

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Rasgos de personalidad de progenitores con hijos con
déficit de atención e hiperactividad en Lima
Metropolitana.**

Villanueva Gómez, Renzo Rodrigo

Asesora: Ugarriza Chávez, Nelly

Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología

Lima-Perú

2016

Resumen: El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar el perfil de personalidad de los padres que tienen hijos con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El estudio es de tipo descriptivo, en el cual se seleccionaron 24 padres biológicos (24 padres y 24 madres) que tienen hijos con TDAH (6-23 años), quienes, a su vez, fueron escogidos del Centro Peruano de Déficit de Atención (APDA), el cual emplea un abordaje clínico basado en los criterios de DSM-V. El perfil de personalidad de los padres se evaluó con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III). Según los resultados del estudio, el estilo Histriónico de la personalidad se presentó mayormente en las madres (32,19%) que tienen hijos con TDAH frente a los padres (16,81%) pudiéndose presentar en el 99% de los casos. Rasgos Compulsivos, en el 96.5% de los casos, se encontró mayor presencia en madres (28,73%), padres (20,27); el estilo Esquizoide alcanzó una presencia en el 96% de los casos, donde los padres mostraron mayor incidencia (30,29%) frente a las madres (18,71%). Rasgos Depresivos, en el 95% de los casos, se muestran con mayor incidencia en los padres (30,08%), en comparación a las madres (18,92%). De manera global, los rasgos tienden a presentarse de manera agrupada, coherente a la teoría de prototipos de la personalidad de Millon. Los rasgos de la personalidad Evitativa, Esquizoide y Depresivo formarían el factor 1 de estilos con dificultad para el reconocimiento de placer; los rasgos Compulsivo y Agresivo sádico, inmersos en el factor 2, comparten problemas interpersonales; los rasgos Narcisista e Histriónico, factor 3, presentarían conflictos intrapsíquicos. Según los resultados del estudio, las madres que tienen hijos con TDAH presentan un tipo de personalidad mayormente dramática, donde se valora mucho la interacción con el medio presentando altos niveles de exigencia y escasa flexibilidad, en contraposición a los padres que tienden a no mostrar mayor interés por optar una postura activa, inclinándose a tener un rol más bien pasivo o retraído, con tendencia a mostrar una visión mayormente negativa.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Theodore Millon. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Personalidad. Familia.

Abstract: The aim of the present investigation was to identify the personality profile of parents who have children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). It is a descriptive study which involved 24 pairs of biological parents (24 fathers and 24 mothers) with ADHD children between 6 and 23 years old. These were chosen from the Attention Deficit Peruvian Center (APDA). This center applies the DSM-V criteria to diagnose ADHD. The personality profile of the parents was evaluated with the Millon Clinical Multiaxial Inventory from III (MCMI-III). The results showed the Histrionic personality style is more often in mothers (32.19%) than in fathers (16.81%), observing it in 99% of the cases. Compulsive characteristics were found in 96.5% of the cases, with a majority in mothers (28.73%), and a minority in fathers (20.27%); the Schizoid style reached a 96% of the cases, with a major presence in fathers (30.29%) than in mothers (18.71%). Depressive characteristics are shown in 95% of the cases, where fathers have a major presence (30.08%), compared to the mothers (18.92%). Globally, the characteristics tend to appear clustered, which is coherent with the personality prototypes theory, proposed by Millon. The factor 1 of styles, which involves complications in pleasure recognition, would be composed by the avoidant, Schizoid and Depressive characteristics. The factor 2 of styles, which involves interpersonal problems, would be composed by the Compulsive and Sadistic aggressive. The factor 3 of styles, which involves intrapsychic conflicts, would be composed by the Narcissist and Histrionic characteristics. This study shows that the mothers of children with ADHD present a more dramatic personality, valuing the interaction with the environment, and having high standard demands and little flexibility. On the other hand, fathers tend to not show much interest in an active attitude, having a more passive or reticent role, with a most negative perspective.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Theodore Millon. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Personality. Family.

Rasgos de personalidad de progenitores con hijos con déficit de atención e hiperactividad en Lima Metropolitana.

AGRADECIMIENTO

Los aplausos se los llevan mis padres. Les agradezco a ambos por no dejarme tirar la toalla cuando pensé que todas mis opciones habían expirado, gracias por el privilegio de nunca sentir que no podía. Gracias por permitirme vivir mi sueño y, más importante aún, permitirme vivirlo con ustedes. Ahora podemos entender el porqué de una libreta de control exuberante en firmas.

Gracias pa' porque sé que, aunque te lleve al extremo de la paciencia, siempre estuviste allí. Por permitirme transgredir en tus recuerdos en más de una ocasión, por autoproclamarme tu alumno permanente, por enseñarme que los logros no solo se disfrutan al levantar el trofeo, sino que el proceso también es sumamente rico en experiencias. En tu rol de modelo académico, de padre o de amigo, eres el culpable de mi seguridad y confianza en cada paso que doy. "Si vas a querer seguir en esta área, vas a tener que trabajar primero en ti" salió de tu boca una vez, en mis circuitos neuronales es la música de fondo todos los días.

Madre, tu eres otro pilar en esta gran carrera que tenía fecha de término pero que aún no la conocíamos. Fuiste y sigues siendo el complemento de mi filosofía. Gracias por demostrarme el significado más allá de la epistemología de los hechos, gracias por enseñarme como convertir una historia de terror en una llena de colores donde cada palabra despierta una emoción diferente. Estas hojas impresas dejarán atrás una época donde los malos entendidos no hacían más que limitar y sobreestimar a más de uno. Gracias por enseñarme que esto no lo hago por mí, sino por él y por ellos.

Gracias Maya porque sin saberlo, fuiste quien puso la primera piedra de confianza en mí. Gracias Bea, por siempre abrirme tus puertas y por permitirme ingresar a un mundo que no conocía. Gracias al APDA, ya que estas siglas me acompañaron incluso después de haberme consagrado como alumno de ustedes. Esta fue la

primera casa donde aprendí que el TDAH es hermoso. Gracias a ustedes dos por creer en mí.

Agradezco a cada persona que se involucró en este proceso, a cada persona que forcé a tener que sumergirse en un entramado camino de preguntas. Gracias por la confianza que me brindaron cuando aceptaron este desafío, este trabajo es para ustedes y gracias a ustedes.

Gracias a mi asesora que me permitió convertir un incesante acoso académico en un relato que ahora cuento con mucha felicidad. Sus palabras y su experiencia tiñen este trabajo.

Mi TDAH es una bendición, le estaré infinitamente agradecido por el haberse posado en mí. Mi TDAH, mis sueños, mis metas, mis dudas y tropiezos, han hecho, y aun lo hacen, que conozca a muchas personas. A ustedes, también les agradezco.

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.	
1.1. Formulación del estudio.	11
1.2. Objetivos.	13
1.2.1. Generales.	13
1.2.2. Específicos.	13
1.3. Importancia y justificación.	14
1.4. Limitaciones del estudio.	15
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.	
2.1. Investigaciones relacionadas.	16
2.2. Bases teóricas científicas del estudio.	18
2.2.1. Evolución del constructo personalidad según Theodore Millon.	18
2.2.2. Modelo integrador de la personalidad según Theodore Millon.	20
2.2.3. Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).	22
2.2.4. Características de un niño con TDAH.	27
2.2.5. Perspectiva neurocientífica del TDAH.	30
2.2.6. Estudios de laboratorio.	31
2.3. Definición en términos básicos.	33
2.3.1. Patrones evaluados en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.	33
2.3.2. Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) según el DSM V (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).	40
CAPÍTULO 3: MÉTODO.	
3.1. Diseño de la investigación.	45
3.2. Variables del estudio.	45
3.3. Población del estudio.	45
3.4. Muestra del estudio.	45
3.5. Técnica de recolección de datos.	46
3.5.1. Estandarización del instrumento (MCMI-III).	51
3.5.2. Validez y confiabilidad del instrumento (MCMI-III).	53
3.6. Procedimiento para la recolección de datos.	54
3.7. Técnica de procedimiento y análisis de datos.	55

	Página
CAPÍTULO 4: RESULTADOS OBTENIDOS.	
4.1. Presentación de los datos generales.	56
4.2. Presentación del análisis de datos.	73
4.2.1. Factor #1.	75
4.2.2. Factor #2.	76
4.2.4. Factor #3.	77
4.3. Discusión de los resultados.	77
CAPÍTULO 5: RESUMEN Y CONCLUSIONES.	
5.1. Resumen del estudio.	81
5.2. Conclusiones.	81
5.3. Recomendaciones.	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	85
ANEXOS.	93
A. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (versión virtual y calificación mujeres).	93
B. Hojas de respuesta Millon – III (versión virtual y calificación varones).	101

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
CAPÍTULO 4: RESULTADOS OBTENIDOS.	
Tabla 1: Medias y desviaciones estándar obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	56
Tabla 2: Medias y desviaciones estándar obtenidas por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	58
Tabla 3: Medias, medianas, modas, desviaciones estándar, varianzas, rangos y percentiles obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	59

	Página
Tabla 4: Distribución de los resultados obtenidos por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	66
Tabla 5: Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.	67
Tabla 6: Prueba paramétrica Test t de Student.	69
Tabla 7 Diferencia de medias de los resultados obtenidos por los padres y las madres según los rasgos de personalidad encontrados mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	70
Tabla 8: Prueba KMO y Bartlett.	71
Tabla 9: Comunalidad de cada rasgo de personalidad evaluado por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.	71
Tabla 10: Varianza total explicada.	72
Tabla 11: Matriz de rotación de los componentes.	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
CAPÍTULO 4: RESULTADOS OBTENIDOS.	
Grafico 1: Estadísticos descriptivos de los padres y las madres.	57
Grafico 2: Estadísticos descriptivos población total.	58
Gráfico 3: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Esquizoide.	61
Gráfico 4: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Evitativo.	61
Gráfico 5: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Depresivo.	62
Gráfico 6: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Dependiente.	62
Gráfico 7: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Histriónico.	63
Gráfico 8: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Narcisista.	63
Gráfico 9: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Antisocial.	64

Gráfico 10: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Agresivo sádico.	64
Gráfico 11: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Compulsivo.	65
Gráfico 12: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Negativista.	65
Gráfico 13: Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Autodestructivo.	66
Gráfico 14: Resumen de contraste de hipótesis.	68

CAPÍTULO 1

1.1. FORMULACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene como finalidad contribuir y forjar los cimientos de un vasto campo de estudio relacionado al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), puesto que en la actualidad el TDAH atañe no solo al área clínica y de la salud, sino también a la población en general.

El filósofo alemán, Georg Hegel, mencionaba que el conocimiento no puede ser criticado ni juzgado fuera de su época, ya que el conocimiento es una constante en crecimiento (Gadamer, 2005). Se resalta los aportes de Hegel en la actualidad, ya que dicha filosofía es contemplada cuando la cultura no comprende o, peor aún, posee un manejo desactualizado de la información y trata de aplicarla en diferentes campos y momentos.

Sumado a ello, está la difícil tarea de poder distinguir aquello que llamamos “normal” dentro de una línea de tiempo pasada y presente, ya que al no lograrlo se estaría observando el presente, pero utilizando un lenguaje en desuso.

Por otro lado, en la obra Fenomenología del Espíritu, Hegel mencionaba que no es posible darse de baja en la sociedad, el individuo no puede concebirse sin Estado, dado que se convertiría en una persona “no histórica” (Labarriere, 1985). Cuando el Estado no reconoce a la persona, esta deja de “ser”, deja de existir ante los retos y exigencias de la sociedad, es no-reconocida. De manera más puntual, y enfocado al tema central de esta investigación, están las personas, niños, jóvenes o adultos, con TDAH quienes poseen características inherentes a su situación.

En el Perú, el Instituto de Ciencias Neurológicas (INCN) refiere que en los últimos 15 años han atendido un total de 11 mil casos con el diagnóstico de TDAH, correspondiendo el 78.33% a varones y 21.67% a mujeres (Oficina de Estadística e Informática del INCN, 2007).

Como todo individuo, las personas con TDAH también poseen necesidades, deseos, aspiraciones, las cuales pueden verse limitadas por la indiferencia, la sobreprotección y hasta por las actitudes de rechazo o de evitación por parte de sus familiares. En muchos casos, la sintomatología del TDAH transgrede los aspectos “normales” que impone la sociedad siendo valoradas bajo principios bipartidistas, buenos o malos.

El TDAH, a diferencia de otros trastornos neurobiológicos como es el autismo, por ejemplo, posee un nivel funcional dentro de la sociedad más estable pudiendo no ser tan intransigente ante las necesidades de convivencia y de desarrollo personal (Berenguer, Miranda, Pastor, & Roselló, 2015). Sin embargo, esto puede ser uno de los motivos por los cuales se llega a minimizarse el impacto del trastorno en la vida de la persona que lo tiene, ya que al no constatar conductas tan disruptivas o presenciar síntomas agudos suele pasar desapercibido, pudiéndose asociar con mayor facilidad a una actitud poco controlada o a consecuencia de una mala crianza por parte de los padres.

El conocimiento contribuye y amplía la manera en la que la sociedad observa, juzga y/o califica.

Es así que los rasgos o características, al no tener un control dada su nula detección, crecen, se acentúan y se agudizan generando un impacto mucho más marcado a nivel familiar y social. Cuando esto ocurre, las evoluciones de los cuadros son, en su mayoría, más difíciles de tratar, aumentando el porcentaje de sumarse otros problemas o trastornos asociados. Tanto el individuo como la familia se ven afectados, deteriorando la estructura de pareja y el vínculo con la persona afectada.

Reflexiones acerca de cómo poder intervenir en el deterioro familiar a causa de tener un familiar con TDAH, conlleva a la presente investigación a la búsqueda de mayores factores que puedan contribuir a una intervención mucho más temprana. De esta manera, se toma interés en averiguar los posibles rasgos de personalidad

predominantes en los progenitores que posean una descendencia bajo un diagnóstico de TDAH.

La presente investigación pretende averiguar, mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, cuáles son los rasgos de personalidad que presenta un grupo de progenitores que tienen hijos con TDAH en la ciudad de Lima.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General:

Establecer los rasgos de personalidad predominantes en una muestra de progenitores que tienen hijos con TDAH.

1.2.2. Específicos:

- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Esquizoide de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Evitativo de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Depresivo de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Dependiente de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Histriónico de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Narcisista de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Antisocial de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Agresivo de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Compulsivo de los padres y las madres con hijos con TDAH.

- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Negativista de los padres y las madres con hijos con TDAH.
- Describir los patrones clínicos de personalidad vinculados al rasgo Autodestructivo de los padres y las madres con hijos con TDAH.

1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de trastornos del desarrollo ha sido estimada en un 16% a 18% en los niños en el mundo, de los cuales alrededor del 90% se relacionan al TDAH, problemas de aprendizaje y de lenguaje (Avaria, 2005). En Chile, en un estudio de salud mental realizado en escolares chilenos mostró que el 25,8% de los niños de primero de primaria presentan déficit cognitivo, el 27% fueron catalogados como hiperactivos y un 45% fueron considerados con problemas conductuales por sus profesores. En Argentina, un estudio de validación de pruebas de investigación encontró una prevalencia de problemas de desarrollo de 57% (Herrera-Gutierrez, Calvo-Llena, & Peyres, 2003).

Por otro lado, estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Nueva Zelanda y Alemania, indican que el 3-6% de la población en edad escolar presentan TDAH (Silver, 2004).

En el Perú, la presencia de un número cada vez mayor en el diagnóstico de TDAH en edad escolar y en consultas clínicas privadas (Filomeno, 2013) reflejan la necesidad de abordar el trastorno de una manera más amplia y precoz.

Por otro lado, los hallazgos encontrados en el campo de la genética evidencian una selección positiva de la mutación del gen receptor de dopamina D4 (DRD4) mostrando, desde un plano evolutivo, la adecuada asimilación que muestra el cuerpo frente a las variantes, más presentes hasta el momento, asociadas al TDAH, pudiendo reflejar ventajas adaptativas (Wang, y otros, 2004).

Bajo los hallazgos encontrados en diferentes investigaciones, se puede observar una alta presencia del trastorno frente a un limitado repertorio de herramientas y/o estrategias aplicables al TDAH. Menor aún son las investigaciones que arrojan

información relacionando al TDAH con rasgos en la familia, es por ello que resulta importante el poder detectar patrones que lleven a una detección precoz o anticipada del TDAH.

El propósito de la presente investigación es encontrar qué rasgos de personalidad, se manifiestan en progenitores que tienen hijos con TDAH, mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los aspectos que puedan limitar el estudio recaen principalmente en dos ejes como es el centro con el cual se trabajará y las limitaciones propias de la prueba.

Al trabajar de manera intencionada y no al azar, la población será limitada dado que está sujeta a la cantidad de personas que el centro privado (APDA), en donde se llevará a cabo la evaluación, presente. Esto genera ciertas restricciones respecto a la cantidad de la muestra con la que se trabajará pudiendo impactar en la generalización de los resultados, puesto que la cantidad de personas evaluadas puede no ser representativa.

Por otro lado, si bien el Inventario Multiaxial Millon III es una prueba con estándares ya validados, el formato de auto informe padece de ciertas limitaciones a la hora de evaluar la personalidad. Ejemplo de ello sería la tendencia a interpretar las preguntas de manera diferente, el efecto de los estados afectivos del evaluado al momento de rendir la prueba y el esfuerzo del evaluado por simular ciertas falsas apariencias e impresiones.

Sin embargo, dado que el MCMI-III se ha construido bajo el acuerdo de técnicas de validación aceptadas (Loevinger, 1972), el modelo de auto informe presenta resultados con una precisión para el 55-65% de las personas a las que se les aplica.

CAPÍTULO 2

2.1. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

En el año 2014, el Centro de Investigación Clínica de Psiquiatría en Irán (Dadashzadeh, Amir, Atapour, Abdi, & Asadian, 2014) se realizó un estudio en el que buscaban reconocer un patrón de personalidad, patológico o no, inherente en los padres con hijos con TDAH con el fin de poder direccionar de manera más adecuada el tratamiento tanto del hijo como en los mismos padres. Como conclusión de la investigación se pudo reconocer una prevalencia de trastornos de la personalidad en los padres que tienen hijos con TDAH es de un 55.9%. La prevalencia muestra en mayor grado la presencia en las madres (63.9%) en comparación a los padres (45.2%). La escala depresiva alcanzó un 25.3%, el rasgo histriónico 20% y el rasgo compulsivo un 17.1%.

En México, en el año 2013 se realizó una investigación cuyo propósito fue identificar un patrón de personalidad en los padres que tuvieran un hijo con autismo. El estudio llevado a cabo por la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales (Gómez A. , y otros, 2013) concluyó en que los padres con hijos autistas presentan una prevalencia de rasgos obsesivos compulsivos, dependencia y atributos de un perfil pasivo agresivo.

De igual manera, en el mismo año se realiza otra investigación con el fin de encontrar una correlación genética que pudiera existir entre TDAH y TEA, basándose en estrategias utilizadas para el estudio genético de los trastornos del neurodesarrollo: estudios en hermanos gemelos, estudios de ligamiento genético, estudios de asociación con genes candidatos, estudios sobre mecanismos epigenéticos, estudios genéticos cuantitativos y estudios de asociación del genoma global (Artigas, 2013).

Los hallazgos encontrados muestran múltiples coincidencias genéticas entre TDAH y TEA, los cuales aparecen bajo cualquier enfoque o diseño de investigación que se aplique lo cual plantea dudas acerca de las fronteras entre

distintas entidades, en el sentido de cuestionar si son realmente entidades distintas, trastornos con bases patogénicas comunes o, incluso, distintas variantes de una misma enfermedad.

Otro estudio (Latha, Nair, & Bhat, 2012) realizado en el 2012 explora los patrones de personalidad en los padres y poder así catalogarlos dentro de un espectro normal o anormal (patológico). Dados que los padres sostienen una escasa información respecto al TDAH (definición, diferenciación respecto a otras patologías, características, herramientas, entre otras), aumenta la posibilidad que estos generen una conducta psicopatológica, ya que no saben cómo reaccionar ante circunstancias que ellos mismos no pueden definir. El estudio encuentra que el nivel de estrés es una característica notable en los padres, ya que suele aumentar al verse en situación que no saben cómo controlar.

Asimismo, en el 2011 (Miranda, Herrero, Colomer, & Roselló, 2011) otra investigación tuvo como objetivo el analizar la concordancia entre las valoraciones de la satisfacción con la vida de los padres y las de sus hijos, quienes tienen un diagnóstico de TDAH. Dentro de los hallazgos se encontró que para lograr conservar una autoimagen positiva los niños con TDAH suelen sobreestimar sus capacidades y su auto concepto. De igual modo, pueden utilizar un mecanismo de protección, con lo que inflan la valoración de la felicidad que sienten con su vida.

En el 2006, (Herrero, García, Miranda, Siegenthaler, & Jara, 2006) una investigación hace hincapié en la interacción de los padres, el tipo de crianza, la disciplina, etc., siendo aspectos a tomar en cuenta en el desarrollo del trastorno ya que pueden ser desencadenantes de problemas de conducta asociados en la evolución del TDAH. En general, los análisis realizados ponen de manifiesto un impacto negativo en el grupo experimental con diferencias significativas con respecto al grupo control en casi todas las categorías evaluadas.

2.2. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS DEL ESTUDIO

2.2.1. Evolución del constructo personalidad según Theodore Millon.

Desde sus inicios en el campo estructural de la personalidad, Millon aplicaba principios lógicos para basar sus teorías, las cuales tiene que ser ejercidas por todo organismo vivo en cuanto conforme parte de una atmosfera biopsicosocial (Millon T. , 1999).

- Existencia: busca placer y evitar dolor.
- Adaptación: activa y pasiva.
- Replicación: importa el Yo y los Otros.
- Abstracción: posibilidad de sentir y pensar.

Posteriormente, Millon define personalidad como: “... *patrón complejo de características interrelacionadas, en gran medida constantes y no conscientes, que se expresan de manera casi automática en las conductas humanas*”. A su vez, precisa los Estilos de Personalidad (EP): “*Patrones de conducta, sentimientos, pensamientos y relaciones con los otros que caracterizan a un individuo frente a otro*” (Millon T. , 2006, págs. 2, 4).

Millon hace una marcada diferencia con el DSM IV al momento de definir Trastornos de la Personalidad, ya que es Millon quien alega que los supuestos causales del Eje I y los de Eje II son distintos frente a la descripción que menciona el DSM IV en la cual indica que los Trastornos de Personalidad son enfermedades médicas aisladas. (Millon T. , 2006).

Menciona así: “*La personalidad es un patrón de características que incluye la constelación completa de la persona. La personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada rasgo refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y consistencia conductual de la estructura completa de la*

personalidad. Por lo tanto, en el caso de los trastornos de la personalidad, la etiología se sitúa literalmente en todas las áreas” (Millon T. , 2006, pág. 10).

Millon sistematiza su teoría de personalidad bajo dos matrices bases: La disposición biológica (temperamento) y las experiencias adquiridas y aprendidas durante el crecimiento (carácter).

Theodore Millon direcciona su trabajo a fin de constituir una continuidad entre normalidad y patología, dado que, siguiendo el mismo enfoque, las personalidades sanas y enfermas que comparten la misma condición son esencialmente las mismas bajo su composición en rasgos básicos o elementales. Es así como la personalidad debe comprenderse a razón de esquemas complejos con rasgos interrelacionados, siendo estos constantes y no conscientes, lográndose expresa de manera automática en el comportamiento habitual del ser humano (Millon T. , 2006).

A raíz del constructo, tanto biológico como de experiencias aprendidas, surgen los rasgos o características que predispondrán el estilo de pensar, de percibir, el afrontamiento en diferentes situaciones y la forma de establecimiento de vínculos psicosociales (Millon T. , 2006, págs. 11-22).

El estudio de la personalidad que propone Millon se define como integradora, ya que propone una serie de estilos y prototipos típicamente nomotéticos donde se incorporan constructos desarrollados mediante modelos evolutivos (polaridades). A su vez, Millon añade subtipos de personalidad a consecuencia de estudios desarrollados bajo una perspectiva ideográfica.

En el libro “Trastornos de la personalidad en la vida moderna”, Millon integra otras teorías previas (Millon T. , 2006):

- Toma la tipología de bipolaridades introversión/extroversión; pensamiento/sentimiento; sensación/intuición de Carl Jung, aunque la reinterpreta en términos cognitivos.

- Adapta el modelo interpersonal de la personalidad de Timothy Leary de 1957.
- Incorpora los principios explicativos de la teoría evolucionista para poder explicar la estructura y dinámica de los estilos de personalidad y sus desordenes.
- Rescata el concepto de sinergia: conexión y organización de partes diversas. Con esto, Millon pretende crear un proceso de interrelación entre estas dos partes.
- Mantiene la continuidad entre normalidad y patología: la composición de personalidades normales y anormales del mismo tipo son esencialmente las mismas en la composición de sus rasgos básicos.
- Utiliza lo que denomina Perspectiva Integradora, principio para poder entender la personalidad y, a su vez, poder compararla entre sujetos. Asimismo, también explica los factores específicos que conforman la experiencia a nivel individual.

2.2.2. Modelo integrador de la personalidad según Theodore Millon.

Modelo Multiaxial hace referencia a varios ejes y es este el modelo que se utiliza en el DSM IV para agrupar los diferentes tipos de trastornos, donde cada uno de estos ejes responde a un tipo o fuente de información distinta (Millon T. , 2006).

El principio de este modelo yace en la necesidad de agrupar los diferentes síntomas y características de personalidad de un paciente o individuo, con el fin de generar un diagnóstico que refleje un patrón de funcionamiento del sujeto en mención.

Su utilidad radica en que la persona evaluada bajo este modelo no pierde autonomía, ya que no se le aprecia como una suma de criterios diagnósticos, sino que es tomada en cuenta las razones o circunstancias que definen sus características. En otras palabras, los síntomas superficiales no son lo que guían

sino el significado de sus síntomas en el contexto de sus personalidades subyacentes.

El modelo Multiaxial está formado por 5 ejes que expresan distintos niveles de influencia sobre el comportamiento o conducta humano:

- Eje I: Síndromes clínicos
- Eje II: Trastornos de la personalidad
- Eje III: Enfermedades médicas generales
- Eje IV: Problemas psicológicos, sociales y ambientales
- Eje V: Escala de evaluación de la actividad global

Se hace énfasis en el manejo que T. Millon le otorga al estudio de la personalidad y como esta puede ser entendida por los siguientes puntos que a continuación se mencionan:

1. Ubica una noción del ser humano como sistema integrado por subsistemas tanto biológico, psicológico, social y cultural en interacción permanente.
2. La estructura y estilo de personalidad conforman el sistema inmunológico a nivel psicológico.
3. Posibilita estudiar y entender tanto a la persona sana como la patológica a partir de una misma teoría que tiene además una base empírica.
4. Los estilos de personalidad tienen valor predictivo en relación con la génesis de posibles cuadros clínicos futuros.
5. Las personas no se patologizan de manera aleatoria o al azar, sino sobre la base de sus estilos de personalidad.
6. T. Millon, además de ser autor de esta teoría, también ha generado su propio instrumento de medición: Inventario Clínico Multiaxial de Millon; el cual es uno de los más usados en investigaciones cualitativas, mostrando una validez y confiabilidad muy por encima del promedio en comparación a otros instrumentos psicológicos.

2.2.3. Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La neurociencia ha ido escalando cada vez más en diferentes aspectos de nuestra vida, introduciendo nuevas preguntas, nuevas herramientas de búsqueda y nuevos conocimientos, logrando que premisas de antiguos pensadores queden hoy solo como frases alegóricas o motivadoras (Damasio, 2006). Tal es el caso del Dualismo cuerpo-mente que propinó René Descartes, “fantasmas en la maquina” decía él (Navarro, 2014). Ahora comprendemos la influencia de nuestros genes en nuestros pensamientos y acciones o la sociedad como cúpula moldeadora de conductas. Aun así, al final, no dejan de ser impulsos químicos en nuestro cerebro.

Todos los campos que hoy en día ha logrado tocar la neurociencia son bastante amplios, generando nuevos campos de estudio y especializando los ya existentes. Una de aquellas disciplinas en las que ha logrado un abordaje muy fino es el concerniente al de los trastornos del neurodesarrollo, tales como el Autismo, la enfermedad de Huntington, Trastorno de déficit de atención (TDAH), entre otros (Portellano, 2005).

Tan solo algunos años atrás, cualquiera de los trastornos mencionados hubiese podido ser los responsables de susto, incredulidad o visto como algo propio y único de un sector marginado. Dado el avance en tecnología y en aspectos muy puntuales que ha traído la globalización podemos estar al tanto de los avances científicos, desde información muy compleja y puntual hasta otras más bien someras y ligeras. Es gracias a este avance casi exponencial, que el Trastornos por Déficit de Atención se ha visto muy citado a nivel mundial, siendo cuatro letras –TDAH- la generadora de distintas y diversas versiones al momento de querer explicar lo que en realidad es (Henriksen, 2014). Sin embargo, el punto geográfico donde se lleve a cabo el debate acerca del TDAH será la variable moduladora respecto a este, otorgándole una génesis personalizada y en muchas ocasiones arraigada a pensamiento post modernos.

Un ejemplo de esto es la marcada diferencia entre ciertos países respecto a su tasa de escolares diagnosticados con TDAH, donde EEUU puede llegar a un 9% mientras que en Francia apenas alcanza un 0.5% (CFTMEA, 2000). Determinados aspectos psicosociales, situacionales y hasta alimenticios son los que al parecer hacen que Francia tenga una postura diferente respecto al TDAH, otorgándole un abordaje más social-familiar siendo, según ellos, los causantes subyacentes importantes a tratar.

Por otro lado, en algunas zonas de nuestro planeta se sigue profesando la existencia del “niño índigo”, término acuñado en la ideología New Age o Nueva Era. Una de sus exponentes es Andrea Leiva Gregorio de Las Heras, quien se basa en la técnica Reiki siendo esta una técnica basada en la canalización y transmisión de energía mediante las manos. Las Heras describe la ideología New Age como “... *una mezcla de religiones orientales, espiritismo, terapias alternativas, psicología transpersonal, ecología profunda, astrología, gnosticismo...*” (Las Heras, 2002). En definitiva, esta perspectiva de la realidad basada en que ciertos sujetos poseen características y gustos inusuales, como es el caso de personas con autismo o con TDAH, han llegado a la tierra con el fin de servir en pro de la humanidad es propio de la parapsicología, aunque pese a ello sigue en vigencia.

Sin embargo, pese a los aún existentes grupos pseudocientíficos que felizmente siguen reduciéndose y generando una tendencia a desaparecer en los años venideros, la neurociencia ha tenido muchos beneficios en determinados trastornos del neurodesarrollo (Damasio, 2010). He allí donde, de manera puntual, se podría señalar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el cual, si bien ha tenido una historia de cambios y modificaciones tanto en su nomenclatura como al momento de describirlo, hoy en día, dentro de esferas científicas y serias, se cuenta con una aceptación respecto al fondo neurológico del trastorno.

Retrocediendo un poco, es importante señalar que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, si bien es actualmente aceptado de manera casi

universal, no es una enfermedad nueva o de la década pasada ni tampoco una epidemia como bien algunos sostienen (American Psychiatric Association, 1968). Con el fin de tener una aproximación a las primeras menciones en las características de un niño hiperactivo e impulsivo se podría mencionar a la remota Alemania de 1863. Allí, el Dr. Heinrich Hoffmann, articuló un texto siendo responsable de la información vertida en él y de las ilustraciones (Silver, 2004).

Este texto conocido en su idioma original como *Der Struwwelpeter*, que en castellano se conoce como “Pedro Melenas”, es y sigue siendo un texto muy citado en la actualidad, en ensayos y en artículos relacionado a la historia del TDAH. Es en estas líneas donde se encuentran las primeras aproximaciones respecto a evidencias o rasgos de niños con lo que hoy conocemos como TDAH. El texto está conformado por versos que crean una narrativa en forma de poema donde se describe a un niño, que en realidad era la descripción de su propio hijo a quien apodaba “Phill el intranquilo” (Silver, 2004).

Actualmente, ya en el mercado estadounidense no es sorpresa ilustrar alguna conferencia sobre TDAH con imágenes del mencionado autor, especialmente del llamado *Fidgety Phill* y *Johnny Look-In-The-Air*. El impacto es tal en la actualidad que desde varios años atrás, en Alemania *Zappel-Philipp* es sinónimo de “niño hiperactivo” (Filomeno, 2013).

Avanzando rápidamente en la historia del TDAH podríamos nombrar otro personaje muy conocido, el cual describe mucho de los rasgos de un niño desatento o distraído. Ese es el caso de Felipe, el amigo incondicional de Mafalda, creación de Joaquín Lavado “Quino” en el año 1965. En ciertas ocasiones “Quino” ha descrito a Felipe de la siguiente manera: “Felipe es el chico fantasioso, con un corazón enorme, muy generoso, inocente y sobre todo muy reacio a hacer sus deberes de la escuela e ir a clases. Pasa la mayoría de su tiempo construyendo mundos de fantasía que lo absorben y lo distraen completamente de la realidad y quizá por eso vive eternamente agobiado por sus tareas escolares y su dificultad para mantener la atención en ellas” (Fuentes, 2000).

Es así como las menciones respecto al TDAH hacen sus primeras apariciones en la literatura. Conforme la inquietud de conocer más a fondo lo que es y lo que implica determinadas características, desatención, hiperactividad e impulsividad, se fue variando, y madurando, en los términos clínicos que describían dicho comportamiento.

Ya son más de 60 años los que nos dividen desde que un incipiente conocimiento en el campo del aprendizaje nos hacía tildar de “retrasado mental” o que presentaba “alteraciones emocionales” o incluso pudiendo llegar al extremo de afirmar que tiene “problemas sociales y culturales”, como si eso significara algo. Esto ocurría en el lejano Estados Unidos de 1940, donde a cualquier niño que presentase problemas de aprendizaje se le podía atribuir dichas descripciones (Filomeno, 2013). Aquellos tiempos que hoy vemos lejanos y difusos, constituyeron una realidad que no hacía más que limitar el potencial de esos niños, etiquetándolos y, hasta cierto punto, marginándolos. Sin embargo, conformaron el cimiento de una inquietud que pasó de ser mencionada en cuentos infantiles a una descripción detallada en el sistema de calificación médica en 1968 (American Psychiatric Association, 1968).

Antes de llegar al Santo Grial del tema en cuestión, TDAH, es importante reconocer como fueron evolucionando las hipótesis y las tendencias desde aquel entonces. En la misma década de 1940 se logró identificar unas variables más para describir a los niños que mostraban problemas de aprendizaje: debido a problemas del sistema nervioso. Allí nace la idea de la existencia algún tipo de lesión cerebral, ya que las características que tenían estos niños con problemas de atención eran observadas también en niños después de haber sufrido un traumatismo cerebral (TEC) o al ser sometido a cirugía. Allí fue donde los investigadores llegaron a la conclusión que los niños con problemas de aprendizaje debían presentar algún tipo de lesión, así esta sea mínima, dando lugar al termino Lesión Cerebral Mínima (Silver, 2004).

Esta hipótesis llevó a los investigadores a obtener pruebas que confirmaran lo que proponían, sin embargo, no lograron con su cometido, concluyendo que la causa

era de tipo fisiológica mas no estructural, ya que el problema radicaba en cómo funciona el cerebro. Las conexiones se daban de manera inadecuada lo cual ocasionaba que estas funcionasen de manera errónea (Silver, 2004). A consecuencia de este hallazgo, los científicos acuñaron otro termino el cual les permitía describir este funcionamiento defectuoso, <dis>. Al incorporar el prefijo dis, que significa “problema con”, se comenzó a utilizar el término Disfunción Cerebral Mínima (DCM).

Conforme fueron pasando los años el impacto que generaron las siglas DCM fue casi como el uso del término “Disritmia”, el cual, si bien por un lado suele utilizarse como eufemismo de epilepsia, describe una relación de problemas abarcando malacrianza hasta el retardo mental. Se llegaba a la disritmia debido a la presencia de “anormalidades en el electroencefalograma” el cual debía ser tratado con anticonvulsivantes (Filomeno, 2013). Gracias al avance de la investigación en el campo de la neurología y psiquiatría se ha descubierto lo errado que este concepto estaba, puesto que el ritmo cerebral normal puede variar por diferentes razones, incluso fisiológicas. El concepto DCM involucraba 3 características: El primero es la presencia de dificultades de aprendizaje supuestamente a consecuencia de una disfunción del sistema nervioso. El segundo abarca problemas de hiperactividad y distraibilidad. Y el último consta de problemas emocionales y familiares, los cuales se consideraban una consecuencia de las dificultades y problemas anteriores (Silver, 2004).

Se siguió viviendo bajo la tutela de dicho término hasta 1968, año en el que se estableció en el sistema de calificación médica el concepto de reacción hiperactividad en la niñez y es allí donde la palabra “hiperactivo” ingresa al mundo formal y al círculo científico (Tom, 2000). Pasan los años, ya en el año 1980 se adoptó formalmente el término TDA, en el cual se trataba de enfatizar que la distraibilidad sumado a un corto intervalo atencional representaba la principal manifestación clínica, aunque también podía coexistir hiperactividad o impulsividad (Association, American Psychiatric, 1980).

Pese a la mejora en la definición esta, a su vez, devino en dos definiciones: con hiperactividad y sin hiperactividad. Siete años después se añadió una H, dando lugar al término TDAH con el fin de señalar que, si bien la distraibilidad es el variante eje en el trastorno, la hiperactividad también es importante (Association, American Psychiatric, 1987). En 1994, si bien se siguió utilizando las mismas siglas TDAH, lo que se vio modificado fue la descripción del mismo donde se cambió el término distraibilidad por el de desatención (American Psychiatric Association, 1994).

Aquí se describen tres diferentes tipos que formarían parte del trastorno: a) aquellas personas con hiperactividad, desatención e impulsividad siendo el subtipo combinado; b) individuo fundamentalmente con desatención siendo el subtipo con predominio en el déficit de atención; c) aquellos que son principalmente hiperactivos e impulsivos (American Psychiatric Association, 1994).

Desde la última hasta la más reciente versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association han pasado 9 años, ya que su última versión fue lanzada en mayo del 2013 (DSM 5). Es en este manual donde se encuentra la versión más actualizada en referencia al TDAH, la cual ya no trata de encontrar la razón del problema en un solo rasgo, sino que adecua una constante que podría definirse como el nivel de impacto que los diferentes rasgos inherentes al TDAH tienen en la persona que posee el trastorno.

2.2.4. Características de un niño con TDAH.

La falta de conciencia de sus deseos y de sus objetivos, llevan a las personas con TDAH a actuar en un "sin sentido". Muestran escasa capacidad para fijar qué objetivos quieren conseguir a largo plazo, a la vez que tienen dificultades para jerarquizarlos de forma correcta. Su trastorno les hace buscar la satisfacción inmediata actuando de forma impulsiva e irreflexiva en muchas ocasiones. Este comportamiento muchas veces es el causante de las dificultades en sus relaciones sociales (Barkley R. , 2002).

La dificultad en su autocontrol debido a su hiperactividad e impulsividad son en gran medida los causantes de muchos problemas asociados a este trastorno: conductuales y en sus relaciones sociales.

Los niños con TDAH tienen problemas neurológicos que afectan en su mayor parte a las funciones ejecutivas del cerebro, y más concretamente a la habilidades de organización, secuenciación. Estas áreas alteradas producen que el niño con TDAH no sepa secuenciar y jerarquizar los diferentes estímulos que le llegan continuamente del ambiente, lo que afecta a la toma de decisiones en la medida en que no sabe priorizar o jerarquizar los estímulos, dificultando sus elecciones (Konrad & Eickhoff, 2010).

Estos niños tienen problemas con la expresión de las emociones negativas como tristeza, enfado, agresividad. No saben demostrar a los demás sus emociones y sus sentimientos, lo que condiciona las relaciones en los diversos contextos en los que se desarrolla: colegio, casa, entre otros.

Frecuentemente suelen ser víctimas de violencia física y verbal provocados por sus continuos fracasos escolares y problemas conductuales. La impulsividad y la hiperactividad hacen que sean personas más susceptibles de recibir este tipo de maltrato que habrá que vigilar, ya que es uno de los factores que más influyen en la autoestima de los niños con TDAH. No hay que olvidar que la autoestima se crea a partir de la imagen que damos a los demás, así como de la reciprocidad que nos demuestran (Barkley R. , 2002).

Adquieren una apariencia falsa para impresionar a los demás o para satisfacer sus propias necesidades. Intentan aparentar ser quienes no son para agradar a sus compañeros adquiriendo una personalidad diferente a la suya. Para ello suelen imitar las personalidades de aquellas personas que admiran y que son más populares.

La excesiva sobreprotección de los padres y de los familiares hacia quienes tienen TDAH, sea niño o adolescente, producirá ciertos problemas en el futuro. Sobreproteger exige muchas veces un aumento de las exigencias de los padres

hacia la realización de las tareas de estos niños, para nada beneficioso. Supone para el niño además una confrontación con la realidad, ya que refugiarle en un ámbito y en un momento determinado, no evita su relación futura con la realidad de nuestra sociedad. El proporcionar cierta libertad al niño, hace que madure con mayor rapidez, a la vez que va tomando conciencia de la realidad social favoreciendo su autonomía y su realización personal (Tierno & Escaja, 2011).

Los niños con TDAH, suelen tener necesidades muy diferentes a las necesidades que tienen otros niños, igual en diferentes etapas de desarrollo. Por ello, las medidas que se suelen llevar a cabo con estos niños suelen ser contrarias a las que realmente necesitan (Barkley R. , 2002). Necesitan que todas aquellas acciones que realicen mal, se intenten obviar en la medida de lo posible, mientras que cada avance o progreso que realice el niño, se deba elogiar de manera considerable, ya que el esfuerzo que éstos realizan para conseguir pequeños avances es mucho superior a la que puede realizar cualquier niño que no tenga este trastorno. Para ellos los castigos suelen servir como inhibidores de la autoestima, mientras que cualquier tipo de recompensa favorece la rápida adquisición de la misma (Miranda-Casas, Herrero, Colomer-Diago, & Roselló, 2011).

En numerosas ocasiones se les culpabiliza por errores cometidos por otras personas (familiares, compañeros de clase, etc.). Como normalmente son ellos los que cometen errores, muchas veces se les implica en otros muchos que ellos no han cometido. Esto les lleva a no entender determinadas situaciones e influir negativamente en su autoestima (Barkley R. , 2002).

Suelen percibir que sus opiniones no son importantes. Debemos valorar sus opiniones y no menospreciarlas por muy incoherentes que parezcan, para que se sientan valorados igual que el resto de las personas. Este es un factor imprescindible para su realización personal y la construcción su autoestima.

2.2.5. Perspectiva neurocientífica del TDAH.

El trastorno por déficit de atención es un trastorno muy heterogéneo desde el punto de vista clínico. Su variabilidad clínica se ha expresado a través de la combinación de aquellos síntomas de mayor significatividad (American Psychiatric Association, 2000) (Organización Mundial de la Salud., 1992) y asociados, los inherentes a la comorbilidad y los derivados o influidos por los diferentes factores ambientales (Jensen, Hinshaw, Kraemer, Lenora, & Newcorn, 2001). La sintomatología que caracteriza al TDAH puede ser desigual y cambiante a lo largo de la vida del paciente. La comorbilidad es frecuente y llega en muchos casos a tener una relevancia clínica y terapéutica superior a la del propio TDAH (Rodríguez-Hernández, Martín Fernández-Mayoralas, & Fernández-Jaén, 2011). A pesar del reconocimiento del TDAH como uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes en la población infantil y juvenil, su clasificación se sigue manteniendo en el terreno clínico o neurocognitivo (Larsson, Larsson, & Lichtenstein, 2004).

Los modelos cognitivos que han intentado explicar la fenomenología clínica del TDAH son numerosos. Los modelos más referidos proponen el déficit en el control inhibitorio, la regulación de estado o la aversión a la demora como disfunción nuclear del trastorno (Sergeant, JA., 2005). Estos modelos implican a la corteza prefrontal (CPF), la modulación del sistema límbico y la influencia catecolaminérgica, respectivamente.

Los pacientes afectados presentan déficits en las funciones cognitivas superiores que son necesarias para las conductas dirigidas hacia el cumplimiento de metas u objetivos, funciones ejecutivas (FE) (Flores Lázaro & Ostrosky-Solís, 2012) provocados por el desarrollo tardío de los circuitos frontoestriadoparietales y frontocerebelares (Rubia, Alegría, & Brinson, 2014).

Los déficits más habituales consisten en la inhibición de la respuesta motora, la atención sostenida y la memoria de trabajo, así como en la percepción del tiempo (Willcutt, Sonuga-Barke, Nigg, & Sergeant, 2008).

2.2.6. Estudios de laboratorio.

Los hallazgos encontrados mediante Resonancia Magnética (RM) han mantenido solidez respecto a sus resultados, mostrando menor volumen cerebral derecho y total que afectaba a varias regiones prefrontales: el vermis posterior inferior del cerebelo, el esplenio, el cuerpo caloso y el caudado derecho (Hoekzema, y otros, 2012); resultados que también se han observado en estudios de RM posteriores de mayor implicancia (Cubillo, y otros, 2012).

Diversos estudios en niños con TDAH han documentado alteraciones en el lóbulo frontal, especialmente en la corteza prefrontal, así como en el esplenio del cuerpo caloso, el núcleo caudado y el cerebelo (Seidman, Valera, & Makris, 2005). El volumen cerebral total es un 5% más pequeño en niños con TDAH que en controles (Giedd, Blumenthal, Molloy, & Castellanos, 2001) a expensas de una disminución del grosor cortical en estas áreas (Narr, y otros, 2009).

A su vez, otros hallazgos han mostrado anomalías en la sustancia gris o en el espesor de la corteza en regiones límbicas subcorticales, como la ínsula (Lopez-Larson, King, Terry, McGlade, & Yurgelun-Todd, 2012), la amígdala (Plessen, y otros, 2006) y el tálamo (Ivanov, y otros, 2010).

Tales hallazgos confirman la idea que los pacientes con TDAH sufren déficits en los circuitos frontoestriatales y frontocerebelares que intervienen en el desarrollo tardío de las funciones ejecutivas que se hallan alteradas en el trastorno (Arnsten & Rubia, 2012).

Dada la gran abundancia de conexiones entre los ganglios basales y las regiones frontales, un déficit primario en ellos genera alteraciones en los circuitos frontoestriatales, tal y como sucede en el TDAH (Arnsten & Rubia, 2012). Estos hallazgos se ven reforzados por resultados encontrados en estudios con tomografía por emisión de positrones (PET), en el cual se apreció una reducción del número de transportadores de la dopamina en los ganglios basales de los pacientes con TDAH (Fusar-Poli, Rubia, Rossi, Sartori, & Ballotín, 2012).

Los estudios de cortes transversales del cerebro entero señalan como anomalía más predominante en los pacientes con TDAH la reducción de la sustancia gris de los ganglios basales, con indicios adicionales de anomalías en la sustancia gris y alteraciones del espesor cortical en las regiones frontales, temporales y cerebelares (Rubia, Alegría, & Brinson, 2014).

La presencia de anomalías en las haces de sustancia blanca, reflejo de una mielinización deficiente o una escasa ramificación de los axones, se han relacionado con anomalías conductuales y cognitivas clínicamente relevantes (Cao, y otros, 2013).

Por otro lado, se ha detectado un desarrollo más lento de la sustancia blanca del núcleo caudado durante la adolescencia en jóvenes con TDAH que se normalizó al llegar a la edad adulta (Silk, Vance, Rinehart, Bradshaw, & Cunnington, 2007). Asimismo, otros dos estudios analizaron diversos haces de sustancia blanca en ese mismo contexto del TDAH hallando atenuación en casi todos ellos, y dado que la mayoría de los haces acaban presentando un desarrollo correcto tardío en la edad adulta media, se genera un retraso, o inmadurez, en el espectro del neurodesarrollo (Nagel, y otros, 2011).

Los modelos cognitivos proponen un déficit en el control inhibitorio (Barkley R. , 1997), la regulación de estado (Sergeant, 2005) o la aversión a la demora como disfunción nuclear del trastorno (Sonuga-Barke, Williams, Hall, & Saxton, 1996), con el fin de poder explicar la fenomenología clínica del TDAH. Estos modelos implican a la corteza prefrontal (CPF), la modulación del sistema límbico y la influencia catecolaminérgica, respectivamente.

A éstos, se han añadido modelos duales o de déficit múltiple (Sonuga-Barke E. , 2003), que complementan los anteriores y, a su vez, tratan de explicar la comorbilidad.

Dichos modelos justificarían indirectamente los estudios que señalan una predisposición compartida del TDAH y el autismo con ciertas formas alélicas de

los transportadores dopaminérgicos (Comings, y otros, 1991) con los estudios genómicos poblacionales (Arcos-Burgos, y otros, 2004) o los más recientes, que empiezan a mostrar asociaciones por trastornos cromosómicos delimitados con alta resolución, predisponentes, causantes o condicionantes tanto del TDAH como de los trastornos generalizados del desarrollo (Elia, y otros, 2010).

2.3. DEFINICIÓN EN TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. Patrones evaluados en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (Millon, Davis, & Millon, 2007).

❖ Patrones clínicos de la personalidad:

- Esquizoide: Individuos que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.
- Evitativo: Personas que experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismo y de los demás. Permanecen alerta y siempre en guardia, tienden a distanciarse frente a la anticipación ansiosa que les generan las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen un control constante de sus impulsos y anhelos de afecto para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Solo pueden protegerse de sí mismo mediante una retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse, suelen negar estos sentimientos y mantener una significativa distancia interpersonal.
- Depresivo: Presencia de una pérdida significativa de esperanza en la recuperación de alegría o de sensaciones placenteras. Experimenta el dolor como algo permanente. El placer ya no se considera posible

mostrándose melancólico, fatalista, sombrío. Pesimismo y desánimo sintiéndose vulnerable, poco valioso, impotente y abandonado. Se considera mercador de críticas y desprecio.

- Dependiente: Tendencia a recurrir a los demás para obtener cuidados y seguridad esperando pasivamente que otros tomen el mando y se lo proporcionen. Se caracterizan por la búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos. Presentan una falta de iniciativa y autonomía, optan por asumir un rol pasivo en las relaciones interpersonales, aceptando la bondad y el apoyo que puedan encontrar. Se somete y aceptan deseos de terceros con el fin de mantener el afecto.
- Histriónico: Las personas histriónicas pueden recurrir a los demás en igual medida que los dependientes, sin embargo, en los histriónicos su intención nace de un acto de manipulación de los hechos mediante la cual maximizan la atención y los favores que reciben, evitan la indiferencia y la desaprobación de los demás. Tienden a buscar de manera indiscriminada la búsqueda de afecto y de estimulación. Son ingeniosos pudiendo mostrar un comportamiento social inteligente dando la apariencia de confianza personal y seguridad en sí mismos. Sin embargo, bajo esta apariencia subyace el miedo a la autonomía genuina y una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación. El aprecio y el efecto deben ser constantemente alimentados.
- Narcisista: Las personas narcisistas destacan por su forma egoísta de dedicarse a sí mismo, experimentando placer primario simplemente siendo pasivos o centrándose en sí mismos. Muestran seguridad y superioridad, aunque esta tiende a basarse en premisas falsas, es decir puede que no se apoyen en logros reales o maduros. Asumen alegremente que los demás los reconocen como “especiales”, mantienen un aire arrogante de seguridad de sí mismos y, sin pensarlo ni pretenderlo, explotan a los demás en beneficio propio. Aunque las

atenciones de los demás son bien recibidas y alentadas, su aire de superioridad requiere de poca aprobación social.

- Antisocial: Los individuos antisociales actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión a manos de terceros llevando a cabo conductas engañosas o ilegales con el fin de explorar el entorno en beneficio propio. Su orientación engrandecida releja su escepticismo hacia los motivos de los demás, su deseo de autonomía, anhelo de venganza y recompensa por lo que ellos consideran que fueron injusticias pasadas. Son irresponsables e impulsivos como consecuencia de considerar pocos fiables y desleales a los demás.
- Agresivo-sádico: Individuos que obtienen placer y satisfacción personal humillando a otras personas y violando sus derechos y sentimientos. También son conocidos como un rasgo de personalidad agresiva siendo mayormente hostiles y globalmente combativos, aparecen indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Pueden cubrir sus tendencias maliciosas y orientadas al poder desempeñando roles y vocaciones que reciben la aprobación pública, aunque no pierden sus rasgos dominantes, antagónicas y a menudo persecutorias.
- Compulsivo: Son individuos que han sido intimidados y coaccionados por aceptar las demandas y los juicios impuestos por los demás. Su forma de actuar prudente, controlada y perfeccionista derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo de la desaprobación social. Tienden a reprimir sus resentimientos y manifestarlos con un conformismo excesivo exigiéndose mucho a sí mismo y a los demás. Muestran un disciplinado dominio de sí mismos con el fin de brindarles mayor control de sus sentimientos de rebeldía, aunque oculto, dando lugar a una pasividad abierta y a una aparente conformidad pública. Sin embargo, tras la decencia y dominio con la que impresionan, existen sentimientos de ira y de rebeldía que ocasionalmente se muestran desbordadamente.

- **Negativista:** Personas que sienten un conflicto entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y aquellas que ellos mismos desean. Esta lucha representa una incapacidad para resolver conflictos similares a los que padecen los obsesivos compulsivos. Sin embargo, los conflictos de los individuos negativistas se mantienen cercanos a la conciencia e irrumpen en la vida diaria. Estos individuos experimentan continuas discusiones y engaños cuando vacilan entre la diferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva. Su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva entremezclada con periodos de culpa y vergüenza.
 - **Autodestructivo:** Los individuos masoquistas se relacionan con otros de forma servil y auto sacrificada, permite y/o alienta a los demás a explorarlos o a aprovecharse de ellos. Si se manifiestan sus peores rasgos, muchos demuestran que merecen ser avergonzados y humillados. Tienden a agravar su dolor y angustia rememorando sus desgracias pasadas, actúan típicamente de un modo modesto y humilde. A menudo intensifican su déficit y se colocan en una posición inferior o despreciable pudiendo mostrarse respetuoso, aunque fóbico al placer. Muestran tendencia a la auto culpación frustrando deliberadamente sus logros potenciales.
- ❖ **Patologías graves de la personalidad:**
- **Esquizotípico:** Los individuos que presentan este rasgo prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de manera “autista” o cognitivamente confusa, evidencian un pensamiento tangencial y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos. Sus excentricidades son notables y a menudo los demás los perciben como extraños o diferentes. Dependiendo de si su patrón básico es pasivo o activo, muestra cautela ansiosa e hipersensibilidad o aplanamiento emocional y deficiencia de

afecto. Preocupado por ensoñaciones y creencias extrañas. La línea que le diferencia la realidad de la fantasía esta poco definida.

- Límite: Cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía. A esto se le suma episodio de ira, ansiedad y euforia, oscilan rápidamente entre amor y odio. Aquello que lo distingue del patrón esquizotípico y paranoide es la falta de regulación de afecto que se observa en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muestran pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parecen demasiado preocupados en asegurarse cariño, tienen dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitiva-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

Paranoide: Muestran una irritabilidad abrumadora y tienden a provocar la exasperación y el enfado de otros, evidencian desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva ante la crítica. Hipervigilantes frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Se sienten justos y rectos y a la vez perseguidos. A menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que les lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control externo. Se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento.

❖ Síndromes clínicos:

- Trastorno de ansiedad: Presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, evidenciando movimientos nerviosos y tendencia a reaccionar y sobresaltar fácilmente. Muestran malestar somático, excesiva preocupación y una sensación aprensiva percibiendo que los problemas son inminentes. Hipervigilancia del propio ambiente, nerviosísimo y una susceptibilidad generalizada.

- Trastorno somatomorfo: Estas personas expresan sus dificultades psicológicas mediante canales somáticos mostrando periodos persistentes de cansancio, debilidad y preocupación por su falta de salud y variedad de dolores dramáticos, aunque estos sean en gran medida inespecíficos e inconexos. Muestran quejas somáticas recurrentes y múltiples presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Las quejas somáticas que exponen suelen ser un medio por el cual tratan de llamar la atención.
- Trastorno bipolar: Presentan periodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse. Muestra un discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. También denotan un entusiasmo poco selectivo, una planificación excesiva para objetivos poco realistas, cualidad intrusiva en sus relaciones interpersonales, necesidad reducida de sueño y fuga de ideas. Pueden mostrar cambios de humor rápidos y lábiles.
- Trastorno distímico: Expresan sentimientos de inutilidad, desanimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Muestran comentarios auto despreciativos, llantos, ideaciones suicidas sumado a una perspectiva pesimista del futuro. Evidencian distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras.
- Dependencia por alcohol: Sujeto con tendencia a presentar una historia de alcoholismo pudiendo haber tratado de superarlo, aunque con poco éxito y en consecuencia experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo.
- Dependencia de sustancias: Sujeto con tendencia a presentar un historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales, siendo incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento.

- Estrés post traumático: Respuesta de sujetos que se han visto frente a una experiencia amenazante para su vida reaccionando ante ella con un miedo intenso o sentimientos de indefensión. Se acompaña de persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma generando recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos. Los síntomas de activación ansiosa persisten y la persona se esfuerza en evitar circunstancias asociadas al trauma.

❖ Síndromes clínicos graves:

- Trastorno del pensamiento: Dependiendo de la gravedad o intensidad del trastorno, las personas pueden calificar como esquizofrénicas, esquizofreniformes o mostrar breves episodios psicóticos. Asimismo, muestran conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas. A menudo pueden parecer confusos y desorientados, exhibiendo afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño, los sentimientos pueden estar embotados pudiendo existir una fuerte sensación de ser incomprendido y aislado por los demás sumado a una actitud retraída y solitaria.
- Trastorno depresión mayor: Denota incapacidad para funcionar en ambientes normales mostrándose deprimidos y expresando pavor ante el futuro, ideaciones suicidas y sentimientos de resignación. Exhiben un marcado retraso motor, llegando a mostrar problemas somáticos, como falta notable del apetito, cansancio, pérdida o subida abrupta de peso e insomnio. Asimismo, muestran problemas de concentración, sentimientos de poca valía y culpa. Preocupaciones y miedos excesivos se muestran con frecuencia.
- Trastorno delirante: Las personas con este trastorno pueden mostrar paranoia aguda volviéndose periódicamente agresivos, expresando delirios irracionales de una naturaleza persecutoria o grandiosa. Presentan estados de ánimo hostiles y expresan sentimientos de ser

acosados y maltratados sumado a un trasfondo de suspicacia, vigilia y alerta ante posibles “traiciones”.

2.3.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según el DSM V (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (American Psychiatric Association., 2014)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directa mente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, prepara ración de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej. hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o

instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las

cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

CAPÍTULO 3

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptiva simple, ya que, sólo describe y analiza los rasgos de personalidad de progenitores que tienen hijos con déficit de atención e hiperactividad en Lima Metropolitana. Este estudio no pretende indicar la relación entre las variables medidas, por el contrario, se inclina a recoger información de manera independiente sobre conceptos específicos, es decir rasgos de personalidad que poseen los progenitores, padre y madre, cuyos hijos portan un diagnóstico de Déficit de Atención e hiperactividad, y que son (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006).

3.2. VARIABLES DEL ESTUDIO

- Rasgos de personalidad.
- Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH).
- Variables extrañas a controlar: Sexo del progenitor, edad, nivel socioeconómico.

3.3. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población está comprendida por todos los padres biológicos que tienen hijos diagnosticados con Déficit de Atención en Lima Metropolitana.

3.4. MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Las unidades de análisis estarán conformadas por progenitores de hijos con TDAH. De ella se tomará una muestra constituida por 24 padres biológicos que tienen hijos cuyas edades se encuentren en un rango de 6 a 23 años, que posean un diagnóstico de Déficit de Atención y que formen parte de la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA) ubicado en Lima-Barranco.

En la presenta investigación se aplicará un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dado que los elementos de la población a trabajar serán seleccionados en base a las siguientes características:

- Que procedan de un centro privado: Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA).
- Hijos con diagnóstico de Déficit de Atención que asistan al mencionado centro
- Progenitores de hijos con TDAH

3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III)

Nombre: MCM-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III.

Nombre original: *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III.*

Autores: Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon.

Procedencia: NCS Pearson (1997).

Adaptación española: V. Cardenal y M. P. Sánchez (2007).

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos.

Duración: Variable, entre 20 y 30 minutos.

Finalidad: Evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

Baremación: Baremos en puntuaciones de prevalencia (PREV) a partir de una muestra clínica española.

El instrumento clínico en mención, Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III), se basa en estudios correlacionales con los gravámenes de Pearson. Considerando que los trastornos de personalidad se reflejan en toda la matriz de la persona, expresándose en distintos dominios clínicos, el MCMI-III ha articulado una gran base de criterios diagnósticos y de conceptos de personalidad. Asimismo, la versión más actualizada del DSM (cuarta versión), muestra lo propuesto bajo en enfoque de Millon colaborando la validez del MCMI-III.

Por otro lado, otro tipo de corroboración en la utilidad del instrumento en mención y de sus propuestos teórico-prácticos en la mención de relevancia que desarrolla ISSPD International Society for the Study of Personality Disorders (Sociedad Internacional para el Estudio de Trastornos de la Personalidad), afirmando la importancia otorgada a los síndromes como componentes significativos de los trastornos mentales.

Gracias a la evolución del El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión cuarta, actualmente se puede trabajar con una base más sólida que permite brindar un diagnóstico más preciso.

La revisión más significativa respecto a la última versión del instrumento, versión III, señala la incorporación de escalas más definidas a raíz de estudios experimentales clínicos.

- 11 patrones clínicos de la personalidad:
 - Esquizoide (1)
 - Evitativo (2A)
 - Depresivo (2B)
 - Dependiente (3)
 - Histriónico (4)
 - Narcisista (5)
 - Antisocial (6A)

- Agresivo (sádico) (6B)
- Compulsivo (7)
- Negativista (pasivo agresivo) (8A)
- Auto destructivo (8B)
- 03 patologías graves de la personalidad:
 - Esquizotípico (S)
 - Limite (C)
 - Paranoide (P)
- 07 síndromes clínicos:
 - Trastorno de ansiedad (A)
 - Trastorno somatomorfo (H)
 - Trastorno bipolar (N)
 - Trastorno distímico (D)
 - Dependencia por alcohol (B)
 - Dependencia por sustancias (T)
 - Trastorno de estrés postraumático (R)
- 03 síndromes clínicos graves:
 - Trastorno del pensamiento (SS)
 - Depresión mayor (CC)
 - Trastorno delirante (PP)
- 04 índices modificadores:
 - Sinceridad (X)
 - Deseabilidad social (Y)
 - Devaluación (Z)
 - Validez (V)

Escala de puntaje:

- Puntajes mayores o iguales a 85 equivale a un indicador elevado
- Puntajes entre 75 a 84 equivales a un indicador moderado
- Puntajes entre 60 a 74 equivales a un indicador sugestivo
- Puntajes entre 35 a 59 equivales a un indicador bajo
- Puntajes entre 00 a 34 equivales a un indicador nulo

En las características del MCIMI se logra distinguir su brevedad relativa del inventario, su base teórica, su formato multiaxial, su construcción en base a tres etapas de validación, el uso de puntuación de prevalencia y su profundidad interpretativa.

En cuanto a tipología del inventario se ha tomado en cuenta la extensión y practicidad de su uso. Es así como se ha logrado mantener una estructura consistente de elementos que permitan su utilización en distintos tipos de contextos diagnósticos y de tratamiento. Asimismo, acoge una muestra suficientemente extensa que permite su ejecución bajo un amplio rango de conductas clínicamente relevantes.

El inventario está conformado por 175 ítems, los cuales han sido contruidos tomando en consideración las premisas que evocan y el vocabulario por el cual estaba conformado. Los ítems potencialmente discutibles de versiones anteriores fueron eliminados y el vocabulario ha sido ajustado a un nivel de lectura asequible, teniendo como referencia un nivel de lectura de alumnos de secundaria. Gracias al avance y evolución de la prueba, esta puede ser desarrollada en aproximadamente 20 o 30 minutos promoviendo y facilitando su aplicación; de la misma manera disminuye la resistencia y cansancio que pueda presentar el evaluado.

Los instrumentos diagnósticos construyen su utilidad cuando estos están sistemáticamente unidos a una teoría clínica coherente. Es así como en el MCMI-III, cada una de las escalas del Eje II es una medida operativa de un síndrome

derivado de una teoría de la personalidad (Millon T. , 2006). Pese a que las escalas del Eje I no se encuentran derivadas explícitamente de la teoría, se han elaborado en relación con su marco teórico. Es gracias a estas especificaciones que se pueden medir variables derivadas y elaboradas a parte de la teoría de forma directa y cuantificable.

Resulta relevante tomar en cuenta el desarrollo nosológico respecto al sistema de diagnóstico y sus categorías de síndromes. El MCMI-III considera los avances realizados en el DSM, tanto en su versión III, III-R (revisada) y su presencia actual descrita en la versión IV. Es así como las categorías han adquirido una especificación de forma más precisa pudiéndose definir de forma operativa.

La estructura que presenta el MCMI-III es análoga a la del DSM:

- I. Las escalas del MCMI-III están agrupadas en categorías de personalidad y psicopatología evidenciando la distinción que presenta el DSM entre el Eje I y el Eje II.

Las escalas sirven para delimitar las características de personalidad más duraderas (Eje II) de los trastornos clínicos agudos (Eje I). Sumado a esto, las escalas de cada eje se agrupan de acuerdo al nivel de severidad de la psicopatología pudiendo identificar el patrón pre mórbido y evaluarlo independientemente de su grado de patología.

Por ejemplo, las escalas Esquizotípicas, Límite y Paranoide constituyen niveles más altos de personalidad patológica separándose de las 11 escalas básicas de personalidad. Los síndromes clínicos moderadamente severos se han separado evaluándose de forma independiente de los síndromes clínicos graves, Trastorno de pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante.

- II. Las escalas del Eje II están conformadas por dimensiones de personalidad que han formado parte del DSM desde su tercera revisión y las escalas

presentes en el Eje I muestran los síndromes que son lo más notables en el trabajo clínico.

3.5.1. Estandarización del instrumento (MCMI-III)

La prueba ha pasado por un proceso de estandarización con el fin de adaptarla al español y poder tipificarla finalmente en el MCMI-III, el cual ha teniendo un tiempo de duración de 4 años (Millon, Davis, & Millon, 2007).

Para llevar a cabo el proceso de adaptación española se elaboró una guía de instrucción para los coordinadores de las distintas universidades y centros. Luego se desarrolló una hoja clínica para obtener la evaluación y el diagnóstico que realizaban los profesionales. Se llevó a cabo un análisis y envío de los informes psicológicos a los distintos profesionales con el fin de poder construir una base de datos sólida y pertinente. Posteriormente, se calculó las tasas de prevalencia de cada trastorno y síndrome en la población española (N=964). Finalmente, se generaron las puntuaciones de prevalencia para la muestra de tipificación española.

Tras la consolidación de la base de datos, se realizó la traducción al español la cual, a su vez, se subdividió en varias fases. En primer lugar, un profesional bilingüe tradujo al español una primera versión. Después se realizó una traducción inversa a cargo de otro traductor distinto, es decir se tradujo del español al inglés con el fin de comprobar el grado de coincidencia de esta versión con la original del propio Millon. En general, el nivel de correspondencia fue bastante alto y solo en cinco ítems hubo cierta dificultad a la hora de llegar a un consenso por parte de los traductores:

53. *Punishment never stopped me from doing what I want.*

88. *I never sit on the sidelines when I am at a party.*

98. *My feeling toward important people in my life often swing from loving them to hating them.*

134. *I sometimes feel crazy-like or unreal when things would soon go bad.*

144. *I guess I go out of my way to encourage people to admire the things I say or do.*

Posteriormente, se entregó la versión corregida a distintos profesionales de Psicología Clínica y, específicamente, a profesionales de Psicopatología que, en función de sus conocimientos y experiencia a clínica, ayudaron a conseguir una traducción más refinada y adecuada para la comprensión por parte de los posibles pacientes que leerían el cuestionario.

Finalmente, diferentes profesionales clínicos aplicaron el MCMI-III a un número reducido de pacientes para comprobar que lo entendían correctamente y que no presentaban dudas, para poder así concluir con el cuestionario definitivo.

La última fase correspondió al procedimiento, el cual se realizó con un total de 105 profesionales, los cuales utilizaron el MCMI-III en sus prácticas clínicas durante 3 años junto con otras pruebas de evaluación como, por ejemplo, el MMPI-II. Además, cada profesional relleno una versión adaptada del *Clinician's Rating Reference Booklet* utilizado por Millon (1997) en el proceso original de validación externa del MCMI-III.

Los criterios de exclusión aplicados a la muestra tipificación para realizar la adaptación española del MCMI-III fueron los siguientes:

- No información sobre sexo (n=6).
- La puntuación en el índice de Validez (escala V) era mayor de 1 (n=5).
- La puntuación directa en el índice de Sinceridad (escala X) estaba por encima de 178 (n=7).

La muestra quedó compuesta por 964 participantes siendo estos repartidos en diferentes provincias españolas: La Rioja (n=90); Zaragoza (n=29); Barcelona (n=359); Terrassa (n=33); Castellón (n=31); Alicante (n=77); Murcia (n=60); Alhaurín de la Torre (n=46); Málaga (n=64); Mérida (n=23); Ciudad Real (n=28); Madrid (n=63).

En Latinoamérica, especialmente en Brasil y Argentina, en los últimos años, el MCMI-III ha sido empleado en diversas investigaciones empleando poblaciones con características variadas: pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Góngora, 2006) (Salori, y otros, 2011), pacientes con cáncer de mama (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009), agresores contra la pareja condenados, consumidores de alcohol y drogas (Makhamid, Mendes, Rodrigues, Carvalho, & Alchieri, 2011), entre otros.

Entre las pocas investigaciones realizadas se encuentra la adaptación y validación del inventario para la realidad brasilera (Rodrigues, Soares, Carlos, & Barreto, 2009) y la una adaptación preliminar argentina (Richaud, Oros, & Lemos, 2006), lo cual evidencia la validez y utilidad que brinda la prueba MCMI-III en una realidad latinoamericana.

3.5.2. Validez y confiabilidad del instrumento (MCMI-III)

Los estudios de correlación entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han arrojado resultados moderados, por ejemplo, con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas están por encima de 0.50 pero no llegan a valores más elevados. Los coeficientes son todavía menores cuando se correlacionan las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructural o semi-estructuradas que, sin embargo, mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas. La sensibilidad del MCMI-III varía mucho entre escalas: 0.44-0.92 (media= 0.60); igual que su poder predictivo: 0.30-0.81 (media: 0.69). Como todos los cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad tiende a cometer más errores de falsos positivos que otros instrumentos, lo que le hace ser considerado una buena prueba de detección.

Asimismo, el MCMI-III posee 3 escalas de validez. La escala X corresponde al índice de sinceridad, centrada en la sinceridad, franqueza del evaluado y como este se auto evalúa. La escala Y del índice de deseabilidad expone rasgos de fuerza de pretender ser neutral con respecto a la simulación patológica. El tercer

índice de alteración corresponde a la escala Z de deseabilidad, la cual es una combinación de elementos que contribuyen al evaluado a denigrarse a sí mismo, a acentuar su angustia psicológica y exhibir su vulnerabilidad emocional (Jimenez & Sanchez, 2004.).

Otro nivel de calidad es la confiabilidad la cual se atribuye gracias a la consistencia interna mediante Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.66-0.89; fiabilidad test-retest para las puntuaciones decimales: 0.85-0.93; fiabilidad test-retest (dos semanas) para el diagnóstico dimensional entre 0.85 y 0.93 (0.60-0.89 en el MCMI-II). El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa < para todos los trastornos de personalidad, reflejando un índice muy bajo.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA), previamente informada de la casuística de la presente investigación, contactó los padres interesados en formar parte de la investigación. Este proceso se ejecutó de manera interna entre los integrantes y clientes más próximos de la institución, extendiendo el aviso mediante la publicación de la propuesta en su página web.

Posteriormente, se procedió a programar fechas y horarios en las que se pudo explicar detalladamente el fin de la presente investigación y limitar los aspectos importantes al momento de aplicar el instrumento, asegurando la validez y confirmación de los términos inherentes a la evaluación.

Luego de obtener los datos necesarios y la confirmación de los padres, se procedió al envío del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III) vía correo electrónico el cual fue resuelto y enviado por la misma vía.

3.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la corrección se utilizó el programa e-perfil, la cual permite obtener resultados y perfiles del test inmediatamente después de ingresar los datos. El tiempo de proceso es igualmente importante, ya que no requiere más de 4 minutos.

La escala de medición utilizada para los resultados obtenidos de obtuvo aplicando una estadística descriptiva bajo una medida de tendencia central (Media Aritmética) y una variabilidad (Desviación Estándar).

Posteriormente, se llevó a cabo un procedimiento estadístico mediante el programa estadístico informático SPSS versión 23.0.

Mediante el SPSS se generaron 2 tablas y 2 gráficos con el fin de demostrar los puntajes medios y desviaciones estándar tanto de la totalidad de las personas evaluadas como también haciendo diferencia entre los padres y las madres.

Acto seguido se obtienen las frecuencias de los resultados acompañado de histogramas por cada rasgo evaluado.

Luego, se aplica la prueba Kolmogorov-Smirnov para contrastar la hipótesis de normalidad de la población, encontrando un valor en p mayor a 0.005 únicamente en el rasgo Histriónico. Tomando en cuenta dicho hallazgo se aplican dos diferentes tipos de prueba: La T-Student, como prueba paramétrica, únicamente a la variable Histriónico y la U de Mann-Whitney, como prueba no paramétrica, a todos los rasgos restantes siendo estos un total de diez.

Finalmente, se aplica una medida de adecuación de muestre KMO y una prueba de esfericidad de Bartlett a la data obtenida, encontrando, mediante la matriz de componentes rotados, que las puntuaciones de los rasgos de personalidad evaluados logran diferenciarse y sub agruparse en tres categorías.

CAPÍTULO 4

4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS GENERALES

4.1.1. Estadísticos descriptivos.

En la tabla 1 se muestra las puntuaciones medias y desviaciones estándar obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados

Tabla1

Medias y desviaciones estándar obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Familia		N	Media	Desviación estándar
Padre	Esquizoide	24	60,83	26,722
	Evitativo	24	39,92	31,603
	Depresivo	24	42,96	34,064
	Dependiente	24	36,71	34,335
	Histriónico	24	47,96	16,879
	Narcisista	24	61,71	14,051
	Antisocial	24	43,13	28,400
	Agresivo sádico	24	50,38	28,104
	Compulsivo	24	54,71	11,907
	Negativista	24	44,71	34,692
	Autodestructivo	24	33,75	36,305
Madre	Esquizoide	24	38,83	23,308
	Evitativo	24	23,58	24,886
	Depresivo	24	16,83	21,910
	Dependiente	24	17,58	23,998
	Histriónico	24	66,88	16,326
	Narcisista	24	61,75	16,979
	Antisocial	24	36,21	22,244
	Agresivo sádico	24	50,33	21,799
	Compulsivo	24	61,50	16,613
	Negativista	24	26,50	24,360
	Autodestructivo	24	20,21	28,173

En el gráfico 1 se muestra las puntuaciones medias obtenidas por los padres (barras azules) y por las madres (barras verdes) según los rasgos de personalidad evaluados.

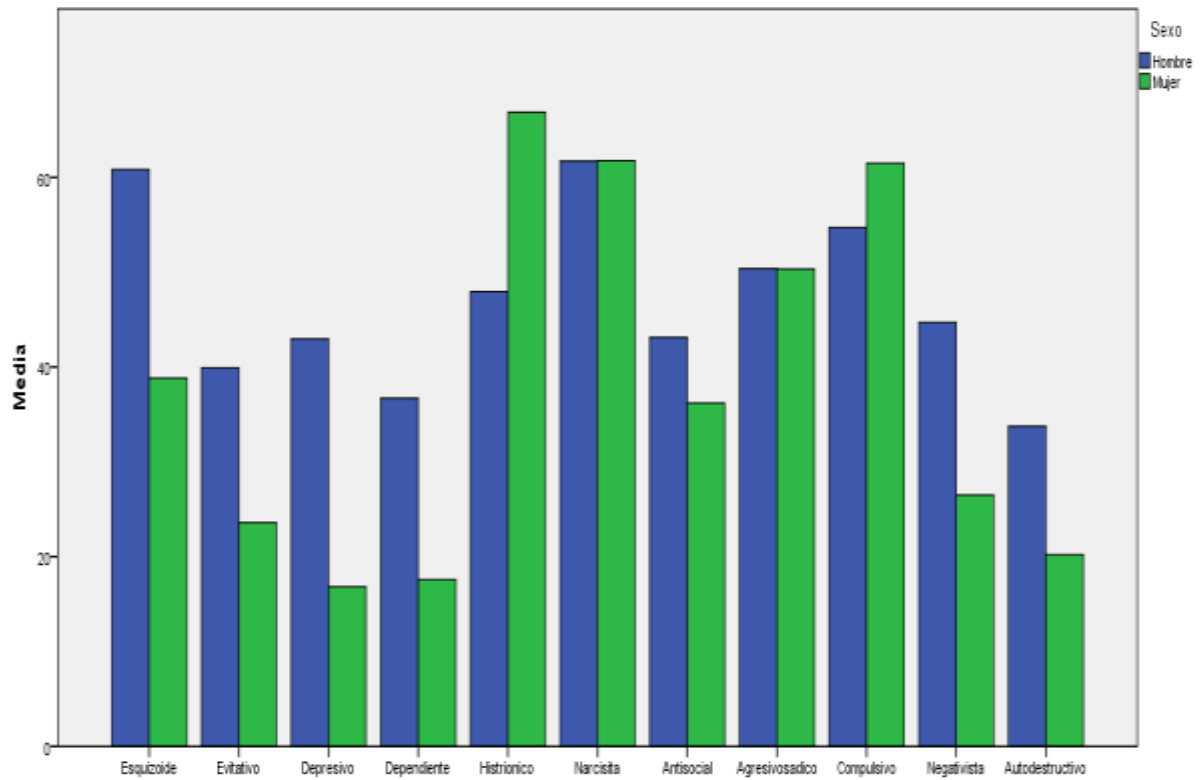


Gráfico 1. Estadísticos descriptivos de los padres y las madres.

En la tabla 2, se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones estándar obtenidas por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados.

Tabla 2

Medias y desviaciones estándar obtenidas por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

	N	Media	Desviación estándar
Esquizoide	48	49,83	27,182
Evitativo	48	31,75	29,325
Depresivo	48	29,90	31,258
Dependiente	48	27,15	30,857
Histriónico	48	57,42	19,006
Narcisista	48	61,73	15,417
Antisocial	48	39,67	25,476
Agresivo sádico	48	50,35	24,881
Compulsivo	48	58,10	14,705
Negativista	48	35,60	31,048
Autodestructivo	48	26,98	32,867

El gráfico 2 muestra las puntuaciones medias obtenidas por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados.

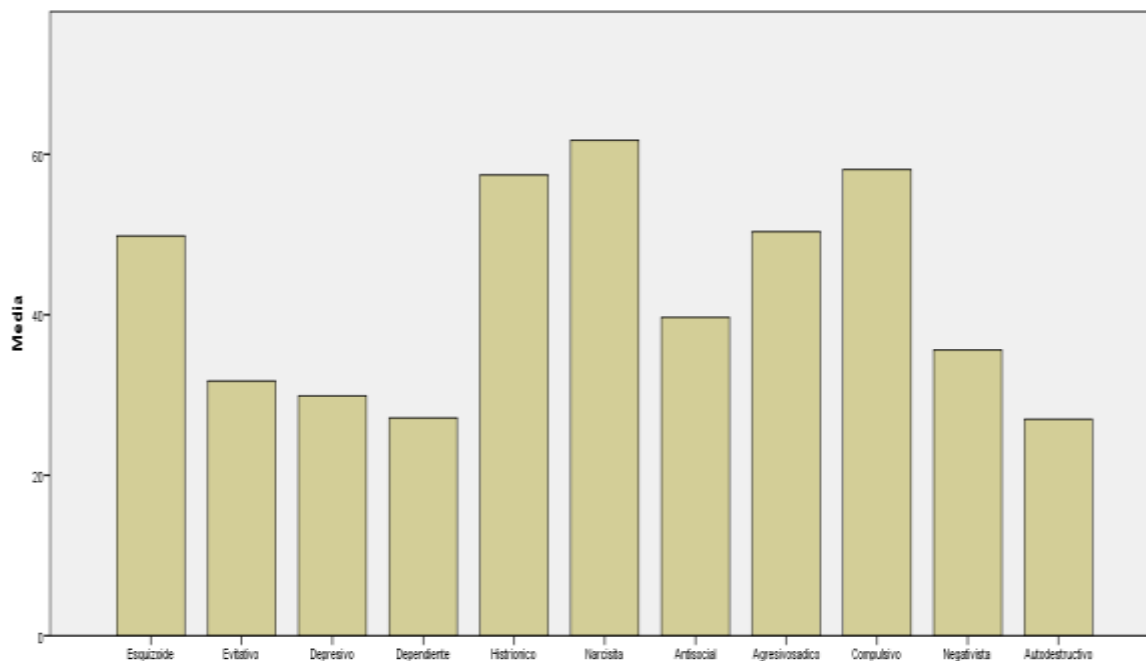


Gráfico 2. Estadísticos descriptivos población total.

4.1.2. Frecuencias.

En la tabla 3 se presenta la cantidad de veces que se ha presentado determinado rasgo de la personalidad en la población evaluada.

Tabla 3

Medias, medianas, modas, desviaciones estándar, varianzas, rangos y percentiles obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Familia		Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	
Padre	N	Válido	24	24	24	24	24	24
		Perdidos	0	0	0	0	0	0
	Media	60,83	39,92	42,96	36,71	47,96	61,71	
	Mediana	64	36	40	35	50	58	
	Moda	64	0 ^a	0 ^a	0	66	57	
	Desviación estándar	26,722	31,603	34,064	34,335	16,879	14,051	
	Varianza	714,058	998,775	1160,389	1178,911	284,911	197,433	
	Rango	94	115	115	115	60	54	
	Percentiles	25	36	15	20	0	39	53
		50	64	36	40	35	50	58
75		75	57	67	60	60	68,5	
Madre	N	Válido	24	24	24	24	24	24
		Perdidos	0	0	0	0	0	0
	Media	38,83	23,58	16,83	17,58	66,88	61,75	
	Mediana	40	13	10	7	70	64	
	Moda	30 ^a	0	0	0 ^a	68 ^a	64	
	Desviación estándar	23,308	24,886	21,91	23,998	16,326	16,979	
	Varianza	543,275	619,297	480,058	575,906	266,549	288,283	
	Rango	85	70	71	86	74	104	
	Percentiles	25	20	0	0	0	60,5	60,5
		50	40	13	10	7	70	64
75		60	49	27	23,5	76	67,5	

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 3

Medias, medianas, modas, desviaciones estándar, varianzas, rangos y percentiles obtenidas por los padres y por las madres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Familia		Antisocial	Agresivo sádico	Compulsivo	Negativista	Autodestructivo	
N	Válido	24	24	24	24	24	
	Perdidos	0	0	0	0	0	
Media		43,13	50,38	54,71	44,71	33,75	
Mediana		41,5	55,5	57	41,5	30	
Moda		22	43	44 ^a	0	0	
Padre	Desviación estándar	28,4	28,104	11,907	34,692	36,305	
	Varianza	806,549	789,81	141,781	1203,52	1318,022	
	Rango	87	112	47	111	115	
	Percentiles	25	16,75	26	44	15	0
		50	41,5	55,5	57	41,5	30
		75	72,75	64,75	62,25	72	60
	N	Válido	24	24	24	24	24
Perdidos		0	0	0	0	0	
Media		36,21	50,33	61,5	26,5	20,21	
Mediana		36	60,5	60	16,5	0	
Moda		12 ^a	61	60	0	0	
Madre	Desviación estándar	22,244	21,799	16,613	24,36	28,173	
	Varianza	494,781	475,188	276	593,391	793,737	
	Rango	82	74	78	72	81	
	Percentiles	25	15	36	56	7	0
		50	36	60,5	60	16,5	0
		75	57	66	73,5	47	36

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

En los siguientes gráficos (3-13) se muestran los histogramas de las frecuencias según cada rasgo de la personalidad evaluado.

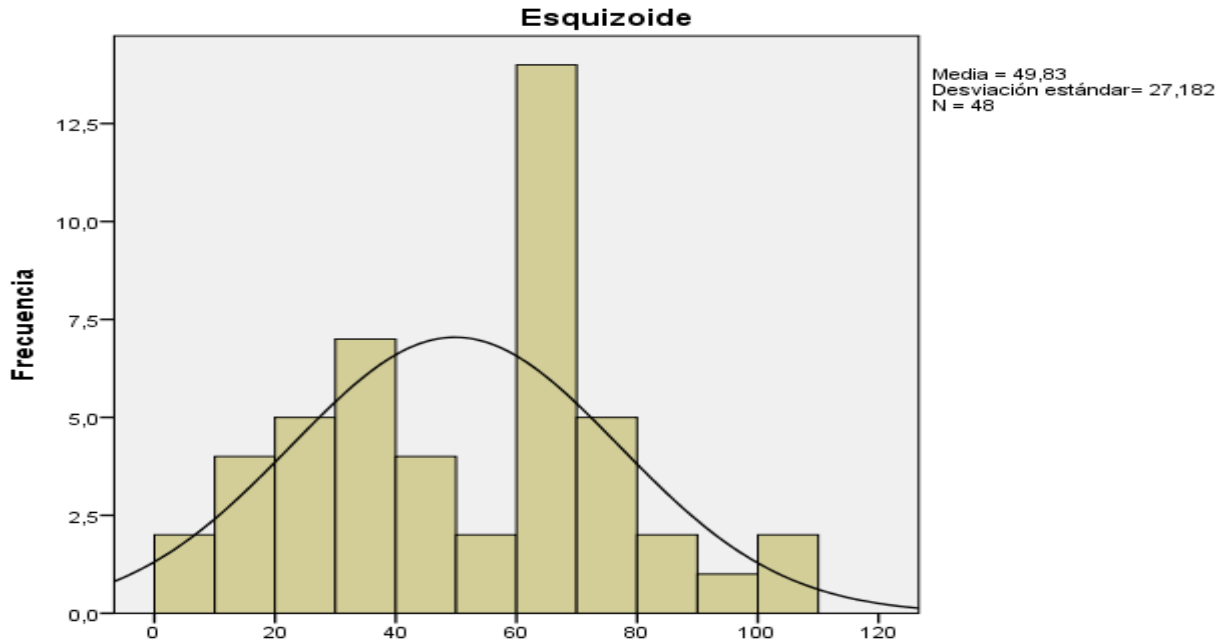


Gráfico 3. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Esquizoide.

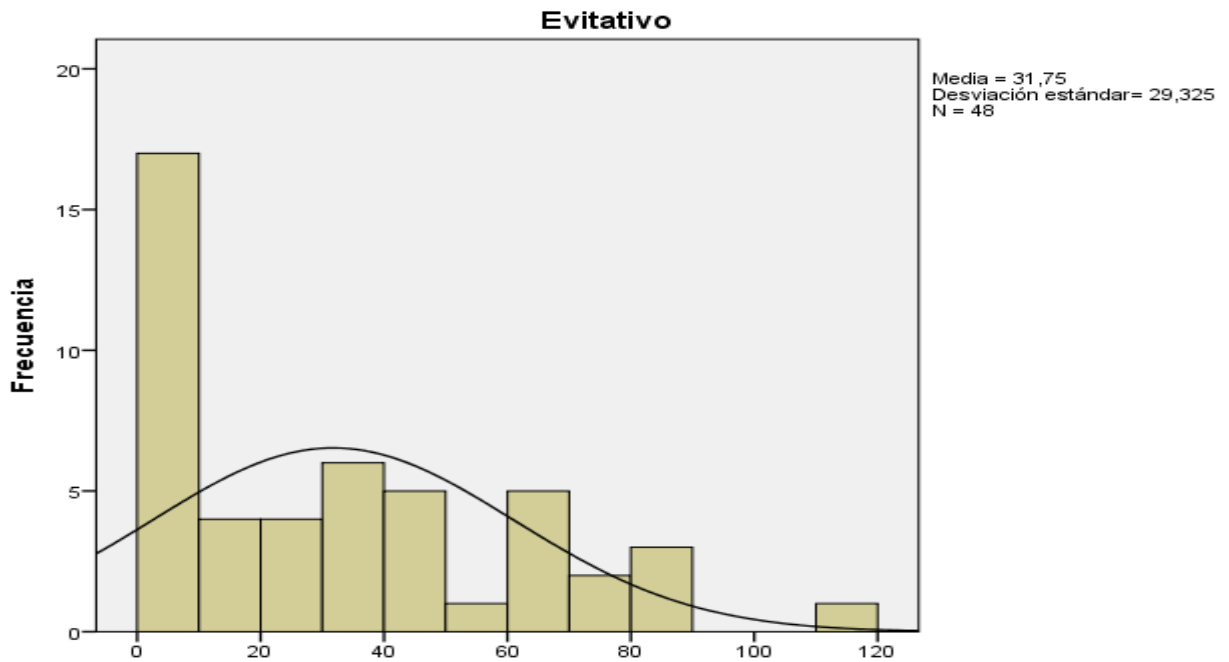


Gráfico 4. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Evitativo.

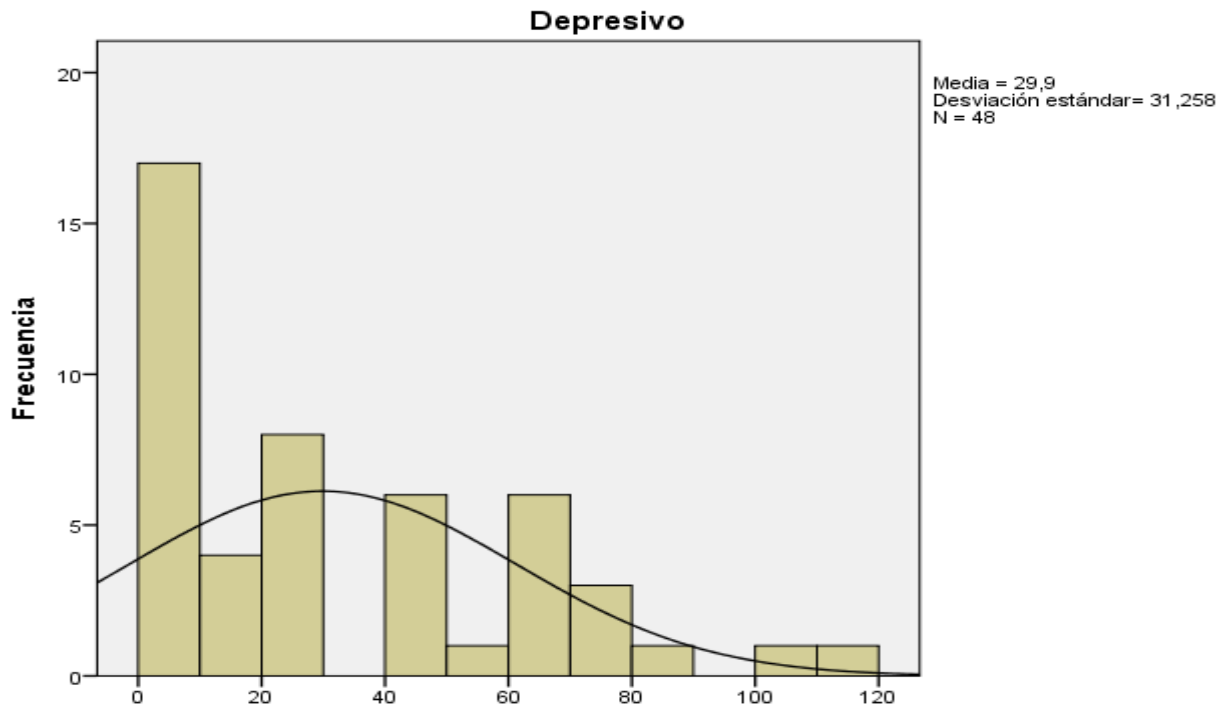


Gráfico 5. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Depresivo.

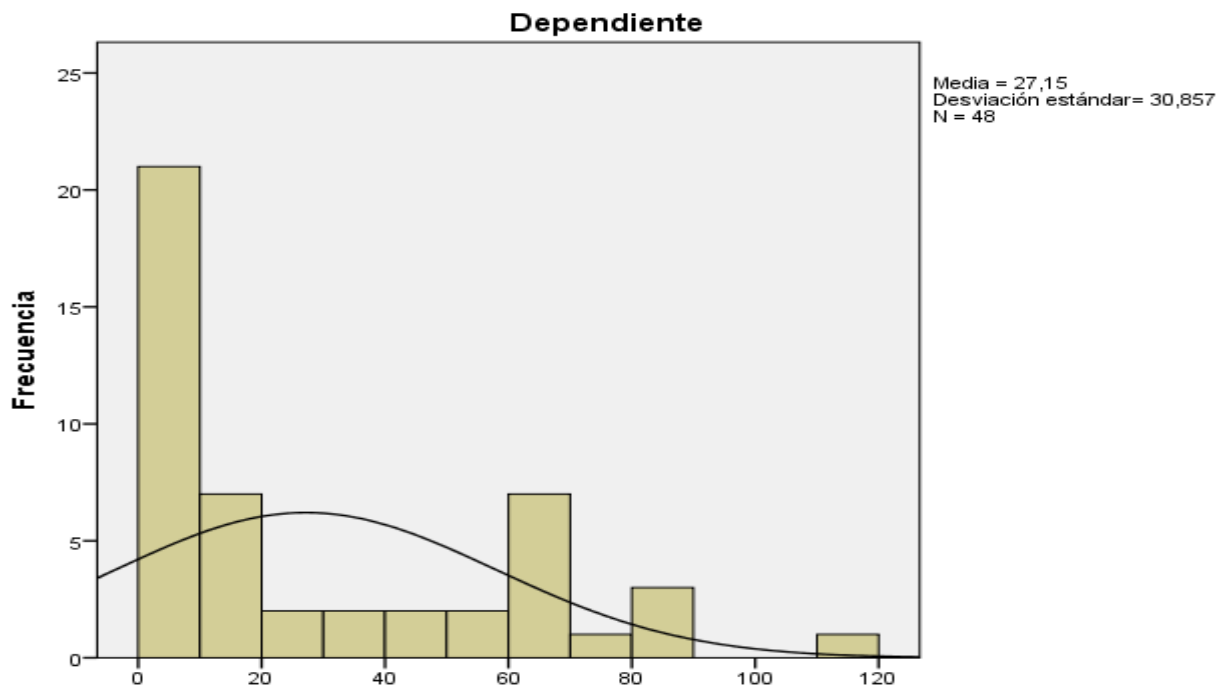


Gráfico 6. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Dependiente.

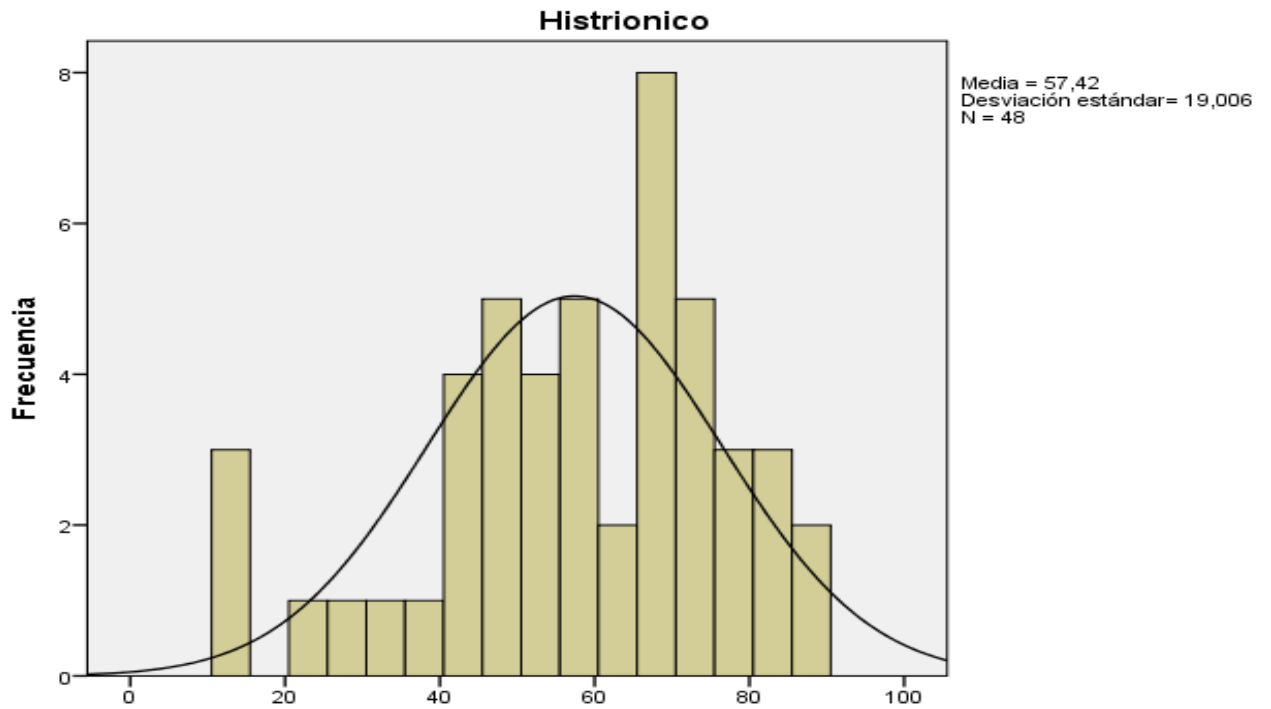


Gráfico 7. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Histrionico.

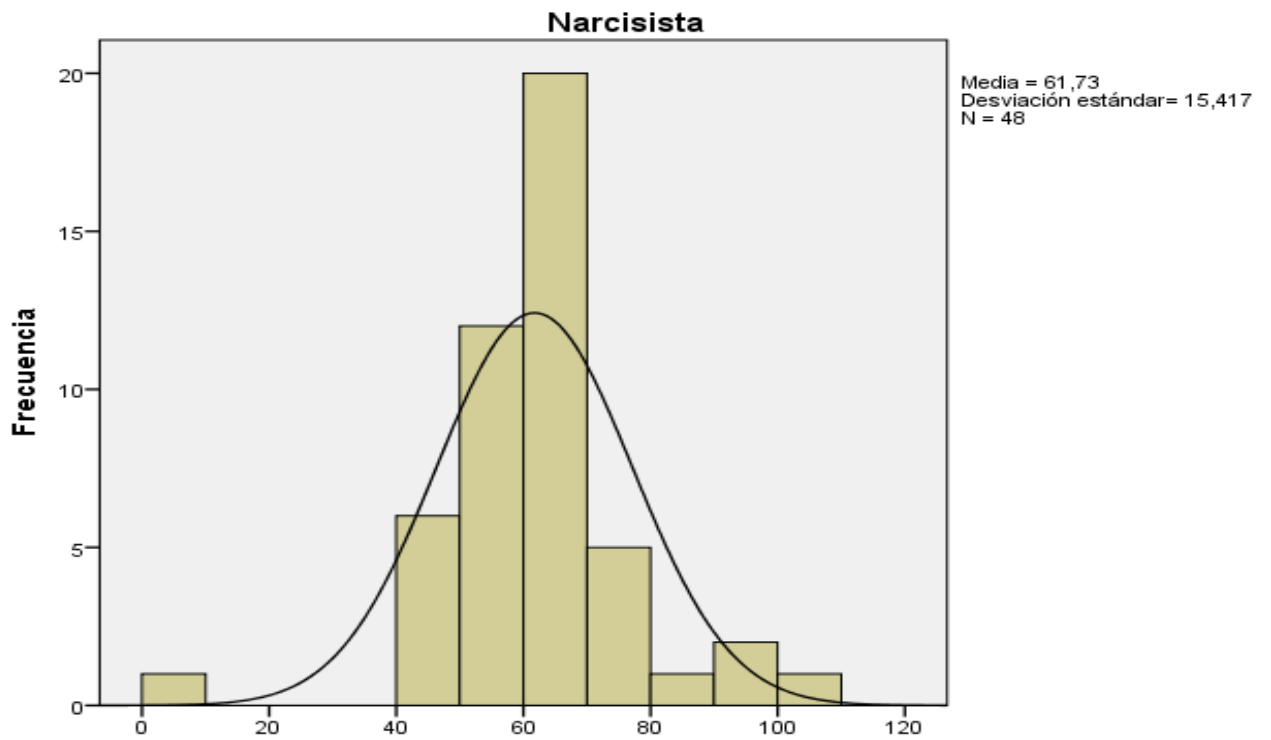


Gráfico 8. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Narcisista.

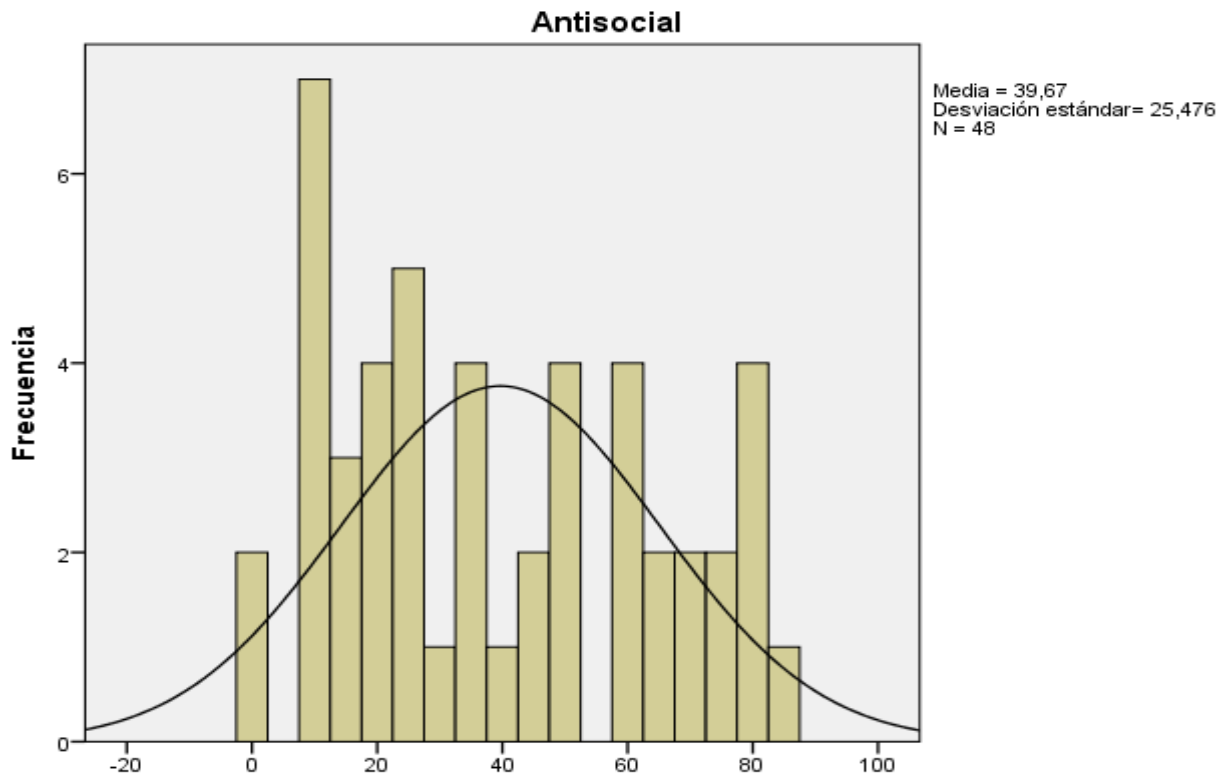


Gráfico 9. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Antisocial.

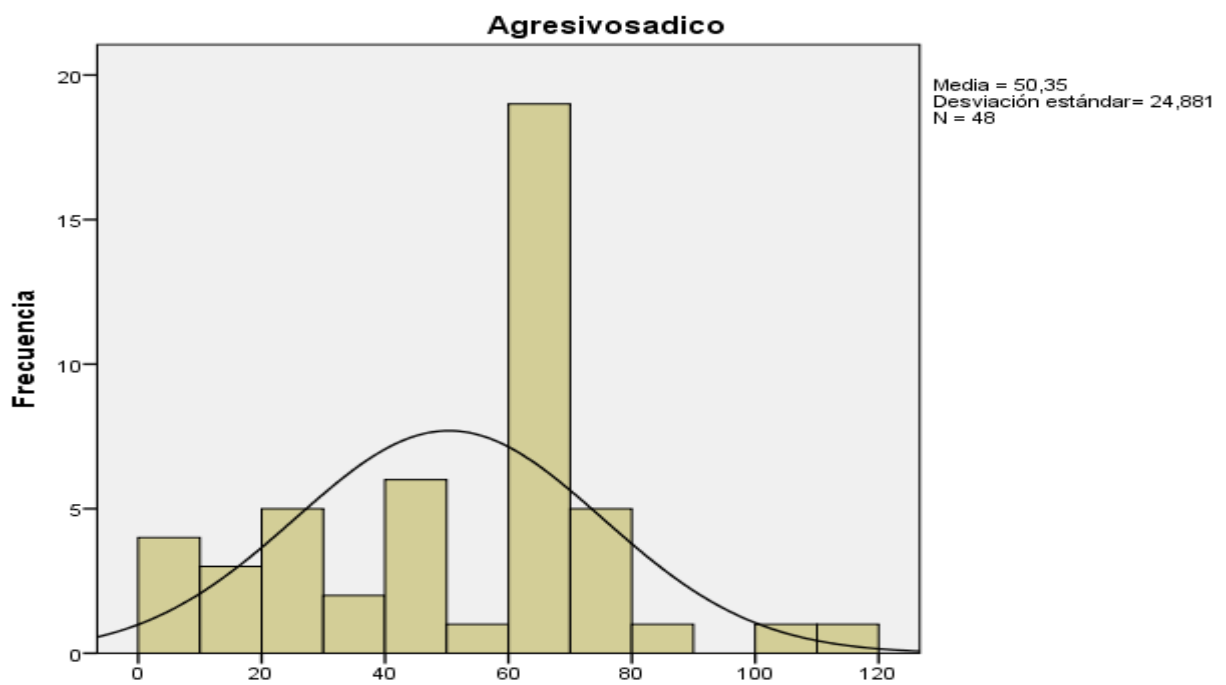


Gráfico 10. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Agresivo sádico.

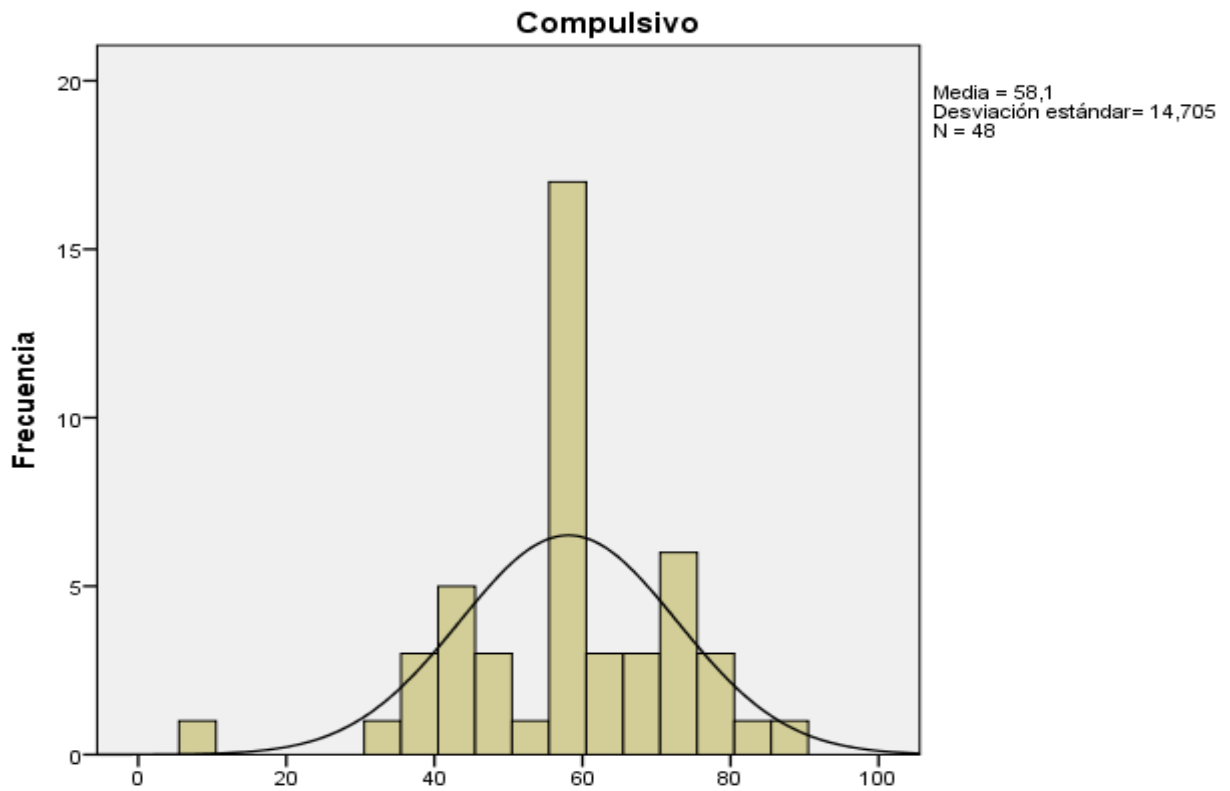


Gráfico 11. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Compulsivo.

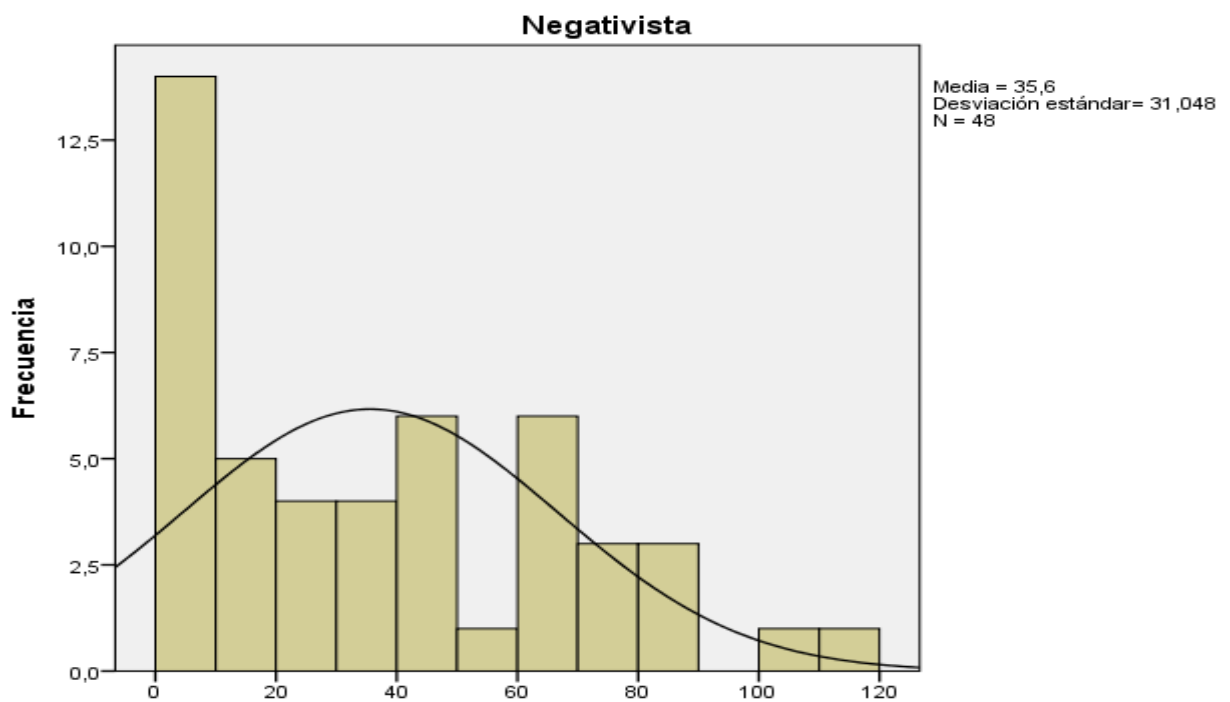


Gráfico 12. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Negativista.

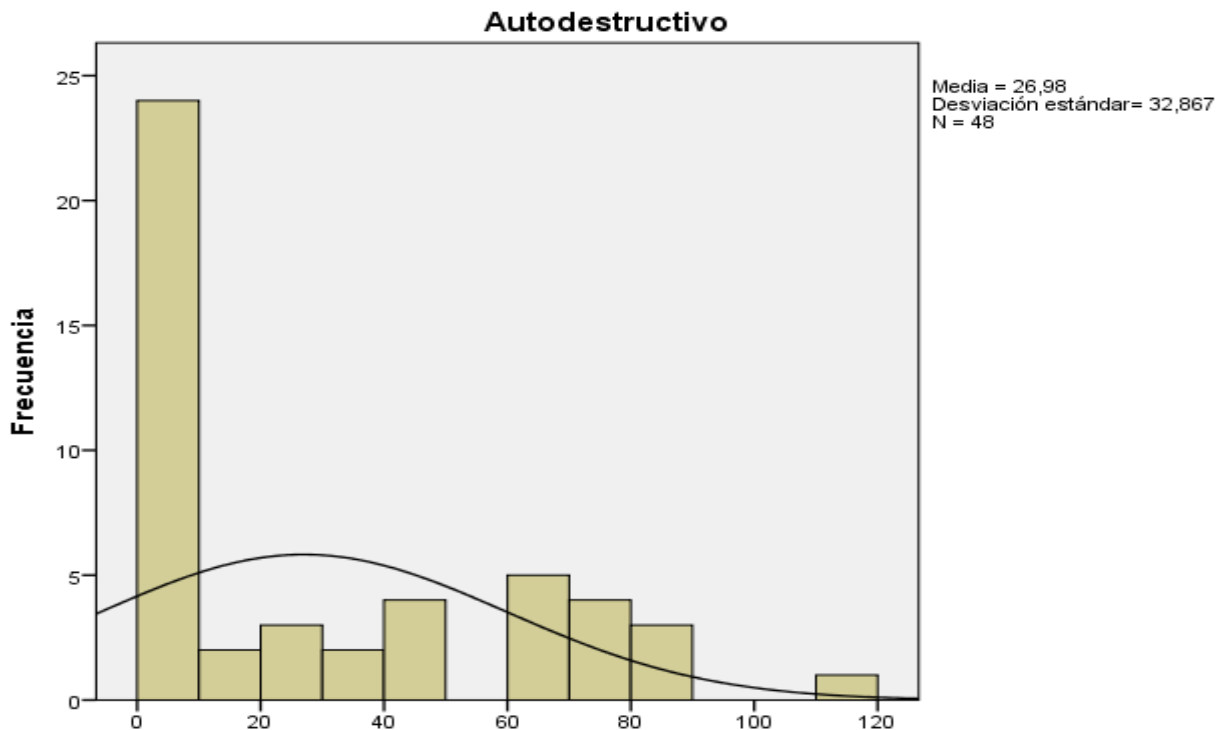


Gráfico 13. Histograma de las frecuencias de la población total – rasgo Autodestructivo.

4.1.3. Medida de distribución: Kolmogorov-Smirnov (K-S).

En la tabla 4 se muestran las distribuciones de los resultados obtenidos.

Tabla 4

Distribución de los resultados obtenidos por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

		Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista
N		48	48	48	48	48	48
Parámetros normales ^{a,b}	Media	49,83	31,75	29,90	27,15	57,42	61,73
	Desviación típica	27,182	29,325	31,258	30,857	19,006	15,417
Diferencia más extremas	Absoluta	0,146	0,139	0,187	0,260	0,112	0,155
	Positiva	0,100	0,135	0,187	0,260	0,060	0,155
	Negativa	-0,146	-0,139	-0,169	-0,189	-0,112	-0,130
Prueba estadística		0,146	0,139	0,187	0,260	0,112	0,155
Asymp. Sig. (2-tailed)		,012 ^c	,020 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,177 ^c	,006 ^c

a. Distribución de la prueba es Normal.

b. Calculado a partir de los datos.

c. Lilliefors Significance Correction.

Tabla 4

Distribución de los resultados obtenidos por la totalidad de padres según los rasgos de personalidad evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

		Antisocial	Agresivo sádico	Compulsivo	Negativista	Autodestructivo
N		48	48	48	48	48
Parámetros normales ^{a,b}	Media	39,67	50,35	58,10	35,60	26,98
	Desviación típica	25,476	24,881	14,705	31,048	32,867
Diferencia más extremas	Absoluta	0,168	0,213	0,151	0,142	0,294
	Positiva	0,168	0,099	0,095	0,142	0,294
	Negativa	-0,100	-0,213	-0,151	-0,126	-0,206
Prueba Estadística		0,168	0,213	0,151	0,142	0,294
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002 ^c	,000 ^c	,008 ^c	,016 ^c	,000 ^c

a. Distribución de la prueba es Normal.

b. Calculado a partir de los datos.

c. Lilliefors Significance Correction.

4.1.4. Aplicación de pruebas paramétrica y no paramétricas.

La tabla 5 presenta los resultados obtenidos mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney debido a la distribución que presentan sus resultados.

❖ No paramétrica: *U de Mann-Whitney*

Tabla 5

Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

	Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Narcisista
U de Mann-Whitney	149,000	204,500	154,000	209,500	209,000
Z	-2,871	-1,738	-2,821	-1,643	-1,632
Sig. asintótica (bilateral)	,004	,082	,005	,100	,103

a. Variable de agrupación: Familia

**p < .01

*p < .05

Tabla 5
Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

	Antisocial	Agresivo sádico	Compulsivo	Negativista	Autodestructivo
U de Mann-Whitney	254,000	282,500	186,500	197,000	235,000
Z	-,703	-,114	-2,105	-1,885	-1,169
Sig. asintótica (bilateral)	,482	,909	,035	,059	,242

a. Variable de agrupación: Familia

**p < .01

*p < .05

El gráfico 14 muestra el resumen de contraste de hipótesis, presentando los datos con distribución no normal que rechazan o conservan la hipótesis nula. Exhibe aquellas variables que presentan una diferencia significativa y aquellas que no presentan una diferencia significativa según los resultados obtenidos.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Esquizoide es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,004	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Evitativo es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,082	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Depresivo es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,005	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Dependiente es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,100	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Histriónico es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de Narcisista es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,103	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de Antisocial es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,482	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de Agresivosádico es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,909	Retener la hipótesis nula.
9	La distribución de Compulsivo es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,035	Rechazar la hipótesis nula.
10	La distribución de Negativista es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,059	Retener la hipótesis nula.
11	La distribución de Autodestructivo es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,242	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.

Gráfico 14. Resumen de contraste de hipótesis.

La tabla 6 presenta los resultados obtenidos mediante la prueba paramétrica T de Student dada la distribución que presentan sus resultados.

❖ Prueba paramétrica: Test t de Student

Tabla 6

Prueba paramétrica Test t de Student.

	Familia	N	Media	Desviación Std	t.	Sig.
Histriónico	Padre	24	47,96	16,879	-3,946	,000
	Madre	24	66,88	16,326		

*p < ,01

**p < ,05

4.1.5. Diferencia de medias.

La tabla 7 muestra las diferencias entre las medias de los padres y de las madres según cada rasgo de la personalidad.

Tabla 7

Diferencia de medias de los resultados obtenidos por los padres y las madres según los rasgos de personalidad encontrados mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

	Familia	N	Rango de Medias
Esquizoide	Padre	24	30,29
	Madre	24	18,71
Evitativo	Padre	24	27,98
	Madre	24	21,02
Depresivo	Padre	24	30,08
	Madre	24	18,92
Dependiente	Padre	24	27,77
	Madre	24	21,23
Histriónico	Padre	24	16,81
	Madre	24	32,19
Narcisista	Padre	24	21,21
	Madre	24	27,79
Antisocial	Padre	24	25,92
	Madre	24	23,08
Agresivo sádico	Padre	24	24,27
	Madre	24	24,73
Compulsivo	Padre	24	20,27
	Madre	24	28,73
Negativista	Padre	24	28,29
	Madre	24	20,71
Autodestructivo	Padre	24	26,71
	Madre	24	22,29

4.1.6. Análisis factorial.

En la tabla 8 se muestra, por un lado, el nivel de relación que tienen las variables entre si y también el nivel de aplicabilidad del análisis factorial a las variables estudiadas.

Tabla 8
Prueba KMO y Bartlett.

Medida de la adecuación del muestreo Kaiser-Meyer-Olkin		,814
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-Cuadrada	420,899
	Df	55
	Sig.	,000

Determinante = 5,000

En la tabla 09 se muestra el nivel de Comunalidad, mostrando el porcentaje que explica la nueva estructura factorial para cada variable.

Tabla 9
Comunalidad de cada rasgo de personalidad evaluado por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

	Inicial	Extracción
Esquizoide	1,000	0,795
Evitativo	1,000	0,853
Depresivo	1,000	0,738
Dependiente	1,000	0,632
Histriónico	1,000	0,868
Narcisista	1,000	0,831
Antisocial	1,000	0,883
Agresivo sádico	1,000	0,768
Compulsivo	1,000	0,892
Negativista	1,000	0,797
Autodestructivo	1,000	0,815

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la tabla 10 se muestra la varianza total explicada: autovalores iniciales; suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción; suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación.

Tabla 10
Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,145	55,860	55,860	6,145	55,860	55,860	5,222	47,473	47,473
2	1,607	14,608	70,469	1,607	14,608	70,469	2,033	18,482	65,956
3	1,122	10,200	80,669	1,122	10,200	80,669	1,618	14,713	80,669
4	0,584	5,305	85,974						
5	0,416	3,781	89,755						
6	0,353	3,209	92,964						
7	0,290	2,634	95,598						
8	0,158	1,432	97,030						
9	0,145	1,316	98,346						
10	0,108	0,986	99,331						
11	0,074	0,669	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la tabla 11 se muestran los factores que comparten características entre sí. Los niveles se forman según el nivel de la varianza total alcanzada, yendo de mayor a menor.

Tabla 11
Matriz de rotación de los componentes.

	Componentes		
	1	2	3
Evitativo	,912		
Esquizoide	,886		
Autodestructivo	,846		
Depresivo	,818		
Negativista	,756		
Dependiente	,726		
Compulsivo		,868	
Antisocial		,640	
Agresivo sádico		,611	
Narcisista			,887
Histriónico			,695

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

El método de rotación: Varimax con Kaiser Normalización.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

4.2. PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS DE DATOS

Mediante el estadístico de prueba Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors se encontró que la distribución en el rasgo Histriónico se diferencia de las demás variables estudiadas, ya que es el único factor que presenta un nivel de p mayor a 0.05 concluyendo que esta posee una distribución normal.

Al reconocer el tipo de distribución y el nivel de significación que presenta el rasgo Histriónico, se estima que los puntajes alcanzados por la población han sido distribuidos de manera homogénea.

Al tener unos parámetros dentro de la normal, mediante la prueba T de Student se encuentra un nivel de significación de ,000 rechazando la hipótesis nula al 99%.

Mediante la diferencia entre las medias de los padres y de las madres evaluadas, se encuentra que, dentro del rasgo Histriónico, las madres son quienes puntúan en mayor grado frente a los padres alcanzando un rango de 32,19 en comparación al de 16,81.

En relación a los datos que no se distribución normalmente, mediante la prueba estadística U de Mann-Whitney se demostró que hay rasgos que presentan diferencias significativas. Únicamente en los rasgos Esquizoide, Depresivo y Compulsivo se alcanzó un valor de significancia estadística menor a ,005 pudiéndose rechazar la hipótesis nula al 95%. El rasgo Esquizoide obtuvo un nivel crítico de ,004 rechazando la hipótesis nula al 96%; el rasgo Depresivo un valor de ,005 rechazándola al 95%; el rasgo Compulsivo un nivel de significancia de ,035 negando la hipótesis nula al 96,5%.

El rango entre las medias de los padres y las madres en dichos rasgos, evidencian mayor puntuación para los padres en dos de los rasgos: Esquizoide y Depresivo; mientras que las madres destacan en el rasgo Compulsivo. Los padres alcanzan un puntaje de 30,29 para Esquizoide y 30,08 para Depresivo, frente al 18,71 que presentan las madres en el rasgo Esquizoide y al 18,92 en el rasgo Depresivo. Por otro lado, respecto al rasgo Compulsivo las madres presentan una puntuación de 28,29 en comparación al alcanzado por los padres que es de 20,27.

Se toma en cuenta el nivel de significación a fin de poder rechazar la hipótesis nula, ya que se demuestra que tanto en Esquizoide, Depresivo y en el rasgo Compulsivo poseen evidencia estadística de que hay una diferencia significativa entre los padres y las madres.

Finalmente, como método específico para contrastar la validez de los factores obtenidos, se utilizó la técnica estadística de análisis factorial, el cual a su vez reduce los datos y los agrupa en dimensiones con el fin de encontrar grupos homogéneos según el nivel de correlación que presentan las variables estudiadas. Mediante el análisis factorial se generan grupos, o dimensiones, con significado común, de esta manera se reducen al mínimo el número de dimensiones y que, a su vez, estas sean capaces de explicar la máxima información contenida en los datos.

La prueba de KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) compara la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial. Dado que el índice KMO alcanza un valor de ,814 se considera que la relación entre las variables es adecuada, ya que los valores en KMO oscilan entre 0 y 1 siendo los más cercanos a 1 los de mayor significancia para el modelo factorial.

Asimismo, mediante la prueba de esfericidad de Bartlett se busca contrastar la hipótesis respecto a que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. De esta manera, se encuentra que el nivel crítico (*Sig.*) obtenido es de ,000 siendo este menor al nivel de significación de ,001 por lo cual se rechaza la hipótesis nula de esfericidad y se confirma que el modelo factorial es el adecuado para explicar los datos obtenidos.

Con el fin de controlar la fase de rotación del análisis y de facilitar la interpretación de la solución factorial, se opta por un proceso de rotación de tipo ortogonal respetando la independencia de los factores de la solución inicial. Mediante el método de rotación Varimax con Kaiser se logra obtener tres tipos de categorías o *componentes principales*, entendidas como factores formados según los niveles

de saturación presentes en cada variable. De esta manera, los datos se han extraído y agrupado en 3 factores. Los rasgos que han presentado niveles de saturación menores a ,01 (en valor absoluto), han sido eliminados dado que carecen de valor interpretativo.

De esta manera, se recoge el porcentaje de la varianza perteneciente a la suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción. De igual forma, se procede con el porcentaje de varianza de la suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación. Ambas, de manera independiente, describen el poder explicativo de la varianza total y el porcentaje en la rotación Varimax de los 3 componentes o factores.

Para hallar el poder predictivo de cada variable se toma en consideración la Comunalidad (coeficiente de correlación lineal múltiple de cada variable). Mediante el cuadrado de los puntajes que arroja la matriz de componente rotados para cada variable interviniente, es posible encontrar el porcentaje de la varianza total. Finalmente, la división de estos resultados (matriz de componentes al cuadrado) con el puntaje de extracción que brinda la Comunalidad, es posible encontrar el porcentaje del total del espacio de cada factor.

Asimismo, y con el único fin de contribuir al momento de interpretar los datos, estos se muestran ordenados según el nivel de saturación alcanzados.

4.2.1. Factor #1.

En el **factor #1** se asocian las variables Evitativo, Esquizoide, Autodestructivo, Depresivo, Negativista y Dependiente. Este factor tiene un poder explicativo de 55,86% de la varianza total.

- La variable **Evitativo** queda explicada por el total de los factores en un 85,35%. Representa el 83,17% de la varianza total, es decir el 97,45% del total del espacio de los factores.

- La variable **Esquizoide** queda explicada por el total de los factores en un 79,51%, representando el 78,50% de la varianza total. Es decir, el 98,74% del total del espacio de los factores.
- La variable **Autodestructivo** queda explicada por el total de los factores en un 81,53% y, a su vez, representa el 71,57% de la varianza total. Es decir, el 87,78% del total del espacio de los factores.
- La variable **Depresivo** queda explicada por el total de los factores en un 73,79%, mientras que representa el 66,91% de la varianza total. Es decir, el 90,67% del total del espacio de los factores.
- La variable **Negativista** queda explicada por el total de los factores en un 79,68% y, a su vez representa el 57,15% de la varianza total. Es decir, el 71,73% del total del espacio de los factores.
- La variable **Dependiente** queda explicada por el total de los factores en un 63,23%. Representa el 52,71% de la varianza total, es decir el 83,36% del total del espacio de los factores.

4.2.2. Factor #2.

En el **factor #2** se asocian las variables Compulsivo, Antisocial y Agresivo sádico, el cual tiene un poder explicativo de explicativo de 14,61% de la varianza total.

- La variable **Compulsivo** queda explicada por el total de los factores en un 89,23%, mientras que representa el 75,34% de la varianza total. Es decir, el 84,44% del total del espacio de los factores.
- La variable **Antisocial** queda explicada por el total de los factores en un 88,28% y, a su vez, representa el 40,96% de la varianza total. Es decir, el 46,40% del total del espacio de los factores.
- La variable **Agresivo** queda explicada por el total de los factores en un 76,82%. Representa el 37,33% de la varianza total, es decir el 48,60% del total del espacio de los factores.

4.2.3. Factor #3.

En el **factor #3** se asocian las variables Narcisista e Histriónico, el cual tiene un poder explicativo de explicativo de 10,20% de la varianza total.

- La variable **Narcisista** queda explicada por el total de los factores en un 83,14%, mientras que representa el 78,68% de la varianza total. Es decir, el 94,64% del total del espacio de los factores.
- La variable **Histriónico** queda explicada por el total de los factores en un 86,81% y, a su vez, representa el 48,30% de la varianza total. Es decir, el 55,64% del total del espacio de los factores.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue describir los rasgos de personalidad que muestran los padres biológicos que tienen hijos con TDAH. Los resultados han sido apoyados por diferentes investigaciones afines y por autores dentro del ámbito de la personalidad.

Se ha encontrado mayor incidencia en el rasgo de la personalidad Histriónico, Esquizoide, Depresivo y Compulsivo, lo cual confirma los hallazgos encontrados en investigaciones previas (Dadashzadeh, Amir, Atapour, Abdi, & Asadian, 2014). Asimismo, las características de cada estilo de la personalidad descrita se relacionan con otros trabajos (Danckaerts, y otros, 2010), en el cual se encuentra que los padres comparten una visión poco ajustada a la realidad de sus hijos con TDAH describiendo una valoración negativa al no lograr la expectativa por ambas partes, padres e hijos.

De esta manera, mientras las madres (Seligman & Martin, 1984) perciben el ambiente de manera más dramática, sobrevalorada o excesiva (estilo Histriónico) y, a su vez, evidenciando cierta necesidad de control, seguridad y una exigencia muy rígida (estilo Compulsivo); por otro lado, los padres muestran una disposición a no involucrarse en aspectos emocionales, mostrando dificultad para brindar afecto (estilo Esquizoide), asumiendo un estado de ánimo abatido, desanimado

llegando a ser pesimista en muchos casos (estilo Depresivo). El resultado de la suma de estos caracteres ha sido reportado de manera indirecta en trabajos diversos relacionados al tipo de paternidad que tienen los padres cuyos hijos tienen un diagnóstico de TDAH (Roselló, García, Tárraga, & Mulas, 2003).

Dada la convergencia entre los padres y el estilo de personalidad de cada uno, estos crearían un tipo de paternidad específica. El estilo de crianza que se genera como resultado de la suma de estos rasgos, está asociado a estrategias de crianza basadas en métodos de disciplina agresivos y sentimientos negativos de los padres hacia los hijos, empleando vías de comunicación basadas en el razonamiento siendo escasa la implementación de refuerzos positivos (Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998).

Estos resultados implicarían que los padres biológicos de hijos con TDAH poseerían competencias que no serían las más apropiadas frente a las características inherentes de TDAH. Se muestra que los padres presentan un limitado manejo de herramientas personales al momento de afrontar situaciones emocionalmente demandantes, haciendo que estas estrategias se direccionen según el tipo de personalidad que cada uno presente. Por un lado, se tiene una postura que no se detiene a profundizar, que impone un alto nivel de exigencia esperando metas concretas, pero sin lograr otorgarle valor o importancia a los detalles inmersos en el proceso. Sumado a ello, se presenta un rol con escasa actividad y participación, mostrando un vínculo sustentado por la lógica y la razón, dada la dificultad para expresar y crear lazos emocionales, pudiendo tener mayor interés en resaltar los aspectos negativos.

Los resultados encontrados también se ven confirmados en otro estudio al tratar de conocer el tipo de percepción que tienen los padres frente a sus hijos con TDAH en comparación a familias que no compartían dicho trastorno. Los resultados encontrados en dicho estudio, como los descritos en la presente investigación, coinciden en que los padres con hijos con TDAH compartirían sentimientos de ineficacia personal, un mayor índice de estrés, frustración y rechazo (Donenberg & Baker, 1993).

Asimismo, dados los caracteres de personalidad encontrados en los padres biológicos de hijos con TDAH, se pone en evidencia el escaso valor que estos le otorgan al desarrollo socioemocional. El carente soporte afectivo emocional sumado a la sobrevaloración del entorno que ejercen los padres, pone en manifiesto el débil interés por desarrollar estrategias personales con el fin de brindar respuestas ante las demandas del medio. Su visión centrada en los logros, la admiración y en la superación de los eventos estresantes, generados en su mayor parte por el impacto que tiene el TDAH sobre el medio (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992), genera que los niveles de autoestima de los hijos se vean afectados y disminuidos (Mena Pujol & Tort Almeida, 2001). Lo planteado se vería confirmado en varios estudios relacionados a la autoestima de niños con TDAH (Bakker & Rubiales, 2012).

Finalmente, mediante el análisis factorial se pudo encontrar que los resultados pudieron ser segmentados en 3 factores. Esto sugeriría que ciertos estilos de personalidad muestran mayor asimilación con determinados rasgos. De esta manera, los resultados encontrados muestran similitud con el modelo de agrupamiento de los prototipos de personalidad propuesto por T. Millon (Millon & Davis, 1998).

Así se encuentra que características típicas del rasgo Narcisista e Histriónico pueden estar presentes en los padres, encajando en el prototipo de rasgos con conflictos intrapsíquicos. De igual manera, se halla que hay una tendencia a que los padres compartan rasgos de personalidad Compulsiva y Agresiva sádica, formando la categoría de rasgos con problemas interpersonales. Finalmente, se encuentra que los componentes asociados a los rasgos de la personalidad tipo Evitativo, Esquizoide y Depresiva podrían acompañar a los padres biológicos que tienen hijos con TDAH y, a su vez, estar considerados dentro del factor de rasgos que presentan dificultad para el reconocimiento del placer.

Los resultados encontrados han mostrado similitud con más de una investigación y constructo teórico, pudiendo tener una visión más acertada de los conflictos que

se adhieren al campo del TDAH. Revelar la relación entre diferentes rasgos de la personalidad y, más aun, encontrar altos índices de prevalencia en algunos rasgos específicos, exponen una tendencia hacia el modo de afrontar determinados eventos. Un padre que valora el logro y deja de lado el esfuerzo, creara rutas que no colaboran con el desarrollo del trastorno, es por ello que se sugiere que es necesario ampliar el área de estudio.

Cada estilo de personalidad se relaciona a una manera de reacción o a un tipo de afronte determinado, por lo cual cabe cuestionarse si este tipo de conducta es la más adecuada ante las características inmersas. En el caso del déficit de atención, es necesario que los padres se cuestionen el tipo de abordaje que están teniendo sobre sus hijos. Cada estilo de personalidad se relaciona a un tipo de respuesta, la cual podrá favorecer el desarrollo como también perjudicar el desenvolvimiento que tenga el trastorno pudiéndolo llegar a acentuar la sintomatología (Wells, y otros, 2000).

CAPÍTULO 5

5.1. RESUMEN DEL ESTUDIO

Se encontró una mayor disposición respecto a las madres, que tienen hijos con TDAH, para que estas presenten un estilo de personalidad Histriónico y Compulsivo, mientras que los padres mostraron una tendencia a mostrar rasgos Esquizoides y Depresivos.

Asimismo, se encuentran que los rasgos muestran una tendencia a presentarse con determinados rasgos de manera específica. Así es que el rasgo Evitativo, Esquizoide y Depresivo compartirían lo que T. Millon (Choca, 1999) define como prototipos con problemas para el reconocimiento de afecto. De igual manera, características compulsivas y agresivo sádicas formarían el factor con problemas interpersonales, para concluir con el estilo Histriónico que tiende a asociarse con características Narcisistas formando el factor con conflictos intrapsíquicos.

Se destaca que, en la dinámica familiar que convive y se interrelaciona con el trastorno por déficit de atención, premia una percepción sobrevalorada del medio enfatizando las metas y logros alcanzados. A esto se le suma un soporte emocional que pudiera no ser el más apropiado dada las características inherentes al TDAH, mostrando una tendencia a resaltar las áreas de trabajo frente a las competencias positivas.

5.2. CONCLUSIONES

1. El rasgo de personalidad que predomina en una muestra de progenitores de hijos con TDAH es el estilo Histriónico, el cual se presenta en un 99% de los casos. Sumado a ello, el rasgo Histriónico tiende a presentarse mayormente en las madres.
2. Asimismo, el rasgo de personalidad de tipo Esquizoide, Depresivo y Compulsivo también han alcanzado un nivel estadístico representativo en relación a la muestra. Los padres muestran mayor tendencia a presentar un

estilo de personalidad Esquizoide (96%) y Depresivo (95). El rasgo Compulsivo (96,5%), se observa mayormente en las madres.

3. El rasgo de personalidad Evitativo, presente en un 91,8%, muestra presencia en relación a los padres.
4. El rasgo de personalidad Dependiente, presente en un 90%, muestra mayor presencia en relación a los padres.
5. El rasgo de personalidad Narcisista, presente en un 89,7%, muestra mayor presencia en relación a las madres.
6. El rasgo de personalidad Antisocial, presente en un 50,8%, muestra mayor presencia en relación a los padres.
7. El rasgo de personalidad Agresivo sádico, presente en un 9,1%, muestra mayor presencia en relación a las madres.
8. El rasgo de personalidad Negativista, presente en un 41%, muestra mayor presencia en relación a los padres.
9. El rasgo de personalidad Autodestructivo, presente en un 75,8%, muestra mayor presencia en relación a los padres.

5.3. RECOMENDACIONES

Se sugiere que los estudios llevados a cabo dentro del campo del TDAH se amplíe, especialmente a nivel local ya que, casi la totalidad de investigaciones afines son del extranjero suponiendo un sesgo cultural muy grande.

Con el fin de generar mejores vías de abordaje, tratamiento y ampliar el conocimiento respecto al TDAH en nuestro país, es necesario reunir mayor información que permita una intervención desde una etapa muy previa a la concepción. Tomando en cuenta que, en edades adultas, el estilo de personalidad puede acentuarse o atenuarse mas no generar cambios abruptos, sería posible que los padres reciban capacitaciones o información antes de concebir un hijo. Sin bien, el TDAH tiene una base hereditaria muy presente, el poseer mayor información haría que los padres puedan modificar sus estilos de afrontamientos dados sus rasgos de personalidad y adecuarlos para un bien común.

Lo dicho anteriormente cobra mayor relevancia al tomar en cuenta la tasa de prevalencia del TDAH a nivel local, a nivel educativo y a nivel familiar (Oficina de Estadística e Informática del INCN, 2007). El TDAH está dejando de ser un evento aislado, es por ello que resulta aún más importante tener mayor conocimiento y mejores estrategias, las cuales puedan brindar bienestar no solo a la persona con el diagnóstico, sino también de las personas que los rodean, especialmente la familia.

Estos resultados no quedan aislados ni pertenecen a un grupo en particular de la población, sino que vienen siendo reforzadas por resultados y hallazgos encontrados en diferentes estudios que trascienden la barrera cultural.

Diferentes investigaciones que han indagado en la dinámica familiar han podido brindar confirmación a los hallazgos encontrados, sin embargo, cabría cuestionarse si los estilos de personalidad que los padres presenta se ven acentuados cuando son expuestos ante la sintomatología del TDAH. Se espera que los resultados brinden interés y permitan abrir otros estudios de mayor profundidad.

Competencias emocionales tales como la autoestima, autoconcepto y autovalía de las personas con TDAH se ven afectadas, dada la exigencia que su medio más próximo ejercen en ellos (Bakker & Rubiales, 2012). Debido a ello, las personas que muestran un diagnóstico de TDAH, más aún aquellos en edades más tempranas, presentan dificultad al momento de afrontar diversos escenarios.

Se observa que los padres que tienen hijos con TDAH presentan un tipo particular de crianza, el cual a su vez es aprendido por sus hijos, generando un patrón de personalidad que se acentuará conforme pase el tiempo. Esto implicaría que no se valore la necesidad de buscar nuevas vías, las cuales sean más adecuadas para sobrellevar las exigencias y sintomatología del TDAH.

Cabe resaltar que, si los hijos no encuentran en sus padres, en su núcleo familiar más cercano, el apoyo y entendimiento necesario, no solo entorpece su desarrollo

personal, sino que será difícil que logren encontrarlo en otras esferas sociales, sean los amigos e incluso el colegio. Es necesario, desde los padres, buscar y cuestionarse cuál es la manera más adecuada de afrontar las características que devienen del TDAH, siendo capaces de modificar su comportamiento para luego poder exigir un cambio del medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Rev Neurol*, 44 (Supl 2): S37-41.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Virginia: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Anastopoulos, A., Guevremont, D., Shelton, T., & DuPaul, G. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 20: 503-20.
- Arcos-Burgos, M., Castellanos, F., Pineda, D., Lopera, F., Palacio, J., & Palacio, L. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population isolate: linkage to loci at 4q13.2, 5q33.3, 11q22, and 17p11. *Am J Hum Genet*, 75: 998-1014.
- Arnsten, A., & Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, movement and emotion and their disruptions in pediatric neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc*, 51: 356-67.
- Arnsten, S., & Pliszka, A. (2011). Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/ hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav*, 99: 211-6.
- Artigas, J. (2013). Autismo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias genéticas. *Rev Neurol.*, 57 (Supl 1): S155-61.
- Association, American Psychiatric. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Wahington: American Psychiatric Publishing.
- Association, American Psychiatric. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric.
- Avaria, M. d. (2005). Pediatría del Desarrollo y Comportamiento. *Revista Pediatría Electrónica*, Vol 2, N° 1.

- Bakker, L., & Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, Vol. 4 (1), 6-11.
- Bakker, L., & Rubiales, J. (2012). Self-Concept In Children With Attention Deficit Hiperactivity Disorder. *Psiencia. Latin american journal of psychological science*, 4(1) 5-11.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales*. Washington: Paidós.
- Berenguer, C., Miranda, A., Pastor, G., & Roselló, R. (2015). Comorbilidad del trastorno del espectro autista y el déficit de atención con hiperactividad. Estudio de revisión. *Rev Neurol*, 60 (Supl 1): S37-43.
- Bishop, D., & Snowling, M. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different? *Psychol Bull*, 130: 858-86.
- Bornstein, R. (1993). *The dependent personality*. New York: Guilford.
- Cao, Q., Shu, N., An, L., Wang, P., Sun, L., & Xia, M. (2013). Probabilistic diffusion tractography and graph theory analysis reveal abnormal white matter structural connectivity networks in drug-naive boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Neurosci*, 33: 10676-87.
- Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista latinoamericana de psicología*, 41 (1), 131-140.
- CFTMEA. (2000). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente*. Paris: Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental.
- Choca, J. (1999). Evolution of Millon's Personality Prototypes. En J. Choca, *Evolution of Millon's Personality Prototypes* (págs. 72(3), 353-364.). London: Journal of Personality Assessment, .
- Comings, D., Comings, B., Muhleman, D., Dietz, G., Shahbahrani, B., & Tast, D. (1991). The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA*, 266: 1793-800.
- Cubillo, A., Halari, R., Smith, A., Giampietro, V., Taylor, E., & Rubia, K. (2012). Fronto-cortical and fronto-subcortical brain abnormalities in children and adults with ADHD: a review and evidence for fronto-striatal dysfunctions in adults with ADHD followed up from childhood during motivation and attention. *Cortex.*, 48: 194-215.
- Dadashzadeh, H., Amir, S., Atapour, A., Abdi, S., & Asadian, M. (2014). Personality Profile of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Scientific World Journal.*, 5.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. New York: Andres Bello.

- Damasio, A. (2010). *El cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- Danckaerts, M., Sonuga, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Dopfner, H., & Hollis, C. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19: 83-105.
- Donenberg, G., & Baker, B. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psychol*, 21: 179-98.
- Elia, J., Gai, X., Xie, H., Perin, J., Geiger, E., & Glessner, J. (2010). Rare structural variants found in attention-deficit hyperactivity disorder are preferentially associated with neurodevelopmental genes. *Mol Psychiatry*, 15: 637-46.
- Faraone, S., & Doyle, A. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2: 143-6.
- Faraone, S., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33: 159-80.
- Faraone, S., Perlis, R., Doyle, A., Smoller, J., Goralnick, J., & Holmgren, M. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57: 1313-23.
- Filomeno, A. (2013). *El niño con deficit de atencion o hiperactividad: como pasar el fracaso al exito*. Lima: Altagraf .
- Flores Lázaro, J. C., & Ostrosky-Solís, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. Madrid: Editorial El Manual Moderno.
- Fuentes, L. (17 de abril de 2000). Historia detrás de la historia. *Clarín*, págs. 9-11.
- Fusar-Poli, P., Rubia, K., Rossi, G., Sartori, G., & Ballotín, U. (2012). Dopamine transporter alterations in ADHD: pathophysiology or daptation to psychostimulants? A meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 169: 264-72.
- Gadamer, H. (2005). *Hermenéuticos, La Dialéctica de Hegel: cinco ensayos* . Madrid: Illustrated.
- Giedd, J., Blumenthal, J., Molloy, E., & Castellanos, F. (2001). Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci*, 931: 33-49.
- Gizer, I., Ficks, C., & Waldman, I. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*, 126: 51-90.
- Gómez, A., Anaya, J., López, F., Rojano, L., Sánchez, C., Alvarado, L., . . . Marcin, C. (2012). Personalidad de Padres de niños Autistas en una muestra de 48 sujetos. En U. A. Sociales, *Retos y Alcances de la Investigación Conductual* (págs. 358-373). DF: UACJS.
- Gómez, A., Anaya, J., López, F., Rojano, L., Sánchez, C., Alvarado, L., . . . Marcin, C. (12 de 04 de 2013). *Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas*. Obtenido de Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas.: <http://www.eumed.net/>

- Góngora, V. (2006). Trastornos de personalidad en pacientes bulímicas: un estudio comparativo. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 52 (3), 157-163.
- Henriksen, A. (2014). *Child Adolesc. Psychiatry Epub ahead of print*. Londres: Everest.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. D.F.: McGraw-Hill.
- Herrera-Gutierrez, E., Calvo-Llena, M. T., & Peyres, C. (2003). El Trastorno Por Déficit De Atención. *Psicol. Gral. y Apl.*, 56 (1), 5-19.
- Herrero, M., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R., & Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol*, 42 (3): 137-143.
- Hoekzema, E., Carmona, S., Ramos-Quiroga, J., Fernández, V., Picado, M., & Bosch, R. (2012). Laminar thickness alterations in the fronto-parietal cortical mantle of patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *PLoS One.*, 7.
- Ivanov, I., Bansal, R., Hao, X., Zhu, H., Kellendonk, C., & Miller, L. (2010). Morphological abnormalities of the thalamus in youths with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 167: 397-408.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Lenora, N., & Newcorn, J. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 40: 147-58.
- Jimenez, F., & Sanchez, G. (2004.). *La falsificaciones de las técnicas psicométricas: un estudio con el MMPI-2*. Madrid.: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Konrad, K., & Eickhoff, S. (2010). *Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder*. Washington: Hum Brain Mapp.
- Labarriere, P.-J. (1985). *La fenomenología del espíritu de Hegel: introducción a una lectura*. Barcelona: Fondo de Cultura Económica.
- Larsson, J., Larsson, H., & Lichtenstein, P. (2004). Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: a longitudinal twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 43: 1267-75.
- Las Heras, A. (2002). *Parapsicología: de la magia y la hechicería a las curaciones paranormales*. Barcelona: Tusquets.
- Latha, K., Nair, R., & Bhat, S. (2012). Frequency of Parental Psychopathology in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Online J Health Allied Scs.*, 11(1):7.
- Loevinger, J. (1972). Some limitations of objective personality tests. Objective personality assessment. En J. Loevinger, *Some limitations of objective personality test. Objective personality assessment*. (págs. 45-58). New York: Academic Press.

- Lopez-Larson, M., King, J., Terry, J., McGlade, E., & Yurgelun-Todd, D. (2012). Reduced insular volume in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 204: 32-9.
- Losh, M., Sullivan, P., Trembath, D., & Piven, J. (2008). Current developments in the genetics of autism: from phenome to genome. *J Neuropathol Exp Neurol*, 67: 829-37.
- Makhamid, Y., Mendes, B., Rodrigues, H., Carvalho, H., & Alchieri, J. (14 de 02 de 2011). <http://www.psiquiatria.com>. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com>: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/50199/
- Mena Pujol, B., & Tort Almeida, M. (2001). *Autoestima y TDAH*. Barcelona: Fundación Privada ADANA.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1994.). *Millon index of personality styles*. San Antonio: The Psychological Corporation. Buenos Aires.: Paidós.
- Millon, T. (1999). *Reflection on Psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy*. New York: Journal of Personality Assessment.
- Millon, T. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. En T. Millon, *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (pág. 69; 81; 83; 86; 90; 96). Barcelona: MASSON.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: MASSON.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley and Sons.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III: Manual*. Barcelona: TEA ediciones.
- Miranda, A., Herrero, M., Colomer, C., & Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol.*, 52 (Supl 1): S119-26.
- Miranda-Casas, A., Herrero, M., Colomer-Diago, C., & Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Neurologia*, 52 (Supl 1): S119-26.
- Nagel, B., Bathula, D., Herting, M., Schmitt, C., Kroenke, C., & Fair, D. (2011). Altered white matter microstructure in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50: 283-92.
- Narr, K., Woods, R., Lin, J., Kim, J., Phillips, O., & Del'homme, M. (2009). Widespread cortical thinning is a robust anatomical marker for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 48: 1014-22.
- Navarro, R. (2014). *René Descartes*. Madrid: Rocio Navarro Lacoba.

- Nikolas, M., & Burt, S. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 119: 1-17.
- Oficina de Estadística e Informática del INCN. (19 de 10 de 2007). *Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*. Recuperado el 01 de 11 de 2015, de Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: <http://www.icn.minsa.gob.pe/>
- Oficina de Estadística e Informática del INCN. (19 de 10 de 2007). *Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*. Obtenido de Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: <http://www.icn.minsa.gob.pe/>
- Ogdie, M., Macphie, I., Minassian, S., Yang, M., Fisher, S., & Francks, C. (2003). A genomewide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. *Am J Hum Genet.*, 72: 1268-79.
- Oldham, J., & Morris, L. (1990). *The personality self-portrait*. New York: Bantam Books.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Plessen, K., Bansal, R., Zhu, H., Whiteman, R., Amat, J., & Quackenbush, G. (2006). Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 795-807.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Ramsey, A., & Watson, P. (1996). Self-Reported narcissism and perceived parental permissiveness and authoritarianism. *Journal of Genetic Psychology*, 157 (2), 1-9.
- Richard, C. (1999). *Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. New York: Journal of Personality Assessment,.
- Richard, C. (1999). *Testimony based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, commentary, and guidelines*. New York: Journal of Personality Assessment,.
- Richaud, M., Oros, L., & Lemos, V. (2006). Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.*, XV (1), 55-62.
- Rodrigues, H., Soares, A., Carlos, J., & Barreto, A. (22 de 02 de 2009). <http://www.psiquiatria.com> . Obtenido de <http://www.psiquiatria.com>: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico/39494/
- Rodríguez-Hernández, P., Martín Fernández-Mayoralas, D., & Fernández-Jaén, A. (2011). El trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Pediatría Integral.*, 15: 766-75.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *REV NEUROL*, 36 (Supl 1): S79-S84.

- Rubia, K., Alegría, A., & Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Rev Neurol*, 58 (Supl 1): S3-18.
- Salori, P., Campillo, M., Espinosa, R., Pagán, G., Oñate, C., & López, I. (14 de 02 de 2011). *Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia: Un estudio con el MCMI-III*. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com>: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/50080/
- Schulz, K., Himelstein, J., Halperin, J., & Newcorn, J. (2000). Neurobiological models of attention-deficit/hyperactivity disorder: a brief review of the empirical evidence. *CNS Spectr*, 5: 34-44.
- Seidman, L., Valera, E., & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57: 1263-72.
- Seligman, S., & Martin, E. (1984). *Abnormal Psychology*. London: Norton & Company.
- Sergeant, J. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol Psychiatry*, 57: 1248-55.
- Sergeant, JA. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. En S. JA., *Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model* (págs. 57: 1248-55.). Washington: Biol Psychiatry.
- Silk, T., Vance, A., Rinehart, N., Bradshaw, J., & Cunnington, R. (2007). Diffusion tensor imaging in attention deficit hyperactivity disorder. *J Neural Transm*, 114: Lxxii-Lxxii.
- Silver, L. B. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Washington: Psiquiaría editores, S.L.
- Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev*, 27: 593-604.
- Sonuga-Barke, E., Williams, E., Hall, M., & Saxton, T. (1996). Hyperactivity and delay aversion. III. The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *J Child Psychol Psychiatry*, 37: 189-94.
- SV, F., & J, B. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44: 951-8.
- Tierno, B., & Escaja, A. (2011). *Saber educar hoy. Guía para padres y educadores*. Madrid: Ediciones Planeta .
- Tom, B. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Wang, E., Ding, Y., Flodman, P., Kidd, J., Grady, L., & Ryder, O. (2004). The genetic architecture of selection at the human dopamine receptor D4 (DRD4) gene locus. *Am J Hum Genet*, 74: 931-44.

- Wells, K., Eppstein, J., Hinshaw, S., Conners, C., Klaric, J., & Abikoff, H. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hiperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol*, 28: 543-53.
- Willcutt, E., Sonuga-Barke, E., Nigg, J., & Sergeant, G. (2008). Recent developments in neuropsychological models of childhood psychiatric disorders. In Banaschewski T, Rohde LA, eds. *Biological child psychiatry. Recent trends and developments. Karger publishers*, 195-226.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*, 39: 161-9.

ANEXOS

- ❖ Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (versión virtual y calificación mujeres).

MCFI-III**INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON.**

Theodore Millon, PhD, DSc, con
Carrie Millon, PhD, Roger Davis, PhD
y Seth Grossman, PsyD.

SOLO CALIFICACIÓN MUJERES

*Los reactivos incluidos se tomaron de la versión del MCFI-III para poblaciones hispanas.

Instrucciones: La persona deberá responder las afirmaciones con una "x" en la casilla correspondiente. Elegirá la opción de "**Verdadero**" o la "**mayoría de las veces verdadero**" casilla izquierda. Elegirá la opción de "**Falso**" o la "**mayoría de las veces falso**" casilla derecha. Trate de marcar cada frase aun cuando no está seguro de su decisión. Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso.

Procure no hacer dobles respuestas.

		VERDA	FALSO
1	Últimamente parece como si se me escapara la energía, aun por la mañana.		
2	Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.		
3	Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero.		
4	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado.		
5	Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen.		
6	La gente nunca me ha dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho.		
7	Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren.		
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.		
9	A menudo critico a la gente enfáticamente si me fastidian.		

10	Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior.		
11	Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar		
12	Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida		
13	Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado.		
14	A veces puedo ser muy rudo y cruel en las relaciones con mi familia.		
15	Las cosas que van bien hoy no durarán por mucho tiempo.		
16	Soy una persona muy complaciente y sumisa.		
17	Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela.		
18	Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.		
20	He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño.		
21	Me gusta coquetear (flirtear) con miembros del sexo opuesto.		
22	Soy una persona muy errática, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.		
23	Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.		
24	Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado.		
25	Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.		
26	Otras personas envidian mis habilidades.		
27	Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas sólo.		
28	Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia.		
29	Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria.		
30	Últimamente he empezado a sentir deseos de destrozar cosas.		
31	Creo que soy una persona especial que merece atención especial que merece atención especial de otros.		
32	Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.		
33	Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente señalaría algunos errores de esa persona.		
34	Últimamente me he desanimado muchísimo.		
35	A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien.		
36	A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
37	Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo.		
38	Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros.		
39	El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		

40	Supongo que soy una persona temerosa e inhibida.		
41	He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas.		
42	Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza.		
43	A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno.		
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo.		
45	Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien.		
46	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas.		
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
48	Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente.		
49	Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme.		
50	Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo.		
51	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción.		
52	Tengo un problema con el alcohol que me ha causado problemas a mí y a mi familia.		
53	El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería.		
54	Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo.		
55	En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial.		
56	Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
57	creo que soy una persona muy sociable y amistosa.		
58	me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.		
59	Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad.		
60	Simplemente no he tenido la suerte de esta vida que otros han tenido.		
61	Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan.		
62	Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida.		
63	Mucha gente ha estado espiando mi vida privada por años.		
64	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices.		
65	El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces.		
66	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado.		

67	Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos.		
68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna.		
69	Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar.		
70	Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan.		
71	Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver.		
72	Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida.		
73	A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí.		
74	Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté.		
75	Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso.		
76	Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar.		
77	Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso.		
78	Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí.		
79	A menudo estoy malhumorado y gruñón.		
80	Para mí es muy fácil hacer muchas amistades.		
81	Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.		
82	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		
83	Mi estado de ánimo cambia drásticamente de un día para otro.		
84	Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo.		
85	Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita.		
86	Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme.		
87	A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		
88	Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta.		
89	Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no.		
90	A veces me confiado y me siento molesto cuando la gente es buena conmigo.		
91	Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia.		
92	Casi siempre estoy solo y prefiero que sea así.		

93	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo.		
94	La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto.		
95	A menudo irrito a la gente por de mandarlos.		
96	La gente ha dicho en el pasado que me había vuelto demasiado interesado y excesivamente entusiasmado por demasiadas cosas.		
97	Yo creo en el dicho "acostarse con las gallinas y levantarse con los gallos".		
98	Mis sentimientos por la gente importante de mi vida frecuentemente cambian de amos a odio hacia ellos.		
99	En grupos sociales casi siempre estoy muy consciente de mí mismo y tenso		
100	Supongo que no soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico.		
101	Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo.		
102	Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real.		
103	Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado.		
104	No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca.		
105	Tengo deseos de tener amistades íntimas.		
106	En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo.		
107	He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches.		
108	Me preocupo mucho acerca de quedar solo y tener que cuidarme a mí mismo.		
109	El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos.		
110	Estuve en la portada de varis revistas el año pasado.		
111	Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo.		
112	Siempre he estado deprimido triste durante gran parte de la vida, desde muy joven.		
113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
114	Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice.		
116	He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas en línea.		
117	La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes.		

118	Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle.		
119	La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco.		
120	Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone.		
121	Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana.		
122	Parece que echo a perder las oportunidades que se me presentan.		
123	Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz.		
124	Cuando estoy solo y lejos del hogar, a menudo empiezo a sentirme tenso y con pánico.		
125	A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos.		
126	La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto.		
127	Nunca me meto con la gente a no ser que está seguro que les voy a gustar.		
128	Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón.		
129	Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real.		
130	Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.		
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste.		
132	Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez.		
133	Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal.		
134	A veces me siento como una persona loca o irreal cuando las cosas empiezan a andar mal en mi vida.		
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta.		
136	Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales.		
137	Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas.		
138	Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos.		
139	soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas.		
140	Creo que están tramando algo contra mí.		
141	Siento que la mayoría de la gesta piensa que soy de poco váhalos.		
142	Frecuentemente siento que no tengo nada en mi interior, como si estuviera vacío o hueco.		
143	A veces me induzco el vómito después de comer.		
144	Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago.		

145	Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra.		
146	Siempre me pregunto cuál será la verdadera razón cuando alguien me trata especialmente bien.		
147	Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez.		
148	Pocas cosas en la vida me dan placer.		
149	Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente.		
150	Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente.		
151	Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás.		
152	Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo, pero sin éxito.		
153	Alguien ha estado tratando de controlar mi mente.		
154	He tratado de suicidarme.		
155	Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy.		
156	No entiendo por qué algunas personas me sonrían.		
157	No he visto un automóvil en los últimos diez años.		
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme.		
159	Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales.		
160	Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió.		
161	Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado.		
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mi alrededor.		
163	La gente dice que soy delgado, pero siento que mis muslos y trasero son demasiado grandes.		
164	Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños.		
165	Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas.		
166	Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo.		
167	Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.		
168	A menudo oigo cosas tan bien que me molesta.		
169	En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen.		
170	Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda.		
171	Recientemente he considerado seriamente terminar mi vida.		
172	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
173	Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás.		

174	Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		
175	Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño.		

- ❖ Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (versión virtual y calificación varones).

MCFI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON.

Theodore Millon, PhD, DSc, con Carrie Millon, PhD, Roger Davis, PhD y Seth Grossman, PsyD.

SOLO CALIFICACIÓN VARONES

*Los reactivos incluidos se tomaron de la versión del MCFI-III para poblaciones hispanas.

Instrucciones: La persona deberá responder las afirmaciones con una "x" en la casilla correspondiente. Elegirá la opción de "**Verdadero**" o la "**mayoría de las veces verdadero**" casilla izquierda. Elegirá la opción de "**Falso**" o la "**mayoría de las veces falso**" casilla derecha.

Trate de marcar cada frase aun cuando no está seguro de su decisión. Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso.

Procure no hacer dobles respuestas.

1	Últimamente parece como si se me escapara la energía, aun por la mañana.		
2	Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.		
3	Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero.		
4	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado.		
5	Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen.		
6	La gente nunca me ha dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho.		
7	Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren.		
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.		
9	A menudo critico a la gente enfáticamente si me fastidian.		
10	Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior.		
11	Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar		
12	Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida		

13	Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado.		
14	A veces puedo ser muy rudo y cruel en las relaciones con mi familia.		
15	Las cosas que van bien hoy no durarán por mucho tiempo.		
16	Soy una persona muy complaciente y sumisa.		
17	Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela.		
18	Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.		
20	He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño.		
21	Me gusta coquetear (flirtear) con miembros del sexo opuesto.		
22	Soy una persona muy errática, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.		
23	Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.		
24	Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado.		
25	Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.		
26	Otras personas envidian mis habilidades.		
27	Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas sólo.		
28	Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia.		
29	Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria.		
30	Últimamente he empezado a sentir deseos de destrozarse cosas.		
31	Creo que soy una persona especial que merece atención especial que merece atención especial de otros.		
32	Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.		
33	Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente señalaría algunos errores de esa persona.		
34	Últimamente me he desanimado muchísimo.		
35	A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien.		
36	A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
37	Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo.		
38	Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros.		
39	El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
40	Supongo que soy una persona temerosa e inhibida.		
41	He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas.		
42	Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza.		

43	A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno.		
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo.		
45	Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien.		
46	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas.		
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
48	Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente.		
49	Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme.		
50	Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo.		
51	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción.		
52	Tengo un problema con el alcohol que me ha causado problemas a mí y a mi familia.		
53	El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería.		
54	Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo.		
55	En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial.		
56	Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
57	creo que soy una persona muy sociable y amistosa.		
58	me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.		
59	Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad.		
60	Simplemente no he tenido la suerte de esta vida que otros han tenido.		
61	Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan.		
62	Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida.		
63	Mucha gente ha estado espiando mi vida privada por años.		
64	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices.		
65	El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces.		
66	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado.		
67	Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos.		
68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna.		
69	Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar.		

70	Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan.		
71	Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver.		
72	Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida.		
73	A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí.		
74	Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté.		
75	Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso.		
76	Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar.		
77	Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso.		
78	Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí.		
79	A menudo estoy malhumorado y gruñón.		
80	Para mí es muy fácil hacer muchas amistades.		
81	Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.		
82	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		
83	Mi estado de ánimo cambia drásticamente de un día para otro.		
84	Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo.		
85	Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita.		
86	Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme.		
87	A menudo me enoja con la gente que hace las cosas lentamente.		
88	Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta.		
89	Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no.		
90	A veces me confiado y me siento molesto cuando la gente es buena conmigo.		
91	Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia.		
92	Casi siempre estoy solo y prefiero que sea así.		
93	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo.		
94	La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto.		
95	A menudo irrito a la gente por de mandarlos.		
96	La gente ha dicho en el pasado que me había vuelto demasiado interesado y excesivamente entusiasmado por demasiadas cosas.		

97	Yo creo en el dicho "acostarse con las gallinas y levantarse con los gallos".		
98	Mis sentimientos por la gente importante de mi vida frecuentemente cambian de amos a odio hacia ellos.		
99	En grupos sociales casi siempre estoy muy consciente de mí mismo y tenso		
100	Supongo que no soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico.		
101	Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo.		
102	Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real.		
103	Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado.		
104	No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca.		
105	Tengo deseos de tener amistades íntimas.		
106	En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo.		
107	He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches.		
108	Me preocupo mucho acerca de quedar solo y tener que cuidarme a mí mismo.		
109	El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos.		
110	Estuve en la portada de varias revistas el año pasado.		
111	Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo.		
112	Siempre he estado deprimido triste durante gran parte de la vida, desde muy joven.		
113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
114	Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice.		
116	He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas en línea.		
117	La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes.		
118	Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle.		
119	La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco.		
120	Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone.		
121	Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana.		
122	Parece que echó a perder las oportunidades que se me presentan.		

123	Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz.		
124	Cuando estoy solo y lejos del hogar, a menudo empiezo a sentirme tenso y con pánico.		
125	A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos.		
126	La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto.		
127	Nunca me meto con la gente a no ser que está seguro que les voy a gustar.		
128	Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón.		
129	Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real.		
130	Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.		
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste.		
132	Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez.		
133	Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal.		
134	A veces me siento como una persona loca o irreal cuando las cosas empiezan a andar mal en mi vida.		
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta.		
136	Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales.		
137	Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas.		
138	Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos.		
139	soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas.		
140	Creo que están tramando algo contra mí.		
141	Siento que la mayoría de la gente piensa que soy de poco váhalos.		
142	Frecuentemente siento que no tengo nada en mi interior, como si estuviera vacío o hueco.		
143	A veces me induzco el vómito después de comer.		
144	Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago.		
145	Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra.		
146	Siempre me pregunto cuál será la verdadera razón cuando alguien me trata especialmente bien.		
147	Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez.		
148	Pocas cosas en la vida me dan placer.		
149	Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente.		

150	Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente.		
151	Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás.		
152	Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo, pero sin éxito.		
153	Alguien ha estado tratando de controlar mi mente.		
154	He tratado de suicidarme.		
155	Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy.		
156	No entiendo por qué algunas personas me sonríen.		
157	No he visto un automóvil en los últimos diez años.		
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme.		
159	Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales.		
160	Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió.		
161	Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado.		
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mi alrededor.		
163	La gente dice que soy delgado, pero siento que mis muslos y trasero son demasiado grandes.		
164	Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños.		
165	Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas.		
166	Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo.		
167	Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.		
168	A menudo oigo cosas tan bien que me molesta.		
169	En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen.		
170	Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda.		
171	Recientemente he considerado seriamente terminar mi vida.		
172	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
173	Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás.		
174	Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		
175	Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño.		