

11241

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO**

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

TESIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL  
TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
PADRES DE NIÑOS CON  
TRASTORNO POR DEFICIT DE  
ATENCIÓN Y DE  
HIPERACTIVIDAD.**

Presenta:

Dr. José Ernesto Reyes Márquez

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

**TESIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES DE NIÑOS CON  
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y DE  
HIPERACTIVIDAD.**

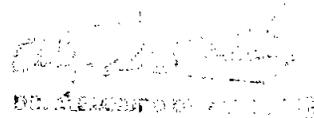
Autor: Dr. José Ernesto Reyes Márquez



Tutor Teórico  
Dr. Francisco Luna Soria

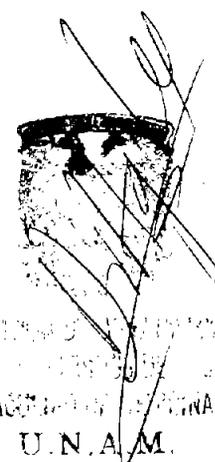


Tutor Metodológico  
Dr. Francisco Franco  
López Salazar



Dr. Alejandro Díaz Martínez  
Jefe del Departamento de Psicología  
Médica, Psiquiatría y Salud Mental

México D.F., Enero de 2003



SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE PSICOMEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## INDICE

Tema	Página.
• Introducción General	(2)
• Antecedentes	(3)
• Marco Teórico	(10)
• Definición del Problema	(21)
• Objetivos	(21)
• Objetivos Específicos	(21)
• Hipótesis	(22)
• Variables	(22)
• Definición conceptual de las variables	(22)
• Diseño	(24)
• Muestra	(24)
• Criterios de Inclusión y de Eliminación	(24)
• Procedimiento	(25)
• Resultados	(27)
• Cuadros	(30)
• Discusión	(33)
• Conclusiones	(37)
• Trascendencia	(38)
• Limitaciones	(39)
• Referencias	(39)

... a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Royel Márquez  
José Ernesto  
FECHA: 24 de mayo 04

# **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y DE HIPERACTIVIDAD.**

## **Introducción General.**

El trastorno por déficit de atención y de hiperactividad es el nombre actual de un síndrome psiquiátrico que se presenta en la infancia, con una prevalencia más alta en la etapa escolar. Sus principales síntomas son la impulsividad y la falta de atención. Una organización emocional específica de cólera interior, tanto dirigida a uno mismo como dirigida hacia el exterior puede crear el cuadro para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Otros de los datos asociados son la labilidad afectiva, enuresis, encopresis, dificultades de relación, dificultades cognoscitivas y especialmente en las relaciones familiares<sup>1,2</sup>.

Es el punto de las relaciones familiares donde el trastorno por déficit de atención, incide de manera particular, ya que estos niños presentan una deficiente relación con sus padres; pero también la relación contraria está alterada, ya que el niño representa un problema serio que genera discordia. Lo anterior nos habla de lo caótica de la situación en que viven estos niños, que a su vez nos lleva a reflexionar en el por qué y cómo es la relación entre el trastorno del niño, la problemática familiar y el estado psíquico y afectivo de los padres.<sup>3</sup>

## **Antecedentes**

Los genetistas conductuales han expresado su escepticismo acerca de la importancia de la influencia psicosocial en las enfermedades infantiles<sup>4</sup>. La atención se ha dirigido al papel de las influencias genéticas en cuanto a las diferencias individuales de los riesgos de exposición psicosocial<sup>5</sup> y se ha argumentado que los efectos medioambientales compartidos son mucho menores con respecto a la mayoría de las características psicológicas<sup>5</sup>. Fuertes demandas se han hecho a que la “Teoría Genética” pudiera remplazar la “Teoría de Socialización”<sup>6</sup>. Pareciera ser que la investigación psicosocial, se ha puesto a la defensiva con cuestionamientos dirigidos a la metodología y a sus principios básicos, así como a sus hallazgos. Sin embargo, la evidencia sugiere una apreciación más positiva. Dirigir nuestra atención a comprender las influencias psicosociales en la psicopatología infantil y cómo se ha desarrollado en la última mitad de este siglo es indispensable para afianzar nuestra visión analítica.

Tres principales movimientos en la primera mitad del siglo 20 proveyeron las bases para el pensamiento acerca de la influencia de los factores psicosociales en los trastornos en la infancia. Primero el movimiento de higiene mental jugó un papel esencial en el desarrollo de los servicios de guarderías infantiles en Norteamérica e Inglaterra,<sup>7</sup> con énfasis en la manera en que las relaciones interpersonales en la casa y la escuela participaban en la conducta de los niños, tanto normal, como anormal. Este movimiento condujo a una serie de estudios sistemáticos para observar la relación del patrón de las relaciones familiares y de la crianza sobre la conducta infantil<sup>8</sup>.

El segundo movimiento fue el psicoanalítico. Paradójicamente este se asoció con dos tendencias contrastantes. Por un lado, al enfocarse sobre los mecanismos mentales intrapsíquicos, se llevó a una subvaloración del papel real de las experiencias vitales. Las intervenciones terapéuticas se enfocaron mucho más a los procesos de pensamiento internos infantiles, que a lo que le sucedían en sus ambientes escolar o doméstico.

Por otro lado las teorías psicoanalíticas concernientes a la transición a través de las etapas psicosexuales individuales iniciales, dirigieron su atención en si el niño había sido alimentado a seno materno o con biberón, en el tiempo del destete y a la manera en como había sido manejado el control de esfínteres. En estas dos características el énfasis fué mucho mayor en el papel de las experiencias pasadas sobre la modelación de la conducta que se observaba en el presente y por lo tanto en la necesidad de que el tratamiento se enfocara más en el pasado que en el presente<sup>9</sup>. En lo que concierne con las prácticas específicas de crianza, había también un enfoque al rol de las relaciones mal adaptativas de padres he hijos en la génesis de los trastornos mentales. El concepto de la madre esquizofrenogénica<sup>10</sup> y los padres refrigeradores de niños autistas<sup>7</sup> fueron los que hicieron su marcaje.

El tercer movimiento derivó de los estudios del desarrollo, aunque algunas de sus metodologías parecían ser crudas según las metodologías actuales, la calidad de muchos trabajos era alta. Dos ejemplos sirven para ilustrar este punto; Levy en su estudio pionero de la sobreprotección materna, enfatizó la importancia de evaluar la conducta parental sobre un niño en particular y no sólo en general; él anotó las características del niño que influenciaban la conducta parental, y comentó además que estas observaciones, podrían afectar a otros. Jones (1946) reunió sus hallazgos a los estudios de

Burks, (1928) y Leahy (1935) sobre niños adoptivos para subrayar que la correlación entre de enfermedades mentales de los padres biológicos y sus niños fueron sustancialmente más fuertes que aquella de los padres adoptivos y sus hijos. El concluyó que una parte de lo que parecía influencia ambiental en el desarrollo mental estuvo realmente mediada genéticamente. Los investigadores del desarrollo también apreciaron el valor de los métodos experimentales para comprobar las hipótesis acerca de la mediación ambiental.

Durante los años de 1930 y 1940 se realizaron la mayoría de los estudios longitudinales en los principales centros de estudio del desarrollo infantil en EU, se incrementó el interés en los problemas metodológicos y muchos de ellos innovaron con la práctica de cuestionarios a los padres en el ambiente doméstico. También se incrementó el interés sobre la manera de evaluar las influencias de las clases sociales y a la manera en que los padres trataban a sus hijos según se tratara de esta. Hoffman (1957-60) hizo detalladas descripciones de las interacciones familiares y de su influencia específica en el desarrollo de trastornos y comportamiento en los niños.

Aunque el psicoanálisis indudablemente estuvo constituida por la influencia psicosocial en la psicopatología, en la década de los 30 hubo un marcado crecimiento del conductivismo dirigido especialmente por Hull y Skinner. Esta escena proporcionó la expansión y desarrollo de la investigación que fue descrito como la edad de oro, y que se extendió hasta finales de los 70.

La segunda mitad de este siglo comenzó con la monografía de Bowlby acerca de los efectos de la privación materna, él concluyó que "...el amor de la madre en la infancia y en la niñez es tan importante para la salud mental como las vitaminas y las proteína para la salud física". En la actualidad existe

un ataque ante esta hipótesis de la privación materna, como es el caso de la doctora Wootton, quien ha revisado la evidencia de la influencia psicosocial en el crimen y los trastornos de personalidad concluyendo que su calidad nos permite muy pocas generalizaciones. Se requieren más estudios con rigor científico con especial atención a muestras epidemiológicas para conceptualizar y evaluar las interferencias causales.

La investigación humana en este periodo estuvo principalmente caracterizada por la atención en los padres y su influencia psicosocial. Sin embargo hubo una pequeña influencia de los estudios clínicos de Freud y Dann de 6 campos de concentración infantiles que llegaron al Reino Unido.

A pesar de sus difíciles experiencias y de la pérdida de sus padres, ellos mostraron una marcada resiliencia y parecía ser que las relaciones igualitarias entre ellos constituía el principal factor protector

#### **Efecto de los niños sobre los padres.**

El estudio longitudinal en Nueva York, llevado a cabo por Thomas y cols. (1968) se dirigía a la importancia a las características temperamentales de los niños, y Bell (1968) argumentaba que los muchos de los efectos atribuidos a los padres pudieran en cambio reflejar una dirección inversa de causalidad, en la que diversas características del niño eran la causa de los efectos presentados por los padres. Brown y Rutter desarrollaron la entrevista Camberwell, para evaluar la vida familiar y sus relaciones. Su elaboración fue innovadora ya que realizaba cuidadosas distinciones entre los eventos y los sentimientos de las personas, con relación a estos sucesos. El método también se enfocó a la conducta parental demostrada a los niños de manera individual;

más que sólo mediciones de la situación familiar en general. La desventaja consistía en las variaciones culturales y su interpretación por lo que se establecieron mayores medidas de confiabilidad y validez. Estudios posteriores también han mostrado validez predictiva en estas mediciones<sup>11</sup>.

La noción de que las experiencias estresantes creaban un riesgo psicopatológico hizo regresar hacia la psiquiatría, especialmente por Meyer, pero fue hasta 1970 que las investigaciones se encargaron de probar estas hipótesis. Se reconoció que debido a que muchos eventos vitales eran cruciales para entender las acciones de las personas y que podía haber una relación bidireccional entre estos aspectos. Por otra parte debido a que el reconocimiento de las experiencias estresantes pudiera estar condicionada por el estado mental, era necesario evaluar estos eventos de la vida independientemente de la percepción personal, y de su impacto en ella. El riesgo psicopatológico era mayor en eventos agudos además de estar influenciado por el contexto social individual. La inferencia causal pudiera ser más fuerte si una conexión temporal se demostrara entre el tiempo del evento vital y el tiempo del inicio del trastorno psiquiátrico.

El periodo del los 80 e inicio de los 90 se consolidaron en algunos aspectos de la investigación psicosocial y se abrieron a nuevos tópicos sobre las influencias ambientales y a los extremos de la adversidad psicosocial, los estudios de Brown y Harris mostraron la importancia de los factores de vulnerabilidad, tales como la experiencia de ausencia de padres o de la recepción de reprensiones que predisponía a los padres a reaccionar adversamente a los eventos vitales. En revisiones que se hicieron en los 80 Clark y Clark concluyeron que hubo pocas secuelas a largo plazo de las

experiencias adversas en los inicios de la vida que fueran independientes a las experiencias adversas cuando se era mayor.

Además de los estudios naturalistas los estudios experimentales tomaron un relieve: se consideró la conducta infantil y su manera de afectar las interacciones con otras personas,<sup>12</sup> las relaciones de los niños sobre sus padres en comparación con otros padres para separar la relación<sup>13</sup> y los efectos de la medicación estimulante sobre la conducta de niños hiperactivos se utilizó para examinar sus efectos en la conducta parental y si existía mediación por cambios en la conducta infantil<sup>14</sup>. Estos hallazgos fueron consistentes en demostrar los efectos de la conducta de los niños en la respuesta de sus padres pero esta investigación continua abierta al desarrollo psicológico tardío de los niños y el riesgo de la psicopatología en los padres<sup>15</sup>.

Los estudios de gemelos y niños adoptivos proveyeron de una oportunidad para diferenciar entre la mediación genética y ambiental y si había necesidades similares para usar experimentos naturales y diferenciar entre diferentes formas de mediación ambiental. Por ejemplo los datos longitudinales que se han utilizado para determinar en que grado la psicopatología se asocia con un divorcio parental se han presentado antes de que el divorcio se dé<sup>16</sup>. Los resultados sugirieron que los mecanismos estaban combinados en las discordias de los padres y a una particularidad psicopatológica de los hijos, la comparación entre las familias concluyeron en un elemento causal de la enfermedad mental en los hijos sobre el estado afectivo de los padres<sup>17</sup>. Por otra parte se observó que los trastornos de hiperactividad/inatención y sociopatía era mucho más común en instituciones de tutoría que en grupos de familias adoptivas. Otros estudios longitudinales con enfoque epidemiológico han enfatizado la conexión de los trastornos

disocial y de conducta de los hijos sobre los trastornos depresivos crónicos de los padres<sup>18</sup>.

Los factores predisponentes pueden incluir el temperamento del niño, los factores genéticos familiares y las demandas de la sociedad, como la de los sistemas escolares para la adhesión del niño a una forma de conducta y rendimiento rutinarios<sup>2</sup>.

El nivel socioeconómico no parece ser un factor predisponente en el sentido de un determinado estilo de vida, pero puede contribuir a través de una mayor probabilidad de accidentes.<sup>19</sup>

Cuando se dan las condiciones para el trastorno por déficit de atención en niños de bajos niveles socioeconómicos es probable que haya un componente agresivo presente en su conducta.<sup>19</sup>

Por tanto hay que discutir ampliamente sobre las incapacidades y potenciales necesidades, manteniendo un canal de comunicación abierto, ya que cuando se les permite y se ayuda al niño y al padre a estructurar el ambiente, la ansiedad disminuye.

Por todo lo anteriormente mencionado en la presente investigación se estudiara la relación entre las reacciones que provocan estos niños en la familia; su relación con la alta prevalencia de disfunción familiar que coexiste con esta entidad nosológica y la psicopatología de los padres como un factor que inicia y/o perpetúa el síndrome.

## **Marco Teórico**

### **Introducción.**

El trastorno por déficit de atención se incluye en el grupo de trastornos de conducta desorganizadora, en el cual también se incluye el trastorno desafiante oposicionista y de la conducta.<sup>20</sup>

Hay dos categorías principales de trastorno por déficit de atención: con o sin hiperactividad. En el pasado el trastorno era denominado a menudo daño cerebral mínimo, síndrome hiperkinético, etc. La impulsividad y la falta de atención son los datos más característicos de los trastornos por déficit de atención.

Por otra parte, una y otra vez las investigaciones han demostrado que algún suceso psíquico, una alteración del equilibrio familiar o factor inductor de ansiedad parecen disminuir los efectos de la medicación. Esta observación hace razonable pensar que los factores emocionales pueden contribuir al inicio o perpetración del síndrome. El tratamiento del trastorno por déficit de atención, con hiperactividad en la infancia incluye la educación familiar acerca del trastorno, terapia de fármacos con metilfenidato, dextroanfetamina, etc., y aproximaciones de los trastornos de aprendizaje coexistentes.<sup>21</sup>

## Trastornos por déficit de atención

Fue primeramente identificado a finales del siglo pasado 1897 en niños con retraso mental, es en 1971 cuando se reúnen diferentes diagnósticos anteriormente mencionados<sup>21</sup> bajo el actual nombre de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en cuanto a la actual incidencia y prevalencia de este trastorno se sabe que afecta entre el 5 y 10% de la población infantil en edad escolar y se sabe también que coexiste frecuentemente con trastornos de la conducta y trastornos desafiantes oposicionistas. Este trastorno refleja alteraciones neurológicas y se asocia con trauma perinatal y desnutrición. La prevalencia es mayor en el hombre en una relación de 3 a 10 niños por cada niña.<sup>22, 28</sup>

El trastorno por déficit de atención y de hiperactividad es un síndrome psiquiátrico de aparición en la infancia en el que las dificultades de relación y familiares, inciden en los padres causando una relación deficiente, así como problemas importantes de manejo del niño y muy importantemente en los padres genera una gran cantidad de frustración y ansiedad<sup>21</sup>.

Así mismo se sabe que los trastornos de tipo neurótico secundarios a situaciones estresantes causan ansiedad, misma que se describe como un estado emocional displacentero de fuentes difíciles de identificar, frecuentemente acompañada de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga y agotamiento, la intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores hasta problemas realmente incapacitantes, en todo caso afecta la relación de los padres con sus hijos, la intensidad del cuadro es variable, así como la duración del cuadro.<sup>23</sup>

Aun con el conocimiento de estos criterios y datos clínicos, el límite entre la ansiedad normal y la patológica no es fácil de establecer, los pacientes, es frecuente el observar que los individuos afectados por este problema retardan el tratamiento del problema hasta que la desorganización es evidente o el sufrimiento es muy intenso, en estas condiciones la ansiedad deteriora importantemente la capacidad de pensamiento, memoria, la capacidad para el trabajo y la adaptación social, es entonces cuando se indica una cuidadosa valoración por personal entrenado y en su caso tratamiento, para así restaurar la funcionalidad perdida del ahora paciente.

## Familia

El ser humano al nacer es desvalido e incapaz de subsistir por sí mismo. Para ello necesita depender de su relación con otros seres humanos, en especial su madre que satisfaga sus necesidades básicas de subsistencia, tanto físicas como emocionales. En esta forma la familia, su grupo natural de adscripción, se convierte como institución social en una matriz de desarrollo psicosocial, que asegura la sobrevivencia del hombre como individuo y como especie.<sup>24</sup>

Donde hay hombre, hay familia, es un hecho antropológico generalmente aceptado, y se considera a ésta la unidad básica social que permite al hombre ser y subsistir. Según Lynton “ la familia como grupo primario de adscripción es la más antigua de las instituciones sociales humanas, que probablemente sobreviva en una o en otra forma mientras exista nuestra especie”. Sin embargo la forma tradicional de la familia que conocemos de origen judeo-cristiano es tal vez la menos frecuente en las diferentes culturas humanas, habiendo existido numerosas variantes, y aún en la época actual hay cambios interesantes.

La relación marital es el eje central alrededor del cual se forma el resto de las relaciones familiares, y sociales, de este modo la relación de ambos cónyuges es de importancia extraordinaria y son ellos los arquitectos de la familia; así una relación de parejas conflictiva inicial o desarrollada posteriormente, puede afectar o alterar la interacción parental y por ende las funciones de la familia y sus miembros.<sup>19, 23, 24</sup>

## **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y familia.**

Aún cuando la evolución cultural sea muy rápida, la familia nuclear, es decir, el conjunto padre – madre – hijo, continúa siendo el modo de organización social más frecuente en nuestra sociedad occidental y sigue sirviendo de modelo y de referencia, a pesar de las numerosas críticas dirigidas contra ella.<sup>25</sup>

Cada familia tiene sus potenciales y limitaciones, las crisis, la tensión constante, puede unirla o acabarla y este trastorno por déficit de atención, es un ejemplo de tensión constante. Estos niños giran en una órbita solitaria hasta que chocan con otros, lo cual es frecuente, y aunque los padres quieran a sus hijos, el contraataque es inevitable, ya que la capacidad de aguante del ser humano es limitado. El niño provoca reacciones negativas recurrentes a sus padres, que se agregan a sus frustraciones por no saber que hacer, a la culpa por desesperarse y se repiten una y otra vez que deben ser pacientes, durando la promesa sólo hasta la siguiente situación de conflicto. Toda la familia entra en la problemática por la que cursan estos niños.<sup>26</sup>

Algunos libros incluso enlistan las actitudes que deben tomar los miembros de la familia y que pueden ayudar en el tratamiento, tales como la consistencia en reglas, aceptación, disciplinas, etc.<sup>26</sup>

Por otra parte, la asociación del niño hiperactivo y la psicopatología de los padres a sido explorada en diversos estudios; estos han dado como resultado altas tasas de sociopatía materna y paterna, alcoholismo e histeria materna entre los padres de niños hiperactivos, en comparación con aquellas de niños normales.<sup>2, 26</sup>

También se han encontrado altas tasas de tres tipos de trastornos en los padres de niños hiperactivos, tales como trastornos por ansiedad, trastornos afectivos y abuso de sustancias, en comparación con padres de niños normales, así mismo se ha observado altas tasas de hiperactividad en los padres cuando eran niños.<sup>27</sup>

## **Ansiedad-Depresión y familia**

Desde la teoría cognitiva, el Trastorno de ansiedad generalizada se desarrolla a partir de la colocación de los recursos de atención en una amenaza, fácil acceso y obtención rápida de información relacionada con la amenaza, autoconciencia o excesiva preocupación acerca de cómo lo perciben los otros a uno mismo, exagerado y excesivo miedo a las sensaciones corporales asociadas con ansiedad y un trastorno para percibir los grados de estrés o la dificultad de una tarea.

Si bien la atención al estudio de la enfermedad psicósomática como resultado de la prevalencia del estrés sobre el individuo es amplia, sigue siendo escaso el conocimiento sobre su etiología y patogénia, pero debemos destacar hechos que presentan aceptación y unanimidad general, podemos resumirlos como:

- Estímulos ambientales (excesivos, insuficientes, especiales.)
- Constitución, predisposición genética.
- Experiencias tempranas y aprendizaje previo.
- Recursos personales frente a la agresión.
- Soporte social.
- Respuesta del ambiente al síntoma psicósomático (posibles ganancias secundarias, etc.).
- La pluricausalidad de importancia fundamental.

Estos factores actuarían sobre diversas estructuras orgánicas (neuronales, metabólicas, bioquímicas y estructurales) que producirían los consiguientes

cambios patológicos que en su conjunto son considerados como la enfermedad psicosomática.<sup>28</sup>

El Trastorno de ansiedad generalizada ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana a través del sistema de clasificación del DSM-IV. Sin embargo, este diagnóstico es muy controvertido por la frecuente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y por la dificultad para establecer los límites entre la ansiedad como síntoma acompañante de otros trastornos y la ansiedad como diagnóstico per se. Cerca de dos tercios de los pacientes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada tienen un diagnóstico adicional del eje I (fobia social, distimia).<sup>28</sup>

En el CIE-10 aparecen los trastornos identificados por su sintomatología y curso y además por uno u otros de los factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir un estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo que da lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aquí el estrés es un factor necesario e imprescindible para la aparición del cuadro clínico, la sintomatología aparece como una consecuencia directa de un estrés agudo o una situación traumática sostenida, de forma que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno.<sup>29</sup>

En el momento actual tanto el CIE-10, como el DSM-IV han incluido las reacciones en estrés dentro de los grupos F40-F48 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias). CIE-10 y 309.89-T por estrés postraumático y T. adaptativo en sus diversas formas DSM-IV.

Estos trastornos han de ser considerados como la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o crónicas en las que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y por lo tanto llevan a un deterioro del rendimiento social.

Con respecto a la depresión, ambas entidades presentan una comorbilidad significativa (25% a 35%): un tercio de pacientes con ansiedad presentan depresión y un quinto de los pacientes con depresión presentan ansiedad (ansiedad y depresión mixtas según CIE-10, caracterizada por depresión mayor y fobia social, la cual se maneja con RIMAs o ISRS, o con asocio de antidepresivos y BZD).

Esto ha llevado a algunos autores a proponer que se consideren estos trastornos como diferentes manifestaciones de una diátesis subyacente (dos expresiones fenotípicas de un mismo genotipo); y se apoyan en análisis genéticos multivariados de mujeres que sufren de depresión y trastorno de ansiedad generalizada y que sugieren una vulnerabilidad genética para ambos trastornos.

Un estudio familiar mostró, sin embargo, que cuando se seleccionan los pacientes ansiosos no deprimidos, sus parientes tienen un marcado riesgo para ansiedad pero no para depresión. Debe tenerse en cuenta, que otra posible explicación a estas tasas de comorbilidad es el frecuente hallazgo del National Comorbidity Survey que tener 2 o más trastornos psiquiátricos es más común que sólo tener uno (80% de los que informaron un trastorno psiquiátrico tiene al menos otro y más del 50% de los trastornos se encontraron en el 14% de la población).<sup>30</sup>

El alto grado de comorbilidad entre ansiedad y trastornos depresivos afecta la decisión terapéutica y el establecimiento de pronósticos.

La escala de Hamilton para valorar síntomas de ansiedad (HAM-A), también permite diferenciar este trastorno de la depresión, e incluso determinar su severidad y evaluar la respuesta del paciente a la decisión terapéutica.

Los trastornos de personalidad se pueden presentar hasta en un 50% de los padres de pacientes (vs. 10% de la población general).<sup>29</sup>

El Trastorno de ansiedad generalizada puede ocurrir en al menos un 2% a 3% de la población general. Según el estudio ECA, la tasa prevalencia a un año es de 2.5% a 8%, siendo más común en mujeres (3 : 2) y jóvenes. El National Comorbidity Study revela tasas de prevalencia a lo largo de la vida de 5.1%. En Colombia el Estudio de Salud Mental con una muestra de 15.045 entrevistados revela una prevalencia a lo largo de la vida de 3.1% con mayor predominancia en el sexo femenino (3.5% vs. 2.6%). Puede coexistir con depresión (35-52%) y abuso de sustancias psicoactivas (31%). Hasta un 25% de los pacientes de atención primaria tienen sintomatología ansiosa como un componente clínico significativo de su condición.<sup>31, 32</sup>

Las repercusiones a nivel familiar de un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad son variadas y muy importantes, cada familia tiene sus potenciales y limitaciones propios. Las crisis, la tensión constante y otros problemas pueden unirlos o producirles disfunciones, y es este padecimiento en uno de sus miembros una fuente de tensiones y problemas constantes estos niños provocan reacciones negativas recurrentes a sus padres, que agregan a toda su frustración de no saber que hacer, las culpas por

desesperarse, toda la familia entra entonces en esta problemática que traen los niños, lo que nos hace preguntarnos ¿que reacciones afectivas provocan estos niños para que la familia entre en crisis?<sup>26</sup>.

## **Definición del Problema.**

¿Hay trastornos de ansiedad y depresión en padres de niños con TDAH?

### Objetivos

Describir las diversas reacciones afectivas del tipo ansiedad - depresión de los padres de niños con TDAH.

### Objetivos Específicos

- Describir la prevalencia y severidad de trastornos de ansiedad y depresión en padres de niños con TDAH

### **Límites**

De Tiempo: 10 meses

De espacio: Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Universo de trabajo: Padres de niños con diagnóstico de TDAH y padres de niños sin diagnóstico psiquiátrico

### **Organización**

Recursos Humanos: Un residente de psiquiatría de 3er año, un supervisor teórico, un supervisor metodológico y 3 asistentes encuestadores.

Recursos materiales: Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I, Escala para depresión de Hamilton, Escala para ansiedad

de Hamilton, Hoja de autorización para participar en el estudio, Hoja diseñada ad Hoc para recolección de datos sociodemográficos

### **Hipótesis**

Los padres de niños con TDAH desarrollan trastornos de ansiedad y/o depresión.

### **Variables**

- Variables Independientes: Trastorno por déficit de atención
- Variables Dependientes: (psicopatología de los padres) Ansiedad y Depresión

### **Definición conceptual de las variables:**

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. (DSM-IV).

Trastorno afectivo: La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. (DSM-IV)

Depresión: La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. (DSM-IV)

## **Diseño**

Tipo de estudio: Se trata de un estudio comparativo, transversal, observacional.

## Muestra

Los sujetos de estudio fueron 20 parejas que son padres de niños tratados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en la clínica de trastornos de la atención y de la conducta y que tienen el diagnóstico de trastorno por déficit de ansiedad con hiperactividad.

Como grupo control se estudiaron otras 20 parejas que son padres de niños sin diagnóstico psiquiátrico que acuden a una escuela en la Cd. de México.

## Criterios de Inclusión y de eliminación de Padres de niños con TDAH

### Se Incluyeron:

1. Parejas que sean padres de niños con TDAH y sean manejadas en el Hospital Infantil Juan N. Navarro
2. Que sepan leer y escribir
3. Que aceptaron participar y ser entrevistados

### Se Excluyeron:

1. Personas con presencia de psicosis
2. Que tengan retraso mental clínico
3. Sean Analfabetas
4. Que no acudan ambos padres
5. Que padezcan enfermedad terminal o contagiosa
6. Que no acepten formar parte del estudio

## 7. Sean padres o madres Solteros-Viudos-Divorciados

### Criterios de Inclusión y de eliminación de Padres de niños sanos (Grupo Control)

#### Se Incluyeron:

1. Parejas que sean padres de niños sin diagnóstico Psiquiátrico.
2. Que sepan leer y escribir
3. Que aceptaron participar y ser entrevistados

#### Se Excluyeron:

1. Personas con presencia de psicosis
2. Que tengan retraso mental clínico
3. Sean Analfabetas
4. Que no acudan ambos padres
5. Que padezcan enfermedad terminal o contagiosa
6. Que no acepten formar parte del estudio
7. Sean padres o madres Solteros-Viudos-Divorciados

### **Procedimiento**

Se incluyeron en el estudio a padres de niños con TDA que acudieron por atención del niño al Hospital Juan N. Navarro. Si los padres reunían los criterios de inclusión y enviados a la unidad hospitalaria, Fray Bernardino Álvarez previa cita con entrevistador en la unidad de servicios ambulatorios para ser entrevistados por el investigador, este se presentaba a los padres proporcionando información del proceso para su evaluación y aplicaba los instrumentos para el estudio de los padres de niños con diagnóstico de TDAH se les aplicaron las siguientes escalas por orden:

- Hoja de autorización para participar en el estudio: para poder iniciar los siguientes pasos de la investigación.
- Hoja diseñada ad Hoc para recolección de datos sociodemográficos: Para conformar una base de datos con la cual se trabajara al analizar los datos.
- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I: Esta entrevista esta formada por 6 secciones que evalúan independientemente distintas áreas correspondientes al eje I del DSM-IV, siendo el A. Episodios afectivos, B. Síntomas psicóticos y asociados, C. Diagnóstico diferencial de trastornos psicóticos, D. Trastornos Afectivos, E. Alcohol y trastornos por Uso de Sustancias, F. Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos, validada para población mexicana.
- Escala para depresión de Hamilton: Consta de 21 Items, en los que se evalúa Insomnio, animo, ideas suicidas, funcionalidad, ansiedad, síntomas psicóticos, se califica en base a puntaje donde 10 a 18 puntos indican depresión leve, 19 a 25 depresión moderada, 26 o más depresión severa, escala validada para población mexicana.
- Escala para ansiedad de Hamilton: Que consta de 14 Items en los cuales se clasifica el grado de ansiedad, incluye medición de los trastornos del sueño, estados de inquietud, tensión nerviosa, estado depresivo, síntomas somáticos y neurovegetativos, se califica en base a puntaje donde 7 a 20 puntos indican ansiedad leve, 21 a 34 ansiedad moderada, 35 a 48 ansiedad severa y 49 más ansiedad muy severa, altamente incapacitante, escala validada para población mexicana.

En caso de tener resultado positivo para algún trastorno se enviaron al servicio de urgencias de la unidad para que se les iniciara el tratamiento pertinente.

Posteriormente se procedió a la calificación de los instrumentos, captura de datos y análisis de los mismos.

El análisis estadístico de los datos se realizó con un programa estadístico computarizado, se utilizaron medidas de resumen (porcentajes, promedio, desviación estándar) realizando las pruebas de "t" de student (t) y la prueba de chí cuadrada (x).

Finalmente se procedió a la elaboración del documento

## **Resultados**

Se encontró que la prevalencia de ansiedad en padres de niños con TDA, se encontraba según diagnóstico por SCID-1 en el 27% de los casos, en comparación con el 3% en padres de niños sin TDA y se encontró una severidad de 20.8 puntos promedio en la escala de HAM-A en padres de niños con TDA en comparación con 1.8 puntos promedio en padres de niños sin TDA

Se encontró que la prevalencia de depresión en padres de niños con TDA, se encontraba según diagnóstico por SCID-1 en el 5% de los casos, en comparación con los padres de niños sin TDA en quienes no se encontraron

casos de depresión diagnosticable por SCID-1 y se encontró una severidad de 25.5 puntos promedio en la escala de HAM-D en padres de niños con TDA en comparación con 23.4 puntos promedio en padres de niños sin TDA

Se encontró ansiedad leve en el 32% de los casos de padres de niños con TDA y solo el 3% de ansiedad moderada y en cuanto a la depresión se encontró 3% tanto en depresión leve como en moderada

Aunque se investigo no se logro demostrar alguna relación entre el sexo del padre y la presencia de ansiedad o depresión

Adicionalmente se encontró una prevalencia de 10% de abuso de alcohol en los padres de niños con TDA, y un 3% en el caso de los padres de niños sin TDA

Entre las características de los niños se encontró que el 80% (n=16) de los casos fueron hombres, de estos el 75% (n=15) fueron TDA mixto con predominio de la hiperactividad con un promedio de 14.4 meses de diagnóstico y 25% (n=5) fueron TDA con predominio de la inatención con un promedio de 20.8 meses de diagnóstico.; en el grupo de niños sanos (control) 45% (n=9) fueron hombres con una edad promedio de 6.5 años. ( $\chi^2(1)=10.4$ ,  $p=0.001$ ) (cuadro 1)

Se encontró que la edad promedio de los padres de niños con TDA fue de 30 años en los controles se encontró edad promedio de 33 años ( $t=-2.04(78)$ ,  $p=0.04$ ) con un promedio de 8 años de estudios, y 13 años promedio de estudios en los controles, ( $t=-6.50(78)$ ,  $p=0.000$ ); el 85% (n=34) de los padres viven en el DF y el 100% (N=40), ( $\chi^2(1)=6.4$ ,  $p=0.01$ ); en cuanto a la

ocupación de los padres de los casos 50% (n=20) de ellos empleados, 7% (n=8) trabajadores independientes, 5% (n=2) desempleados y 27% (n=11) dedicados al hogar; y en los padres de niños sanos el 27% (n=11) empleados, 53% (n=21) trabajadores independientes y 20% (n=8) dedicados al hogar ( $\chi^2(3)=12, p=0.007$ ). (cuadro 2)

El diagnóstico se realizó en base a la aplicación de la entrevista semi estructurada SCID-1 en el caso de los padres de niños con TDA se encontró al 57.5% (n=23) sin diagnóstico, al 27.5% (n=11) con angustia, al 5% (n=2) con depresión, y al 10% (n=4) con abuso de alcohol; en los controles, padres de niños sin diagnóstico de TDA se encontró 95% (n=38) sin diagnóstico, 2.5% (n=1) con ansiedad, y 2.5% (n=1) con abuso de alcohol. ( $\chi^2(3) = 15.82, p=0.001$ ) (cuadro 3)

En los cuestionarios de HAM A y B, los padres de niños con TDA puntuaron en el HAM-A 20.8 puntos en promedio, en el HAM-B 25.5 puntos promedio de padres de niños con TDA (cuadro 4); en el HAM-A se encontraron 65% (n=26) sin diagnóstico, 32.5% (n=13) con ansiedad leve y 2.5% (n=1) con ansiedad moderada; contra 16.4 puntos promedio de los padres de niños sanos ( $t=4.8$  y  $p=0$ ), 97.5% (n=39) sin diagnóstico y 2.5% (n=1) con ansiedad leve ( $\chi^2(2)=13.8, p=0.001$ ) (cuadro 5); en el HAM-D se encontraron 95% (n=38) sin diagnóstico, 2.5% (n=1) depresión leve y 2.5% (n=1) depresión moderada; contra 23.4 de padres de niños sanos ( $t=2.8$  y  $p=0.005$ ) 100% (n=40) sin diagnóstico (cuadro 6).

## Cuadros

Cuadro 1. Características de los niños

	Enfermos (N=20)		Sanos (N=20)	
	N	%	n	%
<b>Masculinos*</b>	16	80	9	45
<b>TDA 1</b>	15	75		
<b>TDA 2</b>	5	25		
	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS
<b>Edad (años)</b>	6	1	6.5	1
<b>Tiempo de Dx. (meses)</b>				
<b>TDA 1</b>	14.4	16		
<b>TDA 2</b>	20.8	21		

\*[Chí2 (1) = 10.4, p0.001]

TDA1 = Trastorno por déficit de la atención Mixto o con predominio de la Hiperactividad

TDA2 = Trastorno por déficit de la atención con predominio de la inatención

Cuadro 2. Características de los padres

	Padres de niños Enfermos (N=40)		Padres de niños Sanos (N=40)	
	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS
<b>Edad (años)*</b>	30	7	33	3
<b>Escolaridad (años)**</b>	8	3	13	3
	N	%	n	%
<b>Residencia DF***</b>	34	85	40	100
<b>Ocupación****</b>				
<b>Empleado</b>	20	50	11	27
<b>Trabajador Independiente</b>	7	17	21	53
<b>Desempleado</b>	2	5		
<b>Hogar</b>	11	27	8	20

\*[t = -2.04 (78), p0.04]

\*\*[t = -6.50 (78), p0.0000]

\*\*\*[chí2 (1) = 6.4, p0.01]

\*\*\*\*[chí2 (3) = 12, p0.007]

Cuadro 3. Diagnóstico por el SCID-I

SCID-I	Padres de niños Enfermos (N=40)		Padres de niños Sanos (N=40)	
	N	%	N	%
Sin Dx.	23	57.5	38	95
Angustia	11	27.5	1	2.5
Depresión	2	5		
Abuso de Alcohol	4	10	1	2.5

\*[Chi2 (3) = 15.82, p0.001]

Cuadro 4. Promedio de puntajes en el HAM-A y HAM-D

	Padres de niños Enfermos (N=40)		Padres de niños Sanos (N=40)		"t"	p
	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS		
HAM-A	6.8	5.4	2.4	1.8	4.8	0
HAM-D	4.5	4.2	2.4	1.7	2.8	0.005

Cuadro 5. Diagnóstico de severidad de la ansiedad por HAM-A

HAM-A*	Padres de niños Enfermos (N=40)		Padres de niños Sanos (N=40)	
	N	%	N	%
Sin Dx.	26	65	39	97.5
Ansiedad Leve	13	32.5	1	2.5
Ansiedad Moderada	1	2.5		

\*[Chi2 (2) = 13.8, p0.001]

Cuadro 6. Diagnóstico de severidad de la Depresión por HAM-D

HAM-D	Padres de niños Enfermos (N=40)		Padres de niños Sanos (N=40)	
	N	%	n	%
Sin Dx.	38	95	40	100
Depresión Leve	1	2.5		
Depresión Moderada	1	2.5		

## **Discusión.**

En el contexto de un continuo debate académico y comunitario acerca del impacto que los niños con TDAH pueden causar en sus padres y viceversa, nosotros decidimos enfrentar la problemática para aclarar en una sola dirección cómo se da esta relación. Se sabe que existen diferencias sobre la esfera afectiva en los padres de niños con trastornos psiquiátricos, existe evidencia de un predominio en los trastornos de ansiedad y depresión en los padres de niños con TDAH, para esto organizamos que el estudio fuera de tipo transversal para conocerla prevalencia y severidad de estos trastornos en los padres de niños con TDAH. El Grupo comparativo constituido por igual numero de padres, pero de niños sanos nos permitió en un primer momento comparar las características de sus hijos en cuanto a edad y en un segundo momento sus resultados ante la aplicación del SCID 1 para diagnóstico de depresión – ansiedad y en su severidad según los puntajes de las escalas HAM A y D.

Como observamos, respecto a las características de los niños involucrados en la investigación se obtuvieron 2 grupos poblacionales el primero de ellos portadores del trastorno (N=20) y el segundo de niños sin el trastorno (N=20), en el grupo de niños enfermos 16 eran masculinos (80%) a diferencia de solo 9 en el grupo de los sanos (45%), esto apoya a la epidemiología ya conocida sobre el predominio de este trastorno en el sexo masculino. Dentro del grupo de los niños con el trastorno se separo en tipo 1 al de características mixtas o con predominio de la hiperactividad y en el tipo 2 al de predominio de la inatención; 15 niños (75%) fueron del tipo 1 y 5 (25%) del tipo 2, manteniendo entre ambos una relación de 3 a 1 lo cual se puede explicar por la gravedad de los síntomas que obligan a los padres y a los médicos a

elaborar un rápido diagnóstico. por otro lado se debe considerar el probable subregistro que se presenta en el subtipo con predominio de la inatención que incluso se consigna en estadísticas del DSM IV.<sup>28</sup>

La edad promedio fue de 6 años en el grupo de los niños con el trastorno y de 6.5 en el grupo de los niños sanos, en ambos con una desviación standard de 1 lo que hace comparables a ambos grupos, según las características epidemiológicas de este trastorno coincide en que su mayor prevalencia se alcanza en la etapa escolar<sup>3</sup>. Se consideró el tiempo que los niños llevaban con un diagnóstico establecido del trastorno, con la finalidad de conocer el impacto que tuviera éste en trastornos de ansiedad y depresión en los padres; se encontró así que en promedio los niños con TDA1, tenían 14.4 meses de diagnosticados (DS=16) y los del subtipo 2 llevaban en promedio 20.8 meses (DS=21).

Se analizaron algunas características demográficas de los padres de ambos grupos de niños y según lo muestra el cuadro 2, respecto a la edad al momento del estudio los padres de los niños con el trastorno era de 30 en promedio (DS=7) y de 33 años (DS=3) para los padres de los niños sano, siendo similar a los datos etarios obtenidos en otros estudios sobre las características de las familias de niños con problemas de conductas<sup>19</sup>. Mediante el análisis estadístico de la t de student se obtuvo una  $P=0.04$ , lo que no hace estadísticamente significativa esta relación en cuanto a la diferencia de edades. Respecto a la escolaridad en años de los padres de ambos grupos, si se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con una  $p=0.0000$ , ya que los padres de los niños enfermos tenían en promedio 8 años de estudio (DS=3) y los padres de niños sanos 13 años de estudios (DS=3), sobre este punto no se encontraron antecedentes que correlacionen la escolaridad de los padres de

niños con trastornos conductuales y su influencia sobre la psicopatología de los padres. podríamos en este tópico suponer que la poca escolaridad es un factor más que modifica el patrón de enfermedades afectivas entre los padres además del estar en convivencia con niños con el TDAH. La residencia dentro del distrito federal no se consideró con significancia estadística ( $p=0.01$ ), ya que el 85% de los padres de los niños enfermos procedían del DF y el 100% de los padres de niños sano provenían también del DF. respecto a la ocupación de los padres se consideraron 4 variantes: si eran empleados, trabajaban independientemente, en el hogar y desempleados, aunque el análisis realizado con Chi cuadrada produjo una  $p=0.007$  es decir sin significación estadística, hubo un predominio de la ocupación como empleados entre padres de niños con trastorno y como trabajadores independientes entre los padres de los niños sanos, sin embargo carecemos de una muestra suficiente para elaborar conclusiones al respecto, por otra parte no existen estudios que valoren las condiciones laborales en padres con niños con el trastorno que sean confiables, ya que por las características económicas y sociales de este país no es comparable a otras naciones desarrolladas donde las condiciones de trabajo son más estables.<sup>33</sup>

Al aplicarse el SCID1 para la elaboración de Diagnóstico en ambos grupos de padres se obtuvieron interesantes resultados, como lo muestra el cuadro 3 al aplicar la prueba de chi cuadrada con una P significativa de 0.001, fueron 23 (57.5%) los padres de los niños enfermos sin diagnóstico y de 38 (95%) los padres de niños sanos, esto coincide con otros resultados similares obtenidos en estudios interesados en conocer la psicopatología de los padres de niños con padecimientos conductuales <sup>33</sup>. Respecto al tipo de diagnóstico obtenido predominó la angustia en ambos grupos de padres: siendo de 27.5% y de 2.5% en los padres de niños enfermos y niños sanos respectivamente lo cual

El diagnóstico de severidad de depresión de la escala de Hamilton D se realizó entre los padres de los niños enfermos solamente ya que los padres de niños sanos no tuvieron el diagnóstico, se encontró así un caso de depresión leve y uno de depresión moderada, constituyendo entre ambos el 5% correspondiente a este diagnóstico que se describen en el cuadro.

### **Conclusiones**

Este estudio tiene como fin, analizar algunas de las intrincadas interacciones padres – niños con TDA. En especial las alteraciones afectivas características de los padres que resultan de tener un hijo con este trastorno y las reacciones que estos provocan en la dinámica familiar.

Ante el cuestionamiento original de este estudio concluimos que los padres de niños enfermos si tuvieron mayor presencia de diagnósticos al aplicar la entrevista semiestructurada SCID 1, que los padres de niños sanos en un 42.5% vs. Un 5% respectivamente. Por otra parte la prevalencia de angustia fue de 27.5% contra un 2.5%, en los padres de niños enfermos y los padres de niños sanos respectivamente. La prevalencia de depresión en los padres de niños enfermos fue ligeramente mayor a la estadística en población abierta ya que fue de 5% en contraste con ninguna detección de casos en los padres de niños sanos. Aunque no fue un objetivo del estudio fue un hallazgo interesante que al aplicar el SCID 1 conocimos la prevalencia de abuso de alcohol en estas poblaciones estudiadas, siendo este del 10% para los padres de niños enfermos y de 3% en los padres de niños sanos. En lo que respecta a la severidad de la ansiedad en los grupos de estudio se obtuvieron puntajes con diferencias estadísticamente significativas y correspondiendo el 32.5% de los casos a ansiedad leve, de los padres de niños enfermos con diagnóstico de ansiedad.

## Trascendencia

Este estudio permite observar que en los padres existe frecuentemente ansiedad, y con base en este estudio se puede planear una estrategia de manejo para los padres de los niños que se presentan a consulta en el Hospital Juan N. Navarro y además es posible planear nuevos estudios que respondan a las preguntas que se generaron con este estudio, por otra parte nos permite observar que al igual que en estudios realizados en el extranjero la distribución de las características sociodemográficas<sup>19</sup> de los individuos estudiados es similar, al igual que la distribución de las características de ansiedad<sup>37</sup> con lo que podemos encontrar similitudes con otros países, nos plantea además preguntas que en siguientes estudios podrían encontrar respuestas tales como ¿Se encontraban presentes las características de ansiedad o depresión en los padres antes de la aparición del TDAH en los niños?, ¿La presencia o ausencia de estas características en los padres tuvo alguna relevancia en la aparición del TDAH, o en las características o gravedad de este al presentarse en los niños?, ¿Hay elementos de transmisión genética de importancia para los niños, tales como TDAH residual en los padres?, y también se podría partir de los hallazgos de este estudio para plantear nuevas líneas de investigación, tales como las características y distribución de uso de sustancias o alcohol en los padres y su importancia en el desarrollo del TDAH en los niños<sup>36</sup>, y otras dudas similares.

Resulta de interés las estrategias que podrían activarse en los servicios de atención psiquiátrica infantil en un enfoque de la relación padres - hijos, para la detección de trastornos de ansiedad y depresión –que como lo ha concluido éste estudio- y así abrir una perspectiva en la historia clínica de los

niños de padres afectados con estos trastornos, es decir, buscar la mejoría no solo a nivel individual del paciente infantil, sino en una visión integradora de éste como parte de una dinámica familiar.

Las posibilidades de investigación son amplias como ya hemos mencionado, no solo en las cuestiones genéticas, sino en los aspectos clínicos y de desarrollo humano.

### **Limitaciones**

Las dificultades a las que nos enfrentamos en este estudio fueron varias y nos produjeron limitaciones al momento de realizar conclusiones sobre el análisis de los resultados. Primeramente, no resultaron pareados los grupos de los niños en la variable del sexo, ya que aunque se seleccionaron al azar ambos (con trastorno y sanos), el sesgo natural en el caso de los niños enfermos fue obvio debido a la mayor frecuencia sobre el sexo masculino tal como demuestran las estadísticas. Otra de las limitaciones se debió a que el tamaño de la muestra no nos permitió identificar casos de depresión en el grupo de padres de niños sanos y por lo tanto para hacer su comparación con el grupo de los padres de niños con el trastorno; sin embargo, si nos permitió obtener conclusiones respecto a la principal entidad patológica observada entre los padres: en la ansiedad.

---

### Referencias

<sup>1</sup> Ajuriaguerra, J., de Marcelli, D.: Manual de psicopatología del niño. Masson, S.A., 2ª edición. España, 1987, pp. 339.

<sup>2</sup> Kaplan I. Harold, Sadok J. Benjamin: Compendio de psiquiatría. Salvat Editores, 2ª edición. México, D.F. 1988 pp. 768

<sup>3</sup> Cantwell, Dennis. P. Attention deficit disorder: A Review of the past 10 Years, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 35:8, August 1996, pp. 978-986 .

- 
- <sup>4</sup> Rowe, D.C. *The Limits of Family Influence: Genes, Experience and Behavior*. New York : Guilford Press (1994)
- <sup>5</sup> Plomin, R. Genetic research and identification of environmental., *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 35, 817-834
- <sup>6</sup> Scarr, S. How people make their own environment: a theory of genotype, environmental effects. *Child Development* 1992, 54, 424-435
- <sup>7</sup> Kanner, L. Problems of nosology and psychodynamics in early infant., *Journal of Orthopsychiatry*, 19, 1949, 416-426.
- <sup>8</sup> Hewitt, L.E. and Jenkins, *Fundamental Patterns of Maladjustment*, Illinois: Michigan Child Guidance Institute (1946)
- <sup>9</sup> Baldwin, A.L. *Theories of Child Development*. New York: Wiley (1968)
- <sup>10</sup> Reichard, S. Patterns of parent – child relationships in schizophrenia. *Psychiatry*, 1950, 13, 247-257
- <sup>11</sup> Quinton, D. Cultural and community influences. *Development's troubled life; Handbook*. Oxford: Blackwell Scientific, 1994, pp. 159-184
- <sup>12</sup> Brunck, M.A. Child Influences on adult controls: an experimental investigation. *Developmental Psychology*, 20, 1984, 1074-1081
- <sup>13</sup> Anderson, K.E., Mother's interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom? *Developmental Psychology*, 1986, 22, 604-609
- <sup>14</sup> Barkley, R.A. The effects of methylphenidate on the mother – child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, 201-208
- <sup>15</sup> Rutter, M. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient, *Social psychiatry*, (1966), 1, 38-53
- <sup>16</sup> Block, J.H. The personality of children prior to divorce: a prospective study. *Child Development*, 1986, 57, 827-840
- <sup>17</sup> Fergusson, D.M., Horwood, Family Change, parental discord and early offending, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33, 1059-1075
- <sup>18</sup> Harrington, R., Rutter, M., Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and psychopathology*, 1996, 8, 601-616
- <sup>19</sup> Najman, Jake M, Impact of Family Type and Family Quality on Child Behavior Problems, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 35:8, October 1997 pp. 1358
- <sup>20</sup> Goldman H. Howard, *Psiquiatría General*. Editorial El Manual Moderno, 2ª Edición México, 1989, pp.502
- <sup>21</sup> Barkley RA, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Hand Book for Diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press pp. 5
- <sup>22</sup> Ajuaguerra, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, 4ª Edición; Barcelona 1983 pp 639-650
- <sup>23</sup> Perrin, Sean Relationship between ADHD and anxiety in boys: Results from a Family Study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35:8, August 1996
- <sup>24</sup> Instituto de la Familia, A.C. (IFAC): Primer simposium sobre la dinamica y psicoterapia de la familia. Noviembre 1981, México DF. Pp 200
- <sup>25</sup> Stewart, MA, Psychiatric disorder in parents of hiperactive boys and those whit conduct disorder. *J. Child. Psychol. Psychiat*. Vol. 71, No.3, pp 375-392, 1980
- <sup>26</sup> Sachar, R. W, Hyperactivity and Parental Psychopathology. *J. Child. Psychol. Psychiat*. Vol 71, No.3. pp. 381-392, 1990
- <sup>27</sup> Thapar, Anita. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *British Journal of Psychiatry* (1999), 174, 105-111
- <sup>28</sup> Hales, Robert E. *Tratado de Psiquiatría DSM-IV*, The american psiquiatric Press, Masson 3era edición 2000 pp.563-633
- <sup>29</sup> Harrison, Christine, ADHD and Parental Psychological Distress; Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 41(6) Junio 2002 pp 703-711
- <sup>30</sup> Martin, Neilson, Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms, *The British Journal of Psychiatry*, Vol 180 Marzo 2002 pp 260-265
- <sup>31</sup> McClure, Iain, Driving Mum Crazy, *British Medical Journal*, Vol 32, 6 enero 2001 p 56

- 
- <sup>32</sup> Biederman, Joseph, Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic, *The American Journal of Psychiatry*, Vol 159(1) January 2002 pp 36-42
- <sup>33</sup> Luecken, Linda J., Stress in Employed Woman: Impact of Marital Status and Children at Home on Neurohormone output and Home Strain, *Psychosomatic Medicine* 59:352-359 (1997)
- <sup>34</sup> Beidel, Deborah C, At Risk for Anxiety: I. Psychopathology in the Offspring of Anxious Parents, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36:7, Julio 1997, pp.918-924
- <sup>35</sup> Landgraf, Jeanne M. Measuring Quality of Life in Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Their Families : Development and Evaluation of a New Tool *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* Vol 156(4) Abril 2002 pp 384-391
- <sup>36</sup> Mick, Eric S, Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy, *Journal of the American Academy of Child, Volume 41(4) April 2002 pp 378-385*
- <sup>37</sup> Chilcoat, Howard D., Potential Barriers to Parent Monitoring: Social Disadvantage, Marital Status, and Maternal Psychiatric Disorder., *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35:12, Diciembre 1996