

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COMBINADA EN LA MEJORA DEL CLIMA FAMILIAR DE NIÑOS CON TDAH

Laura Amado^{1*}, Sonia Jarque^{**} y M^a Jesús Caurcel^{***}

**Universitat Abat Oliba-CEU- Barcelona; **Universitat de Barcelona;
***Universidad de Granada*

RESUMEN. Antecedentes. La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH. En este caso, la familia es un elemento esencial, junto con los profesores, no sólo en la detección del problema, sino por la relación bidireccional que se da entre la familia y el niño con TDAH. Por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología. Método. El objetivo es analizar los efectos de una intervención combinada (psicosocial y farmacológica) en la mejora del clima familiar de los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Fueron seleccionados 20 niños con TDAH, recibiendo la mitad de ellos un tratamiento farmacológico y la otra mitad un tratamiento que combinada el farmacológico con la intervención psicosocial centrada en el contexto familiar. La intervención familiar se realizó grupalmente en la escuela de los alumnos, en sesiones de dos horas de duración y con una periodicidad mensual. Resultados. Eficacia superior del grupo combinado en la mayoría de variables del clima familiar en comparación con el grupo farmacológico. Concretamente en su nivel de cohesión, expresividad, autonomía, organización, participación en actividades sociales y en el grado de control. Conclusiones. El tratamiento farmacológico implementado como único tratamiento no produce mejoras en las relaciones familiares, que sí suelen mejorar con una aproximación multimodal o combinada.

Palabras clave: TDAH, intervención farmacológica, intervención combinada, intervención familiar.

ABSTRACT. Background. The importance of the family environment for the healthy psychological and emotional development of children is especially significant for children with developmental disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In this example, the family is a vital factor –along with teachers– not only in the detection of the disorder but also for the bidirectional relationship that exists between the family and ADHD child. The symptomology of the disorder affects the family dynamic, which in turn can lead the child to improve, maintain or increase symptomology. Method. The aim was to analyse the effects of a

¹Correspondencia: Laura Amado. Universitat Abat Oliba-CEU - Barcelona. C/ Bellesguard, 30. Barcelona. E-mail: lamadol@uao.es

combined intervention (psychosocial and pharmacological) on the improvement of the family environment of children with ADHD. 20 ADHD children were selected, half of whom received a drug-only treatment, with the other half receiving a treatment that combined the pharmacological treatment with a family-centred psychosocial intervention. The family intervention took place in groups in monthly 1.5-hour sessions in the child's school. Results. Greater efficacy was observed in the combined group in most family environment variables compared to the drug-only group, specifically in the child's level of coherence, expression, autonomy, organisation, participation in social activities and degree of control. Conclusions. The drug-only treatment did not produce any improvements in family relationships. These were, however, improved with a multimodal or combined treatment.

Keywords: ADHD, pharmacological intervention, combined intervention, family intervention.

Introducción

Un contexto de relevancia incuestionable en el desarrollo del niño es la familia, dentro del cual podemos subrayar el clima familiar como uno de los factores de mayor importancia en su ajuste psicosocial (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009). El clima familiar ha demostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes (Zimmer-Gembeck y Locke 2007).

La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH. Por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología.

La mayoría de investigaciones coinciden en resaltar que los padres de niños con TDAH suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres (Miranda y García, 2007). Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su rol como padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria (McLaughlin y Harrison, 2006). Además, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos y consideran que su función de padres les limita y condiciona en gran manera su tiempo personal (Escobar et al., 2005).

Teniendo en mente las anteriores consideraciones resulta evidente la necesidad de intervenir no sólo directamente en los síntomas nucleares que presenta el niño con TDAH sino también paralelamente en el contexto familiar donde éste se desarrolla. Los programas de entrenamiento para padres en técnicas conductuales han sido apoyados de forma consistente a través de diferentes estudios, considerándose un tratamiento de primera elección para los problemas cotidianos del comportamiento infantil, ya que supone un abordaje eficiente de esta problemática (Sanders, 2002).

Método

El objetivo de esta investigación es comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Participantes

Participaron dos muestras relacionadas: un grupo de niños con TDAH y sus familias. La mitad de cada muestra recibió un tratamiento de tipo farmacológico y la otra mitad un tratamiento de tipo combinado (tratamiento farmacológico y psicosocial). A continuación, describiremos las características sociodemográficas de cada una de ellas.

Para la selección de la muestra de niños con TDAH, se contó con la colaboración de los equipos psicopedagógicos de cuatro escuelas de la provincia de Barcelona. El diagnóstico se obtuvo mediante un análisis comprehensivo de la información obtenida en una entrevista evolutiva a la familia, de la trayectoria académica, personal y social de los alumnos, con la administración de cuestionarios de estimación de TDAH a los padres y maestros de los alumnos, mediante pruebas neuropsicológicas de atención e impulsividad junto con las observaciones directas realizadas en el aula.

Un total de 20 niños con TDAH participaron en la investigación, cuyas características sociodemográficas aparecen descritas en la tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra de niños con TDAH

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
Edad		
7 años	3 (30%)	3 (30%)
8 años	4 (40%)	4 (40%)
9 años	3 (30%)	3 (30%)
Edad media	7.6	7.8
Sexo		
Niños	8 (80%)	9 (90%)
Niñas	2 (20%)	1 (10%)

La muestra de padres se componía por 40 personas, los 20 padres y las 20 madres de los niños con TDAH descritos anteriormente. La mitad de las parejas formaron la muestra del grupo de farmacológico, y la otra mitad la muestra del grupo combinado. En la tabla 2 pueden observarse las características sociodemográficas de cada uno de los grupos.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la muestra de padres y madres

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
Edad media	37.5	39.3
Sexo		
hombres	10 (50%)	10 (50%)
mujeres	10 (50%)	10 (50%)
Número de hijos		
Media	2,1	2,5
Nivel de estudios		
Graduado	2 (10%)	4 (20%)
Bachiller	5 (25%)	8 (40%)
Diplomatura	9 (45%)	6 (30%)
Licenciatura	4 (20%)	2 (10%)

Instrumento de Evaluación

La *Escala de Clima Social: Familia* de Moos, Moos y Trickett, (adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989).

Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones, desarrollo, estabilidad (ver gráfico 1).

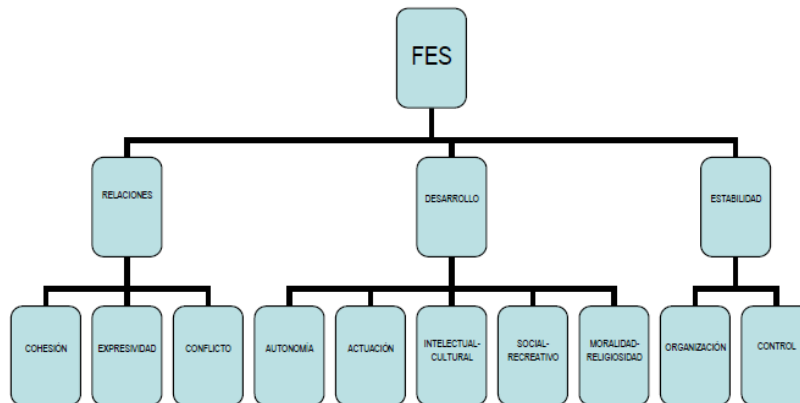


Gráfico 1. Escala de Clima Social de la Familia (FES).

Procedimiento

Intervención Farmacológica

Todos los niños de la muestra iniciaron el tratamiento prescrito por sus pediatras a inicio de curso, descansando de éste los fines de semana.

Programa psicoeducativo grupal para padres y madres

El programa de intervención familiar se desarrolló a lo largo de un curso académico, durante nueve encuentros de dos horas de duración, con una periodicidad mensual. El horario se ajustó a las preferencias de los padres y madres (20.00 h.) y en el colegio de sus hijos, para tratar de conciliar todo lo posible la intervención con sus horarios laborales y familiares. Todas estas condiciones favorecieron enormemente la asistencia de los participantes (97%).

La intervención se planteó a largo plazo, durante todo un curso escolar, y mensualmente por dos motivos. Por un lado, porque teniendo en cuenta que estamos interviniendo sobre el funcionamiento de niños y en su contexto natural, éste varía enormemente de un periodo del curso a otro. Por otro lado, si nuestro principal objetivo es lograr cambiar el funcionamiento familiar de los padres y madres de estos niños con TDAH, es necesario que haya tiempo suficiente para asimilar, poner en práctica, revisar, cuestionar, automatizar... las orientaciones y estrategias que se proponen y comparten en la intervención. De esta forma, los padres y madres pueden ir planteando en el grupo las diversas situaciones problemáticas que han sucedido en el último mes tanto en casa como en la escuela y pueden ir aplicando y revisando las estrategias que reciben en el grupo con el tiempo suficiente para asimilarlas y que se produzcan cambios significativos.

El programa de intervención grupal para padres y madres se divide en seis bloques temáticos con diferentes objetivos y tareas específicas en cada uno de ellos (Jarque y Amado, 2010).

Diseño

De acuerdo con el objetivo de la investigación elaboramos un diseño cuasi-experimental mixto (entre-grupos e intra-grupos), realizando evaluaciones en las fases de pretratamiento y de postratamiento.

Resultados

En la fase de pretratamiento, como aparece reflejado en la tabla 3, no aparecen diferencias significativas en la percepción del clima familiar entre los dos grupos de tratamiento. Únicamente en dos variables aparecen diferencias significativas a favor del grupo farmacológico. Concretamente, en el grado de participación en actividades sociales y recreativas (*Social-recreativa*. Z: -3,147; p: .002**) y en el grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (*Control*. Z: -2.971; p: .003**).

Tabla 3

Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de pre-tratamiento

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	CO	45,25	3,58	48,1	3,8	-,269	,788
	EX	41,95	8,77	48,9	4,1	-,139	,889
	CT	67,75	8,2	23,5	6,2	-,565	,572
DESARROLLO	AU	46,65	8,82	63,7	4,3	-1,488	,137
	AC	53,3	7,40	58	4,7	-,558	,577
	IC	50,15	7,87	45,7	4,6	-,725	,469
	SR	49,75	3,27	36,4	3,9	-3,147	,002**
	M	56,80	6,10	57,8	5,1	-,714	,475
ESTABILIDAD	R						
	OR	33,10	5,59	50,9	5,2	-1,745	,081
	CN	52,00	4,12	48,1	3,8	-2,971	,003**

**p < .01 *p < .05

En la fase de postratamiento, el grupo combinado obtiene unos resultados significativamente superiores a los del grupo farmacológico en la mayoría de las variables del clima familiar (tabla 4 y gráfico 2). Concretamente, en *cohesión* ($Z = -5.383$, $p = ,000^{**}$); *expresividad* ($Z = -4.503$, $p = ,000^{**}$); *autonomía* ($Z = -5.057$, $p = ,000^{**}$) y *organización* ($Z = -5.454$, $p = ,000^{**}$). También en las variables *social-recreativa* ($Z = -5.435$, $p = ,000^{**}$) y *control* ($Z = -5.426$, $p = ,000^{**}$) se obtienen mejoras significativamente superiores en el grupo combinado, a pesar de que en el pretest fueron mayores significativamente en el grupo farmacológico.

Tabla 4

Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	CO	43,45	3,51	57,8	4,8	-5,383	,000**
	EX	44,55	5,50	55,1	5,9	-4,503	,000**
	CT	66,85	15,48	73,5	4,3	-1,772	,076
DESARROLLO	AU	45,90	8,73	64,6	5,2	-5,057	,000**
	AC	52,70	6,44	55,6	4,8	-1,579	,114
	IC	49,45	7,66	52,8	4,09	-1,175	,240
	SR	49,45	3,13	64,8	6,1	-5,435	,000**
	MR	57,10	5,59	53,2	6,1	-1,835	,067
ESTABILIDAD	OR	32,50	4,71	49,8	4,5	-5,454	,000**
	CN	50,80	2,82	64,8	5,0	-5,426	,000**

**p < .01 *p < .05

Por otra parte, aunque las puntuaciones medias son superiores en el grupo combinado, no aparecen diferencias significativas con el grupo farmacológico en las variables de *conflicto*, *actuación*, *intelectual-cultural* y *moralidad-religiosidad*.

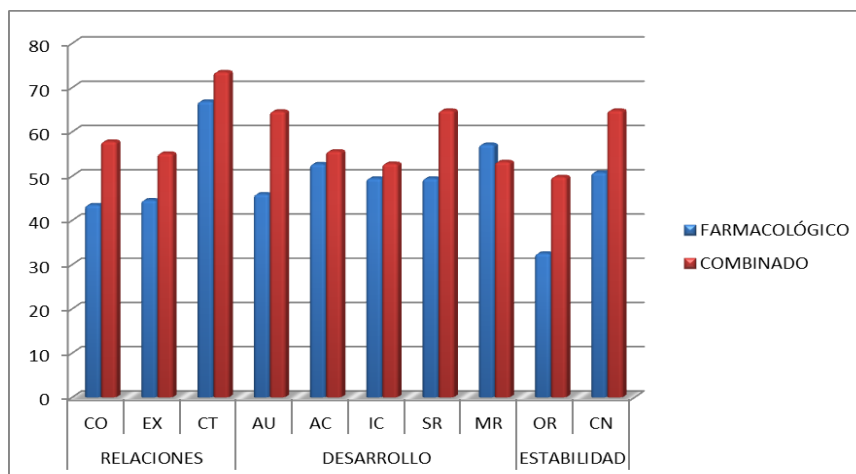


Gráfico 2. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento.

Discusión/Conclusiones

Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones (Chronis, Jones y Raggi, 2006) en nuestro estudio la *intervención farmacológica* se mostró insuficiente para mejorar el funcionamiento familiar.

Estos resultados son muy interesantes de cara a la práctica clínica y educativa, de forma que en las familias cuyos hijos son tratados únicamente con medicación, con el paso del tiempo, pueden empeorar su grado de cohesión y organización familiar.

Constituye un asunto que tiene trascendencia, ya que como han constatado algunas investigaciones, un clima familiar con bajos niveles de cohesión, afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales (Lambert y Cashwell, 2003). Dada la alta asociación que se da desgraciadamente entre el TDAH y los problemas de conducta, en los niños con TDAH tiene especial relevancia el desarrollo de un clima familiar positivo y cohesionado, que provea de estructura, apoyo, y estabilidad al niño.

Además, las investigaciones sobre factores protectores o factores de resiliencia, cada vez más investigados en el campo de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, y más concretamente en el TDAH (Nigg, Nikolas, Friderici, Park y Zucher, 2007; Regalla, Rodrigues y Serra-Pinheiro, 2007), evidencian que una adecuada estructuración familiar se asocia con personas capaces de superar mejor las dificultades, pudiéndose asociar a un menor riesgo o un pronóstico más favorable en los niños con TDAH.

Por el contrario, un clima familiar poco cohesionado puede ser un factor de riesgo que interactúe con la predisposición del niño y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (Miranda, García y Presentación, 2002).

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de intervención psicoeducativo grupal para padres arrojan resultados muy positivos y esperanzadores con importantes repercusiones para la práctica clínica y educativa. El grupo de padres y madres del tratamiento combinado percibió una mejora muy significativa en su Clima Familiar tanto en las Relaciones como en el Desarrollo y en la Estabilidad de la familia.

Dada la escasez de estudios debidamente controlados que hayan analizado la eficacia de intervenciones combinadas sobre el clima familiar, por el momento resulta

difícil contrastar los resultados obtenidos por el presente estudio con investigaciones previas. En uno de los mejores estudios realizados sobre este tópico hasta la fecha, la investigación del MTA Cooperative Group (1999), también encontraron que el tratamiento combinado lograba mejorar las relaciones entre los padres y los niños, así como en la reducción de la dureza e ineficacia en el trato de los padres hacia sus hijos. La intervención combinada ayudó a las familias a manejar a sus hijos con TDAH de forma más efectiva y a realizar las acomodaciones necesarias en sus vidas para mejorar el funcionamiento de la familia. Los cambios en las actitudes de los padres, así como en las prácticas disciplinarias utilizadas, consiguieron mejorar los problemas en el contexto familiar. Asimismo en este mismo estudio constataron que el tratamiento farmacológico implementado como único tratamiento no producía mejoras en las relaciones familiares, que sí suelen mejorar con una aproximación multimodal o combinada.

Referencias

- Chronis, A., Jones, H. y Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervás, A., Gastaminza, X., Poliavieja, P. y Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364-369.
- Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1989). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar. Manual: Investigación y publicaciones psicológicas*. Tea Ediciones, S.A.
- Jarque, S., y Amado, L. (2010, Octubre). *Propuesta de un programa de intervención grupal para promover habilidades de resiliencia en padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Presentado en I Congreso Europeo de Resiliencia. Crecer desde la Adversidad. Universidad Autónoma. Barcelona.
- Lambert, S. F., y Cashwell, C. S. (2003). Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 11, 1-7.
- McLaughlin, D., y Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 82-8.
- Miranda, A., García, R., y Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 34, 91-97.
- Miranda, A. y García, R. (2007, Septiembre). *Familias con hijos TDAH*. Presentado en I Jornadas sobre TDAH. Estepona, España.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., y Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 123-136.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

- Nigg, J. T., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L. y Zucher, R. A. (2007). Genotype and Neuropsychological Response Inhibition as Resilience Promoters for ADHD, ODD, and CD under Conditions of Psychosocial Adversity. *Developmental Psychopathology*, 19(3), 767–786.
- Regalla, M. A., Rodrigues, G. P. y Serra-Pinheiro, M. A. (2007). Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 45-49.
- Sanders, M. R. (2002). Una estrategia de intervencion conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo, y M. A. Simon (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 387-415). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zimmer-Gembeck, M. J. y Locke, E. M. (2007). The socialization of adolescent coping: relationships al home and school. *Journal of Adolescence*, 30, 1-16.