

Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico

Correlation between anxiety levels in parents of children with ADHD and anxiety diagnosis according to the clinical subtype.

Elizabeth Zambrano-Sánchez¹; José Antonio Martínez-Cortés²; Norma Sánchez-Cortés³; Minerva Dehesa-Moreno³; Francisco Vázquez-Urban⁴; Pedro Sánchez-Aparicio⁵; Alfonso Alfaro-Rodríguez¹

1 División de Neurociencias del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra";

2 Servicio de Neurología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra";

3 Servicio de Psicología y Psiquiatría y Terapia Familiar del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra";

4 Servicio de Psicología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra";

5 Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Autónoma del Estado de México.

Dirección para correspondencia

Psic. Elizabeth Zambrano Sánchez
Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra"
Torre de Investigación 2° Piso
Calzada-México-Xochimilco 289
Col. Arenal de Guadalupe
C.P. 14389
Tlalpan, Ciudad de México
E-mail: ezambrano@inr.gob.mx.

Recibido: 12 de Junio de 2017
Aceptado: 23 de Noviembre 2017

Conflicto de intereses: Se declara que no existe ningún tipo de conflicto de intereses con ninguno de los autores.

Palabras clave:

Trastorno por déficit de atención, ansiedad, escolares.

Key words:

Attention deficit disorder, anxiety, school.

Resumen: El objetivo del presente estudio fue analizar la correlación entre los niveles de ansiedad de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por subtipo clínico y los de sus padres. Se evaluaron 302 niños de 7 a 12 años de edad. Para clasificar a los niños con TDAH y grupo control se aplicaron a los padres y maestros el cuestionario; "Criterios Diagnósticos de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad" adaptado del DSM-V. Se evaluó la ansiedad manifiesta en los niños con el cuestionario Escala de Ansiedad manifiesta en niños Revisada (CMAS-R), a los padres se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). Los resultados muestran correlaciones entre Ansiedad Fisiológica en niños con TDAH-C y sus padres, ($p = 0.01$). En el cuestionario Ansiedad se observaron diferencias significativas entre los padres con hijos con TDAH-C y los padres con hijos control, en los rubros: Tensión, ($p=0.05$), Estado Ansioso ($p = 0.05$). En el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad en sus padres los subtipos clínicos con mayor significancia fueron: TDAH-C ($p = 0.0034$); TDAH-Hip-Imp ($p = 0.1629$), TDAH-I ($p = 0.001$) y con menor asociación, grupo control ($p = 0.4851$). Se observaron correlaciones en los niveles de ansiedad entre padres e hijos con TDAH-C y TDAH-H y un incremento significativo en los niveles de ansiedad de los padres con hijos con TDAH a comparación de los padres del grupo Control.

Abstract: The aim of the present study is to analyze the correlation between the anxiety levels of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) by clinical subtype and those of their parents. We evaluated 302 children from 7 to 12 years of age. To classify children with ADHD and control group, the questionnaire was applied to parents and teachers; "Diagnostic Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder" adapted from the DSM-V. The manifest anxiety in the children was evaluated with the questionnaire Scale of Anxiety manifested in Children Revised (CMAS-R), the parents were applied the scale of anxiety of Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). The results showed correlations between Physiological Anxiety in children with C-ADHD and their parents, ($p = 0.01$). In the Anxiety questionnaire, significant differences were observed between parents with children with ADHD-C and parents with control children, in the following items: Tension, ($p = 0.05$), Anxious State ($p = 0.05$). The logistic regression analysis showed that clinical subtypes of ADHD in children were associated with anxiety in their parents, the clinical subtypes with the greatest significance were: ADHD-C ($p = 0.0034$); ADHD-Hip-Imp ($p = 0.1629$), ADHD-I ($p = 0.001$) and with less association, control group ($p = 0.4851$). Correlations were observed in the levels of anxiety between parents and children with ADHD-C and ADHD-H and a significant increase in anxiety levels of parents with children with ADHD compared to the parents of the Control group was present.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por una triada sintomatológica en torno a inatención, hiperactividad e impulsividad que inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas (escuela y hogar). El TDAH engloba problemas para mantener la atención, para controlar los impulsos y el nivel de actividad, estos problemas se reflejan en el deterioro de la capacidad del niño y/o adolescente para controlar su conducta a lo largo del tiempo. Se ha definido al TDAH como una alteración crónica que interfiere en el desarrollo normal del niño que incluyen los aspectos cognoscitivo, emocional, conductual, adaptativo y social¹. El TDAH está caracterizado por distracción moderada a severa, períodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsividad.

Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que el TDAH puede persistir en la edad adulta en más de la mitad de los adolescentes afectados.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o DSM-5². "Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos".

Debido a esto el impacto del TDAH en la vida de los pacientes es trascendental, teniendo en cuenta que influye no sólo en aspectos psicológicos y emocionales, sino también en aspectos escolares que se encuentran correlacionados con los primeros y que generalmente desencadenan alteraciones psicológicas.

Por lo tanto, la detección oportuna de alteraciones psicológicas relacionadas con los procesos de atención nos permitirá canalizar a la población, con la finalidad de que reciban la terapia específica que les permita el desarrollo favorable de diversos tipos de aprendizaje.

En la actualidad se sabe que, de cada 100 niños en edad escolar, de tres a cinco presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo; 1 a 6% en hombres y 1 a 2% en mujeres adolescentes. A través de un análisis estadístico (de meta-regresión) se ha determinado una prevalencia a nivel mundial de 5.23%³. Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la

predisposición del niño, y puede exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad⁴.

Son pocos los estudios sobre validez, pronóstico y otras medidas de TDAH en la población escolar, pero la importancia de una detección temprana es trascendental para evitar las consecuencias negativas y comorbilidad de este trastorno⁵.

De acuerdo a Navarro-Pardo, et al.⁶, los niños diagnosticados con TDAH presentan relaciones significativas entre edad y diagnóstico, de modo que de 0-5 años la mayor incidencia se da en trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control de impulsos y trastornos generalizados del desarrollo; entre 6-11 años aparecen también los trastornos de conducta seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); entre 12-15 años, trastornos de conducta y de ansiedad; y de 16 hasta 18 años, trastornos de conducta. Respecto al género, existe relación significativa con el diagnóstico, con mayor incidencia en hombres en relación a los trastornos de la conducta, y de ansiedad en las mujeres.

En este trabajo se aborda el estudio de la ansiedad en los padres de niños con TDAH, no analizada como causa de la conducta del niño con TDAH, sino como factor de contexto.

Se ha observado que algunos padres inciden en el manejo del trastorno, pudiendo incentivar la aparición de algunas conductas disfuncionales o mediante la orientación adecuada, contribuir a su modificación. Por lo que consideramos que, al convivir con niños con TDAH, sus padres y familiares se ven afectados.

Barkley (1999)⁷, establece la importancia del estudio de la familia y su inclusión en el tratamiento: "Nadie puede apreciar completamente el trastorno, sus causas, su deterioro, su curso y sus consecuencias sin recurrir al entorno social y a la interacción del niño con él. El mismo diagnóstico del TDAH depende a nuestro entender de este punto. Son los informes de otro, dentro de esta red social, los que determinan qué niños se envían a consulta, se diagnostican y se tratan".

Con base en la información anterior consideramos que es muy importante diagnosticar en forma temprana el TDAH en escolares y su comorbilidad, para evitar complicaciones en el niño, así como sentimientos negativos hacia éste por parte de los padres y profesores⁸. El objetivo del presente estudio es analizar la correlación entre los niveles de ansiedad de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por subtipo clínico y el de sus padres.

Tabla 1. Resultados del cuestionario CMAS-R por subtipo clínico en niños con TDAH

Cuestionario CMAS-R	Grupo Control		TDAH-C		F	P	TDAH-H-I		F	P	TDAH-I		F	p
	X	DS	X	DS			X	DS			X	DS		
Ansiedad Fisiológica	7.3	2.6	13.7	1.3	6.1	0.58*	13.4	1.6	5.8*	0.58*	13.7	1.3	6.1*	0.58*
Inquietud/hipersensibilidad	5.9	0.9	13.5	1.5	7.6	0.41*	12.7	1.04	1.2	0.94	13.5	1.5	0.66	0.58
Pero Soc/Concen	6	0.9	12.4	1.7	6.4	0.47*	12.2	1.7	6.2*	0.45*	12.4	1.7	6.3*	0.46*
Mentira	7.6	1.6	8.6	1.7	0.9	0.28	8.6	1.7	2	0.15	8.6	2.8	2	0.15

Material y Método

Sujetos

Se evaluaron 302 niños de 7 a 12 años de edad cronológica, (enviados de escuelas con sospecha de TDAH). Con la finalidad de excluir de la muestra a todos los pacientes con deficiencia mental, epilepsia o algún otro daño o alteración neurológica o psiquiátrica importante, o que hubieran sido sometidos a algún tipo de pruebas psicológicas, neuropsicológicas o tratamiento para TDAH en los últimos seis meses se realizó una evaluación neurológica, paidopsiquiátrica, psicológica y neuropsicológica. Se les informó a los padres o tutores legales el alcance de la investigación y sus propósitos y posibles beneficios para sus niños, los que estuvieron de acuerdo procedieron a firmar el consentimiento correspondiente del INR.

Los criterios de exclusión fueron: retardo mental, epilepsia, hipoacusia, desórdenes neurológicos que alteren el desarrollo neurológico o psiquiátrico, enfermedades crónicas que provoquen ausentismo escolar o que hubieran sido examinados con las pruebas de Wechsler en los últimos seis meses. El grupo control se formó con niños asintomáticos de la misma edad y de las mismas escuelas que no cumplieron con los criterios del DSM -V para TDAH.

A los padres y maestros de los niños se les proporcionaron los cuestionarios "Criterios diagnósticos de TDA e hiperactividad (TDA-H)" del Manual de Criterios Diagnósticos y Estadísticos para los Trastornos Mentales (DSM-V). Se les explicó el significado de los reactivos, haciendo hincapié en que dichas conductas a evaluar deben haberlas observado por lo menos durante los últimos seis meses. Para identificar a los niños con TDAH se

llevó a cabo una valoración multidisciplinaria en la cual se

incluyeron los servicios de neurología, psicología, paidopsiquiatría, neuropsicología y neurofisiología, así como la opinión de padres y maestros a través de los cuestionarios DSM-IV-R respectivos. El diagnóstico se realizó ante la coincidencia de todas las evaluaciones en al menos 2 ambientes diferentes. Los niños se clasificaron de acuerdo a cada uno de los 3 subtipos de TDAH reconocidos por el DSM-V: combinado (-C), con predominio de la inatención (-I) y con predominio de hiperactividad-impulsividad (-H). Los padres de los niños que conformaron la muestra, fueron evaluados por psiquiatría a través de entrevista y la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, en su mayoría los niños asistieron con sus madres y en un porcentaje menor acompañados por sus padres o ambos padres.

Diseño

Se evaluó la ansiedad manifiesta en los niños a través del cuestionario CMAS-R⁹⁻¹⁰, subtítulo "Lo que pienso y siento", que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en los niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. La CMAS-R consta de cinco puntuaciones; la puntuación de Ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad los cuales están divididos en tres subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica, Inquietud- /Hipersensibilidad y Preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes del CMAS-R son parte de la subescala de Mentira. La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados "Si" para esa subescala. Una puntuación elevada requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas válidas para la Escala de Ansiedad o sólo marca "Si" a cualquier reactivo, o bien trata de complacer al examinador.

Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo a subtipos clínicos de TDAH y grupo control con padres con ansiedad y sin ansiedad

Subtipo Clínico	Padres con Ansiedad		Padres sin Ansiedad		Total
	n=168	55.60%	n=161	53.31%	
Combinado	89	94.6	5	5.31	94
Inatento	27	90	3	10	30
Hip-Imp	36	83.7	7	16.27	43
Control	16	11.85	119	88.14	135

Análisis de ansiedad en padres con niños con TDAH. Se observa en el rubro de padres con ansiedad el mayor número de casos de niños con TDAH corresponde al subtipo clínico combinado, (89 niños). En contraste, en los padres sin ansiedad se observa el mayor número de niños en el grupo control (119 niños).

Se aplicó la Escala de Wechsler de Inteligencia para niños IV (WISC-IV)¹¹ para descartar de la muestra a los niños con un CI total menor de 90. La prueba incluye los rubros, Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptual (RP), Memoria de trabajo (MT) y la Escala Velocidad de procesamiento, aplicada por un psicólogo sin la presencia de sus padres, siempre que fue posible. La prueba se aplicó de acuerdo a las instrucciones del Manual de Aplicación del WISC-IV, en cada subprueba se tomó en cuenta la edad de los niños para determinar el número del reactivo con el cual debería iniciarse la aplicación, ya que esto determinaría la puntuación definitiva en cada subtest. Las puntuaciones en las pruebas de CI obtenidas se clasificaron de la siguiente manera: > 130 Muy Superior; 120-129 Superior; 110-119 Normal Alto; 90-109 Normal; 80-89 Normal Bajo; 70-79 Límite; 50-69 Deficiente Mental.

A los padres se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)¹², en la versión española, realizada por Carroles, Costa, del Ser, y Bartolomé¹³. Se trata de una escala de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Esta escala se cumplimentó por el terapeuta tras una entrevista, que no duró más allá de 30 minutos.

Cada ítem se valoró en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados¹². Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas, se recomienda administrarla siempre a

la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Como los efectos de la medicación pueden interferir sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Análisis estadístico.

Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para las medidas cualitativas se calcularon porcentajes. El análisis inferencial se llevó a cabo calculando el Coeficiente de Correlación de Spearman test-retest, Análisis de varianza (ANOVA) uni y multivariado, con determinación post-hoc de Tukey. Se realizó análisis de regresión logística para encontrar factores de predicción de ansiedad en padres con hijos diagnosticados con TDAH.

El análisis estadístico se realizó con un nivel de significancia de $p = 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17 (Statistical Package for the social Science, Chicago; ILL, EEUU).

Resultados

La muestra se conformó de 302 sujetos 223 niños (75%) y 79 niñas (25%) de entre 7 y 12 años, con $7.7 + 2.5$ (Media + D.E.) (Figura 1).

De este total 167 niños fueron diagnosticados con TDAH, y se distribuyeron en los subtipos clínicos de la siguiente manera: 94 niños del tipo Combinado (56%), 30 Inatentos (18%), 43 Hiperactivos-Impulsivos (26%) y 135 niños asintomáticos (45%), quienes fueron empleados como Controles (Figura 2).



Figura 1. Distribución de la muestra estudiada, por sexo. La población de niños (75%) fue mayor en proporción a la de niñas (25%), como se ha reportado en la literatura internacional.

En los subtipos clínicos se observaron diferencias significativas en el cuestionario (CMAS-R) ($F = 6.1$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$, $F = 5.8$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$) en el rubro de Ansiedad fisiológica; ($F = 7.6$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$) en el rubro Inquietud Hiper-sensibilidad, ($F = 6.4$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$, $F = 6.2$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$; $F = 6.3$, $gl = 3$; 298 , $p = 0.01$) y en el rubro Preocupaciones Sociales y Concentración. El análisis post-hoc muestra diferencias entre los grupos TDA-I, TDA-H y TDA-C (Tabla 1). El porcentaje de padres sin indicadores de ansiedad fue mayor en relación con los sujetos del grupo control, asimismo el porcentaje de padres con ansiedad fue mayor en relación con los sujetos con TDAH-C (Tabla 2).

Se observó una asociación entre los subtipos de TDAH de los niños y ansiedad en sus padres. En el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad en sus padres los subtipos clínicos con mayor significancia fueron: TDAH-C ($p = 0.0034$), TDAH-Hip-Imp ($p = 0.1629$), TDAH-I ($p = 0.001$) y con menor asociación, controles ($p = 0.4851$) (Figura 3).

Discusión

Los resultados de este estudio reportan una mayor significancia entre los niños asociados con ansiedad en sus padres, los subtipos clínicos con mayor significancia son los niños con Trastorno por TDAH-C. Por lo cual estas observaciones aprueban nuestra hipótesis de trabajo. Se observó una asociación entre los subtipos de TDAH de los niños y ansiedad en sus padres. En el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad en sus padres los subtipos clínicos con mayor significancia fueron: TDAH-C; TDAH-H-Imp TDAH-I y con menor asociación control.

Los resultados de este estudio son congruentes con estudio realizado por Vance, et al¹⁴. En donde se reporta que los cuadros clínicos de ansiedad más frecuentes fueron los trastornos por ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia simple y fobia social. Así mismo los resultados concuerdan con lo reportado por Kashdan et al¹⁵. quienes reportaron que la ansiedad y no la depresión de padres con niños con TDAH se encontraba relacionada a un incremento en Imp-ertinencia Parental, Disciplina Negativa y Angustia Social Parental, y se relacionaba a una reducción en Cariño Parental y Participación Positiva. Adicional a esto, los autores mostraron que son las madres las que sufren más de los efectos de la ansiedad y que los efectos de la misma pueden ser evitados si se da un diagnóstico y tratamiento adecuado del niño con TDAH.

El TDAH crea dificultades en los individuos que lo padecen reportando menor calidad de vida, siendo congruentes con el estudio de Tood, et al¹⁶. Reportándose niveles menores de calidad de vida en adolescentes con TDAH cuando se comparan con adolescentes STDAH.

Por lo se hace necesario incluir este aspecto en el tratamiento de los individuos con TDAH, mejorando las relaciones entre con sus padres y maestros, para que experimenten éxito en la escuela y en actividades en donde se sientan cómodos y les vaya bien. Así mismo los resultados reflejan que los casos de TDAH presentan alteración en dimensiones académicas, relacionales, familiares y clínicas¹⁷.

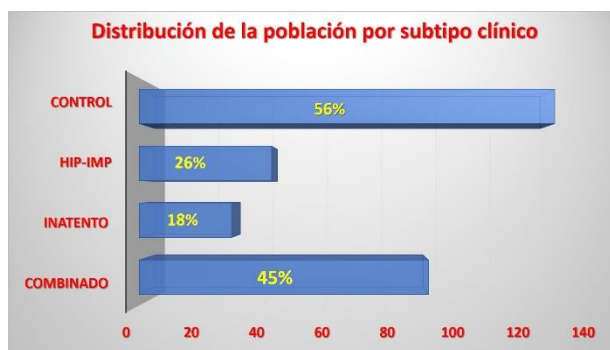


Figura 2. Distribución de la población estudiada de acuerdo al subtipo clínico. El TDH combinado tiene la mayor proporción seguido del subtipo Inatento y por último el subtipo HIP-IMP.

De acuerdo a Mash et al¹⁸. La gravedad de las manifestaciones es importante hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH-C confiesan que es más difícil vivir con él y que su presencia

influye negativamente en la familia. En un estudio realizado por Kvist et al.¹⁹, los autores identifican que en los padres de niños con TDAH se incrementa en un 75% la posibilidad de que la familia se disuelva, y un 7 a 13% de que la familia tenga bajos ingresos. Parece claro que, las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exacerba las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres, sin embargo, también se ha visto que el diagnóstico y tratamiento oportuno de este desorden ayuda a que dicha influencia negativa en la dinámica familiar disminuya considerablemente.

Sciberras, E., et al.⁵ encontró que las co-morbilidades de ansiedad múltiple se asociaron con una Calidad de Vida y funcionamiento diario más deficiente, así como con un comportamiento más problemático. Nuestro estudio examinó los niveles de ansiedad en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por subtipo clínico y ansiedad en sus padres y se observó una asociación entre los subtipos de TDAH de los niños y ansiedad en sus padres, corroborando el comportamiento y funcionamiento diario más deficiente en su entorno escolar o familiar.

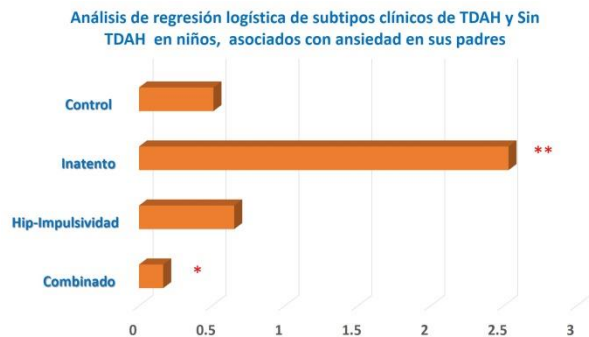


Figura 3. Regresión logística entre ansiedad de padres y niños con TDAH por subtipo. Se observa que los rubros inatento y combinado presentan valores significativos con respecto al control, * $p < 0.05$ y ** $p < 0.001$, respectivamente.

Sciberras, E et al.⁵ describen que el funcionamiento más amplio de los niños con TDAH puede verse comprometido ante la existencia del nivel de ansiedad alto, que a su vez influyen negativamente en el funcionamiento diario, lo cual coincide con los resultados en el presente trabajo donde el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad

en sus padres los subtipos clínicos con mayor significancia fueron: TDAH-C ($p = 0.0034$), TDAH-Hip-Imp ($p = 0.1629$), TDAH-I ($p = 0.001$) y con menor asociación, con el grupo control ($p = 0.4851$) que se vió reflejado en la relación parental, familiar y escolar.

Así mismo, Polanco-Barreto et al.²⁰⁻²¹, encontraron que los trastornos de conducta y ansiedad en los niños con TDHA son una comorbilidad del trastorno. Reconocen que los menores que presentan trastorno de ansiedad pueden interferir en los procesos académicos y en el funcionamiento social y familiar. En nuestro estudio encontramos que los niños con TDA-H pueden mostrar deficiencias en los factores Vida Familiar y Relacional y Rendimientos, sumando características como la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento generando ansiedad en sus padres y viceversa.

Este tipo de deficiencias y comportamientos que los pacientes viven en sus entornos, así como la relación con sus padres llegan a adjuntar comorbilidades, Roy et al.²², han descrito la relación que presenta el TDA-H y la depresión, la depresión según estos autores, se conduce a través de ansiedad y desórdenes de comportamiento. Ellos encontraron que la ansiedad y los comportamientos perjudiciales mediaron el 32% de la depresión en niños con TDA-H; concluyendo que se puede ayudar a prevenir la depresión en un niño con TDA-H haciendo intervenciones oportunas desde el diagnóstico y su comorbilidad. La ansiedad es una comorbilidad que afecta tanto a los pacientes como a sus padres. Estos autores describen que aunque la ansiedad es común en los niños con TDAH, la influencia de la ansiedad en el funcionamiento más amplio de los niños con TDAH se ha pasado por alto.

En la descripción del alcance de la ansiedad en los niños con TDA-H, los autores Polanco-Barreto et al.²¹, encontraron que los niños diagnosticados con TDAH y Trastorno de ansiedad (TA) tuvieron menor desempeño cognitivo, comparados con el grupo sin TA y el grupo control. En nuestro estudio encontramos que los niños con múltiples comorbilidades de ansiedad tienen calidad de vida sustancialmente reducida y peor comportamiento general y funcionamiento diario. La evaluación sistemática y el tratamiento de la ansiedad en niños con TDAH tiene el potencial de mejorar el funcionamiento de estos niños. Las limitaciones del presente estudio se enfocan en el problema de la selección de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, dado que esta población es captada en las escuelas primarias oficiales, por lo que el acceso a éstas

es muy restringido, así como la accesibilidad de padres y maestros a participar en el estudio.

Conclusión.

En el presente estudio se identificó el incremento en los niveles de ansiedad de padres de niños con TDAH como un factor importante que contribuye a la baja en la calidad de vida de la familia. Los niños con TDAH pueden mostrar deficiencias en los factores Vida Familiar y Relacional y Rendimientos. Algunas características del niño como la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento repercuten en el bienestar emocional y económico de la familia. Es necesario realizar más estudios con alcances cronológicos más amplios para identificar a qué nivel el TDAH en niños y adolescentes influye en el bienestar de sus padres.

Bibliografía

- Poblano, A., Romero, E., Arteaga, C. (2006). Early detection of attention deficit hyperactivity disorder. The early childhood inventory-4 screening in Mexican preschool children. En: Randall SV (Ed.). *Learning Disabilities. New Research*. New York, Nova Sci. Pub. 4 219-29.
- American Psychiatric Association DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 Asociación Americana de Psiquiatría. (2014).
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B. L., Biederman, J., y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *America Journal of Psychiatry* 8, 164-942.
- Miranda, A., García, R., 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.
- Sciberras, E., Efron, D., Iser, A. (2011). The Child's Experience of ADHD. *Journal of Attention Disorders* 15 (4), 321-327.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez-Moral, J.C., Sales-Galán, A., Sancerni-Beitia, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* 24, 377-383.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Buenos Aires: Paidós
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monteaux, M.C., Blake, C., Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school age youths with AD/HD. *JM Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (3), 262-268.
- Manificat, S., Dazord, A. (1998). Children's quality of life assessment: preliminary results obtained with the AUQUEI questionnaire. *Quality of Life Newsletter* 19, 2-3.
- Reynolds, K. C., Patriquin, M., Alfano, C. A., Loveland, K. A., & Pearson, D. A. (2017). Parent-reported problematic sleep behaviors in children with comorbid autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 39, 20-32.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños IV revisada*. Ciudad de México, Manual Moderno.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety in studies of anxiety. *British Journal of Psychiatry* 3, 76-79.
- Carrobes, J.A., Costa, M., del Ser, T., Bartolomé, T. (1986). *La práctica de terapia de conducta. Teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica*. Valencia, Promolibro.
- Vance, A., Costin, J., Barnett, R., Luk, E., Maruff, P., Tonge, B. (2002). Characteristics of parent- and child-reported anxiety in psychostimulant medication naive, clinically referred children with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry* 36, 234-239.
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., Gnagy, E. M. Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 33 (1), 169-181.
- Tood, C., Donald, L. P., Tari, D., Topplski, T. (2002) Quality of adolescent males with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 28, 233-241.
- López-Villalobos, J. A., Serrano-Pintado, I., Sánchez-Mateos, J. D. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 16, 402-407.
- Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child, Family and Psychological Reviews* 4, 183-207.
- Kvist, A. P., Nielsen, H. S., Simonsen, M. The importance of children's SDAH for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine* 88, 30-38.
- Polanco-Barreto, Á. M., Arboleda-Bustos, H., Pinto, M. C., Ávila, J. E., & Vásquez, R. (2016). TDAH con y sin ansiedad en niños: Caracterización clínica, sociodemográfica y neuropsicológica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(1), 23-33.
- Polanco-Barreto, Á. M., Arboleda-Bustos, H., Pinto, M. C., Ávila, J. E., & Vásquez, R. (2016). Caracterización neuropsicológica del TDAH con ansiedad y su asociación de polimorfismos de un solo nucleótido del gen DGKH en una población pediátrica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(3), 39-48.
- Roy, A., Oldehinkel, A. J., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Hartman, C. A. (2014). Anxiety and disruptive behavior mediate pathways from attention-deficit/hyperactivity disorder to depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(2), e108-13.