía cognitiva y afectiva en población infantil y adolescente, entre ellos: a) la escala de Bonino et al. (1998) *Cómo me siento en diferentes situaciones*; b) la *Escala de Empatía Básica* (Jolliffe y Farrington, 2006); c) el *Cuestionario de Respuesta Empática* (Olweus y Endresen, 1998); d) el *Índice de reactividad interpersonal* (Davis, 1980) y e) el *Índice de Empatía para niños y adolescentes* (Bryant, 1982); este último, se puede aplicar a padres o maestros, o bien como auto-reporte, está traducido al español y se validó con población costarricense (Alvarado, 2011) y con población española (Mestre et al., 1999). En la revisión de literatura no se encontraron reportes de que alguna de estas escalas se haya validado con población mexicana. Como aspectos positivos del uso de escalas para la evaluación de la empatía se menciona que proveen un estimado consistente y estable de respuestas empáticas (Eisenberg y Miller, 1987, en Marton, 2009). Sin embargo, también existen algunas desventajas, por ejemplo, la mayoría de ellas toma en cuenta que la empatía es un fenómeno de componentes biopsicosociales, que si bien depende del desarrollo e integración de estructuras cerebrales como el *sistema de espejo* (Mercadillo & Días, 2013:97), responde también a la interiorización de normas y valores. En este sentido, el

proceso empático de percepción – racionalización – juicio, resulta influenciado por el contexto social en que nos desarrollamos. De tal forma que ante afirmaciones como las que constituyen el *índice de empatía de Bryant*, por ejemplo: “*Me siento triste al ver a una niña que no encuentra a nadie con quien jugar*” (Alvarado, 2011), se ha considerado que existe la posibilidad de obtener “*respuestas influenciadas por expectativas sociales*” (Eisenberg et al. 1991 en Marton et. al, 2009 pág. 114).

Otra posibilidad es que en el caso de afirmaciones como “*Me molesto cuando veo que se le hace daño a un niño*” –también incluida en el instrumento de Bryant (1982) - el niño que está siendo evaluado no tenga referencia alguna de la situación y por tanto su respuesta sea aleatoria o se vea influenciada por lo que considera que se espera de su respuesta. Por otra parte, en la traducción de Alvarado (2011) de la escala de Bryant (1982) se encontró que los ítems que están redactados de forma negativa generan confusión en los niños, además, se encontraron discrepancias al comparar los resultados en la tarea de empatía de Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) con un autoreporte de empatía (Braaten y Rosén 2000) al comparar a un grupo clínico y un grupo control, mientras que con el autoreporte no se registraron diferencias (Marton et. al, 2009 pág. 318).

A partir de estas observaciones, diversos autores como Ricard y Kamberk-Kilicci (1995), Dyck (2001), Schwenck (2012) y Abell, Happé y Frith (2000) desarrollaron formas alternativas para evaluar la empatía a través de la comprensión del contexto, la toma de perspectiva de un tercero y la interpretación afectiva, a partir de estímulos tales como historias, videos o imágenes con carga emocional.

Este tipo de instrumentos coinciden en que permiten hacer una evaluación de carácter cuantitativo a partir del discurso de los individuos. Si bien esto no ha sido discutido por los autores de dichas pruebas, se considera aquí que este tipo de tareas permiten obtener respuestas espontáneas y abren la posibilidad a un proceso de reflexión más amplio que las escalas que dan opciones de respuestas binarias (si-no). Cabe señalar que esta metodología de evaluación tampoco se ha validado en México.

En virtud de que la evaluación de la empatía en niños mediante el uso de viñetas e imágenes ofrece más ventajas que los instrumentos tradicionales, el presente trabajo se llevó a cabo para

adaptar al contexto mexicano el método desarrollado por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) con el fin de evaluar dicho constructo a partir de las respuestas verbales a relatos cortos acompañados de imágenes que representan situaciones con carga emocional. Esta forma de evaluación permite rescatar los elementos de la conceptualización de empatía expuesta anteriormente, además de que recolecta la información directamente del sujeto en estudio, a partir de preguntas abiertas.

3.-Método

3.1 Planteamiento del problema

La investigación sobre los procesos de cognición social en población con diagnóstico de TDAH ha mostrado que, principalmente la población infantil que tiene el diagnóstico, tiene dificultades para reconocer e interpretar las emociones de un tercero. Sin embargo, aún no se ha explorado la relación que tiene el desempeño de los infantes en esta dimensión con determinadas características de su contexto familiar. Tomando en cuenta que esta relación ha sido estudiada de manera amplia con población general, y que se ha podido determinar una interacción fuerte entre ambos aspectos, resulta relevante generar más conocimiento sobre estas relaciones en familias de niños con TDAH, pues éstas han mostrado tener características específicas que a su vez pueden estar influyendo de manera particular en el desarrollo de habilidades de cognición social de los niños.

En este sentido se busca conocer, en primer lugar, las habilidades de REEF y empatía de niños y niñas mexicanos con diagnóstico de TDAH y las particularidades de las prácticas parentales que caracterizan la interacción entre padres e hijos, para así poder ubicar: a) cuáles son las limitaciones de la población infantil en dichos aspectos, ya que probablemente estén influyendo en sus experiencias sociales y b) qué aspectos resultan relevantes a tratar con los padres de estos niños respecto a sus prácticas parentales. Lo anterior toma relevancia en tanto que permitiría plantear la importancia de trabajar en el proceso terapéutico de esta población, habilidades sociales como el REEF y la empatía, así como ubicar qué prácticas parentales habría que reforzar en los cuidadores para apoyar el desarrollo de habilidades de cognición social en los niños.

3.2 Justificación

El informe anual de la División de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" menciona que las perturbaciones de la actividad y de la atención, fueron el primer motivo de búsqueda de atención en 2016. Mientras que la alta prevalencia del trastorno en población general, lo convierte en un asunto relevante a tratar desde una perspectiva de salud mental pública. Habría que considerar que el diagnóstico y tratamiento del trastorno se concentran en la triada de síntomas clásicos (inatención, hiperactividad e impulsividad), sin embargo, como hemos revisado, existe evidencia sobre limitaciones en habilidades de cognición

social por parte de esta población, así como respecto a la relación entre el desarrollo de dichas habilidades y de los síntomas clínicos, con las prácticas parentales. En este sentido, resulta relevante aportar evidencia sobre la interrelación entre estas variables que pudiera servir de apoyo en el diseño de intervenciones psicosociales dirigidas a población infantil con TDAH y a sus familias.

3.3 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la relación entre determinadas Prácticas Parentales (*Involucramiento Positivo, Solución de problemas, Calidez, Disciplina, Supervisión, Estímulo de Nuevas Habilidades*) y habilidades de cognición social en niños con diagnóstico de TDAH?

3.4 Objetivo General

Evaluar las prácticas parentales y su relación con las habilidades de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales y la empatía en niños(as) de 9 a 11 años con diagnóstico de TDAH

3.4.1 Objetivos Específicos

3.5.1 Explorar la sintomatología clínica de la muestra a través del *Child Behavior Check List*

3.5.2 Describir las habilidades de cognición social de los niños

3.5.3 Conocer la relación entre Reconocimiento de Emociones a través de Expresiones Faciales y la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía.

3.5.4 Analizar las prácticas parentales, las características de los cuidadores y explorar relaciones entre ellas.

3.5.5 Analizar la relación entre las características de los cuidadores y las habilidades de cognición social.

3.5.6 Explorar si existen diferencias en habilidades de cognición social entre los grupos conformados a partir de las características clínicas de los niños.

3.5.7 Determinar si existen diferencias en las prácticas parentales y características de los cuidadores, con base en los grupos conformados por niños con y sin sintomatología clínica en cada dimensión sintomática del CBCL

3.5 Hipótesis General

Los hijos de padres que obtengan puntajes bajos en prácticas parentales positivas, obtendrán puntuaciones más bajas en Reconocimiento emocional a través de expresiones faciales (REEF) y en la tarea de empatía.

3.5.1 Hipótesis específicas

3.7.2 La mayoría de los niños obtendrán puntajes bajos en la tarea de respuesta empática y tendrán errores al reconocer expresiones faciales con valencia negativa (miedo, asco).

3.7.3 Habrá relación directamente proporcional entre el REEF y la dimensión cognitiva de la empatía

3.7.4 El menor porcentaje de cuidadores obtendrá puntajes altos en prácticas parentales positivas y se observará relación directamente proporcional entre el estrés parental, la sintomatología depresiva y las prácticas parentales negativas.

3.7.5 Los niños de cuidadores con mayor estrés parental y con mayor sintomatología depresiva obtendrán menor puntuación en habilidades de cognición social.

3.7.7 Los cuidadores con puntajes mayores en prácticas parentales positivas, tendrán niños sin sintomatología clínica en las categorías diagnósticas evaluadas por el CBCL

3.6 Diseño

Para cubrir los objetivos se llevó a cabo un estudio transversal, en el cual las mediciones se realizan una sola vez y se analizan las relaciones de dos o más variables.

3.7 Participantes

El estudio se llevó a cabo con niños con diagnóstico de TDAH y su cuidador principal

Criterios de inclusión de la población infantil: Niños y niñas entre 9 y 11 años de edad con diagnóstico de TDAH, realizado por el médico tratante de la institución pública de salud mental infantil en donde se realizó el estudio.

Criterios de exclusión de la población infantil: Niños con comorbilidad con retraso del desarrollo intelectual, esquizofrenia o autismo.

Criterio de eliminación de la población infantil: Niños que no estén de acuerdo con el proceso de asentimiento informado.

Criterios de inclusión de padres/cuidador: Ser el adulto responsable del cuidado del niño.

Criterios de eliminación: No acceder a firmar el consentimiento informado.

3.8 Muestra

La muestra fue no probabilística, por conveniencia, incluyó 61 díadas conformadas por el cuidador principal y un menor de entre 9 y 11 años de edad con diagnóstico de TDAH. Todos los niños participantes reciben atención psiquiátrica en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Sólo una díada tuvo que ser excluida del estudio por tener diagnóstico de retraso moderado del desarrollo intelectual, por lo que finalmente se contó con datos de 60 díadas.

3.9 Variables e Instrumentos

En la tabla 3, se conceptualizan las variables de estudio y su operacionalización en el presente trabajo, se menciona también el instrumento con el que se evaluó cada variable. Posteriormente se describen las características de cada instrumento y se muestran los datos de validez y confiabilidad de cada uno.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
Reconocimiento Emocional a través de Expresiones Faciales (REEF)	Las habilidades para interpretar acertadamente estados afectivos en otra persona resulta crucial para interacciones interpersonales adaptadas (Baez & Ibañez, 2014) mismas que dependen del procesamiento de diversos estímulos comunicativos tanto verbales como no verbales; las expresiones faciales forman parte de estos últimos, por lo que los aciertos en su interpretación se utilizan como indicador de habilidades en procesos de reconocimiento emocional (Da Fonseca et al., 2009.).	Número de aciertos del niño en el reconocimiento de: miedo, asco, felicidad, y sorpresa a partir de los estímulos de la base de datos <i>DynEmo</i>	<i>DynEmo</i>
Empatía	Habilidad para comprender estados emocionales de terceros que desencadena una o más emociones en el observador e implica una interpretación congruente con la experiencia del otro (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004:1-2). Esta definición supone dos dimensiones de la empatía: a) la <i>cognitiva</i> , que se compone de habilidades para decodificar e interpretar señales sociales, verbales o no verbales, así como de habilidades para contextualizar la perspectiva del otro y b) la <i>afectiva</i> , que enfatiza la experiencia del observador, la cual puede ser diferente pero de valencia similar.	Puntaje obtenido en la Tarea de Respuesta Empática (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995)	Se evalúa a través de la tarea de Respuesta Empática desarrollada por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995).

Prácticas Parentales	<i>“Comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos”</i> (Segura, et al., 2011:1)	Puntuación obtenida en las escalas que evalúan: Involucramiento Positivo, Solución de Problemas, Calidez, Disciplina, Supervisión, Estímulo de Nuevas Habilidades	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)
Involucramiento Positivo	Un involucramiento positivo adecuado se refiere a conductas de parentalidad activas que, a través de diversas formas, promueven interacciones afectuosas y no disciplinarias con los hijos. Estas conductas parentales pretenden atender y responder afectivamente a las actividades, deseos, e intereses que son parte de la vida de sus hijos (e. g., demostrar entusiasmo, conocer los intereses del niño, ofrecer opciones de recreación apropiadas). Los ítems que miden el involucramiento positivo incluyen conductas parentales que van desde un involucramiento positivo adecuado a uno inadecuado, mayor puntaje indica mayor involucramiento positivo adecuado.	Puntuación obtenida en la subescala que evalúa el involucramiento positivo.	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)
Solución de problemas	Estrategias que los padres utilizan con sus hijos al enfrentar situaciones problemáticas cotidianas. Las estrategias de solución de problemas adecuadas se basan en actitudes y en conductas del padre que promueven la comunicación sana y participación del hijo y de otros miembros de la familia, en medio de un clima de serenidad, generando estrategias de cooperación, establecimiento, práctica, y revisión de acuerdos familiares que promueven la armonía familiar. Los ítems que miden la solución de problemas incluyen las conductas parentales que van desde la solución de problemas adecuada hasta la solución de problemas inadecuada, mayor puntaje indica que se solucionan problemas de manera más adecuada.	Puntuación obtenida en la subescala que evalúa la solución de problemas.	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)

Disciplina	Conductas de los padres, verbales y físicas, dirigidas al logro de la obediencia de los hijos mediante la regulación del comportamiento inapropiado y el uso de estrategias de establecimiento de límites. Los ítems que miden disciplina incluyen conductas parentales que van desde la disciplina adecuada a la inadecuada, mayor puntaje indica estrategias disciplinarias más rígidas.	Puntuación obtenida en la subescala que evalúa la disciplina	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)
Supervisión	Una adecuada supervisión se refiere a las conductas de los padres que les permiten alcanzar el adecuado conocimiento y seguimiento del cómo, dónde, y con quién los hijos realizan sus actividades cotidianas (e. g., tiempo libre, actividades escolares, responsabilidades escolares y en casa). Los ítems que miden la supervisión incluyen las conductas parentales que van desde la supervisión inadecuada a la supervisión adecuada.	Puntuación obtenida en la subescala que evalúa la supervisión	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)
Estímulo de nuevas habilidades	Un estímulo de nuevas habilidades adecuado se refiere a aquellas conductas de los padres dirigidas al fomento de conductas prosociales en los hijos. Usando las estrategias de enseñanza, los padres incrementan la concientización de sus hijos acerca de sus fortalezas al igual que promueven nuevas destrezas. Típicamente las conductas parentales requieren enfocarse en la ocurrencia de conductas socialmente aceptables y reflejan un reconocimiento contingente (físico, verbal, o material) de las aproximaciones a las conductas deseadas. Los ítems que miden el estímulo de nuevas habilidades incluyen conductas parentales que van desde el Desarrollo de Nuevas habilidades inadecuado al inadecuado	Puntuación obtenida en la subescala que evalúa el estímulo de nuevas habilidades	Autoinforme para padres (CAPAS-Mx)

Características sociodemográficas y clínicas del cuidador principal.	Datos sociodemográficos del cuidador (edad y escolaridad) datos clínicos (síntomatología depresiva) y nivel de estrés parental.	Edad, escolaridad, sintomatología depresiva, estrés parental.	La edad y la escolaridad se evaluaron a partir del cuestionario sociodemográfico diseñado por Amador et al. (2013). La sintomatología depresiva a partir de la traducción del CES-D de Chapela & Salgado (2009) y el estrés parental con la escala diseñada por Amador et al (2013)
Sintomatología clínica del niño	Se evalúa la presencia/ausencia de trastornos internalizados y externalizados.	Las variables sobre sintomatología clínica incluyen: Ansioso/deprimido, Conducta agresiva, Retraído/deprimido, problemas de atención, comportamiento disruptivo, quejas somáticas, problemas del pensamiento, problemas sociales, de acuerdo a las escalas del CBCL/6-18; así como: problemas de ansiedad, afectivos, de déficit de atención/hiperactividad, de conducta, de oposición desafiante y problemas somáticos de acuerdo a las escalas del CBCL/6-18 dirigidas al DSM.	Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001) o “Lista de síntomas del niño”, validado por Albores-Gallo et al. (2007) en población mexicana; los datos de validez se encuentran en el apartado 4.9.2

3.9.1 Descripción de Instrumentos

3.9.1.2 Instrumentos dirigidos al cuidador principal

Cuestionario de Información Sociodemográfica

Con este cuestionario se obtuvo la siguiente información: nivel educativo y antecedentes de tratamiento psiquiátrico del principal cuidador; número de hermanos del niño con TDAH, seguridad percibida en escuela del hijo con TDAH, seguridad percibida en la zona de residencia y suficiencia económica para cubrir ciertas necesidades. El cuestionario se conforma de 31 preguntas y se contesta en un tiempo aproximado de 10 minutos (ver anexo 10.3).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977)

Consta de 20 reactivos para evaluar la presencia de sintomatología depresiva, se utilizó un punto de corte de 16 o más para establecer la presencia de sintomatología clínicamente significativa. Esta escala fue validada al español por González-Forteza et al. (2011), mostró una consistencia interna global de ($\alpha=.83$).

Escala de Estrés Parental

Instrumento de auto-informe validado por Vázquez (2013), la escala total muestra una consistencia interna en población mexicana de .90, mientras que la subescala de Estrés asociado a las características del padre de 0.87, la subescala de la relación disfuncional del padre-hijo de 0.80 y finalmente la subescala de la dificultad del niño es de 0.85 (Vázquez, 2013). Esta escala arroja puntajes inversos, de manera que a menor puntaje, mayor es el estrés parental.

Escalas de Prácticas Parentales

Se evaluó a través del auto-informe para padres -CAPAS-Mx- (Amador et. al., 2013) el cual se compone de 6 subescalas que evalúa cada práctica parental de manera independiente, el instrumento se compone de oraciones que describen conductas del cuidador con respecto a la crianza del niño. Las respuestas son tipo Likert -nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre- (ver anexos 10.6-10.11). El tiempo de respuesta del auto-informe, es de aproximadamente 30 minutos. La validez de estas escalas se obtuvo con una muestra de 375 padres (Amador et al., (2013). En la tabla 3 se encuentran los coeficientes alpha de Cronbach para cada uno de los factores que integran las 6 subescalas y el alpha total de cada subescala.

Un puntaje alto en cada subescala indica mayor predominio del aspecto de crianza evaluado, con excepción de la escala de *Calidez* en la que un puntaje menor indica una interacción más cálida, hasta el momento no se han establecido puntos de corte para dichas subescalas, por lo que en el presente estudio se hizo una comparación entre grupos a partir de terciles.

Tabla 3 Datos de validez de las escalas de prácticas parentales

Escala	Factor	Alpha por Factor	Alpha Total
Involucramiento Positivo	interés de actividades del hijo	.836	.828
	Participación en actividades	.653	
Supervisión	Supervisión Efectiva	.843	.650
	Supervisión de actividades escolares	.768	
	Supervisión Deficiente	.624	
Estímulo de nuevas habilidades	Refuerzo social de la buena conducta	.878	.869
	Reforzamiento físico de conductas positivas	.707	
Disciplina	Disciplina Efectiva	.610	.613
	Disciplina coercitiva	.761	
	Comunicación de consecuencias	.621	
Solución de problemas		.923	.923
Calidez	Relación padre-hijo de calidez y apego	.880	.796
	Interacción negativa padre-hijo	.752	
	Disfrute de actividades	.814	

Confirmación diagnóstica con Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001)

Con la aplicación de este instrumento de autoinforme, dirigido a padres o cuidadores principales se busca obtener la confirmación de la impresión diagnóstica del clínico y conocer si en el momento del estudio el niño presenta alguna comorbilidad, asimismo se exploran relaciones entre los síntomas clínicos del niño y las prácticas y características parentales evaluadas.

Los datos de validez y confiabilidad de la aplicación del instrumento en población mexicana, reportados por Albores-Gallo et al. (2007), muestran consistencia interna excelente para la escala del total de problemas, siendo el coeficiente de correlación interclase para el test-retest de la escala total de 0,97; mientras que para las escalas de problemas internalizados el

coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0,90 y para la escala de problemas externalizadas fue de 0,94; los autores de la validación concluyen que el CBCL/6-18 es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en población mexicana con fines tanto clínicos como epidemiológicos.

El tiempo promedio de aplicación del instrumento es de 30 minutos y los resultados fueron interpretados por un psicólogo.

3.9.1.3 Instrumentos dirigidos al niño y su adaptación al estudio

Tarea de Reconocimiento Emocional a través de Expresiones Faciales

DynEmo (Tcherkassof, et al., 2013) es una base de datos (videos) sobre estados afectivos espontáneos, calificados por quienes los expresaron y por 20 observadores; está diseñada para el estudio transcultural del reconocimiento de emociones a través de expresiones faciales dinámicas y espontáneas. Su coeficiente de correlación interclase es de .79 ($S=.18$) en población europea. Se obtuvo la autorización del equipo que desarrolló la base de datos *DynEmo* para su empleo en el presente estudio

Para su aplicación, se eligieron 5 videos de la base de datos, que representan las siguientes emociones: asco, miedo, enojo, felicidad. Se realizó una presentación en Power Point en la que se reproduce cada uno de ellos, posteriormente se le preguntó al participante qué fue lo que sintió la persona del video y en seguida aparecían en la pantalla 4 opciones de respuesta. Se aleatorizó el orden de aparición tanto de los estímulos como de las posibles respuestas. El primer estímulo fue de prueba para el participante, por lo que el puntaje máximo de aciertos es de 4. El tiempo de aplicación de la tarea fue de aproximadamente 5 minutos.

Tarea de Respuesta Empática

Esta tarea fue desarrollada por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995), consta de 8 relatos ficticios acompañados de una imagen; luego de cada relato se hacen 3 preguntas abiertas al niño. Las primeras dos preguntas abordan la dimensión cognitiva de la empatía y la tercera la dimensión afectiva, ambos aspectos se evalúan a partir de dos escalas, la tarea se encuentra en el Anexo 3. Para la validación de la tarea los autores siguieron el procedimiento de validez concurrente, contrastando el desempeño de 10 sujetos en la tarea de respuesta empática y en el instrumento *gold estándar* para evaluar empatía, que es el *Índice de Empatía de Bryant*,

los autores reportan un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de 0.72 ($P < 0.001$), lo cual indica correlación significativa entre los resultados en ambas pruebas.

Si bien esta tarea no ha sido validada en México con población infantil, hasta el momento se tiene conocimiento de su aplicación en el estudio original (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995) y en dos estudios más (Braaten y Rosen, 2000 & Schweneck et al., 2012), el primero con población entre 9 y 11 años y el segundo con niños con edad media de 12 años y medio y una desviación estándar de 2 años y medio, esta última muestra se conformó de niños con diagnóstico de autismo, trastorno de conducta y de niños que fungieron como controles.

La versión original de la tarea de respuesta empática se encuentra en inglés (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995) por lo que se tradujo respetando la idea central de los 8 relatos que la componen así como el orden de los mismos y se verificó mediante el juicio de tres expertos que la estructura de las oraciones fuera adecuada. En su trabajo, Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) describen el diseño de la tarea y la validan, indican que cada relato lo acompañaron de una imagen distinta con el fin de atraer la atención de los participantes; dado que no se logró acceder a las imágenes originales, se diseñaron unas nuevas respetando el formato descrito por los autores, las imágenes son en blanco y negro, con la cantidad mínima de detalles posibles y con el rostro de los personajes en blanco, es decir, sin expresión facial, para así no generar distracciones, no proporcionar “pistas” a los niños y tampoco inducir ninguna respuesta, las imágenes se encuentran en el anexo 10.2.3 En el artículo original la muestra fue únicamente de niñas y los relatos también hacían referencia sólo a niñas, sin embargo, dado que en el presente estudio se busca obtener información de ambos sexos, 4 personajes son niños y 4 niñas.

Como se mencionó anteriormente, esta tarea evalúa la dimensión cognitiva y la dimensión afectiva de la empatía de manera interdependiente; con la primera escala se evalúa la concordancia entre la emoción que el sujeto atribuye al personaje (respuesta ‘a’) y el reporte del niño participante sobre la emoción que le genera la situación del personaje (respuesta b), mientras que la dimensión afectiva se evalúa con la respuesta “c” a partir de la cual se indaga en el tipo de interpretación que el participante tiene sobre la situación en la que se encuentra el personaje, en este sentido, se otorga un puntaje distinto de acuerdo a las características de dicha interpretación; los criterios de puntuación se muestran en el anexo 10.2.2. Otro aspecto

relevante de la tarea es que se compone de estímulos simples y de estímulos complejos, los primeros se caracterizan por estar diseñados para suscitar una de las emociones básicas, mientras que los segundos están diseñados para suscitar, de manera sucesiva o simultánea, al menos dos emociones de valencia opuesta (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995, p.213).

4.- Procedimiento

4.1 Piloteo de Instrumentos

El objetivo general del estudio piloto, fue conocer si las tareas de REEF y de empatía y son comprendidas por niños y niñas en el rango de edad de la población objetivo del presente trabajo.

Piloteo de la tarea de REEF

Se realizó con 5 niñas y 4 niños de entre 9 y 11 años de edad en una escuela primaria del sur de la Ciudad de México. A continuación se describe la población y los resultados.

La tarea de REEF se aplicó a 6 niños y 7 niñas de entre 8 y 11 años; antes de iniciar la tarea la aplicadora se aseguró de que los niños pudieran ver con claridad la pantalla de la computadora y de que estuvieran prestando atención, se les indicó que iban a ver un video muy corto y que al final se les haría una pregunta sobre él. Una vez que se reproducía el video se les preguntaba: ¿Qué es lo que sintió esa persona?; y en seguida aparecían en la pantalla las 4 opciones de respuesta, al tiempo que se les mencionaba cada una de ellas.

De un puntaje máximo de 4 puntos el promedio total de aciertos fue de 3.46; el 61% de los participantes obtuvo 4 aciertos, el 23% obtuvo 3 aciertos y el 15% obtuvo 2 aciertos. En total se presentaron tres errores en el estímulo de ensayo, tres errores en el estímulo de miedo, tres en el de sorpresa y un error en el estímulo de asco. De los 6 individuos que tuvieron errores en la prueba 5 fueron niños.

Considerando que las condiciones en que se presentaron los estímulos no fueron las esperadas, debido a que no se logró acceder a un espacio cerrado en el que los niños no tuvieran tantos distractores, se considera que prestaron la atención y el interés necesario para concluir la tarea; una de las observaciones resultantes de las aplicaciones es que algunos niños comunicaron que el video había pasado muy rápido, por lo que se tomó la decisión de reducir mínimamente la velocidad de reproducción de cada uno de los estímulos para las aplicaciones con la población con TDAH. En general los niños demostraron comprender la tarea y el hecho de que la mayoría pudiera completarla teniendo los 4 aciertos deja ver que

es una tarea adecuada y de fácil ejecución para niños dentro de los rangos de edad especificados.

Piloteo de la Tarea de Respuesta Empática

La aplicación de la Tarea se realizó con la misma población en seguida de la prueba de REEF, sin embargo, por errores durante la aplicación resultaron válidas las aplicaciones a 4 niñas y 3 niños de entre 9 y 11 años. La aplicadora indicó las instrucciones antes de iniciar la prueba, que consistieron en hacerle saber al participante que no hay respuesta correcta o incorrecta a las preguntas que se le harían y que sólo tenía que dar su opinión sinceramente. Una vez que se contaba el relato se pidió a los niños que contaran qué le había sucedido al personaje, esto para asegurar que estaban prestando atención; los relatos se contaron manteniendo un tono neutral y al momento de recibir la respuesta del niño se procuró no dar ninguna señal de aprobación o desaprobación, lo anterior, siguiendo el formato de aplicación de los autores de la tarea original (Ricard & Kamberk-Kilicci, 1995). No hubo dificultades al momento de que los niños relataban de nuevo la historia, y no hubo necesidad de volver a leerla a ninguno de los participantes.

Del puntaje máximo de 56 aciertos, en promedio obtuvieron 43.5, en general, los puntajes más bajos fueron en los estímulos complejos, que son los relatos 7 y 8 (Ver Anexo 9.2.2) en donde se espera que los niños respondan que el personaje experimentó dos o más emociones y no sólo una, como en los otros relatos. Sólo una de las niñas respondió de manera esperada a ambos relatos. Los resultados obtenidos durante el pilotaje de la tarea concuerdan con los que obtuvieron Ricard y Kamberk-Kilicci (1995) pues en su estudio, ninguna de las niñas evaluadas obtuvo el 100% de los aciertos y ninguna reportó las dos emociones durante los relatos 7 y 8.

Se concluyó que los errores durante las aplicaciones que no se pudieron incluir en los datos del pilotaje, se debieron a que uno de los aplicadores no siguió de manera correcta el procedimiento de la aplicación, sin embargo, no se presentaron problemas de comunicación con los niños en los casos en que la aplicación se realizó por otra persona. En suma, se pudo observar que los niños se mostraban atentos a los relatos, que estos fueron bien comprendidos y que las preguntas adaptadas al español logran suscitar el tipo de respuesta necesario para

la evaluación a partir de las escalas diseñadas por Ricard y Kamberk-Kilicci (1995), de manera que la tarea resulta adecuada para llevarla a cabo con niños dentro de las edades especificadas y es una actividad que resulta agradable para ellos. De tal forma que los ajustes realizados a la tarea, tales como la traducción de los relatos y el diseño de las imágenes, resultaron eficaces y la tarea quedó lista para su aplicación definitiva en el presente estudio.

4.2 Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez que se obtuvo la aprobación de los Comités de investigación y Ética en Investigación de la institución donde se llevó a cabo el estudio, la investigadora responsable del presente trabajo hizo personalmente la invitación a cada uno de los cuidadores que acompañaban a los niños en la sala de espera de la consulta externa. La estrategia que se empleó fue comentar a grandes rasgos el propósito del estudio y las características de los niños con quienes se buscaba trabajar, para que de esa forma se ubicaran los participantes potenciales y se les entregara la hoja de información para padres (anexo 10.12). Una vez que el cuidador leía la información se le aclaraba cualquier duda y se le preguntaba si quería participar, si asentía se completaba el proceso de consentimiento informado y se recolectaban las firmas, para posteriormente realizar el proceso de asentimiento con el menor, la carta de asentimiento se encuentra en el anexo 9.14. Antes de comenzar el proceso de recolección de datos se realizó la asignación de folio a cada día de participantes. Algunos padres empezaron a contestar los cuestionarios antes de pasar a su consulta, y una vez que salían de ésta, la investigadora, los cuidadores y los niños pasaron a la división de investigación de la institución en donde se realizó el estudio, para proceder con la aplicación de las tareas de REEF y empatía con los niños. Al mismo tiempo los padres se encontraban en un cubículo próximo, mientras terminaban de contestar las escalas de prácticas parentales, el CBCL y el cuestionario de información sociodemográfica.

Se realizó la aplicación de los instrumentos a 61 días. Al momento de la confirmación de diagnóstico, el cual se tomó de la última nota de evolución en el expediente de los participantes, se excluyó del estudio a uno de ellos debido a que contaba con diagnóstico de trastorno del desarrollo cognitivo. Todas las pruebas de REEF y empatía se completaron, lo mismo ocurrió con las escalas de prácticas parentales. Respecto a las aplicaciones del CBCL, 5 resultaron inválidas (por falta de respuesta a algunos reactivos) y 3 de los cuidadores no

tuvieron la disposición o tiempo suficiente para responder el instrumento. Cabe resaltar que la totalidad del procedimiento fue realizado por la investigadora responsable.

Tanto la recolección de información como su captura, se realizaron a partir del folio asignado a cada díada de participantes. Para capturar y procesar la tarea de respuesta empática se escuchó el audio del momento de la aplicación y a partir de esa información se asignó el puntaje correspondiente a cada tipo de respuesta, con base en las escalas de evaluación de la tarea original. El registro de los aciertos en la tarea de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales se realizó en el momento en que los niños daban su respuesta y se registró posteriormente en la base de datos del presente estudio. Los datos obtenidos de las 6 subescalas de Autoreporte de prácticas parentales, del cuestionario de información sociodemográfica y de la escala de estrés parental, también se registraron luego de su aplicación en la base de datos. Los resultados del CBCL se codificaron en el software correspondiente (ASEBA).

4.3 Consideraciones éticas

Partiendo de la tercera revisión de las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, realizada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2003), en esta investigación se procuraron los principios éticos fundamentales; los participantes ejercieron en todo momento su autonomía, ya que a través del proceso de consentimiento informado con los padres y de asentimiento con los niños, se les hizo saber a todos los participantes que su participación era voluntaria y que podían abandonar el estudio en cualquier momento si así lo deseaban; se les informó también que se protegería estrictamente la confidencialidad de los datos que proporcionaran, a través del uso de folios y del resguardo por la investigadora responsable de los instrumentos aplicados. Asimismo se les garantizó a los participantes que por ningún motivo la decisión de participar o no, interferiría con el tratamiento que reciben en el hospital.

El nivel de riesgo del estudio fue mínimo ya que no se realizó ninguna intervención, ni se manipuló la conducta de los participantes, en este sentido, las tareas que los niños realizaron fueron amigables y adecuadas para su nivel de desarrollo, mientras que las escalas de prácticas parentales se aplicaron en un ambiente de privacidad y la investigadora estuvo

pendiente de cualquier pregunta o reacción de los participantes mientras respondían el instrumento. El principal reto en este sentido con la población infantil fue que varios niños se pusieron nerviosos antes de iniciar, lo cual se abordó recordándoles que no estaban realizando ningún examen y que no había respuestas buenas o malas, esto les daba seguridad y la investigadora no prosiguió con la aplicación de la tarea hasta que vio tranquilos a los participantes, de manera que su participación no resultara ser un estresor para ellos. Respecto a la participación de los cuidadores, la investigadora observó que algunos se mostraban dubitativos respecto a su participación y la del niño, algunos preguntaron si no se comprometían a nada más, como a tener que llevar a los niños al hospital a hacerles más pruebas para completar el estudio, de tal forma que se hizo mucho hincapié en que únicamente se requeriría el tiempo estimado en la hoja de información.

Respecto al principio de justicia, la investigación se diseñó procurando la generación de información valiosa para la comprensión de algunas problemáticas que enfrenta la población a la que se dirige, mientras que los criterios de exclusión de los niños tuvieron que ver con la validez del diseño del estudio asimismo, a los padres o cuidadores que cumplieron el criterio de inclusión y que no sabían leer y/o escribir, se les aplicó el instrumento cara a cara, de manera que sus habilidades en estos aspectos no condicionaron su participación. La aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la institución en donde se realizó el estudio se encuentra en el anexo 10.1.

4.4 Análisis de datos

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizó el paquete STATA, para conocer las características clínicas y sociodemográficas de la muestra se utilizó estadística descriptiva, también se obtuvieron medias, porcentajes y percentiles de los resultados en los autoreporte de prácticas parentales y en la tarea de respuesta empática.

Para analizar las correlaciones entre prácticas parentales, características del cuidador con las variables de cognición social y las variables clínicas de los niños se aplicó la prueba de correlación de Pearson., en tanto que el nivel de medición de las variables es intervalar y las variables dependientes se distribuyeron de manera normal. Para considerar la significación estadística se estableció un nivel de confianza de 95% ($p \leq 0.05$).

Las diferencias entre medias en las prácticas parentales y la tarea de empatía y entre los grupos conformados por sintomatología clínica en las categorías diagnósticas del CBCL, se analizaron con la prueba t de student, la cual parte de dos supuestos: que las observaciones en los dos grupos son independientes y que en ambos grupos la variable a comparar cuenta con una distribución normal (Rabe-Hesketh & Everitt, 2004).

5.- Resultado

5.1 Características sociodemográficas de la muestra

La muestra fue de 60 díadas -niño(a) y su cuidador principal-, en la tabla 4 y 5 se muestran las características sociodemográficas de los niños y de los cuidadores respectivamente.

Tabla 4 Características sociodemográficas de los niños

Variable		n	%
Sexo	Hombre	51	85
	Mujer	9	15
Edad (años)	9	21	35
	10	22	36.6
	11	17	28.3
Tipo de familia	Monoparental	4	6.6
	Biparental	36	60.1
	Reconstituida	15	25
	Tutor legal	5	8.3
Total		60	100

Tabla 5 Características sociodemográficas de los cuidadores

Variable		%
Cuidador principal	Madre	86.6
	Padre	3.3
	Tutor legal	10
Edad (años) (M=37, DS=8.61 años)	26-36	50.89
	37-47	37.26
	48-67	11.85
Escolaridad	Sin educación formal	1.7
	Primaria	8.6
	Secundaria	34.4
	Preparatoria	18.9
	Carrera técnica	12
	Universidad	20.5
	No respuesta	3.9

En cuanto a la puntuación en la escala de suficiencia socioeconómica, el 26.6% obtuvo un puntaje que indica alta posibilidad de cubrir las necesidades consideradas en el instrumento, el mismo porcentaje de cuidadores puntuó con posibilidad media y lo mismo ocurrió con quienes resultaron con posibilidad baja, mientras que el 20 % obtuvo un puntaje que indica muy baja posibilidad de cubrir dichas necesidades.

5.2 Características clínicas de la muestra

El 57.4% de los niños tuvo únicamente diagnóstico de TDAH, esto de acuerdo a la última nota de evolución en el expediente del paciente, mientras que el 26.2% presentó diagnóstico de TDAH y comorbilidad con un trastorno y el 14.7% TDAH y dos trastornos más, las comorbilidades se describen en la tabla 6.

Tabla 6 Comorbilidades diagnósticas en la última nota de evolución

Comorbilidades	Diagnóstico	n	%
0	TDAH	36	57.4
TDAH +1 TS	Episodio depresivo	3	4.8
	Trastorno disocial desafiante y opositorista	9	14.7
	TS del aprendizaje	2	3.2
	TS específico de la pronunciación	1	1.6
	Enuresis no orgánica	1	1.6
	=		16
TDAH + 2 TS	Distimia + TS de la lectoescritura	2	3.2
	Ansiedad + Distimia	4	6.4
	TOD + ED moderado	1	1.6
	TOD + Trastorno por estrés postraumático	1	1.6
Total		60	100
Nota: TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TS: trastorno; TOD: Trastorno disocial desafiante y opositorista ; ED: episodio depresivo			

La tabla 7 muestra la frecuencia de cada trastorno diagnosticado por el médico tratante. Como se observa, los diagnósticos más frecuentes, luego del TDAH fueron el TOD (18.0%) y episodios depresivos (9.8%). Cabe resaltar que en la institución donde se realizó el estudio se diagnostica de acuerdo a la nomenclatura de la CIE-10.

Tabla 7. Frecuencia de las comorbilidades diagnósticas

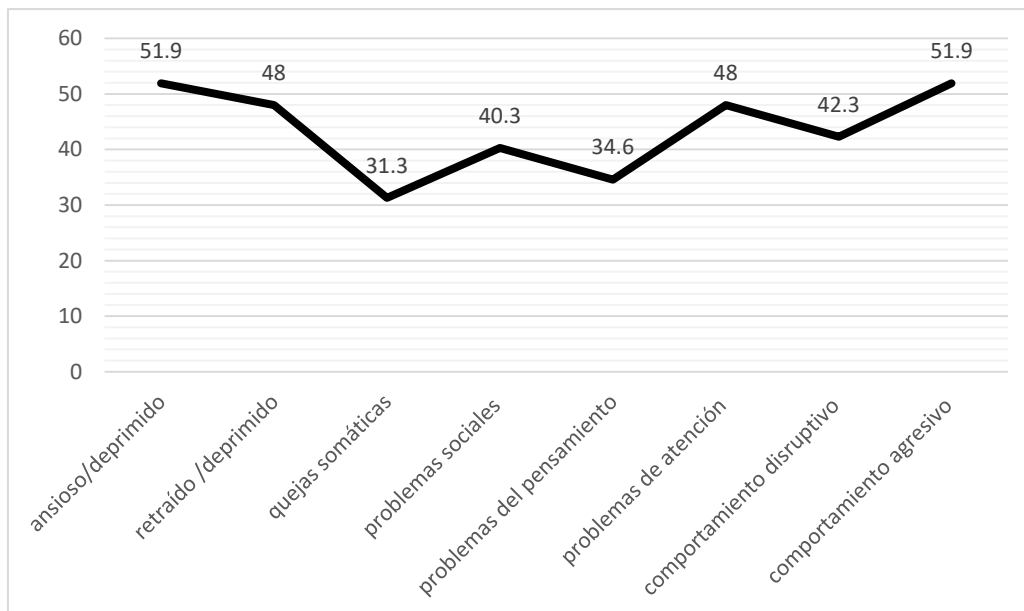
Diagnóstico	N	%
TOD	11	18.0
ED	6	9.8
Distimia	4	6.5
Ansiedad	4	6.4
TEPT	1	1.6
TS del aprendizaje	3	4.8
Enuresis no orgánica	1	1.6

Nota: TS=trastorno, , ED=episodio depresivo, TOD=trastorno disocial oposicionista y desafiante, TEPT= trastorno por estrés post-traumático

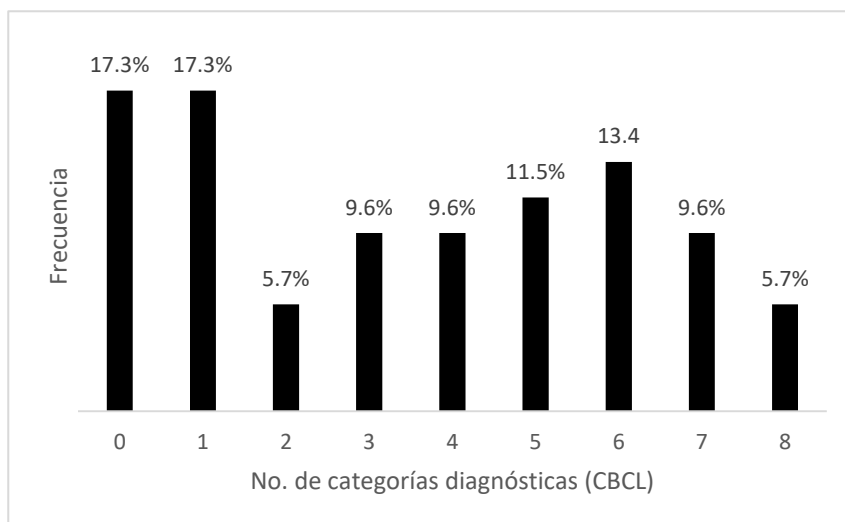
De acuerdo con el reporte de sus cuidadores, al momento del estudio el 83.33% de los niños habían recibido tratamiento farmacológico (metilfenidato o atomoxetina) para reducir la sintomatología del TDAH.

La gráfica 1 muestra el porcentaje de puntajes clínicamente significativos (PCS) en las categorías diagnósticas del CBCL. La frecuencia del número total de categorías diagnósticas del CBCL en las que los niños obtuvieron PCS se muestran en la gráfica 2.

Gráfica 1. Porcentaje de PCS en las categorías diagnósticas del CBCL



Gráfica 2. Frecuencia del total de categorías diagnósticas del CBCL con PCS



Respecto a las características clínicas de los cuidadores, el 68.3% presentó sintomatología depresiva clínicamente significativa. Así mismo se analizó si existe relación entre dicha sintomatología y el estrés parental, se encontró que ambas características correlacionan de forma positiva ($r=.43$, $p=.0006$).

5.3 Resultados de las relaciones entre prácticas parentales, habilidades de cognición social y características del cuidador.

Se analizaron las posibles relaciones entre habilidades de cognición social y las prácticas parentales, lo cual se estableció como el objetivo general del presente trabajo. Respecto a la tarea de respuesta empática, se observó que el puntaje total en la categoría de *concordancia* -entre la atribución a la emoción del personaje (respuesta a) con el reporte de la emoción del niño (respuesta b)- correlaciona con la calidez ($r=.27$, $p=.03$), es decir, entre más cálida se reportó que es la interacción entre las díadas de participantes, mayor fue la respuesta empática del niño durante la tarea; no se observaron más correlaciones entre la empatía y las prácticas parentales. Con respecto al REEF, no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre dicha habilidad y las prácticas parentales.

Respecto al análisis de la relación entre las características clínicas y sociodemográficas de los cuidadores con las habilidades de cognición social de los niños, se observó que la *interpretación* en la tarea de respuesta empática, correlaciona con la suficiencia de dinero

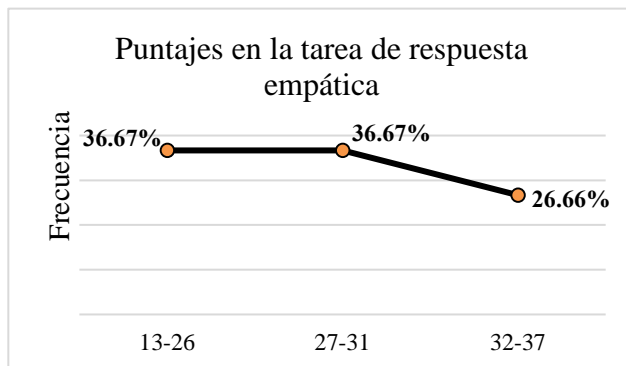
para solventar gastos ($t(58)=-.26, p=.04$). No se encontraron más correlación entre el REEF o la empatía con las características clínicas y sociodemográficas de los cuidadores.

5.4 Resultados en REEF y respuesta empática

En la tarea de REEF, más de la mitad de la muestra tuvo dificultad para reconocer al menos una de las expresiones faciales. El 100% de los participantes reconoció de manera acertada la expresión de felicidad, el 75% reconoció la expresión de sorpresa; el 70% reconoció la de miedo y el 75% reconoció la expresión de asco.

En cuanto a la aplicación de la tarea de respuesta empática, vale recordar que el puntaje máximo es de 40, lo cual indica mayor nivel de respuesta empática; el puntaje mínimo que se obtuvo en esta muestra fue de 13 puntos y el máximo de 37 ($M=27.51, DS=6.15$), la gráfica 3 muestra la distribución de los puntajes analizada en terciles.

Gráfica 6. Distribución de puntajes en la tarea de respuesta empática.



Para tener un ejemplo del tipo de respuestas que dieron los niños, se transcriben en seguida fragmentos de los dos participantes con menor puntuación en ella (fragmento #1 y #2) y de los dos que puntuaron más alto (fragmento #3 y #4), se eligió el mismo relato para que se aprecien mejor las diferencias en las respuestas.

Fragmento #1. Relato: “Andrea llegó a casa y vio que había un regalo con su nombre, cuando lo abrió encontró el juguete con el que tanto había esperado jugar”

Aplicador (A): ¿cómo crees que sintió Andrea?

Participante (P_#) P_3, hombre, 11 años: *feliz*

A: cómo te hace sentir a ti esto que le pasó a Andrea

P_3: *una alegría*

A: ¿por qué te hace sentir alegría lo que le pasó a Andrea?

P_3: *No sé (...) o era su cumpleaños*

Fragmento #2. Relato: “Andrea llegó a casa y vio que había un regalo con su nombre, cuando lo abrió encontró el juguete con el que tanto había esperado jugar”

A: ¿cómo crees que sintió Andrea?

P_57, hombre, 11 años: *feliz*

A: ¿cómo te hace sentir a ti esto que le pasó a Andrea?

P_57: *normal*

A: ¿por qué te hace sentir normal lo que le pasó a Andrea?

P_57: *Porque no soy yo*

Fragmento #3. Relato: “Andrea llegó a casa y vio que había un regalo con su nombre, cuando lo abrió encontró el juguete con el que tanto había esperado jugar”

A: ¿cómo crees que sintió Andrea?

P_5, hombre, 9 años: *muy feliz*

A: cómo te hace sentir a ti esto que le pasó a Andrea

P_5: *pues muy bien*

A: ¿por qué te hace sentir muy bien lo que le pasó a Andrea?

P_5: *Porque Andrea está feliz porque tuvo su regalo (...)*

Fragmento #4. Relato: “Andrea llegó a casa y vio que había un regalo con su nombre, cuando lo abrió encontró el juguete con el que tanto había esperado jugar”

A: ¿cómo crees que sintió Andrea?

P_39, hombre, 10: *feliz*

A: cómo te hace sentir a ti esto que le pasó a Andrea

P_39: *feliz, igual*

A: ¿por qué te hace sentir muy bien lo que le pasó a Andrea?

P_39: *Porque Andrea quiso mucho ese regalo y por fin lo tuvo*

Se exploró la relación entre REEF y las dos dimensiones de empatía, observando que la interpretación de estímulos complejos correlaciona con el REEF ($r = .26, p = .04$).

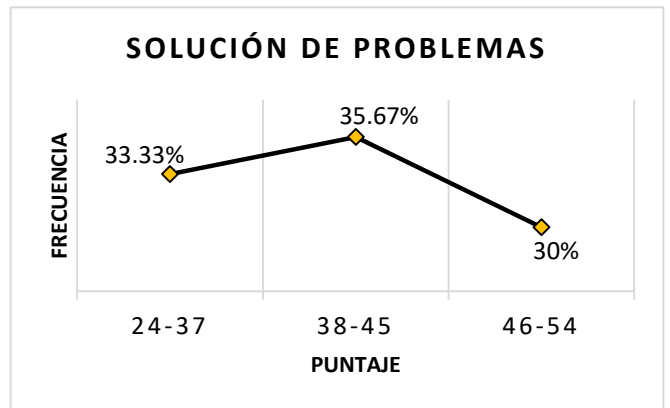
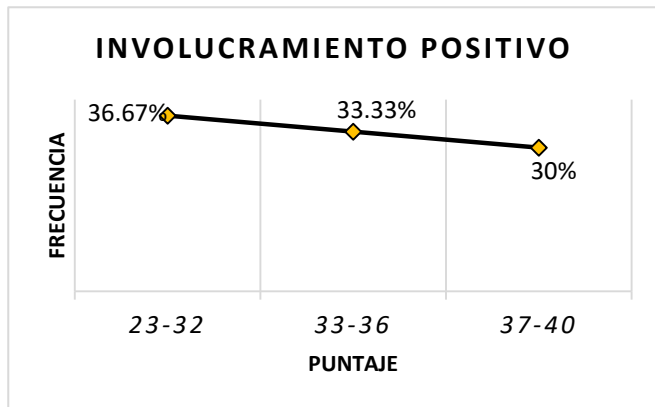
5.5 Empatía y sintomatología clínica

Se exploraron las diferencias en los resultados de la tarea de respuesta empática, entre los grupos conformados por la presencia o ausencia de sintomatología clínica en cada una de las categorías del CBCL; se encontró diferencia significativa entre las medias del puntaje total de interpretación de quienes presentaron problemas de ansiedad y la de quienes no presentaron puntaje clínico en esta dimensión ($M= 16.9$, $DS=4.1$). No se encontraron más diferencias significativas entre medias de los puntajes en la tarea de respuesta empática de los grupos conformados a partir de los resultados en el CBCL.

Se aplicó la prueba t-student para comparar la media en la tarea de respuesta empática del grupo de niños medicados al momento del estudio ($M=28.5$, $DS=4.8$), con la media del grupo no medicado ($M=27.3$, $DS=6.3$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas ($t(58)=.55$, $p= 0.58$).

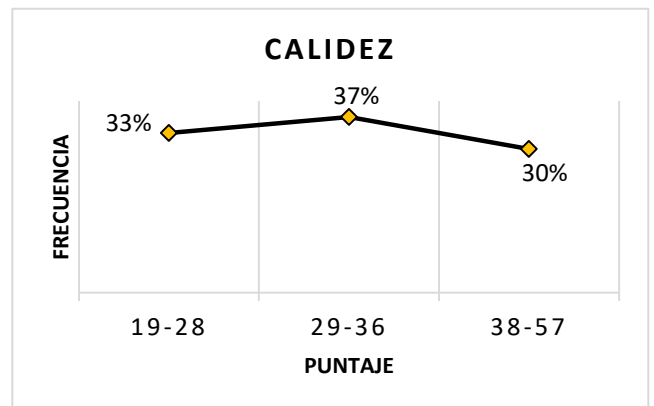
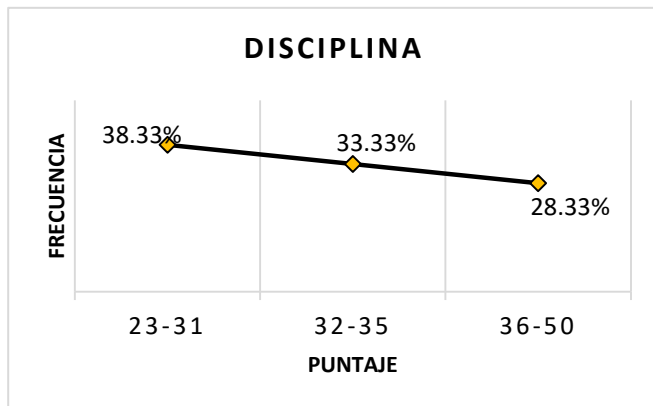
5.6 Resultados en autoreporte de los cuidadores sobre sus prácticas parentales

Los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas de prácticas parentales se analizaron en terciles. En el caso de *involucramiento positivo*, en donde mayor puntaje indica un involucramiento más adecuado, la media fue de 33.38; en *solución de problemas* (Gráfica 3) escala en la cual también un puntaje mayor indica estrategias más adecuadas en la solución de problemas, la media fue de 41.25 ($DS=7.37$); mientras que en *disciplina* en donde puntajes mayores indican estrategias disciplinarias más rígidas, la media fue de 33.25 ($DS=4.77$); en *calidez* (Gráfica 5), donde puntajes mayores indican una interacción menos cálida, la media fue de 32.83 ($DS=7.75$); en *supervisión* (Gráfica 6) donde mayor puntaje indica mayor supervisión, la media fue de 52.18 ($DS= 5.59$) y en *estímulo de habilidades*, escala en la que se sigue la misma lógica (Gráfica 7) la media fue de 43.73 ($DS=7.40$).

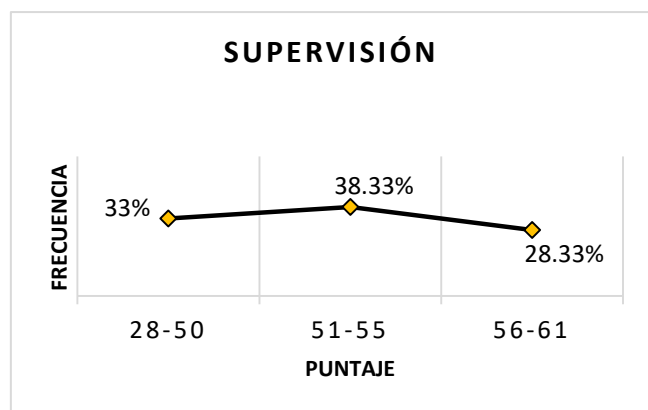


Gráfica 9 Distribución de puntajes en Disciplina

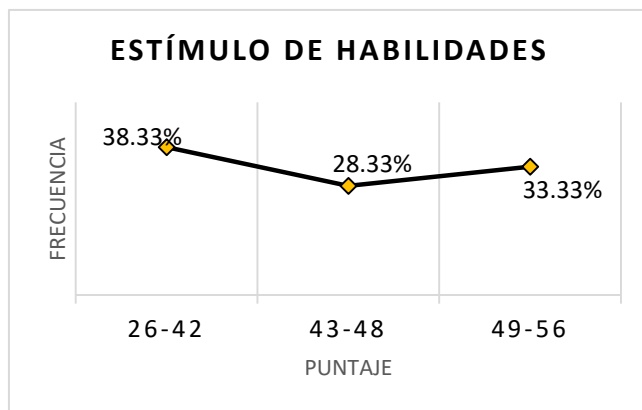
Gráfica 10 Distribución de puntajes en Calidez



Gráfica 11 Distribución de puntajes en supervisión



Gráfica 12. Distribución de puntajes en estímulo de habilidades



5.7 Correlaciones de las prácticas parentales entre sí

Se probaron correlaciones entre las prácticas parentales. En la tabla 8 se observa que existe correlación directamente proporcional entre prácticas adecuadas, mientras que la correlación entre disciplina y solución de problemas es negativa, aunque esta relación no llega a ser estadísticamente significativa.

Tabla 8. Correlaciones de las prácticas parentales entre sí

	Involucramiento positivo	Solución de problemas	Disciplina	Calidez	Estímulo de habilidades
	<i>Indicador de correlación (r)</i>				
Involucramiento positivo	—				
Solución de problemas	.48**	—			
Disciplina	.09	-.23	—		
Calidez	.56**	.41**	.12	—	
Estímulo de habilidades	.54**	.58**	.10	.36**	—
Supervisión	.26*	.46**	.06	.29*	.56**

Nota: r=coeficiente de correlación de Pearson, *=p<.05, **=p<.01

Se analizaron relaciones entre las características del cuidador y las prácticas parentales, se observó que el estrés parental correlaciona con la solución de problemas ($r = -.31$, $p = .01$), la disciplina ($r = .37$, $p = .003$) y con la supervisión ($r = -.25$, $p = .04$). No se encontraron correlaciones entre las demás características sociodemográficas de los cuidadores (suficiencia económica, edad y escolaridad) y las prácticas parentales.

Se analizaron las diferencias entre medias de puntajes en las subescalas de prácticas parentales de acuerdo a los grupos conformados por presencia o ausencia de puntaje clínico en las categorías diagnósticas del CBCL (objetivo 3.5.7). Los resultados de las comparaciones de cada práctica parental y cada categoría diagnóstica del CBCL se encuentran en la tabla 9 y 10. En la primera se puede apreciar que el *involucramiento positivo* de los padres de niños sin *problemas de atención* fue mayor ($M = 35.2$) en comparación con el de los padres de niños que sí tuvieron síntomas clínicos en dicha dimensión ($M = 31.1$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(50) = 3.42$, $p = .001$). Lo mismo ocurrió en la escala orientada al DSM *problemas de atención/hiperactividad* (tabla 10) en donde el puntaje de dicha práctica fue mayor para los niños que no obtuvieron puntaje clínico ($M = 34.8$) que el de los padres de niños que sí tuvieron puntaje clínico ($M = 31.6$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(50) = 2.54$, $p = .01$). Dicha práctica parental también fue más adecuada para los niños que no obtuvieron puntaje clínico en *comportamiento agresivo*, *problemas de oposición desafiante* y *problemas de conducta*.

La *solución de problemas* fue significativamente diferente y más adecuada para los niños que no obtuvieron puntaje clínico en 7 de las categorías evaluadas por el CBCL, incluyendo, *problemas afectivos* y *problemas de ansiedad*, *problemas de atención* y *de atención/hiperactividad*, *comportamiento agresivo*, *comportamiento disruptivo* y *problemas de oposición desafiante*. La *disciplina* fue la única práctica parental que resultó con diferencias significativas ($t(50) = -2.59$, $p = .01$) en el caso de los grupos de niños con/sin *problemas sociales*, dejando ver que son más rígidas las estrategias disciplinarias de los padres de niños con dichos problemas ($M = 34$) que las estrategias de los padres de niños sin *problemas sociales* ($X = 34$ vs. 31.4).

Esta misma lógica se observa en las diferencias significativas de ésta práctica parental entre los grupos con y sin PCS en *ansiedad/depresión, problemas de atención; problemas afectivos, de ansiedad y de atención/hiperactividad*. Respecto a la *calidez*, en la misma tabla, se observa que los cuidadores de niños sin PCS en las categorías de *problemas de atención, atención/hiperactividad y oposición desafiante* reportaron mantener una relación más cálida² con los niños que aquellos cuidadores de niños con PCS en las categorías mencionadas, siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas entre las medias de dicha práctica parental.

Respecto al *estímulo de habilidades* sólo se encontró diferencia significativa ($t(50) = 2.34$, $p = .02$) entre las medias de esta práctica en los grupos conformados por *problemas de oposición desafiante* siendo mayor el *estímulo de habilidades* ($M = 46.2$) para el grupo de niños que no obtuvieron PCS que para el grupo que si lo obtuvo ($M = 41.7$). En el caso de la variable *supervisión*, se obtuvo diferencia de medias estadísticamente significativa entre los grupos de las categorías *ansioso/deprimido, comportamiento agresivo, comportamiento disruptivo, problemas afectivos, de oposición desafiante, de conducta*, además de que esta práctica fue la única en la que se observaron diferencias significativas ($t(50) = 3.30$, $p = .001$) en la categoría *problemas del pensamiento*, siendo mayor la supervisión por parte de los cuidadores de niños sin PCS en esta dimensión ($M = 53.8$) que la de aquellos con PCS ($M = 48.9$).

² Recordemos que la escala de calidez arroja puntajes inversos, de tal forma que a mayor puntaje menor calidez

Tabla 9. Diferencias de medias en prácticas parentales por grupos de sintomatología clínica en categorías diagnósticas del CBCL

CATEGORÍA DEL CBCL	PRÁCTICAS PARENTALES																	
	Involucramiento positivo			Solución de problemas			Disciplina			Calidez			Estímulo de Habilidades			Supervisión		
	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>t/p</i>
Ansioso/ Deprimido																		
Presente	32.4	5.2		40.2	6.1	1.14/	33.92	3.58	-2.67/	34.6	7.1	-1.41 /	43.7	8.2	.31/	50.6	6.3	2.11/
Ausente	34.1	4.1	1.30/ .19	42.6	8.7	.25	30.72	3.84	.01*	31.5	8.6	.16	44.4	6.5	.75	53.8	4.1	.03*
Retraído/ Deprimido																		
Presente	32.4	4.9	1.20/ .23	39.9	6.4	1.38 /	33.08	3.60	-0.87/ .38	33.2	7.1	-0.05/	43.3	7.2	.68 /	50.7	6.5	1.77/ .08
Ausente	34	4.5		43.8	8.2	.17	31.87	4.36		33	8.8	.95	44.7	7.6	.49	53.4	4.1	
Quejas somáticas																		
Presente	32.3	3.8	.77/ .44	41.4	6.9	-0.11 /	32.75	3.90	-0.19/	34.9	7.9	-1.02 /	42.7	8.3	.77/	50.9	7.8	.98 /
Ausente	33.4	5		41.1	7.7	.90	32.27	4.16	.84	32.4	8	.31	44.4	6.9	.44	52.6	4.2	.33
Problemas sociales																		
Presente	32.4	4.9	.98/ .33	39	7.3	1.90/	34	3.35	-2.59/ .01	34.6	6.8	-1.10/	44.7	6.4	-	51.4	4.5	.07 / .47
Ausente	33.8	4.5		43	7.3	.06	31.44	4.12	*	32.1	8.6	.27	43.6	8	0.53/ .59	52.6	6.21	
Problemas del pensamiento																		
Presente	31.6	5.2	1.86/ .06	40.1	7.06	.89/ .37	32.72	3.73	-0.18/	34.72	8.3	-1.04 /	41.6	8.7	1.75/	48.9	3.8	3.30/
Ausente	34.1	4.3		42.1	7.7		32.35	4.19	.85	32.2	7.8	.30	45.3	6.34	.08	53.8	6.8	.001**
Problemas de atención																		
Presente	31.1	4.8	3.42/	38.2	6.9	3.17/	33.95	3.34	-2.43/	36.3	6.79	-2.96/	43.6	7	.46/	51.4	4.5	.93/ .35
Ausente	35.2	3.8	.001**	44.3	6.8	.002*	31.08	4.13	.01*	30.18	8.12	.004*	45.5	7.8	.64	52.8	6.3	
Comportamiento Agresivo																		
Presente	31.3	4.8	3.23/ .002	39	7.1	2.53/ .01*	33	3.87	-0.58 /	34.8	6.3	-1.59/	42.4	7.4	1.66	50.4	6.5	2.40 /
Ausente	35.3	3.8	*	44	7.1		31.91	4.14	.56	31.3	9.2	.11	45.8	7	/ .10	54	3.6	.01*
Comportamiento disruptivo																		
Presente	31.8	5	1.92/ .06	38.4	7.4	2.64/	33.95	3.93	-1.89/	34.3	6.5	-.91/	42	8.3	1.78/	50.1	6.8	2.33/
Ausente	34.3	4.3		43.6	6.8	.01*	31.39	3.75	.06	32.2	8.9	.36	45.6	6.2	.08	53.6	3.8	.02*

*p<0.05. **p<0.01

Tabla 10. Diferencias de medias en prácticas parentales por grupos de sintomatología clínica en categorías del CBCL/DSM

DIMENSIÓN DEL CBCL-DSM	PRÁCTICAS PARENTALES																		
	Involucramiento positivo			Solución de problemas			Disciplina			Calidez			Estímulo de Habilidades			Supervisión			
	Media	DS	<i>t/p</i>	Media	DS	<i>P</i>	Media	DS	<i>P</i>	Media	DS	<i>p</i>	Media	DS	<i>p</i>	Media	DS	<i>p</i>	
Problemas Afectivos																			
Presente	32.6	5.1	.06/	39.2	5.8	2.10/	33.6	3.8	-1.96/	34.1	7.6	-0.85/	42.6	7.8	1.41/	50.28	6.3	2.44/	.01
Ausente	33.8	4.4	.33	43.4	8.3	.04*	31.5	3.9	.05*	32.2	8.3	.39	45.4	6.7	.16	53.8	4.16		
Problemas de ansiedad																			
Presente	32.2	5.06	.93/	39.3	6.80	2.53/	33.7	3.8	-2.64/	34.8	6.5	-1.86/	43.2	8	.98/	50.5	5.9	2.52/	.01*
Ausente	34.7	4.04	.05	44.3	7.70	.01*	30.9	3.6	.01*	30.7	1.9	.06	45.2	6.4	.33	54.3	4.17		
Problemas somáticos																			
Presente	33.3	3.9	-.07/	42.63	5.53	-0.59/	33.7	2.9	-1.07/	34.1	7.4	-0.48/	47.1	5.4	-1.58/	54.6	4.3	-.16/	
Ausente	33.2	5.03	.94	41.12	8.13	.55	32.2	4.2	.28	32.8	8.2	.63	43.2	7.6	.12	51.4	5.7	.09	
Problemas de atención /hiperactividad																			
Presente	31.6	4.5	2.54/	38.56	7.09	2.84/	33.8	3.2	-2.35/	36	8.2	-2.62/	43.7	7.5	.31/	51.7	4.5	0.48/	.62
Ausente	34.8	4.5	.01*	44.11	6.94	.006*	31.3	4.2	.02*	30.48	6.8	.01*	44.4	7.3	.76	52.5	6.4		
Problemas de oposición desafiante																			
Presente	30.2	4.7	4.12 /.0001*	37.73	7.38	3.16/	32.9	3.6	-0.40/	31	8.4	-2.43/	41.7	6.1	2.34/	50.2	4.5	3.37/	
Ausente	35.2	3.8	**	44.34	6.88	.002*	32.4	4.2	.68	36.4	6.3	.01*	46.2	7	.02*	54.1	3.7	.001**	
Problemas de conducta																			
Presente	31.3	5.1	2.88/	38.8	7.2	2.43/	33.2	3.9	-1.19/	34.6	6.7	-1.28/	42.5	7.7	1.37/	50.3	6.7	2.26/	
Ausente	34.9	3.7	.005*	43.6	7.0	.01	31.9	3.9	.23	31.8	8.8	.0	45.3	7	.17	53.7	3.7	.02*	

El mismo análisis se llevó a cabo con el estrés parental, los resultados se encuentran en las tablas 11 y 12; recordando que esta escala arroja puntajes inversos, se puede observar que el estrés parental es menor en el caso de los grupos de niños que no presentaron PCS en el caso de todas las categorías diagnósticas contempladas por el CBCL.

Tabla 11. Diferencia de medias en estrés parental entre grupos con y sin sintomatología clínica en categorías del CBCL

Categoría del CBCL-DSM	Característica del cuidador		
	Estrés Parental		
	Media	DS	T
Problemas afectivos			
Presente	103	19.3	4.7**
Ausente	129	19.8	
Problemas de ansiedad			
Presente	108	22.9	3.4/**
Ausente	128	18.9	
Problemas somáticos			
Presente	115	24	.14
Ausente	116	23.6	
Problemas de atención/ hiperactividad			
Presente	104	22.2	4.1**
Ausente	128	18.5	
Problemas de oposición desafiante			
Presente	102	18.3	4.3**
Ausente	127	20.8	
Problemas de conducta			
Presente	100	18.2	6**
Ausente	130	17.8	
*p<0.05. **p<0.01			

Tabla 12. Diferencia de medias en estrés parental entre grupos con y sin sintomatología clínica en categorías del CBCL

Dimensión del CBCL	ESTRÉS PARENTAL		
	Media	DS	T
Ansioso/ deprimido			
Presente	106	24	3.6**
Ausente	127	17	
Retraído/ deprimido			
Presente	103	22.6	4.5**
Ausente	128	17.6	
Quejas somáticas			
Presente	108	22.8	1.6
Ausente	119	23.1	
Problemas sociales			
Presente	102	24.3	3.9**
Ausente	125	17.9	
Problemas del pensamiento			
Presente	108	26.2	1.9*
Ausente	121	20.9	
Problemas de atención			
Presente	104	20.7	4.2**
Ausente	128	19.8	
Comportamiento agresivo			
Presente	102	20.5	5.4**
Ausente	131	16.5	
Comportamiento disruptivo			
Presente	100	19.1	5.3**
Ausente	128	18.5	
*p<0.05. **p<0.01			

Por último, se analizó la correlación entre el total de categorías en las que los niños puntuaron con sintomatología clínicamente significativa en el CBCL con las características principales del cuidador y las prácticas parentales, observando las correlaciones que se muestran en las tablas 13 y 14 respectivamente.

Tabla 13. Correlaciones entre el total de PCS en CBCL y las características principales del cuidador

	EP	SD
EP	–	–
SD	-.43**	–
CBCL_T	-.70**	.14
CBCL/DSM_T	-.72**	.19

EP=estrés parental, SD=sintomatología depresiva, CBCL_TOTAL=total de categorías con PCS en las escalas del CBCL, CBCL/DSM_TOTAL=total de categorías con PCS en las escalas del CBCL dirigidas al DSM.
*p<0.05. **p<0.01

Tabla 14. Correlaciones entre el total de PCS en CBCL/DSM y las Prácticas Parentales

	CBCL_T	CBCL/DSM_T
	(t)	
IP	-.37**	-.43**
SP	-.34*	-.44**
D	.29*	.35**
C	-.26	-.34*
EH	-.18	-.17
S	-.36**	-.30*

CBCL_T=total de categorías con PCS en las escalas del CBCL, CBCL/DSM_T= total de categorías con PCS en las escalas del CBCL dirigidas al DSM.
IP=involucramiento positivo, SP=solución de problemas, D=disciplina, C=calidez, EH=estímulo de habilidades, S=supervisión,
*p<0.05. **p<0.01

6.- Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar habilidades de cognición social de niños mexicanos con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y probar la hipótesis de que existe relación entre éstas y determinadas prácticas parentales, así como de las características sociodemográficas y clínicas del cuidador principal del niño. Asimismo, se plantearon objetivos específicos para conocer particularidades de las prácticas parentales, de la sintomatología clínica en los niños y la posible relación entre estos aspectos.

Respecto a la distribución por sexo del TDAH, la literatura indica que la prevalencia es de una niña por cada cuatro niños diagnosticados (Ramtekkar et. al, 2010), en este sentido, las características de nuestra muestra concuerdan con los datos encontrados al respecto ya que los niños participantes fueron en su mayoría varones (85%).

Sobre las características clínicas de los menores, es relevante notar que a pesar de que el 100% de ellos contaron con diagnóstico de TDAH realizado por el clínico, sólo el 48.9% de ellos obtuvieron un puntaje clínicamente significativo en la categoría diagnóstica de *problemas de atención* del Child Behavior Check List; siendo aún menor (45.8%) el porcentaje de niños con PCS en *problemas por déficit de atención/hiperactividad*, en las escalas del mismo instrumento dirigidas al DSM. Una posible explicación ante la falta de congruencia entre el diagnóstico del clínico y los resultados del CBCL es que la mayoría de los niños ya se encontraba, al momento del estudio, bajo tratamiento farmacológico para disminuir la inatención y la hiperactividad, lo que a su vez pudo haber influido en el reporte del cuidador sobre los síntomas del niño. Se observó que los porcentajes más elevados de sintomatología clínica fueron en la categoría diagnóstica del CBCL *ansioso/deprimido* (54.17%) y en las escalas del CBCL dirigidas al DSM en la categoría de *problemas de ansiedad* (58.33%), lo cual indica la presencia de síntomas internalizados en la mayoría de los niños que conformaron la muestra. Asimismo, un porcentaje elevado de los participantes (52.08%) obtuvo puntaje clínico en *conducta agresiva*, misma que se reporta como una característica que se presenta frecuentemente en niños con TDAH (Singh, 2011).

Un alto porcentaje de los cuidadores fueron las madres (86.6%) y se identificó que el 68% de los cuidadores presentó sintomatología depresiva, además que el 51% obtuvo puntajes que oscilan entre niveles muy altos y niveles medios de estrés parental, lo cual se encuentra en línea con lo reportado por Lange et al (2005), ya que estos autores encontraron niveles altos de estrés en padres de niños con TDAH. Al analizar las correlaciones entre el estrés parental y la sintomatología depresiva, se observó que existe correlación positiva entre ambos aspectos, asimismo, el estrés parental mostró correlaciones significativas con el total de dimensiones en las que los niños tuvieron síntomas clínicos tanto en las dimensiones del CBCL como en las del CBCL/DSM. Se observaron también diferencias significativas en el nivel de estrés parental, al compararlo entre los grupos conformados a partir de los resultados arrojados por el CBCL, siendo menor el estrés parental de los grupos sin sintomatología clínica. La única categoría en la que no se encontró diferencia del estrés parental fue en la de quejas y problemas somáticos.

Las relaciones de la sintomatología clínica de los niños con el estrés parental y la sintomatología depresiva de los cuidadores aportan información sobre la influencia de los procesos proximales en el desarrollo de los niños. Es conveniente recordar que Bronfenbrenner y Morris (2006) definen los procesos proximales como las formas de interacción que el niño tiene con las personas de su ambiente inmediato, y que esta perspectiva teórica toma en cuenta que la relación entre las características de las personas que interactúan es bidireccional, de manera que la sintomatología del niño puede estar influyendo en el estrés parental y viceversa. Algunos estudios que han evaluado la direccionalidad de estos efectos indican que el estrés parental es un fuerte predictor de prácticas parentales rígidas y poco responsables (Rutter 1990; Susman, Trickett, Iannotti, Hollenbeck, & Zahn-Waxler 1985; como se citaron en McLeod & Shanahan, 1993) mientras que dichas prácticas se relacionan con problemas de salud mental en los niños (Elder et al., 1985; Loeber & Stouthamer-Loeber 1986, como se citaron en McLeod & Shanahan, 1993, p.359).

En relación con las variables de cognición social, se encontró que los participantes tuvieron dificultades para reconocer al menos una emoción a través de expresiones faciales, esto coincide con la literatura revisada, en tanto que ya se han reportado deficiencias en esta habilidad de cognición social en la población con TDAH (Bora & Pantelis, 2016). Asimismo, los resultados concuerdan con estudios que reportan que las limitaciones en REEF se observan especialmente cuando se trata de reconocer emociones con valencia negativa (Bora & Pantelis, 2016, p. 708) ya que los participantes tuvieron errores sólo al reconocer la expresión de emociones con dicha valencia, mientras que el 100% de ellos reconoció acertadamente la expresión de valencia positiva.

En cuanto a la evaluación de la empatía, se observó una correlación positiva entre la *interpretación* de los estímulos complejos en la tarea de respuesta empática y el REEF, lo cual tiene relación con el supuesto de que ambas habilidades de cognición social son interdependientes, en tanto que se requiere una comprensión acertada del contexto, así como la toma de perspectiva centrada en un tercero, para poder generar respuestas empáticas. Se identificó también que la *interpretación* de estímulos simples en dicha tarea se correlaciona con la suficiencia económica para cubrir necesidades. Este hallazgo es congruente con el trabajo de Sánchez-Pérez et al. (2014) en el que se encontró que la empatía cognitiva está positivamente correlacionada con el estatus socioeconómico. Lo anterior permite remitirse al modelo teórico del desarrollo del cual se parte en este trabajo, pues sugieren la influencia que pueden tener aspectos distales, en el desarrollo individual, en tanto que la situación socioeconómica de la familia puede estar determinando ciertas disposiciones y recursos de los cuidadores, por ejemplo, mayores niveles de estrés.

Es relevante rescatar que la *interpretación* en la tarea de respuesta empática de los niños sin problemas de ansiedad fue significativamente más alta, es decir, estos niños dieron menos respuestas egocéntricas o centradas en detalles irrelevantes del relato, concentrándose más en la experiencia del personaje, que los niños con problemas de ansiedad. Este hallazgo se encuentra en línea con los resultados del estudio de Kahn, Deater-Deckard, King-Casas y Kim-Spoon (2016), en el que observaron que los rasgos de dureza/insensibilidad (*callous-unemotional traits*) se ven asociados con limitaciones en empatía cognitiva en adolescentes

con altos niveles de ansiedad, mientras que las limitaciones en empatía cognitiva no son significativas en aquellos con bajos niveles de ansiedad (Kahn et al, 2016, p. 10) de tal forma que la ansiedad parece estar influyendo en el procesamiento y la comprensión de emociones de un tercero. Es relevante tomar esto en cuenta ya que, como se menciona más arriba, el 58.33% de la muestra tuvo puntaje clínicamente significativo en la categoría de *problemas de ansiedad*.

Se observó también que la *concordancia* en la tarea de empatía correlaciona con la calidez, lo cual coincide con los antecedentes expuestos, específicamente con el trabajo de Sánchez-Pérez et al (2014) en el que la calidez de los padres correlacionó con la empatía general de los niños; es relevante recordar que la *concordancia* en la tarea de empatía evalúa la dimensión afectiva del constructo, en tanto que toma en cuenta la similitud entre la emoción atribuida al personaje y la emoción que el participante reportó tener al conocer la situación del personaje, mientras que la *calidez* es justo el constructo que más arroja luz sobre la afectividad que el cuidador transmite al niño.

Otro hallazgo interesante respecto a la *calidez* es que esta práctica parental resultó tener una diferencia estadísticamente significativa únicamente para los grupos conformados por ausencia/presencia de PCS en las siguientes categorías diagnósticas: problemas de atención (CBCL), problemas de atención-hiperactividad y problemas de oposición desafiante (CBCL-DSM). Este hallazgo nos habla de la posibilidad de que una interacción más cálida entre los cuidadores y los niños pueda tener influencia en dichas categorías diagnósticas, lo cual concuerda con estudios que evalúan esta práctica parental y que han encontrado que la ausencia de calidez es una de las prácticas parentales con mayor influencia en el desarrollo de problemas externalizados (Kendler et al 2000, Repetti et al. 2002).

Por otro lado, se encontró una tendencia generalizada de correlación positiva entre prácticas parentales adecuadas, en la tabla 8 se puede observar que, a mayor involucramiento positivo, es más eficiente la solución de problemas. Mientras que las únicas prácticas que mostraron correlación negativa, aunque no significativa, fueron la *disciplina* y la *solución de problemas*,

lo cual indica que, a mayor rigidez en las estrategias disciplinarias, las formas de solucionar problemas son menos convenientes.

Al explorar las relaciones entre prácticas parentales y las categorías diagnósticas del CBCL, se observó que las prácticas parentales son más adecuadas en los grupos de niños sin sintomatología clínica en las diversas categorías, que las de los padres de niños que presentan sintomatología clínica, lo cual nos remite de nuevo al modelo bioecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006) pues dicha tendencia sirve como ejemplo de la influencia de los procesos proximales en el desarrollo y viceversa, ya que desde esta perspectiva, también las características de los niños y su comportamiento modificarían las características de las prácticas parentales. En este sentido, y de acuerdo con los datos expuestos en las tablas 9 y 10 se puede argumentar que el uso de estrategias disciplinarias rígidas interactúa con los síntomas internalizados y externalizados en los niños como un disruptor del desarrollo, pues se observa que la media del puntaje en la escala de disciplina es más alta en los cuidadores de niños con: problemas sociales, de ansiedad/depresión, con problemas de atención y problemas afectivos (en las escalas del CBCL) así como con ansiedad y problemas de atención/hiperactividad (en las escalas del CBCL dirigidas al DSM); que en los cuidadores de los grupos de niños sin sintomatología clínica en dichas categorías.

La relación entre disciplina rígida y problemas de atención e hiperactividad se puede encontrar también en el estudio de Molina y Murish (2015) en el que reportan que niños entre 7 y 13 años con diagnóstico de TDAH perciben niveles más altos de disciplina rígida en la relación con sus madres, de lo que las perciben niños sin TDAH. Cabe resaltar que ninguna otra práctica parental, más que la disciplina, mostró diferencias significativas en los grupos conformados por problemas sociales.

Respecto al involucramiento positivo, se observó que tiene relación específicamente en lo concerniente a problemas externalizados, ya que las diferencias en esta práctica fueron significativamente diferentes en problemas de atención/hiperactividad, en comportamiento agresivo, en problemas de oposición desafiante y de conducta. En el presente estudio se observó que la supervisión se relacionó con problemas tanto internalizados (problemas

afectivos y problemas de ansiedad) como externalizados (problemas de atención/hiperactividad, comportamiento agresivo, comportamiento disruptivo y problemas de oposición desafiante), lo cual llama la atención ya que la literatura indica que se ha observado la relación de esta práctica principalmente con problemas externalizados (Buschegens et al.2010; Casas et al.2006; Luyckx et al. 2011; Raya Trenas et al. 2009 en Molina & Musich, 2015).

Cabe resaltar que el estímulo de habilidades y la supervisión fueron las únicas prácticas que no tuvieron diferencia de media significativa entre los grupos conformados por problemas de atención/hiperactividad y problemas de atención, mientras que en todas las demás prácticas se observó la tendencia mencionada respecto a prácticas parentales más adecuadas en los grupos de niños sin sintomatología clínica. En general, estos hallazgos concuerdan con estudios en los que se ha visto que las dimensiones de parentalidad aquí evaluadas actúan como predictores de problemas de conducta en niños (Forgatch, 1991; Patterson, Reid, & Dishion, 1992 en Ogden & Hagen, 2008).

6.1.- Limitaciones y Fortalezas

Como parte de las limitaciones de este estudio cabe resaltar que, debido a que la institución donde se realizó el estudio diagnóstica con base en la CIE-10, no fue posible hacer una subdivisión de la muestra a partir de los subtipos diagnósticos de TDAH, ya que dicha clasificación no incluye esas especificaciones diagnósticas. Una limitación más fue la gran diversidad diagnóstica que se encontró en la muestra, así como la ausencia de sintomatología clínica de *problemas de atención* y *problemas de atención/hiperactividad* que se observó en los resultados del CBCL, pues se esperaba una mayor heterogeneidad al incluir únicamente a los niños que contaban con el diagnóstico de TDAH realizado por el médico tratante. Aunque finalmente no se encontraron diferencias significativas en las habilidades de cognición social entre los grupos con problemas de atención y de atención /hiperactividad en comparación con las otras dimensiones evaluadas por el CBCL, tal vez un número más grande de muestra de niños con dicha sintomatología hubiera arrojado resultados distintos en habilidades de cognición social y en la relación de dichas habilidades con las prácticas parentales.

Cabe resaltar que no se incluyeron niños con diagnóstico de comorbilidad con retraso del desarrollo intelectual, sin embargo, no se evaluó el coeficiente intelectual de los participantes. Aunque se ha observado que dicha variable no genera diferencias estadísticamente significativas en el desempeño en habilidades de cognición social de niños con TDAH comparados con un grupo control (Bora & Pantelis, 2016), el coeficiente intelectual pudo haber sido un buen indicador para describir a nuestra población y probar análisis de diferencias de medias en la tarea de empatía.

Respecto a los instrumentos aplicados a los cuidadores, es relevante tomar en cuenta la posibilidad de que haya habido un sesgo de respuesta en los auto-reportes que estos dieron sobre sus prácticas parentales, el cual es un aspecto que se ha considerado en las mediciones de las prácticas a través de escalas y que se ha tratado de resolver haciendo estudios observacionales. Sin embargo, esta alternativa no fue viable para el presente estudio y lo que se hizo fue tener como prioridad asegurar a los cuidadores, durante el proceso de consentimiento informado, la confidencialidad de sus respuestas y la importancia para el estudio de que contestaran a cada pregunta de la manera más espontánea posible.

En la aplicación de la tarea de empatía, también pudo haber ocurrido que las respuestas de los niños se vieran influenciadas por expectativas sociales, sin embargo, el diseño de la tarea, a diferencia de las escalas con las que sólo es posible responder de forma binaria (sí-no), permitió que se involucraran más y de forma espontánea en las respuestas.

Como parte de las fortalezas, se puede rescatar como beneficio para el participante que durante la realización del trabajo de campo algunos padres tuvieron tiempo de leer el manual de empatía y se acercaron a la investigadora para comentarlo o hacer algunas preguntas.

Respecto a la utilidad y relevancia práctica de los hallazgos de este trabajo, considero que la mayor fortaleza es que subrayan la relación intrínseca entre el desarrollo emocional y social del niño con la interacción con su principal cuidador, así como la relación que puede estar teniendo el estrés parental con los síntomas clínicos de los niños. En este sentido, sería de gran beneficio para los niños que se tomara en cuenta esta relación y que se brindara más apoyo y seguimiento a los cuidadores del niño. Asimismo, se considera relevante haber explorado la sintomatología clínica de los niños con un instrumento estandarizado, ya que se observó la comorbilidad de sintomatología clínica con trastornos por los que muchos de ellos no estaban siendo atendidos al momento del estudio, de manera que además de que los médicos tratantes pueden analizar esos resultados, en general, de ser considerada la relevancia de recurrir a instrumentos estandarizados y más aún, dimensionales, se podrían determinar de manera más precisa los síntomas y problemas de salud mental de los niños.

Recordemos que el TDAH es uno de los diagnósticos con mayor prevalencia en población infantil en nuestro país, de manera que, desde una perspectiva de salud mental pública es primordial que se brinde un tratamiento adecuado para este trastorno. Si bien los algoritmos de tratamiento se encuentran consistentemente establecidos, las limitaciones y dificultades socioeconómicas tanto del sistema de salud en nuestro país como de las familias que asisten a la institución de salud mental en donde se realizó el estudio, hacen muy complicado que el tratamiento se lleve a cabo de manera ideal, ya que los algoritmos de tratamiento para TDAH establecen la necesidad de que el tratamiento sea multimodal, incluyendo psico-educación para padres, que consiste principalmente en brindar herramientas para conocer más sobre el trastorno, así como estrategias de contención y conductuales (de la Peña, Barragán, Rohde, Patiño, Zavaleta et al., 2009). Tomando en cuenta que el estrés parental resultó ser un aspecto

relacionado con la sintomatología clínica del niño, podría ser de gran beneficio para el tratamiento del niño, hacer foco durante el diseño de intervenciones psicosociales en brindar herramientas de manejo de estrés para los cuidadores, con la intención de impactar también en la salud mental del cuidador. Así mismo, el tratamiento multimodal incluye intervenciones de habilidades sociales, de manera que la información aquí presentada respecto a las dificultades que aparecieron para decodificar de manera correcta las emociones negativas, así como las limitaciones en procesos de empatía, podría ser de utilidad en el diseño de dichas intervenciones.

Tomando en cuenta lo anterior, algunos aspectos relevantes para tratar en futuras investigaciones, sería conocer si está siendo posible brindar tratamientos multimodales a los niños con diagnóstico de TDAH en nuestro país, y si el diseño y la aplicación de las intervenciones psicosociales están teniendo un impacto significativo para los pacientes, asimismo, sería relevante conocer si las intervenciones para mejorar las habilidades sociales están considerando la relación entre el desarrollo de éstas y la relación afectiva entre el principal cuidador y el niño.

6.2.- Conclusión

Existen limitaciones en las habilidades de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales en niños con diagnóstico de TDAH, específicamente en el reconocimiento de emociones con valencia negativa. Respecto a la empatía, sólo el 26% de los niños obtuvo un puntaje que indica una respuesta empática alta, lo cual nos permite concluir que sus interpretaciones sobre las situaciones sociales planteadas en los relatos fueron en general egocéntricas o centradas en detalles irrelevantes. Se encontró que la ansiedad puede generar diferencias significativas en la dimensión cognitiva del constructo, es decir, en el entendimiento de señales sociales y en la contextualización de las mismas.

Los análisis de la relación entre prácticas parentales y habilidades de cognición social mostraron que existe correlación positiva entre la dimensión afectiva de la empatía y la *calidez*, lo cual deja ver la influencia de la dinámica familiar en el desarrollo de la empatía. Se observó también que la empatía cognitiva correlaciona de forma positiva con la suficiencia

de dinero para solventar gastos, este hallazgo nos habla de la influencia de aspectos distales en el desarrollo de habilidades sociales.

Se observó que la mayoría de los cuidadores tienen niveles altos de estrés parental, así como sintomatología depresiva. Tomando en cuenta que el estrés parental fue más bajo y que, de manera generalizada, las prácticas parentales fueron más adecuadas para los niños sin sintomatología clínica en las dimensiones evaluadas por el CBCL, aparece como un aspecto relevante poner atención en la salud mental de los cuidadores principales y brindar información y herramientas para que ejerzan prácticas parentales positivas, como parte del proceso terapéutico para niños con problemas de atención así como con problemas internalizados y externalizados

7.- Anexos

7.1 Aprobación del comité de ética



"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 09/03/2016

Oficio 10

Dr. María Elena Marquez Caraveo
Responsable de proyecto.

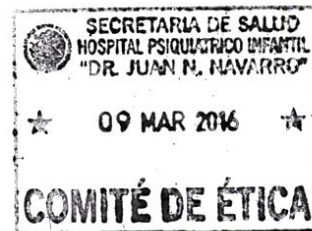
Por medio de la presente le comunico que posterior a constatar que se realizaron las modificaciones sugeridas en la última revisión a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto **"Prácticas parentales, empatía y habilidades de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales en niños de 9 a 11 años diagnosticados con TDAH en la Ciudad de México"**, se aprueban estos documentos para su uso en el proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos que debe supervisar de forma constante que sus colaboradores cumplan con las normativas éticas en materia de investigación.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

7.2. Tarea de Respuesta Empatía para Niños

Tipo y # de estímulo	Relatos	Emoción evocada
S 1	Andrea llegó a casa y vio que había un regalo con su nombre, cuando lo abrió encontró el muñeco con el que tanto había esperado jugar.	Felicidad
S 2	Un día que Juan llevó a pasear a Candy, su mascota favorita, lo perdió de vista y ya nunca lo encontró.	Tristeza
S 3	Ana entró a su cuarto y vio que su hermana estaba rompiendo su libro de cuentos favorito.	Enojo
S 4	Mario estaba caminando en el bosque, cuando se hizo de noche y se dio cuenta de que no sabía cómo regresar a casa.	Miedo
SU 5	Susana estaba recogiendo flores en el parque con sus amigas cuando su hermana le exigió que en ese preciso momento la llevara a casa.	(+ → -)
SU 6	Alonso estaba en su fiesta de cumpleaños con todos sus amigos cuando de repente escucharon una explosión muy fuerte.	(+ → -)
SIM 7	Ximena estaba viendo en casa su película favorita, mientras saboreaba su dulce preferido y pensaba en que le gustaría mucho que su mejor amiga estuviera ahí, ella no había podido ir porque estaba enferma.	(+ ↔ -)
SIM 8	Manuel tuvo que ir al doctor y estaba a punto de que le pusieran una inyección, su mamá había prometido darle un helado de su sabor favorito al salir de ahí.	(+ ↔ -)

Preguntas que se hacen al niño luego de cada relato

a.) ¿Cómo crees que se sintió (personaje)?

b) Pláticame, ¿cómo te sientes al saber que (personaje) se sintió (emoción atribuida al personaje)?

c.) ¿Por qué te hace sentir (emoción expresada en b) lo que siente (personaje)?

7.2.2 Escalas de evaluación

Escala para evaluar preguntas a) y b)		
Puntaje	Característica de la respuesta	Especificaciones
0	Sin relación	El sujeto no contesta, o contesta ambas preguntas de forma totalmente diferente.
1	Relación aproximada o parcial	Emociones del personaje y del sujeto de valencia similar, pero de contenido diferente. Ej. "Ella tiene miedo"/ "Yo me siento triste". *En los episodios de emociones sucesivas y simultáneas, la respuesta se puntúa con 1 si el sujeto atribuye dos emociones al personaje pero reporta sentir solo una.
2	Relación precisa	Similitud exacta entre emoción o emociones atribuidas al personaje y a sí mismo. *En los episodios de emociones sucesivas y simultáneas, se puntúa 2 si el sujeto reporta sentir dos emociones luego de identificar dos emociones en el personaje, aún si la relación no es perfecta (misma valencia diferente etiqueta).

Escala para evaluar pregunta c)		
Puntaje	Característica de la respuesta	Especificaciones
0	Ausencia de respuesta	o interpretación centrada en detalles irrelevantes.
1	Interpretación egocéntrica	Referencia únicamente al estado actual del sujeto sin consideración al episodio o la experiencia del personaje. Ej.: "Me siento feliz porque me cae bien"
2	Interpretación centrada en la situación	Explicación que refiere a la situación expuesta en el episodio, sin referencia al estado o perspectiva del personaje. Ej. "Me siento triste porque es triste perder a tu mascota"
3	Interpretación centrada en el personaje	Explicación con referencia directa a la experiencia o sentimientos del personaje. Ej. "Me siento triste porque perdió el juguete que más le gustaba".

7.2.3 Imágenes que acompañan a cada relato



Imagen del relato #1

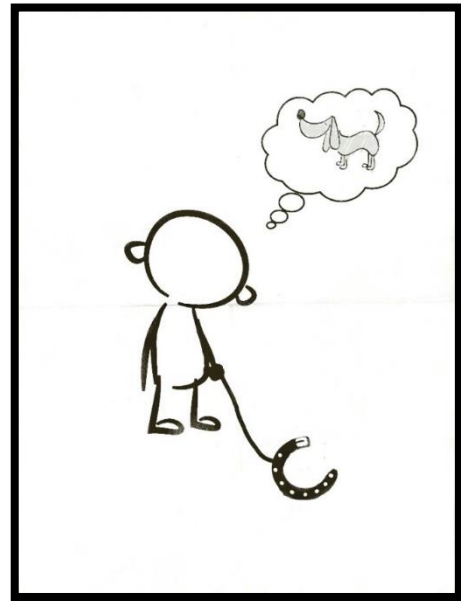


Imagen del relato #2

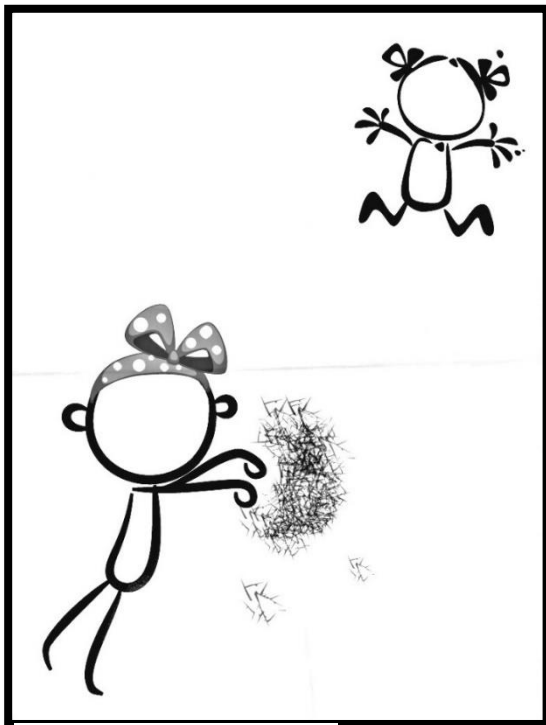


Imagen del relato #3

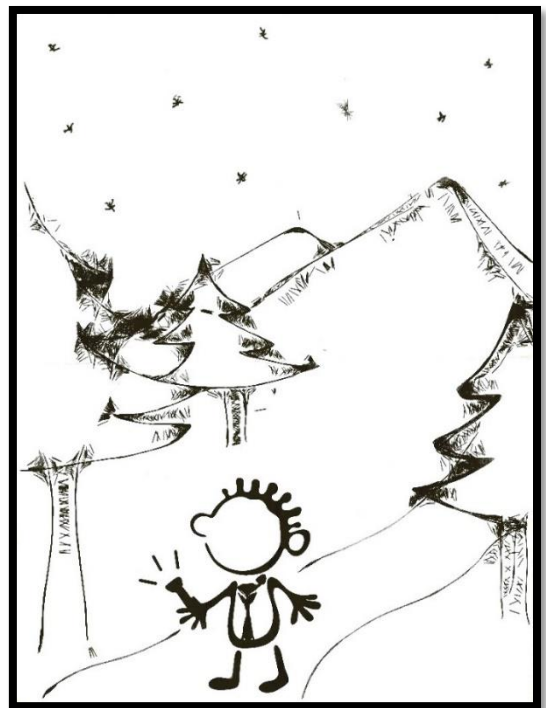


Imagen del relato #4

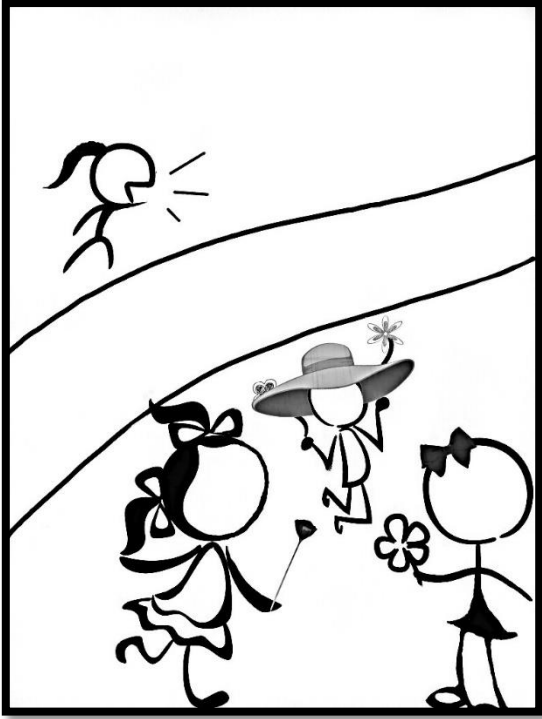


Imagen del relato #5

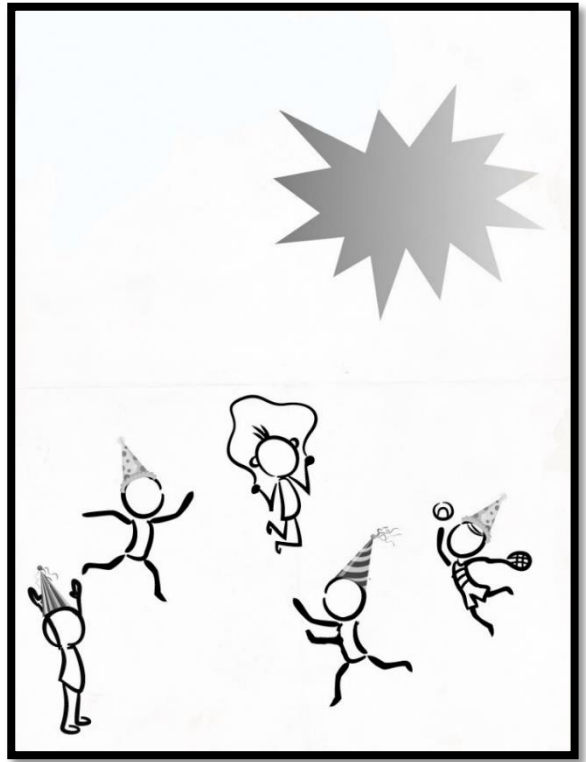


Imagen del relato #6

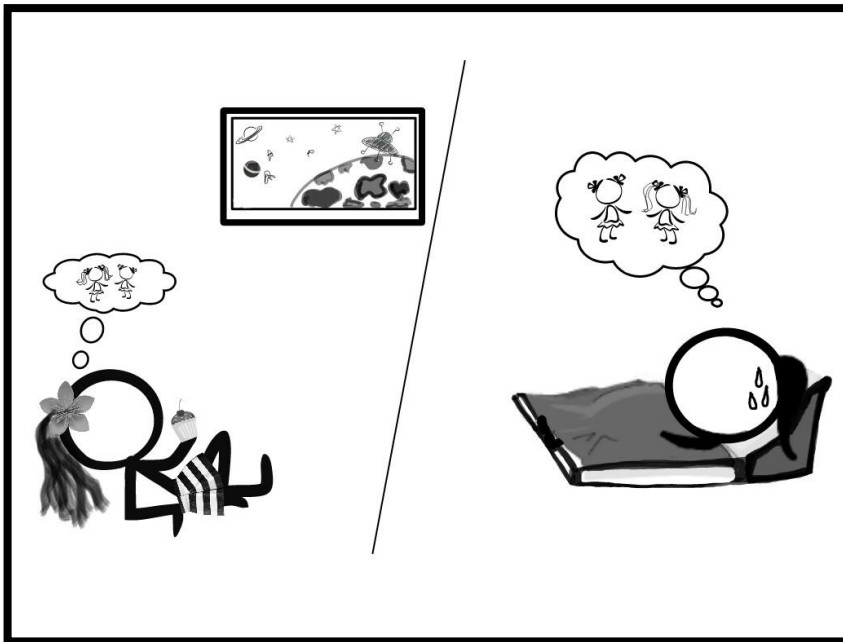


Imagen del relato #7

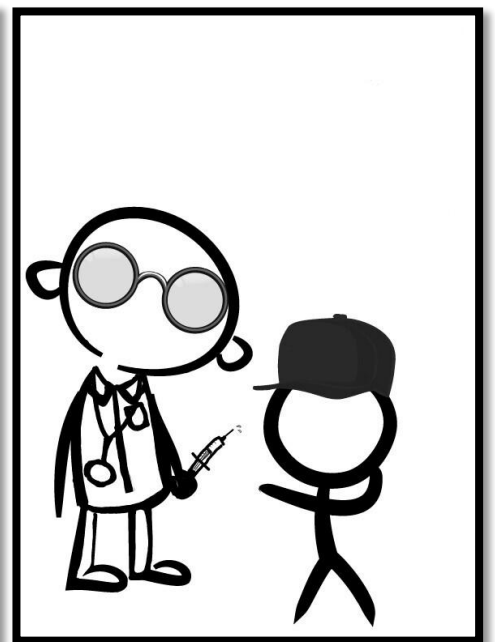


Imagen del relato #8

7.3 Información sociodemográfica

Fecha de Aplicación:	
No Folio:	

Cuestionario de información socio-demográfica familiar

Indique el parentesco con el niño de la persona que contestará este cuestionario:

- Madre
 Padre
 Otro, por favor especifique _____

Indique el estado civil de los padres del niño:

- Solteros
 Casados
 Divorciados
 Unión libre
 Otro: _____

Instrucciones: Por favor, **circule la opción que considere más adecuada para lo que se le pide o escriba la información solicitada.** Es muy importante contestar todas las preguntas con el mayor cuidado, ya que esta información será de mucha utilidad para los fines del estudio.

1. ¿Su hijo es?	Hombre.....1	Mujer2
2. ¿Qué edad tiene su hijo?	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/>	
3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo?	Mes ____ Día ____ Año ____	
4. Desde el inicio de la primaria a la fecha ¿Su hijo ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? CONTESTE TODOS LOS INCISOS	Sí	No
a) Divorcio de los padres	1	2
b) Violencia en casa	1	2
c) Nacimiento de hermanos	1	2
d) Muerte de alguien cercano	1	2
e) Entrada a una escuela nueva	1	2
f) Ser hospitalizado	1	2
g) Cambio de casa	1	2
h) Otra _____	1	2

5. ¿En qué grado escolar está su hijo?	Grado..... <input type="text"/>			
6. Después de que su hijo regresa de la escuela, ¿cuántas horas al día está solo, es decir, sin la presencia de alguien mayor de edad que lo cuide?	De 1 a 2 horas..... 1 De 3 a 4 horas..... 2 De 5 a 6 horas 3 7 o más horas..... 4 Siempre hay alguien mayor de edad..... 00			
7. ¿Su hijo ha repetido algún grado?	No..... 1 Si..... 2			
8. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes oraciones?	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Hay muchos asaltos por la escuela a la que asiste mi hijo.	1	2	3	4
b. La escuela a la que asiste mi hijo es un lugar seguro.	1	2	3	4
c. Los compañeros de la escuela a la que asiste mi hijo son agresivos.	1	2	3	4
d. La colonia en donde vivimos es un lugar seguro.	1	2	3	4
e. Hay poca vigilancia en la colonia donde vivimos.	1	2	3	4
f. Hay muchos delincuentes en la colonia donde vivimos.	1	2	3	4
g. Me preocupa que los miembros de mi familia salgan solos a la calle.	1	2	3	4
h. Hay muchos asaltos en la colonia en donde vivimos.	1	2	3	4
i. Me agrada la colonia en donde vivimos.	1	2	3	4
9. Incluyendo a su hijo y a usted, ¿cuántas personas viven permanentemente en la casa dónde vive su hijo?	Número de adultos (mayores de 18 años) <input type="text"/>			
	Número de niños (menores de 18 años) <input type="text"/>			
10. ¿Quiénes viven permanentemente en la casa dónde vive su hijo? PUEDA CIRCULAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Papá..... 1 Mamá..... 2 Padrastra..... 3 Madrastro..... 4 Hermano..... 5 Amigos..... 6			

	Otros _____...7
11. Si alguno de los padres NO vive permanentemente en la misma casa que su hijo, ¿existe algún acuerdo para que conviva con el <i>papá</i> faltante?	Sí, día/s entre semana..... 1 Sí, día/s en fin de semana..... 2 No..... 3 Otro _____ 4 No aplica..... 00
12. ¿Cuántos hermanos tiene su hijo?	Número de hermanos..... <input type="text"/> <input type="text"/> No tiene hermanos00
13. ¿Qué edad/es tiene/n sus hermanos?	Años cumplidos H1 <input type="text"/> <input type="text"/> H2 <input type="text"/> <input type="text"/> H3 <input type="text"/> <input type="text"/> H4 <input type="text"/> <input type="text"/> No tiene hermanos00
14. ¿Quiénes son los principales cuidadores de su hijo (piense en las personas que se encargan de: mantenerlo económicamente, su educación, alimentación, cuidarlo por las tardes, ver que haga la tarea, etc.)? PUEDE CIRCULAR MÁXIMO 3 PERSONAS	Papá..... 1 Mamá 2 Padrastro..... 3 Madrastra 4 Abuelo 5 Abuela 6 Tío 7 Tía 8 Otros _____ 9
15. ¿Cuál es la edad del otro cuidador principal de su hijo? (OTRO CUIDADOR PRINCIPAL ES LA PERSONA QUE COLABORA CON LA MADRE EN EL CUIDADO DEL NIÑO COMO PADRE, ABUELO, AMIGA, PRIMA, EMPLEADA DOMÉSTICA, ETC. Y QUE PASA ENTRE CINCO Y OCHO HORAS AL DÍA CON EL NIÑO)	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> No hay otro cuidador 00
16. ¿Cuál es último nivel escolar que cursó el otro cuidador principal de su hijo?	Sin educación formal 1 Primaria 2 Secundaria o equivalente 3 Preparatoria, vocacional o equivalente 4 Universidad 5 Post-grado 6 Otro: _____ 7 No hay otro cuidador 00

17. ¿Cómo calificaría la relación que tiene el otro cuidador principal con su hijo?	Muy buena	1
	Buena	2
	Regular	3
	Mala	4
	Muy mala	5
	No hay otro cuidador	00
18. Mensualmente, ¿cuántas personas contribuyen al ingreso familiar?	1 personas	1
	2 personas	2
	3 personas	3
	4 personas	4
	5 ó más personas	00

19. En el último año, ¿su familia tuvo suficiente dinero para:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
a) ¿Comprar comida?	1	2	3	4
b) ¿Comprar la ropa que necesitan?	1	2	3	4
c) ¿Comprar los útiles escolares?	1	2	3	4
d) ¿Pagar las cuentas (luz, gas, etc.)?	1	2	3	4
e) ¿Comprar la ropa que quieren?	1	2	3	4
f) ¿Salir a lugares para divertirse?	1	2	3	4
g) ¿Pagar las consultas médicas?	1	2	3	4
h) ¿Comprar medicinas cuándo se necesitan?	1	2	3	4

20. ¿Qué tan frecuentemente existen discusiones o conflictos en su familia por la falta de dinero o por la forma en que se administra el dinero?	Nunca	1
	Algunas veces	2
	Casi siempre.....	3
	Siempre	4

A continuación le pediremos información general sobre usted y el ambiente en su familia, por favor circule la opción que considere más adecuada para lo que se le pide o escriba la información solicitada.

1. En general, ¿cuál de las siguientes afirmaciones representa mejor el ambiente que se vive en su familia? PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Es un ambiente tranquilo.....	1
	Hay muchos problemas	2
	No nos hablamos mucho.....	3
	Cuando hay problemas, nos ayudamos	4
	La falta de dinero ocasiona que tengamos problemas.....	5
	Otro _____.....	6
2. ¿Qué edad tiene?	Años cumplidos	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el último nivel escolar que cursó?	Sin educación formal.....	1
	Primaria.....	2
	Secundaria o equivalente.....	3

	Preparatoria o vocacional..... 4 Universidad 5 Post-grado 6 Carrera técnica o equivalente..... 7 Otro 8
4. ¿Actualmente realiza alguna actividad por la que reciba dinero de manera regular?	Sí..... 1 No 2
5. ¿Cuántas horas al día dedica a la actividad por la que recibe dinero de manera regular?	1 a 4 horas 1 5 a 8 horas 2 9 a 12 horas..... 3 13 o más horas..... 4 No realiza actividad 5
6. ¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Sí 1 No 2 No sé..... 3
7. En caso de haber recibido atención psicológica o psiquiátrica ¿qué diagnóstico le han dado?	Diagnóstico: _____ No sé.....
8. ¿Cuántas horas al día convive con su hijo?	De 1 a 2 horas..... 1 De 3 a 4 horas 2 De 5 a 6 horas3 7 o más horas4
9. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su hijo?	Muy buena1 Buena2 Regular3 Mala 4 Muy mala 5 No hay madre o sustituto00

7.4 Escala de Estrés Parental

Instrucciones: En cada una de las siguientes preguntas favor de indicar la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una respuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que más se parezca a ellos. DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA. Las posibles respuestas son:

MA = Muy de acuerdo A = De acuerdo NS = No estoy segura D = En desacuerdo MD = Muy en desacuerdo

Ejemplo: Me gusta ir al cine MA A NS D MD

(En el ejemplo, si a veces le gusta ir al cine, haga un círculo alrededor de la letra A. Si se equivocó, marque la respuesta equivocada con una X y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones muy bien.	1	2	3	4	5
2. Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo que lo que esperaba.	1	2	3	4	5
3. Me encuentro atrapado/a con las responsabilidades de ser padre/madre.	1	2	3	4	5
4. Desde que mi hijo nació no he podido hacer ni cosas nuevas ni cosas diferentes.	1	2	3	4	5
5. Desde que tuve a mi hijo encuentro que casi nunca puedo hacer las cosas que desearía hacer.	1	2	3	4	5
6. No estoy contenta con la ropa que me compré la última vez.	1	2	3	4	5
7. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	1	2	3	4	5
8. Tener un hijo ha causado más problemas de lo que esperaba en mi relación con mi esposo/esposa (amigo/amiga).	1	2	3	4	5
9. Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	1	2	3	4	5
10. Cuando voy a una fiesta usualmente no espero divertirme.	1	2	3	4	5
11. No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar.	1	2	3	4	5
12. No disfruto tanto las cosas como antes.	1	2	3	4	5

13. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	1	2	3	4	5
14. Casi siempre siento que mi hijo no me quiere y no quiere estar cerca de mí.	1	2	3	4	5
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
15. Mi hijo sonrío mucho menos de lo que esperaba.	1	2	3	4	5
1. Cuando yo hago algo para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	1	2	3	4	5
17. Mientras juega, mi hijo en general no se ríe.	1	2	3	4	5
18. Mi hijo no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
19. Mi hijo no parece sonreír tanto como los otros niños.	1	2	3	4	5
20. Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo desearía o esperaría.	1	2	3	4	5
21. Mi hijo tarda mucho y le es difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	1	2	3	4	5
22. Siento que yo soy	1. No muy bueno siendo padre.				
	2. Como uno del promedio.				
	3. Una persona que tiene alguna dificultad siendo padre/madre.				
	4. Muy buen padre/madre.				
	5. Mejor que el promedio de los padres/madres.				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
23. Yo había esperado tener una más estrecha y cálida relación con mi hijo que la que tengo y esto me molesta.	1	2	3	4	5
24. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	1	2	3	4	5

25. Mi hijo parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
26. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.	1	2	3	4	5
27. Yo siento que mi hijo es malhumorado y se enoja fácilmente.	1	2	3	4	5
28. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan bastante.	1	2	3	4	5
29. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando ocurre algo que no le gusta.	1	2	3	4	5
30. Mi hijo se enoja fácilmente por la menor cosa.	1	2	3	4	5
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
31. El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5
32. He notado que cuando le pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es:	1. Mucho más difícil de lo que yo esperaba.				
	2. Algo más difícil de lo que yo esperaba.				
	3. Igual a lo que yo esperaba.				
	4. Algo más fácil de lo que yo esperaba.				
	5. Mucho más fácil de lo que yo esperaba.				
33. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace y que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor marque el número de cosas que contó.	10+	8-9	6-7	4-5	1-3
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
34. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.	1	2	3	4	5

35. Mi hijo ha sido más problema de lo que esperaba.	1	2	3	4	5
36. Mi hijo exige más de lo que exigen la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5

7.5 Escala de Sintomatología Depresiva³

Instrucciones: A continuación leerá unas frases que pudieran describir cómo se ha sentido alguna vez. Por favor, especifique cuántos días durante la pasada semana, o sea desde el _____ hasta el día de hoy, se ha sentido de la siguiente manera:

	Ninguna vez, o menos de un día	Pocas veces, o de uno a dos días	Una cantidad moderada de veces, o de tres a cuatro días	Todo el tiempo, o de cinco a siete días
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que era tan bueno(a) como cualquier otra persona.	0	1	2	3
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentía deprimido(a).	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Me sentía optimista sobre el futuro.	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
10. Me sentí con miedo.	0	1	2	3
11. Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3
12. Estaba contento(a).	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3
14. Me sentí solo(a).	0	1	2	3
15. Sentí que la gente no era amigable.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando.	0	1	2	3
18. Me sentí triste.	0	1	2	3

³ CES-D Radloff, 1997; Traducida por: Bojorquez-Chapela, & Salgado de Snyder, 2009.

19. Sentí que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

7.6 Escala de Involucramiento Positivo⁴

Instrucciones: Lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que mejor describa lo que usted hace cuando se relacionan usted y su hijo⁵.

¿Con qué frecuencia usted hace lo siguiente?

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Platica de forma agradable con su hijo (por ejemplo: acerca de su escuela, programas de televisión, inquietudes).	1	2	3	4	5
2. Es voluntario para ayudar en actividades en las que participa su hijo (ejemplo: deportes, grupos de la iglesia, escuela).	1	2	3	4	5
3. Acompaña a su hijo en actividades recreativas, deportivas o artísticas.	1	2	3	4	5
4. Habla con su hijo acerca de sus amigos.	1	2	3	4	5
5. Incluye a su hijo en la planificación de actividades familiares.	1	2	3	4	5
6. Asiste a reuniones en la escuela de su hijo (ejemplo: asociación de padres y maestros, conferencias para padres).	1	2	3	4	5
7. Muestra interés cuando escucha las opiniones de su hijo.	1	2	3	4	5
8. Pregunta a su hijo sobre lo que piensa o siente	1	2	3	4	5

⁴Amador (2013)

⁵ Se utiliza "hijo" para hacer referencia a hijos e hijas.

7.7 Escala de Solución de Problemas⁶

Instrucciones: Lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que mejor indique lo que usted hace cuando resuelve problemas con su hijo.

Cuando tiene que solucionar un problema con su hijo ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Aclara el problema con su hijo, es decir, describe con detalle en qué consiste el problema.	1	2	3	4	5
2. Se pone en el lugar de su hijo para tratar de entender el problema.	1	2	3	4	5
3. Expresan tranquilamente sus emociones y pensamientos sobre el problema.	1	2	3	4	5
4. Platica con su hijo sobre posibles soluciones al problema.	1	2	3	4	5
5. Escucha las opiniones de su hijo sobre las posibles soluciones al problema.	1	2	3	4	5
6. Promueve que su hijo proponga soluciones al problema.	1	2	3	4	5
7. Usted y su hijo proponen soluciones al problema.	1	2	3	4	5
8. Se pelea con su hijo sin lograr resolver el problema.	1	2	3	4	5
9. Analizan las ventajas y desventajas de las soluciones propuestas.	1	2	3	4	5
10. Elige junto con su hijo una solución al problema.	1	2	3	4	5
11. Ponen en práctica la solución elegida.	1	2	3	4	5
12. Revisan juntos si la solución acordada al problema está funcionando o necesita cambios.	1	2	3	4	5
13. Dejan el problema sin solución.	1	2	3	4	5

⁶ Amador (2013)

7.8 Escala de Calidez⁷

Instrucciones: Por favor lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que *mejor describa lo que usted hace regularmente cuando se relaciona con su hijo*.

Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura(o)	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Muestro interés en mi hijo.	1	2	3	4	5
2. Exploto con enojo hacia mi hijo.	1	2	3	4	5
3. Me siento relajada cuando estoy con mi hijo.	1	2	3	4	5
4. Cuando mi hijo está alterado lo consuelo y comprendo.	1	2	3	4	5
5. Me gusta jugar con mi hijo.	1	2	3	4	5
6. Comparto momentos cálidos con mi hijo.	1	2	3	4	5
7. El humor es importante para mi familia.	1	2	3	4	5
8. Expreso mi desacuerdo con mi hijo de manera seca o brusca.	1	2	3	4	5
9. Demuestro con diversas acciones que amo a mi hijo.	1	2	3	4	5
10. Animo a mi hijo a hablar de sus problemas conmigo.	1	2	3	4	5
11. Al hablar con mi hijo le transmito sensaciones positivas.	1	2	3	4	5
12. Grito cuando mi hijo se porta mal.	1	2	3	4	5
13. Escucho a mi hijo cuando quiere decirme algo.	1	2	3	4	5
14. Soy sensible ante las necesidades de mi hijo.	1	2	3	4	5
15. Uso expresiones cariñosas (verbales) con mi hijo.	1	2	3	4	5
16. Ayudo a que mi hijo se sienta mejor, cuando algo no anda bien.	1	2	3	4	5

⁷ Domenech-Rodríguez, M., Donovick, M., & Crowley, S. (2009).

17. Soy paciente con mi hijo.	1	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

7.9 Escala de Disciplina⁸

Instrucciones: Lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que mejor indique lo que usted hace cuando su hijo se porta mal o no obedece.

¿Con qué frecuencia usted hace las siguientes cosas cuando su hijo se <u>porta mal o no obedece</u>?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
2. Platica con su hijo acerca de su mala conducta y las consecuencias de ésta.	1	2	3	4	5
3. Le grita cuando lo regaña.	1	2	3	4	5
4. Pide a su hijo que corrija o repare lo que hizo.	1	2	3	4	5
5. Le advierte con firmeza a su hijo que va a recibir un castigo específico.	1	2	3	4	5
6. Le da nalgadas, pellizcos, y/o jalones de orejas a su hijo.	1	2	3	4	5
7. Quita algún premio/cosa que le guste a su hijo (ejemplo. dulces, ver televisión, etc.).	1	2	3	4	5
8. Lo manda a otro lugar o habitación (ejemplo: su cuarto, el baño, el patio, la cocina) por un periodo de MÁS de 10 minutos.	1	2	3	4	5
9. Deja sin consecuencias el mal comportamiento.	1	2	3	4	5
10. Le pone una multa (ejemplo: paga 5 pesos de sus ahorros por decir groserías).	1	2	3	4	5
11. Lo manda a un lugar o habitación libre de distracciones (ejemplo: juguetes, televisión, personas, etc.) 10 minutos o MENOS.	1	2	3	4	5
12. Se enoja mucho y pierde el control cuando está disciplinando a su hijo.	1	2	3	4	5

⁸ Amador (2013)

7.10 Escala de Supervisión⁹

Instrucciones: Lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que mejor indique lo que usted hace para mantenerse al tanto de las actividades y conducta de su hijo.

¿Con que frecuencia hace lo siguiente?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Entre semana ¿Sabe dónde está su hijo?	1	2	3	4	5
2. Entre semana ¿Sabe con quién está su hijo?	1	2	3	4	5
3. Entre semana ¿Sabe lo que está haciendo su hijo?	1	2	3	4	5
4. Entre semana ¿Permite que su hijo esté sin la supervisión de un adulto?	1	2	3	4	5
5. Durante un <u>fin de semana</u> típico, ¿Sabe dónde está su hijo?	1	2	3	4	5
6. Durante un <u>fin de semana</u> típico, ¿Sabe con quién está su hijo?	1	2	3	4	5
7. Durante un <u>fin de semana</u> típico, ¿Sabe lo que está haciendo su hijo?	1	2	3	4	5
8. Durante un <u>fin de semana</u> típico, ¿Permite que su hijo esté sin la supervisión de un adulto?	1	2	3	4	5
9. Revisa las tareas escolares de su hijo.	1	2	3	4	5
10. Permanece cerca de su hijo cuando hace sus tareas escolares.	1	2	3	4	5
11. Asigna a su hijo una hora específica para hacer sus tareas escolares.	1	2	3	4	5
12. Asigna a su hijo un lugar determinado para hacer sus tareas escolares.	1	2	3	4	5
13. Evita la presencia de distracciones o ruido cuando su hijo está haciendo sus tareas escolares.	1	2	3	4	5

⁹⁹ (Amador, 2013)

7.11 Escala de Estímulo de Nuevas Habilidades¹⁰

Instrucciones: Lea las siguientes oraciones y de acuerdo a las opciones de respuesta encierre en un círculo el número que mejor indique lo que usted hace cuando enseña a su hijo conductas adecuadas y cómo le expresa que se ha portado bien.

¿Con qué frecuencia usted hace las siguientes cosas cuando su hijo <u>muestra conductas adecuadas</u>?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Le da comida especial que a su hijo le gusta.	1	2	3	4	5
2. Pasa tiempo extra con su hijo.	1	2	3	4	5
3. Le da premios especiales (ejemplo: comer algún dulce, darle más dinero, juguetes, ver la tele por más tiempo, jugar más tiempo videojuegos, escoger la comida/cena, etc.).	1	2	3	4	5
4. Lo elogia o halaga (ejemplo: ¡qué bien pusiste la mesa!, ¡gracias por ayudar!, ¡qué bonita arreglaste tu habitación!, ¡qué buena idea tuviste!).	1	2	3	4	5
5. Le da sellos, calcomanías o puntos que su hijo puede intercambiar por premios.	1	2	3	4	5
6. Lo abraza, le sonrío, choca las manos, le guiña el ojo, lo besa, etc.	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia usted hace las siguientes cosas?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
7. Le dice con anticipación la forma en que quiere que se comporte de acuerdo a cada situación (ejemplo: antes de salir al parque le pide que se mantenga cerca de usted).	1	2	3	4	5
8. Le dice a su hijo de forma tranquila y amable en qué se equivocó o que le faltó algo por hacer (ejemplo: parece que faltan los vasos en la mesa, por favor pon los vasos en la mesa).	1	2	3	4	5
9. Anima a su hijo para que haga las cosas lo mejor posible.	1	2	3	4	5
10. Motiva a su hijo cuando alguna actividad le resulta difícil.	1	2	3	4	5

¿Con qué frecuencia usted hace las siguientes cosas?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
11. Le dice a su hijo cuáles son sus cualidades o habilidades (ejemplo: ¡eres muy responsable!, ¡eres muy simpático!, ¡corres muy rápido!).	1	2	3	4	5
12. Recompensa las conductas positivas de su hijo, <i>aunque sean parte de sus obligaciones</i> .	1	2	3	4	5

¹⁰Amador (2013)

7.12 Información para padres o cuidadores principales que participen en el estudio:

Prácticas parentales, empatía y habilidades de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales en niños de 9 a 11 años diagnosticados con TDAH en la Ciudad de México.

Co-Investigadora: Lic. Ariadna Hernández Castrejón

1.- Propósito del estudio

Le invitamos a participar en un estudio que se está realizando con el objetivo de conocer la forma en que los niños con diagnóstico de TDAH identifican e interpretan las expresiones faciales y las experiencias emocionales de otras personas en situaciones sociales de la vida cotidiana. Algunos niños pueden tener dificultades para reconocer las emociones de otras personas como amigos, padres, profesores, etcétera, y esto puede dificultar que establezcan relaciones sociales, por eso queremos conocer más acerca de lo que ocurre con los niños que han sido diagnosticados con TDAH. Esta investigación es parte del trabajo de tesis de Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Lic. Ariadna Hernández, en colaboración con el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

2.- En qué consiste el estudio

En caso de que usted acepte participar y otorgue el permiso para que su hijo(a) también lo haga, se requieren entre 20 y 30 minutos del tiempo del niño y 50 minutos de su tiempo. **Al padre/madre o cuidador(a) principal** se le pide que conteste un auto-reporte, que busca conocer algunos aspectos de la interacción o convivencia entre usted y su hijo(a) y algunos datos sociodemográficos (por ejemplo: edad, nivel de estudios, ocupación); asimismo se le solicitará que responda unas preguntas sobre el comportamiento cotidiano del niño.

Al niño/niña se le solicitará que vea unos videos cortos (que duran entre 4 y 5 segundos) de personas que, con gestos faciales, expresan alguna emoción, y luego se le pedirá que nos diga qué es lo que piensa que estaba sintiendo esa persona. En seguida se le contarán 8 relatos cortos (por ejemplo: Andrea entró a su cuarto y vio que su hermana estaba rompiendo su libro de cuentos favoritos) y se le harán algunas preguntas sobre el relato. Si

usted y el niño(a) lo autorizan, las respuestas serán audio-grabadas, con el único fin de registrar en el estudio las respuestas completas que el niño(a) dé a cada pregunta, el audio será estrictamente confidencial y únicamente se utilizará para este estudio.

Si el niño(a) llegara a tener alguna inquietud durante las tareas, la aplicadora manejará la situación recordándole que son historias imaginarias y que en cualquier momento se puede detener la actividad.

3.- Beneficios

Si acepta participar en el estudio, al final de su participación, se le entregará información sobre estrategias basadas en investigaciones, que usted puede aplicar y que pueden ayudar a mejorar la convivencia con su hijo(a) y la de él con otras personas. Si usted lo desea podremos revisar esa información para comentar las estrategias y/o aclarar cualquier duda. Además, la información que obtengamos de su participación y la de su hijo(a) nos puede ayudar a conocer más algunos aspectos psicológicos de niños con TDAH y la información que recabemos de su hijo(a) se encontrará en su expediente en un plazo no mayor a 4 semanas.

4.- Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda.

En cualquier momento, antes e incluso después del estudio, usted puede hacer las preguntas que sean necesarias y con gusto se le podrá atender en el número celular que encuentra al final de esta información.

5.- Derecho a no participar y a retirarse

Es importante que usted sepa que este estudio no tiene relación con el tratamiento que su hijo(a) recibe en el hospital y que puede decidir no participar. También tanto usted como su hijo pueden retirar su participación en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna consecuencia para el tratamiento que recibe su hijo(a) en el hospital. También es importante resaltar que su participación en este estudio no tiene costo.

6.- Confidencialidad

Tanto su identidad como la información que usted y su hijo(a) nos proporcionen serán tratadas bajo estricta confidencialidad, esto quiere decir que no podrá ser publicado su nombre u otros datos personales y que únicamente las investigadoras principales tendrán

acceso a esa información. Sus datos estarán registrados en un expediente y los identificaremos con letras y números.

Si requiere más información sobre el estudio o sobre los resultados del mismo puede contactar a:

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigadora responsable.

7.13 Consentimiento de participación en el estudio:

Prácticas parentales, empatía y habilidades de reconocimiento emocional a través de expresiones faciales en niños de 9 a 11 años diagnosticados con TDAH en la Ciudad de México.

Por favor marque con un círculo su respuesta

1.- Confirmando que he leído y entiendo la información que se me ha dado sobre el estudio, que he tenido la oportunidad de considerar la información y de hacer preguntas y que estas se me han respondido satisfactoriamente

Sí **No**

2.- Entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo la libertad de retirar mi participación del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna consecuencia para mí y tampoco para el tratamiento que mi hijo recibe en el hospital

Sí **No**

3.- Entiendo que toda la información que yo proporcione para el estudio será tratada de manera confidencial y anónima

Sí **No**

4.- Estoy de acuerdo en participar en el estudio

Sí **No**

5.- Autorizo la participación de mi hijo(a)/tutorado en el estudio

Sí **No**

6.- Autorizo que las respuestas de mi hijo(a)/tutorado sean audio-grabadas para los fines del estudio.

Sí **No**

Nombre del Participante	Firma del Participante	
_____	_____	_____
Fecha		

Nombre de Investigadora Responsable	Firma de Investigadora Responsable	
_____	_____	_____
Fecha		

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	
_____	_____	_____
Fecha		

7.14 Carta de Asentimiento para Niños y Niñas participantes en el estudio

Se te invita a participar en un estudio con el que se quiere conocer cómo entiendes las emociones de los demás.

Si aceptas participar te mostraré unos videos cortos sobre personas que están sintiendo algo y luego contestarás qué piensas que sintieron esas personas. Después te contaré unas historias, al mismo tiempo en que te mostraré algunos dibujos, y luego te haré algunas preguntas sobre los personajes de las historias. Las preguntas que se te hagan **no** tienen respuestas correctas o incorrectas, sólo te pediré que contestes lo que piensas y si estás de acuerdo, cuando contestes a las preguntas tu voz será grabada, para que yo pueda volver a escuchar tus respuestas.

La actividad dura 20 minutos, y puedes hacer cualquier pregunta si hay algo que no se entienda.

Es importante que sepas que este estudio **no** tiene que ver con la atención que recibes aquí y que puedes decidir no participar o dejar de participar en cualquier momento si así lo deseas.

Los resultados podrían ser publicados pero nunca se compartirá tu nombre ni cualquier otro dato tuyo.

¿Quieres participar en el estudio? _____

Nombre del niño(a) participante _____

Fecha de hoy _____

Nombre de la investigadora responsable: Ariadna Hernández Castrejón

Firma de la investigadora responsable: _____

Fecha de hoy: _____

Bibliografía

- Achenbach T. M. & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: *University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families*. Recuperado de:
<http://www.aseba.org/research/basicreferences.html>
- Amador, N., Guillén, S., Villatoro, J., Domenech, M. y Baumann, A. (2013) Validación de cinco escalas para evaluar prácticas de crianza en familias mexicanas. *Salud Mental*. En Revisión.
- Anguas -Wong , A. M., & Matsumoto, D. (2007). Reconocimiento de la expresión facial de la emoción en mexicanos universitarios . *Revista de psicología vol. XXV (2)*, 278-293. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472007000200006&lng=pt&tlng=es.
- Arango de Montis , I., Fresán , A., Brune , M., Ortega Font , V., Villanueva , J., Saracco, R., & Muñoz-Delgado, J. (2013). Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms. Preliminary study on Psychiatric Residents . *Salud Mental* , 95-100. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam132a.pdf>
- Arellano Muñoz V. (2013). *Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes "ERICA" (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y Regulación Emocional en adolescentes de 12 a 16 años con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México* (tesis de especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. Recuperado de:
<https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion/psiquiatria-infantil-y-de-la-adolescencia>
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. *Washington DC.: American Psychiatric Association*.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. J (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34: 163-175.
Recuperado de: <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M. E., Zambrano J. & Aguilar-Gaxiola S. (2009) *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(4), 386-396. Recuperado de:
<https://doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>

- Birim Gunay KILIC, S. S. (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder . *Turkish Journal of Psychiatry* , 16-22. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793695>
- Bora E. & Pantelis C. (2016) Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with health controls and autistic spectrum disorder. *Psychological Medicine* (46), 699-761. Recuperado de: <https://doi:10.1017/S0033291715002573>
- Braanten E. & Rosén L. (2000). Self-Regulation of Affect in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) and Non-ADHD Boys: Differences in Empathic Responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(2), 313-321. DOI:10.1037//0022-006X.68.2.313
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (2007). *The Bioecological Model of Human Development. Handbook of Child Psychology Theoretical Models of Human Development*. DOI: 10.1002/9780470147658.chpsy0114.
- Buhler , E., Bachmann, C., Goyert, H., Heinzl-Gutengrunner , M., & Kamp-Becker, I. (2011). Differential diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder by means of inhibitory control and "theory of mind". *Autism and developmental disorders* , 718-726. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-011-1205-1>
- Celestin-Westreich S & Celestin L. (2013). ADHD Children's Emotion Regulation in FACE© – Perspective (Facilitating Adjustment of Cognition and Emotion): Theory, Research and Practice, Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, Dr. Somnath Banerjee (Ed.), *InTech*, DOI: 10.5772/54422.
- Cova, F., Maganto, C., & Melipillán, R. (2005). Adversidad Familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* , 287-296. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000400003>
- Del Prette Z., & Del Prette A. (2013). Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and Studies in Brazil. *Social Anxiety Disorder: from theory to practice*. Nova Science Publishers; 2013. p. 49-62 Recuperado de: <http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/02/social-skills-inventory-ssi-del-prette-characteristics-and-studies-in-brazil.pdf>
- Domenech-Rodriguez M.M., Donovan M.R., & Crowley S.L. (2009). Parenting Styles in a Cultural Context: Observations of "Protective Parenting" in first-generation latinos. *Family Process*, 48(2), 195-210. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19579905>
- Dyck , M., Ferguson , K., & Shochet , I. (2001). Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests?

European Child & Adolescent Psychiatry , 105-116. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11469282>

- Eisenberg N., & Spinrad T.L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development* (75), 334-339. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
- Ekman, P. (1999). Facial Expressions . In D. T. M., *Handbook of Cognition and Emotion* (p. Chapter 16). New York : John Wiley & Sons Ltd.
- Fernández-Pinto I., López-Pérez B, & Márquez M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología [en línea]*, 24(2), 284-298. Recuperado de:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589012>> ISSN 0212-9728
- Ichikawa , H., Nakato, E., Kanazawa , S., Shimamura , K., Sakuta , Y., Sakuta , R., & Kakigi, R. (2014). Hemodynamic response of children with attention-deficit and hyperactive disorder (ADHD) to emotional facial expressions . *Neuropsychologia* , 51-58. DOI:10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.010
- Kahn R., Deater-Deckard K., King-Casas B. & Kim-Spoon J. (2016) Intergenerational similarity in callous-unemotional traits: Contributions of hostile parenting and household chaos during adolescence. *Psychiatry Research*, (246), 815-820. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.023>
- Laible, D. J., & Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34(5), 1038-1045. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.34.5.1038>
- Lange , G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., & Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children . *Journal of Family Therapy* , 76-96. DOI:10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x
- Levitt, E. A. The relationship between abilities to express emotional meanings vocally and facially In J.r. Davitz (Ed.) *The communication of emotional meaning*. New York: McGraw-Hill. 1964. 87-100.
- López-Duran , N., Kuhlman , K. R., George , C., & Kovacs , M. (2013). Facial emotion expression recognition by children at familial risk for depression: high -risk boys are oversensitive to sadness. *Journal of Child psychology and psychiatry* , 565-574. 10.1111/jcpp.12005
- López-Martín, S., Fernández-Jaén A., Albert J., & Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2),17-29. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100003&lng=es&tlng=es

- Ludlow , A. K., Garrood , A., Lawrence, K., & Gutierrez, R. (2014). Emotion recognition from dynamic emotional displays in children with ADHD. *Journal of Social and Clinical Psychology* , 413-427. Recuperado de: <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.5.413>
- Márquez Caraveo M.E. (2007). Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico (Tesis de doctorado en Psicología). Universidad Autónoma de México. Ciudad de México.
- McDonald, N. & Messinger, D. (2011). The Development of Empathy: How, When, and Why. Moral behavior and free will: A neurobiological and philosophical approach. University of Miami, Florida. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/267426505_The_Development_of_Empathy_How_When_and_Why
- McLeod J. & Michael J. (1993) Poverty, Parenting, and children's mental health. *American Sociological Review* 58(3), 351-366. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2095905>
- Mehrabian A., & Ferris S. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248-252. doi: 10.1037/h0024648
- Michel-Taracena, Ramos-Loyo, Matute , González-Garrido, & Sánchez Loyo . (2014). Reconocimiento emocional y problemas de comportamiento social en niños con TDAH. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 223-248. Recuperado de: <https://revistannn.files.wordpress.com/2014/07/14-reconocimiento-emocional-y-problemas-de-comportamiento-social-en-nic3b1os-con-tdah-alejandra-michel-taracena-julieta-ramos-loyo-esmeralda-matute-andrc3a9s-a-gonzc3a1lez-garrido-luis.pdf>
- Miller, C. A. (2006). Developmental relationships between language and theory of mind . *American Journal of Speech-Language Pathology* , 142-154. DOI:10.1044/1058-0360(2006/014)
- Molina & Musich (2015). Perception of parenting style by children with ADHD and it's relation with inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*. DOI 10.1007/s10826-015-0316-2
- Norvilitis, Jill & Casey, R.J. & Brooklier, Kara & Bonello, P.J. (2000). Emotion appraisal in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and their parents. *Journal of Attention Disorders* (4), 15-26. DOI:10.1177/108705470000400102.
- Ogden T., & Hagen K. A. (2008) Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. DOI: 10.1037/0022-006X.76.4.607

- Olvera, F. d. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) . *Facultad de Medicina. UNAM* , 43. Recuperado de:
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no43-6/RFM43609.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2001). *Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. España: Médica Panamericana.
- Pennington, B., McGrath, L., Rosenberg, J., Barnard, H., Smith, S., Munroe, H., & Olson, R. (2010). Gene x Environment Interactions in Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder . *National Institute of Health*, Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743891/>. R
- Pimentel Bolaños H. E. (2013). *Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes "ERICA" y Regulación Emocional en niños de 9 a 11 años con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de un Hospital psiquiátrico de la Ciudad de México* (Tesis de especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Pollak , S. D., & Kristler , D. J. (2002). Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Oregon:University of Oregon*. doi: 10.1073/pnas.142165999
- Pollak, S. D. (2012). The role of parenting in the emergence of human emotion: New Approaches to the old nature-nuture debate . *Parent Sci Pract* , 232-242 .
 Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498449/pdf/nihms-385563.pdf>
- Poza Díaz, M., Valenzuelo Moreno , M., & Becerra Alcántara , D. (2011). *Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México : Secretaría de Salud .
- Rabe-Hesketh, S., & Everitt, B. (2004). A handbook of statistical analyses using stata third edition. United States of America: Chapman & Hall/CRC.
- Raldoff, L. (1977) *The CES-D Scale*. A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Center for Epidemiologic Studies National Institute of Mental*, 1(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Ruffman, T., Slade L., & Crowe E. (2002). The relation between children's and mother's mental state language and Theory-of-Mind understanding. *Child Development*, 73(2), 734-751. doi:10.1111/1467-8624.00435
- Segura-Celis H.B., Vallejo-Casarín A.G., Osorno-Munguía J.R., Rojas-Rivera R.M., & Reyes-García S.I. (2011). La escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo* (18), 67-73. Recuperado de:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/18/018_Segura.pdf

Ramtekkar, U., Reiersen, A.M., Todorov, A. A., & Tood, R. D. (2010). Sex and age differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 49(3):217-28.e1-3. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101894/pdf/nihms291682.pdf>

Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. DOI: 10.1037//0033-2909.128.2.330

Ricard, M. & Kamberk-Kilicci (1995). Children´s empathic responses to emotional complexity. *International Journal of Behavioral Development*, 18(2), 211-225.

Rodríguez Sosa, J. T., & Acosta Ojeda, M. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* , 28-37. DOI: 10.1016/j.rpsm.2010.11.005

Sánchez Perez , N., J. Fuentes, L., Jolliffe , D., & González-Salinas , C. (2014). Assessing children´s empathy through a Spanish adaptation of the Basic Empathy Scale: parte´s and child´s report forms. *Frontiers in Psychology* , 1-13. DOI:10.3389/fpsyg.2014.01438

Schwenck, C., Mergenthaler, J., Keller, K., Zech, J., Salehi, S., Taurines, R., Romanos, M., Scheckmann, M., Schneider, W., Warnke, A., & Freitag, C. (2011). Empathy in children with autism and conduct disorder: Group-specific profiles and developmental aspects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. DOI: 53. 651-9. 10.1111/j.1469-7610.2011.02499.x.

Serrano, JM., Iglesias, J. & Loeches, A. (1992). Visual discrimination and recognition of facial expressions of anger, fear, and surprise in 4- to 6- month-old infants. *Developmental Psychobiology*, 25(6), 411-425. DOI: 10.1002/dev.420250603

Seymour , K., Chronis-Tuscano , A., Iwamoto, D., Kurdziel, G., & MacPherson, L. (2014). Emotion Regulation Mediates the Association Between ADHD and Depressive Symptoms in a Community Sample of Youth . *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry* , 611-621. DOI: 10.1007/s10802-013-9799-8

Starcher, D. (2002). Biopsychosocial Aspects of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Toward a Self-Regulated Behavior Paradigm. *The New Jersey Journal of Professional Counseling*, 42-51. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/journal2/njca/Bio.pdf>

Tandom, M., Tillman , R., Spitznagel , E., & Luby , J. (2014). Parental warmth and risks of substance use in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Addiction research and theory* , 239-250. DOI: 10.3109/16066359.2013.830713

Tcherkassof , A., Dupré , D., Meillon , B., Mandran , N., Dubois , M., & Adam, J.-M. (2013). DynEmo: A video database of natural facial expressions of emotions. *The*

International Journal of Multimedia and it's applications , 61-80.
DOI:10.5121/ijma.2013.5505

Thomas, L., De Bellis, M., Graham R., & LaBar K. (2007). Development of emotional facial recognition in late childhood and adolescence. *Developmental Science*. 10:5, 547-558. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2007.00614.x

Thorell, L. B., Rydell, A. M., & 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: 10.1080/14616734.2012.706396

Tirapú-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. & Pelegrín-Valero, C. (2007) ¿Qué es la teoría de la mente?. *Revista de Neurología*, 4(8), 479-89. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cgil/eto%20y%20neuro/Tirapu-Ustarroz_2007.pdf

Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., Daum, I., Wiltfang, J., & Kis B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (34), 734-743. DOI:10.1016/j.neubiorev.2009.10.009

Warren, M. A. (2003). Parent-child interactions with ADHD children: Parental empathy as a predictor of child adjustment. (Doctor of philosophy, Psychology). University of North Texas. Recuperado de: https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc4285/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf

Yuill, N., & Lyon , J. (2007). Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD General performance impairments or specific problems in social cognition? *European Child & Adolescents Psychiatry* , 398-404. DOI: 10.1007/s00787-007-0612-5