

CLIMA FAMILIAR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

Cecilia Montiel-Nava^{1, 2}, Isabel Montiel-Barbero¹ y Joaquín A. Peña^{1, 2}
¹Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo; ²La Universidad del Zulia (Venezuela)

Resumen

El efecto del clima familiar en el desarrollo del trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) no se conoce. En este estudio se busca caracterizar a las familias con niños con TDAH para tener un mejor entendimiento de las contribuciones del clima familiar en el desarrollo del trastorno. Se recolectaron datos demográficos, escalas de puntuación de padres y profesores, cociente intelectual y la escala de clima familiar (ECF), de 53 niños (edades 4 a 13 años); 29 con diagnóstico de TDAH y 24 no casos. Análisis estadístico arroja un perfil de clima familiar dentro del rango promedio para ambas muestras. Se encontraron diferencias significativas entre casos y controles para las subescalas de cohesión, orientación hacia actividades intelectuales y orientación hacia actividades recreativas. Una mayor gravedad en síntomas de TDAH estuvo relacionada con menor cohesión y mayor conflicto familiar. Los hallazgos sugieren falta de asociación entre la calidad del clima familiar y el diagnóstico del TDAH.

PALABRAS CLAVES: *Trastorno por déficit de atención-hiperactividad, clima familiar, trastornos del comportamiento perturbador.*

Abstract

The effect of family environment on the development of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) is not known. We sought to characterize families with children with ADHD in order to better understand the contributions of family environment to the development of ADHD. We collected demographic data, parents' and teachers' rating scales, intellectual quotient, and the family environment scale (FES) for 53 children (aged 4-13), 29 with ADHD diagnosis and 24 controls. Statistical analysis indicated a family environment profile within the average range for both samples. There were significant differences between

1 *Correspondencia:* Cecilia Montiel Nava, Calle 79 No. 3E-31, Sector La Lago, Maracaibo - Estado Zulia. 4002-A (Venezuela). E-mail: ceciliamontiel@cantv.net

Nota: Investigación realizada por subvención No. S1-2000000793 del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT).

ADHD and controls for the measures of cohesion, intellectual activity orientation, and recreational activities orientation. Greater severity of the TDAH symptoms was related to less cohesion and more conflict. There seems to be no association between the quality of the family environment and the diagnosis of ADHD.

KEY WORDS: *Attention deficit-hyperactivity disorder, family environment, disruptive disorders.*

Introducción

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y, a la vez, actúa como una de las fuentes de estrés. Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez (Chang, Blasey, Ketler y Steiner, 2001; Peris y Baker, 2000; Stubbe, Zahner, Goldstein y Leckman, 1993). Existe un número de informes que demuestra que los trastornos de la conducta (p.ej., trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y trastorno por déficit de atención-hiperactividad) son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica (Frick *et al.*, 1992; Jensen *et al.*, 1993). Sin embargo, los informes acerca de la asociación de los trastornos del comportamiento perturbador con el clima familiar hacen referencia a pacientes con trastorno negativista desafiante y disocial y no tan frecuentemente al trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) (Rey, Walter, Plapp y Denshire, 2000).

El TDAH ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos (APA, 2000; Barkley, 1997). La prevalencia estimada para la población infantil venezolana oscila entre el 7 y 10%, lo cual es considerado una prevalencia elevada para un trastorno mental (Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero, 2003; Montiel-Nava *et al.*, 2002; Peña y Montiel-Nava, 2002). El TDAH es una de las principales razones por la que acuden los niños a los servicios de salud mental; está asociado a alteraciones significativas en el funcionamiento social y en ajuste de tanto los niños como sus padres, afectando la cantidad y calidad de interacciones en las cuales un niño hiperactivo se involucra (Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul, 1992; Biederman *et al.*, 1996; Fischer, 1990; McCleary, 2002).

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños (Anastopoulos *et al.*, 1992; Biederman *et al.*, 1996; Breen y Barkley, 1988; Webster-Stratton y Herbert, 1994). Los padres de niños con

TDAH son tres veces más propensos a separarse o divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% vs. 15%) (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1991) y suelen estar más aislados (Cunningham, Bennes y Siegel, 1988). Lo que no está claro de estos estudios es si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH en la familia o los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar (Edwards, Schulz y Long, 1995).

El clima familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal, enfatizado en la familia y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma, mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (Billings y Moos, 1982). Moos y Moos (1986), a su vez, describen el clima familiar en tres dimensiones que contienen una serie de áreas relacionadas íntimamente con el mismo: La dimensión de *relación*, en la que se observa la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí, de acuerdo a la cohesión y a la expresividad de sus integrantes, así como también, el grado de conflicto de los miembros que la componen. La dimensión de *crecimiento personal*, la cual expresa el funcionamiento de la familia y su permisividad para ayudar a sus miembros, a desarrollarse como seres humanos únicos, desde el punto de vista de la independencia, la orientación hacia el logro, la orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, la orientación hacia las actividades recreativas y el énfasis que hace la familia sobre los aspectos religiosos. La dimensión de *mantenimiento del sistema*, esta dimensión abarca los aspectos de control y organización de la familia que le permite funcionar como un todo organizado.

Esfuerzos para explorar las relaciones entre TDAH y factores familiares han arrojado hallazgos complejos que ofrecen evidencia cada vez mayor de que los síntomas centrales del TDAH como falta de atención y pobre control de impulsos son altamente heredables (Biederman *et al.*, 1995), escasa evidencia para la hipótesis de que las prácticas de crianza per se sean las causas reales del TDAH (Barkley, *et al.*, 1991; Barkley, 1997). Sin embargo, estos mismos hallazgos sugieren que los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH (Peris y Hinshaw, 2003).

Debido a la alta prevalencia del TDAH en niños, la naturaleza crónica de este trastorno, el deterioro grave en el funcionamiento de los niños y el grado en el cual el trastorno está caracterizado por interacciones negativas entre padres y niños es importante examinar la relación entre el ambiente familiar y esta condición clínica. El objetivo de este estudio es describir el clima familiar de una muestra de familias con un niño con TDAH y compararlo con una muestra de familias con niños sin este trastorno. De esta forma se establecerá si la presencia del TDAH y la gravedad de los síntomas tienen alguna relación con las dimensiones del clima familiar.

Método

Participantes

La población utilizada para este estudio fueron escolares entre 4 y 13 años que asistieron a consulta de psicología o neurología con motivo de consulta de falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad. La muestra estuvo constituida por 84 familias que participaron en unas jornadas de tamizaje del TDAH durante el mes de noviembre de 2002. Sólo 53 familias culminaron el proceso de evaluación psicológica y neurológica; de las cuales 29 tuvieron un niño con diagnóstico de TDAH y 24 no cumplieron criterios diagnósticos para ningún trastorno mental de la niñez y por lo tanto fueron incluidas como no casos o grupo control.

Definición operacional de las variables

Para la clasificación de las variables objeto de estudio en la presente investigación se emplea el criterio descrito por Kazdin (1998), quien sugiere que un tipo de variable independiente es la referente a las características del sujeto y que usualmente no son manipuladas directamente. Para los propósitos del estudio, se considerará como *variable independiente* el diagnóstico clínico del niño, es decir si presenta o no la condición clínica donde un niño cumple con los criterios diagnósticos que el DSM-IV establece para el TDAH y esto es lo que da la condición de casos y controles. En este caso la variable dependiente es el *clima familiar* medida a través de las puntuaciones obtenidas en el conjunto de subescalas de la «Escala de clima familiar» (ECF) de Moos (1990). Otras variables dependientes incluyen las *características demográficas* (sexo, edad y nivel socioeconómico), los *síntomas de TDAH* constituidos por la gravedad de síntomas (puntuaciones estandarizadas en las escalas L, M y N de las escalas de Conners para padres y profesores) y el *cociente intelectual* a través de la administración de una versión abreviada de la «Escala Wechsler para niños-III edición» (WISC-III) y la «Escala Wechsler para pre-escolares-revisada» (WPPSI-R).

Instrumentos

a) La «Escala Conners revisada, para padres, versión larga» (Conners, 1997); consta de 80 ítems agrupados en 14 subescalas, los cuales miden conductas observables que reflejan problemas de comportamiento, específicamente TDAH y síntomas asociados al mismo. La «Escala Conners revisada, para profesores, versión larga» (Conners, 1997) consta de 59 ítems. Las subescalas son las mismas de las escalas de padres exceptuando la subescala de problemas psicossomáticos, la cual no se incluye en esta versión. En ambas versiones (padres y profesores) el formato es de autoadministración. Se califica en una escala Likert cuyos polos son 0 y 3, donde 0 se corresponde con raramente, 1 ocasionalmente, 2 frecuentemente y

3 muy frecuentemente. Existe una versión normalizada para niños venezolanos (Montiel *et al.*, 1999).

b) «Escala Wechsler para niños-III edición» (WISC-III) y la «Escala Wechsler para pre-escolares-revisada» (WPPSI-R). A cada niño se le halló el cociente intelectual global, utilizando la versión abreviada de la combinación de las subpruebas Vocabulario y Diseño de cubos para el WISC-III; y Semejanzas e Información para el WPPSI-R (Wechsler, 1989, 1991). Varios estudios han mostrado una correlación superior al 0,90 entre el cociente intelectual global y el cociente intelectual calculado a través de la administración de estas versiones abreviadas (Satler, 1992; Wechsler, 1974).

c) «Historia de desarrollo». Se diseñó una lista de verificación para identificar problemas durante el embarazo, en el parto y en el desarrollo del niño, así como uso de medicación para el manejo de los problemas de atención, hiperactividad y/o impulsividad (Montiel-Nava *et al.*, 2003).

d) «Entrevista diagnóstica para niños-version IV» (*Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV, NIMH DISC-IV*; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000). Se entrevistó a uno de los padres de cada uno de los niños y a los niños mayores de 9 años con la «Entrevista diagnóstica para niños-versión IV», desarrollada para ser compatible con el DSM-IV y la CIE-10 e identificando más de 30 diagnósticos psiquiátricos que se manifiestan en niños y adolescentes.

e) «Escala de clima familiar» (Moos y Moos, 1986). Se le pidió a uno de los padres (en nuestra muestra fueron todas madres no por elección sino por azar), que llenaran la «Escala de clima familiar», un cuestionario de 90 ítems de tipo verdadero/falso, que evalúa la familia en 10 categorías diferentes: cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación al logro, orientación a actividades intelectuales, orientación a actividades de ocio, énfasis moral-religioso, organización y control.

f) «Nivel socioeconómico». Se empleó el costo de la matrícula como indicador del nivel socioeconómico. Se utilizó la siguiente clasificación: *Estrato I* (matrícula igual o inferior al 20% del sueldo mínimo); *Estrato II* (matrícula comprendida entre el 21% y el 41% del sueldo mínimo); *Estrato III* (matrícula igual o superior al 41% del sueldo mínimo). No se incluyeron niños becados en los colegios de estratos socioeconómicos II y III que pudieran contaminar los criterios de inclusión. Durante el proceso diagnóstico, formularios de consentimiento informado fueron completados por los padres.

Procedimiento

Las escalas de Conners para padres y profesores en sus versiones largas fueron utilizadas como instrumento de tamizado para la identificación de los casos. Se utilizó como punto de corte las puntuaciones T por encima de 70 para la escala de falta de atención y/o la de hiperactividad en alguna de las dos versiones (padres y/o profesores). Los niños con puntuaciones en el rango clínico ($T > 70$), se consideraron como candidatos para la segunda etapa, de confirmación diagnóstica. El objetivo de esta fase fue la de garantizar que los niños identificados a través de las escalas de

puntuación realmente tuvieran el diagnóstico de TDAH. Esta evaluación incluyó una entrevista diagnóstica estructurada (DISC-IV), con el fin de confirmar la presencia de los criterios diagnósticos del TDAH y la identificación de otras posibles entidades nosológicas concurrentes. Adicionalmente se administraron pruebas de inteligencia y rendimiento académico para identificar el perfil de estos niños. Asimismo se realizó una historia de desarrollo, evaluación neurológica y física en general para descartar la presencia de alguna condición médica que pudiera ser responsable de los síntomas identificados. La administración de las pruebas psicológicas y entrevistas diagnósticas fueron realizadas por psicólogos infantiles; y la evaluación neurológica y física fue realizada por un neurólogo infantil.

Diseño

El diseño empleado en este estudio fue transeccional casos-contróles cuyo objetivo es examinar los factores que están asociados con una característica de interés, en este caso el objetivo primordial consistió en comparar casos de niños con TDAH y no-casos en cuanto a las diferentes dimensiones del clima familiar. Para los propósitos de este estudio, la asignación de los sujetos como casos o no-casos estuvo sujeta al diagnóstico clínico; considerándose los siguientes grupos: niños con TDAH y niños controles (quienes no presentaban ningún diagnóstico de trastornos mentales).

Resultados

Demográficos

Debido al tipo de muestreo utilizado se hace necesaria la comparación de los participantes en cuanto a las variables demográficas. De esta forma se busca establecer la equivalencia entre muestras y conocer el comportamiento de estas variables en las muestras objeto de estudio. Así, se tendrá mayor certeza de que los resultados encontrados no se deben a diferencias existentes en el perfil demográfico de las variables estudiadas. La información de datos demográficos de la muestra completa se presenta en la tabla 1. Variables categóricas (sexo, nivel socioeconómico) fueron analizadas utilizando la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), el resto de las variables dimensionales fueron analizadas con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). El nivel de significación fue establecido a 0,05. El análisis de las variables no reveló diferencias significativas en el nivel socioeconómico, edad o distribución de sujetos por sexo para cada uno de los grupos diagnósticos (Casos y No casos).

En cuanto a la sintomatología de TDAH hubo diferencias significativas entre ambos grupos en todos los dominios estudiados (falta de atención, hiperactividad/impulsividad y total de síntomas del DSM-IV), indicando que ambos grupos (Casos y No casos) difieren en las medidas de diagnóstico del TDAH donde los síntomas son significativamente mayores para el grupo de TDAH. En cuanto a las medidas de

Tabla 1
Características demográficas y sintomatología de la muestra estudiada

	Casos (n=29)	No Casos (n=24)	χ^2	U	P
Edad [media (DE)]	7,59 (1,80)	7,33 (1,83)		300,000	0,380
Sexo n (%)			1,837		0,175
Femenino	24 (83%)	16 (67%)			
Masculino	5 (17%)	8 (33%)			
Nivel Socioeconómico			5,599		0,61
Bajo	23 (79%)	24 (100%)			
Medio	1 (3%)	0 (0%)			
Alto	5 (17%)	0 (0%)			
Síntomas de TDAH [media (DE)]					
Conners Padres					
Falta de atención DSM-IV	73,14 (11,49)	68,50 (14,33)		231,000	0,046
Hiperactividad/Impulsividad DSM-IV	71,59 (8,02)	60 (12,24)		144,000	0,000
Total-DSM-IV	74,93 (8,69)	66,67 (12,05)		228,000	0,031
Conners Profesores					
Falta de atención DSM-IV	63,77 (11,57)	54,50 (12,66)		130,000	0,043
Hiperactividad/Impulsividad DSM-IV	64,27 (12,84)	52,25 (6,04)		90,000	0,002
Total-DSM-IV	65,04 (13,72)	53,25 (3,96)		98,000	0,004
Cociente Intelectual [media (DE)]	83,66 (18,13)	99 (17,58)		190,000	0,005

cociente intelectual, la ejecución de los sujetos del grupo con diagnóstico de TDAH fue significativamente menor en las escalas utilizadas ($p=0,005$). El haber obtenido diferencias significativas en las medidas de sintomatología garantiza que existe una independencia en las muestras a ser comparadas en cuanto a los criterios de clasificación clínicos: presencia de TDAH.

Clima familiar en familias con un niño con TDAH

La tabla 2 muestra las puntuaciones promedios obtenidas por cada grupo diagnóstico y las comparaciones realizadas. Al realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas para cada subescala se puede observar que para la muestra de casos todas las escalas se encuentran dentro de los rangos esperados (entre 40 y 60), con la excepción de la escala de «Énfasis en los aspectos morales y religiosos», que se encuentra ligeramente por debajo del rango normativo (38,59). Este mismo análisis descriptivo en el grupo control arrojó un clima familiar dentro de las puntuaciones normativas establecidas para cada una de las escalas.

Tabla 2

Puntuaciones promedios y comparación de familias con niños con y sin TDAH en la Escala de Clima Familiar

SUBESCALAS	CASOS (n=29)		NO CASOS (n=24)		U	p
	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
COHESION	42,38	17,59	56,67	7,12	16,2	0,001
EXPRESIVIDAD	51,03	10,36	56,83	11,12	25,4	0,088
CONFLICTO	51,66	10,09	47	12,03	25,4	0,088
INDEPENDENCIA	41,97	10,94	46	7,78	27,2	0,155
ORIENTACION AL LOGRO	55,79	8,5	58,67	4,63	27,8	0,185
ACTIVIDADES INTELECTUALES Y CULTURALES	41,41	10,42	46,67	14,35	23,2	0,034
ACTIVIDADES RECREATIVAS	38,59	10,03	49,67	6,92	12,6	0
ASPECTOS MORALES Y RELIGIOSOS	56	9,42	57,33	7,31	31,4	0,536
ORGANIZACION	48,55	12,06	53,67	13,51	27	0,156
CONTROL	54,69	12,29	55,17	8,93	34	0,883

Al realizar el perfil del clima familiar a través de las medidas descriptivas (promedio) para el grupo de niños con diagnóstico de TDAH encontramos que las subescalas que mostraron puntuaciones mayores fueron *aspectos morales y religiosos* ($x=56$), *control* ($x=54,69$) y *orientación al logro* ($x=55,79$). Por el contrario, las subescalas con puntuaciones más bajas fueron *orientación hacia las actividades de ocio* ($x=38,59$), *orientación hacia las actividades intelectuales* ($x=41,41$) e *independencia* ($x=41,97$). Para el grupo de No casos, las mayores puntuaciones estuvieron asociadas con las subescalas de *orientación al logro* ($x=58,67$), *aspectos morales y religiosos* ($x=57,33$) y *expresividad* ($x=56,83$). Los puntuaciones más bajas estuvieron en las subescalas de *independencia* ($x=46$), *orientación a las actividades intelectuales/culturales* ($x=46,67$) y *conflicto* ($x=47$).

La comparación de ambas muestras a través del análisis no paramétrico (U de Mann-Whitney), sugiere que el clima familiar fue similar para ambos grupos estudiados con la excepción de tres de las dimensiones de la ECF: *cohesión* ($p=0,001$), *orientación a las actividades intelectuales y culturales* ($p=0,034$) y *orientación a las actividades de ocio* ($p=0,000$). Para cada una de estas escalas las puntuaciones fueron significativamente menores en el grupo de familias con un miembro con TDAH. De igual forma se observó una tendencia en las subescalas de *expresividad* y *conflicto* ($p=0,088$), donde las puntuaciones revelan menor expresividad y mayor conflicto en el grupo de casos.

Clima familiar y síntomas de TDAH

Se calcularon coeficientes de correlación de Spearman para establecer la relación entre los de síntomas de TDAH, medidas por las subescalas de falta de atención (L), hiperactividad-impulsividad (M) y total de síntomas (N) de las escalas para padres y profesores de Conners y las 10 subescalas de la «Escala de clima familiar». Este análisis fue realizado para el subgrupo de casos (niños con diagnóstico de TDAH). Como se muestra en la tabla 3, se encontraron correlaciones significativas negativas entre los síntomas de falta de atención informados por los padres y las subescalas de *cohesión* ($r=-0,347$), *expresividad* ($r=-0,459$) e *independencia* ($r=-0,298$). Para la subescala de conflicto la correlación con los síntomas de falta de atención fue

Tabla 3
Asociaciones entre ECF y medidas de TDAH y Cociente Intelectual

SUBESCALAS ECF	DESAT. P	HIP/IMP. P	TOTAL P	DESAT. M	HIP/IMP. M	TOTAL M	CI
COHESION	-0,347*	-0,326*	-0,302*	-0,290	-0,292	-0,393*	0,325*
EXPRESIVIDAD	-0,549**	-0,214	-0,300*	-0,390*	0,217	-0,250	0,616**
CONFLICTO	0,424**	0,588**	0,505**	0,090	-0,023	0,121	0,144
INDEPENDENCIA	-0,298*	-0,110	-0,231	0,030	0,212	-0,029	-0,251
O. HACIA EL LOGRO	-0,026	0,004	-0,053	-0,018	-0,054	-0,106	0,103
O. A. INTELECTUALES	-0,154	-0,050	-0,047	-0,072	-0,073	-0,116	-0,149
O. A. RECREATIVAS	-0,045	-0,145	0,010	-0,245	-0,298	-0,313*	0,518**
ENFASIS EN ASPECTOS MORALES	-0,127	0,216	0,058	-0,156	-0,209	-0,196	0,088
ORGANIZACION	-0,147	0,066	-0,015	-0,424**	-0,068	-0,422**	-0,102
CONTROL	0,252	-0,072	0,038	0,383*	-0,213	0,126	-0,438**

Nota: DESAT. P= Puntuaciones de la subescala de Síntomas de Falta de atención del DSM-IV de la Escala Conners para Padres (Escala L); HIP/IMP. P= Puntuaciones de la subescala de Síntomas Hiperactividad-impulsividad del DSM-IV de la Escala Conners para Padres (Escala M); TOTAL P = Puntuaciones de la subescala de Síntomas Totales del DSM-IV de la Escala Conners para Padres (Escala N); DESA. M = Puntuaciones de la subescala de Síntomas de Falta de atención del DSM-IV de la Escala Conners para Profesores (Escala L); HIP/IMP. M = Puntuaciones de la subescala de Síntomas Hiperactividad-impulsividad del DSM-IV de la Escala Conners para Profesores (Escala M); TOTAL M = Puntuaciones de la subescala de Síntomas Totales del DSM-IV de la Escala Conners para Profesores (Escala N); CI= Cociente Intelectual.
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

positiva y significativa ($r= 0,424$). Estas mismas relaciones fueron ciertas para las medidas de hiperactividad e impulsividad en el informe de los padres con las subescalas de *cohesión* ($r=-0,326$) y *conflicto* ($r=0,588$); y para la subescala de síntomas totales y las subescalas de *cohesión* ($r=-0,302$), *expresividad* ($r=-0,300$) y *conflicto* ($r=0,505$).

Para el informe de profesores, se evidencian correlaciones significativas negativas entre los informes de falta de atención y las subescalas de *cohesión* ($r= -0,390$), *organización* ($r= -0,424$) y positiva con la de *control* ($r= 0,383$). Para la subescala total del DSM-V, las correlaciones fueron significativas negativas para la subescala de *cohesión* ($r=-0,383$), *orientación hacia las actividades de ocio* ($r= -0,313$) y *organización* ($r= -0,422$).

Clima familiar y cociente intelectual

Se obtuvieron los coeficientes de correlación de Spearman para las puntuaciones de las subescalas de la ECF y el cociente intelectual de los niños con diagnóstico de TDAH. Este análisis arrojó correlaciones significativas entre el cociente intelectual y las subescalas de *cohesión* ($r= 0,325$), *expresividad* ($r= 0,616$) y *orientación hacia las actividades de ocio* ($r= 0,518$), de forma tal que a mayor CI mayores son las puntuaciones en estas subescalas. Por el contrario, hubo correlación significativa negativa entre el CI y la subescala de *control* ($r=-0,438$), indicando que a menor CI mayores niveles de conflicto familiar (véase tabla 3)

Discusión

Los resultados aquí presentados deben ser interpretados y generalizados con mucha cautela debido a las varias limitaciones metodológicas presentadas. En primer lugar, los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo intencional y de instituciones clínicas, lo cual pudiera constituir un sesgo de selección, basado en que fue un estudio voluntario, se reclutó de la comunidad ofreciendo evaluación psicológica y neurológica gratuita. De esta forma se pudo haber obtenido familias y/o niños con mayor psicopatología. La muestra tendió hacia el nivel socioeconómico bajo y no se conoce el efecto que podría esto ejercer en los datos obtenidos. Segundo, se incluye el uso de cuestionarios de autoinforme para determinar el clima familiar en cuanto opuesto a medidas con base en la observación. Las medidas de clima familiar fueron derivadas de las respuestas de las madres ofreciendo otro sesgo a los resultados.

Las relaciones familiares en familias con niños con un diagnóstico de TDAH ha sido poco estudiado. Los hallazgos de este estudio indican que en las familias con un niño con TDAH el clima familiar con todas sus dimensiones se ubica dentro de los rangos promedios al ser comparado con el grupo normativo (Billing y Moos, 1982; Moos y Moos, 1986). Las investigaciones acerca del TDAH y la familia sugieren que los pacientes hiperactivos provienen de familias que no difieren de aquellas

que tienen niños sin problemas de conducta (Biederman, *et al.*, 1995; Rey *et al.*, 2000).

A pesar de poseer un perfil de clima familiar promedio, existen ciertas diferencias significativas entre las dos muestras estudiadas, lo cual implica características diferenciales y propias de familias de niños con TDAH. Se encontró que la dimensión de relación (cohesión, expresividad y conflicto) así como la de crecimiento personal (independencia, orientación hacia el logro, orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, orientación hacia las actividades recreativas y el énfasis que hace la familia sobre los aspectos religiosos) obtuvieron menores puntuaciones en la muestra de niños con TDAH, siendo las que mayores diferencias mostraron entre ambos grupos estudiados. Estos hallazgos sugieren que el tener un niño con problemas de conducta tal como el TDAH presupone una presión adicional en la familia en cuanto a la forma en que las emociones son expresadas, la agresividad es controlada (Biederman *et al.*, 1995, 1996; Frick *et al.*, 1992). A este respecto, Woodward, Taylor y Dowdney (1999) encontraron que niños hiperactivos están expuestos con más frecuencia a conductas parentales menos proactivas y más agresivas. Los estudios acerca de la relación entre el TDAH del niño y las respuestas emocionales y conductuales de sus padres encuentran que los problemas de conducta asociados con la hiperactividad e impulsividad tienen una influencia directa en el control que los padres sienten sobre la conducta de sus hijos, haciendo que estos eviten salir y de buscar actividades recreativas. (Barkley, Karlsson y Pollard, 1985; Bolton *et al.*, 2003; Donnenberg y Weisz, 1997; Fristad, Gavazzi y Mackinaw-Koon, 2003; Hibbs *et al.*, 1991; Hirshfeld *et al.*, 1997; Rey *et al.*, 2000)

Al estudiar las relaciones entre la sintomatología del TDAH y el clima familiar en las familias de la muestra se encontró que la gravedad en las conductas de falta de atención, hiperactividad/impulsividad en los niños estuvieron directamente asociadas con niveles más bajos de cohesión, expresividad e independencia; siendo esta relación más robusta para el informe de los padres. El informe de los profesores estuvo asociado a menor organización y mayor control en el clima familiar. Esto es consistente con trabajos previos que han reseñado la relación entre la gravedad de la conducta infantil con el estrés parental (Baker, Heller y Hender, 2000; Daley, Sonuga-Barke y Thompson, 2003; Frick *et al.*, 1992; Harrison y Sofronoff, 2002) La calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo, gravedad y persistencia de la psicopatología infantil (Peris y Baker, 2000).

En la muestra estudiada, el cociente intelectual (CI) estuvo relacionada de forma positiva con medidas de cohesión, expresividad y orientación hacia las actividades recreativas y de forma negativa con la subescala de conflicto. Ha sido informado que el CI de los niños está asociado con medidas de expresión emocional de los padres de forma tal que padres con niveles altos de expresión emocional tienen niños con menor CI, sugiriendo que un menor CI predice mayores niveles de conductas perturbadas en los niños. (Peris y Hinshaw, 2003, Stubbe, *et al.*, 1993). Los niños con trastornos del comportamiento perturbador tienden a demostrar incompetencia social y deficiencias académicas, lo que es un factor adicional a la presión natural de las tareas de crianza de un niño (Kuppersmidt y Coie, 1990), pudiendo

esta asociación también explicar la diferencia entre ambas muestras en cuanto a la orientación a actividades intelectuales y culturales.

Los hallazgos de este estudio sugieren falta de asociación entre el clima familiar negativo y la gravedad de los síntomas de TDAH en esta muestra de niños. Se requieren otros estudios acerca de la estructura de la familia de niños con TDAH incorporando otro tipo de medidas de funcionamiento familiar y parental y, así, evaluar el papel central de la familia en el desarrollo de los trastornos del comportamiento perturbador en los niños.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición)-Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T. y DuPaul, G. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Baker, B.L., Heller, T.L. y Henker B. (2000). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 41, 907-15.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A., Karlsson, J. y Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of ADD-H and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 631-637.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C. y Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 32, 233-255.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, I., Mennin, D., Marris, A., Ouellett, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I. y Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S., Warburton, R. y Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-70.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-311.
- Bolton, C., Calam, R., Barrowclough, C., Peters, S., Roberts, J., Wearden, A. y Morris, J. (2003). Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44, 242-254.
- Breen, M.J. y Barkley, R.A. (1988) Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Chang, K.D., Blasey, C., Ketter, T.A. y Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3, 73-78.
- Conners, K. (1997). *Conners' rating scales-Revised. Technical manual*. Nueva York: Multi-Health System.

- Cunningham, C.E., Bennes, B.B. y Siegel, L.S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Daley, D., Sonuga-Barke, E.J. y Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.
- Donenberg, G.R. y Weisz, J.R. (1997). Experimental task and speaker effects on parent-child interactions of aggressive and depressed/anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 367-387.
- Edwards, M.C., Schulz, E.G. y Long, N. (1995). The role of the family in the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 5, 375-394.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A. y Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Fristad, M.A., Gavazzi, S.M. y Mackinaw-Koons, B. (2003). Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 1000-1008.
- Harrison, C. y Sofronoff, K. (2002) ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 703-711.
- Hibbs, E.D., Hamburger, S.D., Lenane, M., Rapoport, J.L., Kruesi, M.J., Keysor, C.S. y Goldstein, M.J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 32, 757-770.
- Hirshfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V. y Rosenbaum, J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 910-917.
- Jensen, P.S., Koretz, D., Locke, B.Z., Schneider, S., Radke-Yarrow, M., Richters, J.E. y Rumsey, J.M. (1993). Child and adolescent psychopathology research: problems and prospects for the 1990s. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 551-580
- Kazdin, A. (1998). *Research design in clinical psychology* (3ª edición). Needhan Heights, MA: Allyn & Bacon
- Kupersmidt, J.B. y Coie, J.D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 61, 1350-1362.
- McCleary, L. (2002). Parenting adolescents with attention déficit hypoeractivity disorder. Analysis of the literature for social work practice. *Health and Social Work*, 27, 285-292.
- Montiel, C., Rotunno, A., García, D., Acerbo, M.T., Pontón, R., Abad, V., Espinoza, L. y Serrano, A.C. (1999). *Normalización de las escalas de Conners-Revisadas, versión larga, para padres y profesores en una muestra de niños marabinos*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo (Manuscrito no publicado).
- Montiel-Nava, C., Peña, J.A., López, M., Salas, M, Zurga, JR., Montiel-Barbero, I., Pirela, D. y Cardozo, J. (2002). Estimados de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, 35, 1019-1024.
- Montiel-Nava, C., Peña, J.A. y Montiel-Barbero, I. (2003) Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en una muestra niños marabinos. *Revista de Neurología*, 37, 815-819.

- Moos, R. y Moos, B. (1986). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Peña, J. y Montiel-Nava, C. (2003). El trastorno por déficit de atención-hiperactividad ¿mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36, 173-179.
- Peris, T.S. y Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44, 1177-1190.
- Peris, T.S. y Baker, B.L. (2000). Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 41, 457-462.
- Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. y Denshire, E.(2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 453-457.
- Satler, J.M. (1992). *Assessment of children. WISC-III y WPPSI-R supplement*. San Diego, CA: Jerome M. Satler.
- Shaffer,D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M.K. y Schwab-Stone, M. (2000). Diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38
- Stubbe, D.E., Zahner, G.E., Goldstein, M.J. y Leckman, J.F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 34, 139-154.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1994). *Troubled families – problem children. Working with parents: A collaborative process*. West Sussex: Wiley.
- Wechsler, D. (1991). *WISC-III. Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition. Manual*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1989). *WPPSI-R. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised. Manual*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974) *WISC-R Manual: Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Woodward, L., Taylor, E. y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 161-169.