

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

Título

**Síntomas Internalizados y Externalizados en niños con TDAH testigos de
violencia intrafamiliar dirigida a la madre**

Proyecto de Investigación
Tesis que presenta para Obtener el diploma de “Especialización en psiquiatría
Infantil y de la adolescencia”

Presenta. Dr. José Ernesto Reyes Márquez

Tutor Teórico
Dr. Juan Manuel Saucedo García

Tutor Metodológico.
Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar



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.

Indice

| | |
|--|--------------|
| Indice | 1 |
| Resumen | 2-3 |
| Planteamiento del problema | 4-5 |
| Antecedentes | 6-22 |
| Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. | |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y familia. | |
| Violencia Intrafamiliar. | |
| La victima de la violencia. | |
| Antecedentes de violencia familiar y síntomas Internalizados y Externalizados. | |
| Justificación | 23 |
| Hipótesis | |
| Objetivos específicos. | |
| Material y Métodos | 24-28 |
| Tipo de Investigación | |
| Selección de la muestra de estudio, Tamaño de la muestra y Población | |
| Criterios de Inclusión | |
| Criterios de exclusión | |
| Instrumentos de evaluación | |
| Cuestionario de Conducta Escala de Conners | |
| WAST. Women Abuse Screening Tool. Prueba de violencia contra la mujer | |
| Análisis Estadístico | |
| Resultados | 29-42 |
| Correlación WAST – Conners | |
| Correlación escala de Conners - factores sociodemográficos. | |
| Correlación Wast – sociodemográficos | |
| Cuadros | |
| Discusión | |
| Datos Sociodemográficos | |
| Wast Conners | |
| Conners Sociodemográficos | |
| WAST sociodemográficos | |
| Conclusiones | 43 |
| Bibliografía | 44-48 |

**Síntomas Internalizados y Externalizados en niños con TDAH testigos de violencia intrafamiliar
dirigida a la madre**

**Tesis que presenta para Obtener el diploma de “Especialización en psiquiatría Infantil y de la
adolescencia.**

Dr. José Ernesto Reyes Márquez

Tutor Teórico

Dr. Juan Manuel Saucedo García

Tutor Metodológico.

Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar

RESUMEN

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Las relaciones sociales del niño que padece de TDAH son resultado de sus manifestaciones conductuales, y conducen a comorbilidades que afectan de manera importante el pronóstico evolución y tratamiento de los niños y sus familias. Esto no se relaciona sólo al ambiente familiar pues existen también factores de tipo genético. Se han descrito eventos depresivos y ansiosos claramente vinculados con la forma de relación que en la familia se presentan, así como manifestaciones de tipo opositorista desafiante en familias “sobreestructuradas”, o manifestaciones diferentes en los casos de familias con altos niveles de emoción expresada, si bien nunca se ha establecido una relación directa causa-efecto, se han hecho algunos avances en esta área de investigación.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y familia.

Además de los estudios naturalistas, los de tipo experimental tomaron un relieve: se consideró la conducta infantil y su manera de afectar las interacciones con otras personas, las relaciones de los niños sobre sus padres en comparación con otros padres para separar la relación 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. 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 al riesgo de la psicopatología en los padres.

Algunos estudios han sugerido que existe una relación en la psicopatología de los padres y los hijos: la combinación de las discordias de los padres y una particularidad psicopatológica de los hijos. La conclusión es que existe un elemento causal de la enfermedad mental en los hijos sobre el estado afectivo de los padres. Por otra parte se observó que los trastornos de hiperactividad/inatención y sociopatía eran mucho más comunes 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.

Violencia Intrafamiliar.

La violencia es un problema de salud pública debido a tres factores: 1. Su incidencia en un número importante de personas, 2. Su importancia a nivel psicológico en la salud individual y 3. Sus repercusiones sociales y económicas. Se refiere que es difícil cuantificar las lesiones mentales, pero al igual que las lesiones físicas son reales y están íntimamente ligadas ya que una persona con lesiones psicológicas genera acciones violentas, y las acciones violentas a su vez generan daños psicológicos.

El denominado modelo del aprendizaje social, postula que los miembros de un hogar aprenden la violencia ahí, para posteriormente llevarla a sus propias familias. Estudios refieren que niños testigos de maltrato dirigido a sus madres tienen actitudes inapropiadas acerca de la violencia como medio para resolver sus problemas, siendo así más agresivos y con mayor tendencia a emplear la violencia ellos mismos, pero al mismo tiempo presentan sentimientos de culpabilidad por observar la violencia llegando a sentirse responsables de la seguridad de la madre.

La víctima de la violencia.

El maltrato al niño y a su madre son las formas más comunes de la violencia doméstica, el tema de la violencia contra la mujer en particular se ha investigado principalmente en los aspectos de la violencia familiar y sexual. En un estudio realizado en una consulta médica general se determinó que hasta dos de cada tres mujeres han experimentado hostilidad en los últimos doce meses. Casi la mitad de las mujeres reportó la prohibición de trabajar, estudiar o ver a sus amigas, una de cada 3 mujeres indicó haber vivido intimidación por parte de su pareja desde daño a sus pertenencias hasta amenazas de muerte.

Aproximadamente dos de cada diez reportaron que su pareja las ha devaluado con burlas hacia su cuerpo o sentimientos, y les ha dado un trato como sirvientas o ignorantes. De estas, una de cada cinco reportó amenazas con objetos. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado algún tipo de violencia sexual dentro de la relación con la pareja.

Antecedentes de violencia familiar y síntomas Internalizados y Externalizados.

Respecto a estos estudios existen varias limitaciones, la primera se refiere a si los hallazgos obtenidos pueden generalizarse en términos de niveles promedio de problemas conductuales, respecto a la violencia doméstica a la que son expuestos los niños y a los efectos de la violencia en los problemas conductuales infantiles.

Los estudios que comparan estos problemas en gemelos y en los hijos únicos no difieren significativamente en término de sus problemas emocionales o conductuales, pero se observan asociaciones respecto a los estilos de relación familiar, concluyendo con la mención de que se necesitan hacer más estudios en niños no gemelos para evaluar el riesgo de la exposición a la violencia doméstica; que la violencia doméstica afecta a los problemas conductuales infantiles más allá de las influencias genéticas y que los programas dirigidos a reducir la violencia doméstica pueden prevenir la psicopatología infantil.

Luego de analizar varios grupos de niños expuestos a violencia doméstica, se observó que no todos desarrollaban patrones conductuales similares. Para conocer qué influía en este pronóstico, los investigadores demostraron que la sensibilidad de los niños a ciertos ambientes sociales era la diferencia. Una de estas vulnerabilidades han sido los problemas internalizados. Estos son típicamente definidos como un grupo de evitación, conductas inhibidas, ansiedad y depresión. Esto se ha interpretado como una relación entre problemas emocionales y de conducta antisocial.

Planteamiento del problema

Por mucho tiempo la psicología fue el principal recurso utilizado para explicar el problema de la violencia familiar. Este problema fue estudiado y se llegó a lo que hoy es el modelo teórico psiquiátrico, que sostiene como hipótesis que las personas que ejercen violencia sobre un miembro de la familia sufren algún tipo de trastorno mental, en este momento se pone a todos los miembros de la familia en el mismo nivel de violencia. Se reconoce sin embargo que si bien algunos agresores padecen efectivamente de trastornos psicológicos, la proporción de enfermos mentales no es mayor que entre la población en general.

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el momento existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte. Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales.

Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su estrés psicológico, siendo los trastornos adictivos mas frecuentes que en la población general al llegar la adultez.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la vida adulta.

La violencia intrafamiliar, llamada también "violencia doméstica" se refiere "a las distintas formas abusivas que caracterizan de modo permanente o cíclico las relaciones familiares; ya sea por

una acción o conducta dirigida hacia uno o varios miembros de la familia, que le cause la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psíquico o cualquier tipo de daño".

La violencia doméstica es entendida de diversas formas, de allí que existen distintos conceptos que de una manera u otra reúnen la idea común de lo que significa este tipo de violencia. Hay quienes señalan que es el acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros que perjudica la vida, el cuerpo, la integridad psicológica o la libertad de otro de sus miembros y que en su mayoría son las mujeres, los niños/as, las ancianas/os, sus principales víctimas.

El infante está impactado por una complicada dinámica, relaciones que son tan sutiles, que en ocasiones no pueden ser captadas por los modelos tradicionales de análisis y conocimiento.

Dentro de este contexto, el ambiente natural económico, social y cultural donde transcurre la vida del niño o la niña va a influir en su comportamiento y desarrollo evolutivo.

Estas estructuras que definen al infante como un ser eco-dependiente, están interconectadas y es por ello que cada persona se haga consciente de este problema porque es necesario conocer la situación para encontrar una explicación cierta al complejo mundo de violencia en que transcurre la existencia de la niñez.^{1,2}

Antecedentes

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El TDAH se conoce oficialmente como Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad. De acuerdo a la evidencia, TDAH ahora se divide en tres subtipos, de acuerdo a las principales características asociadas con el desorden: falta de atención, impulsividad, e hiperactividad.

Estos subtipos toman en cuenta el hecho de que a muchos niños con TDAH no les cuesta mucho sentarse tranquilos ni mostrar conducta de inhibición, pero pueden ser predominantemente inatentos y, como resultado, tienen mucha dificultad al mantenerse enfocados en una tarea o actividad.

Otras personas con TDAH pueden poner atención a una tarea pero pierden el enfoque porque son predominantemente hiperactivos-impulsivos y por lo tanto tienen dificultad en controlar sus impulsos y actividad motriz.

El subtipo mas prevalente en el Tipo Combinado. Estos niños tendrán significantes síntomas de las tres características.

El TDAH es una discapacidad del desarrollo con base neurobiológica, la cual se estima afecta de 3 a 5 por ciento de todos los niños de edad escolar en los Estados Unidos y México.

Nadie conoce exactamente la causa del TDAH. La evidencia sugiere que en muchos casos el desorden es transmitido genéticamente y es el resultado de un desequilibrio o deficiencia en ciertos neurotransmisores o sustancias químicas que ayudan al cerebro a regular la conducta.

Adicionalmente, un estudio reciente conducido por el Instituto Nacional de Salud Mental de EU indicó que la velocidad a la cual el cerebro utiliza la glucosa, su principal fuente de energía, es mas baja en los individuos con TDAH que en los individuos sin TDAH¹.

Para diagnosticar el TDAH se utilizan los criterios de diagnósticos establecidos por el American Psychiatric Association (1994) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; la cuarta edición de este manual (1994)².

Definición del Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad

El DSM-IV categoriza los síntomas en tres subtipos del desorden:

- Tipo Combinado: síntomas múltiples de inatención, impulsividad, e hiperactividad;
- Tipo Predominantemente Desatento: síntomas múltiples de inatención con pocos, o quizás ningún síntoma de hiperactividad-impulsividad;
- Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: síntomas múltiples de hiperactividad-impulsividad con pocos, o quizás ningún síntoma de inatención.

Otras características esenciales del diagnóstico del TDAH incluyen:

- a. Los síntomas de falta de atención, hiperactividad, o impulsividad deben persistir durante por lo menos seis meses, poco adaptados e inconsistentes con el nivel de desarrollo
- b. Algunos de los síntomas que causan impedimentos deben estar presentes antes de los 7 años de edad
- c. Se encuentra presente algún impedimento de los síntomas en uno o más ambientes (por ejemplo, en la escuela/trabajo, y en el hogar)
- d. Hay evidencia de la presencia de impedimento clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico, u ocupacional

Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso del trastorno generalizado del desarrollo no especificado, esquizofrenia, u otro desorden psicótico y no se puede explicar mejor mediante otro desorden mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, o trastorno de la personalidad).⁴

Tal como se puede ver, las características principalmente asociadas con la discapacidad incluyen la falta de atención, hiperactividad, e impulsividad.

Generalmente se describe a un niño con TDAH con cortos periodos de atención y fácil distracción. En la realidad, la distracción y falta de atención no son sinónimos. La distracción se refiere a una falta de atención y lo fácilmente que algunos niños se distraen de cualquier tarea. La atención, por otra parte, es un proceso que contiene diferentes partes.

Nos enfocamos (escogemos algo hacia lo cual podemos dirigir nuestra atención), seleccionamos (escogemos algo que necesite nuestra atención en aquel momento), y sostenemos (ponemos atención todo el tiempo necesario).

También resistimos (esquivamos aquellas cosas que cambian nuestra atención de donde debería estar), y trasladamos (desviamos nuestra atención hacia otra cosa cuando es necesario).

Cuando nos referimos a alguien como una persona que se distrae fácilmente queremos decir que una parte del proceso de la atención de aquella persona ha sido desbaratada. Los niños con TDAH pueden tener dificultad para concentrarse en las tareas (especialmente aquellas que son rutinarias o aburridas). Otros pueden tener dificultad para saber donde comenzar una tarea, mientras que otros pueden perderse en tanto tratan de seguir instrucciones. Un observador cuidadoso puede observar a un niño y ver donde se interrumpe el proceso de la atención.

Los síntomas de la falta de atención, en el DSM-IV, incluyen:

- a. no pone atención a los detalles o comete errores descuidados en el trabajo escolar, trabajo, u otras actividades;
- b. tiene dificultad en sostener la atención en las tareas o actividades de juego;
- c. no aparenta escuchar cuando se le habla directamente;
- d. no sigue las instrucciones y no completa el trabajo escolar, quehaceres, o deberes en el lugar de empleo (no se debe al diagnóstico de oposición desafiante ni la inhabilidad para comprender las instrucciones);
- e. tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades;
- f. esquiva, le disgusta, o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tales como el trabajo o deberes escolares);
- g. pierde las cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros, o herramientas);
- h. se distrae fácilmente por estímulos ajenos;
- i. se olvida fácilmente en las actividades diarias. ⁴

La señal más visible del TDAH es la actividad excesiva. El niño preescolar hiperactivo se describe

como que "siempre esta en movimiento" o "movido por un motor eléctrico".

Con la edad, el nivel de actividad puede disminuir. Al madurar como adolescente o adulto, la actividad excesiva puede aparentar una conducta inquieta y nerviosa⁴

Los síntomas de la hiperactividad, en el DSM-IV, son los siguientes:

- a. mueve las manos o los pies o esta inquieto en la silla;
- b. deja su asiento dentro del salón de clases o en otras situaciones en las cuales se espera que se mantenga en su asiento;
- c. corre o se sube a los árboles u otros objetos excesivamente en situaciones en las cuales es inadecuado (en los adolescentes o adultos, esto puede limitarse a un sentimiento de intranquilidad subjetiva);
- d. tiene dificultad en jugar o participar en actividades de recreo tranquilamente;
- e. esta "en movimiento" o a menudo se comporta como si fuera "movido por un motor eléctrico;"
- f. habla excesivamente.⁴

Cuando consideramos la impulsividad, lo primero que nos viene a la mente es la impulsividad cognitiva, es decir, el actuar sin pensar. En el niño con TDAH la impulsividad es un poco diferente. Estos niños actúan antes de pensar, porque tienen dificultad en esperar o con el atraso de la gratificación.

La impulsividad conduce a estos niños a hablar fuera de turno, a interrumpir a los demás, y a participar en lo que aparenta ser una conducta arriesgada.

El niño puede atravesar la calle sin mirar o subirse a un árbol muy alto. Aunque tal conducta es arriesgada, en realidad el niño no desea tomar riesgos sino que tiene dificultades en controlar sus impulsos.

A menudo el niño se sorprende al descubrir que él o ella se encuentra en una situación peligrosa y no tiene la menor idea de cómo salirse de ésta.

Los síntomas de la impulsividad, en el DSM-IV, son:

- a. deja escapar las respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas;
- b. tiene dificultad en esperar su turno;

- c. interrumpe o se mete en los asuntos de otros (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de los demás).⁴

Es importante notar que, en el DSM-IV, la hiperactividad e impulsividad ya no son consideradas como características diferentes. De acuerdo a Barkley (1990)³, la hiperactividad-impulsividad es un patrón que se origina en una dificultad general para inhibir la conducta.

Además de problemas con la falta de atención o hiperactividad- impulsividad, el desorden a menudo es acompañado por otras características asociadas.

Dependiendo de la edad del niño y el nivel de desarrollo, los padres y maestros pueden notar una baja tolerancia ante las frustraciones, estallidos de indignación, una actitud autoritaria, dificultad en seguir las reglas, desorganización, rechazo social, bajo nivel de autoestima, pobre rendimiento académico, y falta de aplicación adecuada⁴.

Desgraciadamente no existe ningún examen simple para determinar si el niño tiene este desorden. Es bastante complicado diagnosticar el TDAH, se lo puede comparar a un rompecabezas.

Para llegar a un diagnóstico preciso se requiere una evaluación psiquiátrica. El diagnóstico del TDAH se hace en base a síntomas que han sido observados en situaciones múltiples. Esto quiere decir que la persona que hace la evaluación deberá usar fuentes múltiples para coleccionar la información necesaria.

1. Un historial médico y familiar completo.
2. Un examen físico.
3. Entrevistas con los padres, el niño, y el maestro del niño.
4. Escalas para medir la conducta, completadas por los padres y maestros.
5. Observación del niño
6. Una variedad de pruebas psicológicas para medir la inteligencia y ajuste socio-emocional, y para indicar la presencia de discapacidades específicas del aprendizaje.

Los exámenes médicos como por ejemplo el EEG o la RMI pueden ser parte de la evaluación rutinaria. Pero, el PET Scan ha sido utilizado recientemente para propósitos de estudio, aunque no

forma parte de la evaluación típica.

Es además importante considerar que tienen importancia especial, aquellos factores que causan tensión psico-social como por ejemplo, el divorcio de los padres, abusos, maltrato, la muerte de un ser querido, rupturas en el ambiente (tales como un cambio de residencia o escuela), u otros “desastres” pueden resultar en síntomas temporarios de falta de atención, impulsividad, y sobreactividad. Bajo estas circunstancias, los síntomas generalmente surgen repentinamente y por lo tanto, no tendrían una historia de largo plazo. Por supuesto, el niño puede tener TDAH y al mismo tiempo experimentar tensión psico-social, así es que tales eventos no significan que se debe automáticamente descartar la existencia de TDAH⁴.

No hay ninguna cura ni tratamiento rápido para el TDAH. Sin embargo, los síntomas pueden ser controlados a través de una combinación de esfuerzos, y los cuales deben ser diseñados para asistir al niño en cuanto a conducta, educación, psicología, y en muchos casos, farmacológicamente.

Este sistema, conocido como manejo multi-modal, consiste de cuatro partes básicas: sobre educación y comprensión de TDAH, manejo de conducta, intervenciones educativas apropiadas, y, con frecuencia, medicamentos.

En algunos casos, se recomienda asesoramiento familiar.

Este último punto es particularmente relevante debido a que las personas importantes en la vida de aquellos que tienen TDAH necesitan entender que surgirán o disminuirán dificultades en relación a las demandas y expectativas ambientales. A menudo surgen problemas en aquellos ambientes donde se espera que los niños sean vistos pero no escuchados, donde deben poner atención o utilizar auto-control. A menudo, cuando los niños con TDAH no satisfacen estas expectativas, tratamos de cambiar a los niños en lugar de cambiar los aspectos del ambiente, incluyendo nuestras acciones y reacciones.

Los padres y maestros deben estar al tanto de los síntomas del TDAH y cómo estos impactan la habilidad del niño para funcionar en el hogar, escuela, y situaciones sociales⁵.

Se describe que las relaciones sociales del niño que padece de TDAH son resultado de las manifestaciones conductuales que presenta, como se describe en la creciente literatura sobre TDAH,

como problemas comórbidos que afectan de manera importante el pronóstico, evolución y tratamiento de los jóvenes y sus familias (entornos)⁶, no describiendo que esto se relacione sólo al ambiente familiar, o si se encuentran relacionados factores de tipo genético, sin embargo se describen eventos depresivos o ansioso claramente vinculados con la forma de relación que en la familia se presentan, así como manifestaciones de tipo oposicionista desafiante en familias “sobreestructuradas”, o manifestaciones diferentes en los casos de familias con altos niveles de emoción expresada, si bien nunca se ha establecido una relación directa causa-efecto, se han hecho algunos avances en esta área de investigación.⁷

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.⁸

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 limitada. 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.⁹

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 mediciones¹⁰.

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,¹¹ las relaciones de los niños sobre sus padres en comparación con otros padres para separar la relación¹² 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 infantil¹³. 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 padres¹⁴.

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 dé¹⁵. 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 concluyó en un elemento causal de la enfermedad mental en los hijos sobre el estado afectivo de los padres¹⁶. Por otra parte se observó que los trastornos de hiperactividad/inatención y sociopatía eran mucho más comunes 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 padres¹⁷.

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 rutinarios².

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.¹⁸

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.¹⁹

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.

Violencia Intrafamiliar.

No es un problema reciente ya que existen datos que sugieren que hace dos mil años ya se presentaba sin embargo recientemente es que se ha generado una más importante conciencia respecto a la violencia domestica, esta puede entenderse como una cadena de interacciones entre el agresor y la victima, que inicia cuando dos personas se encuentran y termina cuando una de ellas lastima o incluso destruye a la otra. A pesar de que el alcohol interviene con frecuencia no es un factor desencadenante

ni exclusivo para desencadenar la violencia.¹⁹

La violencia es un problema de salud pública debido a tres factores: 1. Su incidencia en un número importante de personas, 2. Su importancia a nivel psicológico en la salud individual y 3. Sus repercusiones sociales y económicas. Se refiere que es difícil cuantificar las lesiones mentales, pero al igual que las lesiones físicas son reales y están íntimamente ligadas ya que una persona con lesiones psicológicas genera acciones violentas, y las acciones violentas a su vez generan daños psicológicos.²⁰

Son cuatro los marcos teóricos que se utilizan para tratar de explicar el origen y mantenimiento de la violencia Intrafamiliar El denominado modelo del aprendizaje social, que postula que los miembros de un hogar la aprenden ahí, para posteriormente llevarla a sus propias familias. Estudios importantes para esta investigación por sus manifestaciones y consecuencias en el niño refieren que niños testigos de maltrato dirigido a sus madres tienen actitudes inapropiadas acerca de la violencia como medio para resolver sus problemas, siendo así más agresivos y con mayor tendencia a emplear la violencia ellos mismos, pero al mismo tiempo presentan sentimientos de culpabilidad por observar la violencia llegando a sentirse responsables de la seguridad de la madre.²¹

El modelo sistémico propone que la violencia deviene de la existencia de relaciones disfuncionales entre los individuos violentos y sus contextos interpersonales, físicos y organizacionales. Por supuesto estas organizaciones ponen en riesgo a todos los miembros de la familia para interacciones de abuso y violencia.

Se refiere también el modelo de la psicopatología que presenta el origen de la agresión en factores intrapsíquicos del agresor, sin embargo aunque hay cierta constancia en la presencia de padecimientos psiquiátricos en agresores no hay uno específico al que se pueda vincular directamente la agresión. Aquí está muy relacionado el alcohol por la disminución de autocontrol y desinhibición que ocasiona. El modelo de la agresividad estimulada aversivamente se enfoca en la intensión del agresor de causar dolor, siendo desencadenada por una variedad de estímulos.

Volviendo un poco al modelo del aprendizaje social un área poco estudiada respecto a la violencia intrafamiliar es la que se relaciona con los testigos de la misma, en estudios recientes en la ciudad de México se ha determinado que uno de cada 10 adolescentes ha sido testigo de alguna forma de violencia física del padre hacia la madre y cuatro de cada 10 fue testigo de violencia psicológica y/o

emocional en el año previo a la realización del estudio.²² Esto resulta relevante ya que ser testigo de violencia doméstica-familiar es una experiencia que puede tener secuelas importantes en la salud mental y en el bienestar. En una revisión se reporta que si bien los hijos que han observado y/o escuchado eventos de violencia entre los padres no tienen un patrón particular de respuesta, si parecen manifestar cambios o alteraciones conductuales como agresión y conducta antisocial, emocionales como ansiedad y depresión, fisiológicos como trastornos del dormir, trastornos de alimentación y trastornos psicosomáticos y cognoscitivos como bajo desempeño académico.²³ Adicionalmente en el caso de los hombres existe evidencia de que ser testigo de violencia es un factor de riesgo para violencia contra la mujer en la edad adulta.

En este estudio se abordó el impacto de la violencia intrafamiliar en los niños y niñas con trastornos por déficit de atención e hiperactividad, encontrando que el efecto sobre conductas delictivas al llegar la adolescencia se encontró mas relacionada a jóvenes femeninas que a chicos que habían vivido también violencia intrafamiliar. Este estudio concluye que es el sexo femenino particularmente susceptible a la violencia familiar en la infancia en el desarrollo de trastornos conductuales asociados al TDAH.²⁴

Este estudio fue diseñado para conocer el efecto que la psicopatología familiar tenía sobre el Trastorno negativista desafiante y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se observó que especialmente la correlación de ambos pero no el TDAH aislado fue especialmente susceptible al efecto de la psicopatología familiar, que en este estudio fue valorado a través de la violencia interparental y la calidad de la relación padres-hijo. Esto apoya la hipótesis planteada en el estudio acerca de que la correlación de trastornos conductuales es mayor en familias disfuncionales, sin embargo no explica la génesis, ya que una de sus limitaciones incluye el no conocer qué se gesta en primer lugar, si la violencia interfamiliar o los trastornos disruptivos en el menor, ni cuál es consecuencia de cuál. Los autores concluyen en que se trata de un mecanismo bidireccional que deberá estudiarse con mayor precisión.²⁵

Este estudio examina la asociación de la respuesta maternal durante la infancia y los problemas de conducta en la etapa escolar y adolescente, ya que la pobre calidad en esta respuesta se ha asociado con problemas de conducta disruptiva. Esto fue particularmente notorio cuando se analizó el grupo de pacientes con Trastorno por déficit de atención en comparación con otros niños sin esta psicopatología.

Concluyen los investigadores que la identificación de estos déficits en la respuesta materna son especialmente trascendentes en la prevención de problemas conductuales en los menores, especialmente cuando existe un antecedente de TDAH.²⁶

Este artículo resume la investigación concerniente a los factores paternos y la psicopatología infantil y adolescente en niños con TDAH y sin él. Cuando se compara con las madres, los padres tienen menos representación en el desarrollo de psicopatología en el menor. En este estudio, el efecto de la psicopatología de los padres (sexo masculino) sobre sus hijos con TDAH mostró más efectos sobre el desarrollo de problemas externalizados que internalizados. Esta evidencia indica que la presencia de psicopatología paterna es una condición suficiente pero no necesaria para la psicopatología infantil o adolescente.²⁷

La víctima de la violencia.

El maltrato al niño y a la esposa son las formas más comunes de la violencia doméstica, también es significativo el nivel de abuso sexual “doméstico”, en la encuesta realizada en 1995 por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres se informó que de los eventos de agresión reportados a las autoridades el 75% las víctimas fueron mujeres²⁸, el tema de la violencia contra la mujer en particular se ha investigado principalmente en los aspectos de la violencia familiar y sexual, desde diferentes posturas teóricas y metodológicas. Se han investigado la frecuencia y las características de la violencia en la pareja experimentada por las mujeres. En un estudio realizado en una consulta médica general se determinó que hasta dos de cada tres mujeres han experimentado hostilidad en los últimos doce meses, principalmente gritos e insultos. Casi la mitad de las mujeres reportó la prohibición de trabajar o de seguir estudiando, de ver a sus amigas o de quedarse en casa, una de cada 3 mujeres indicó haber vivido intimidación por parte de su pareja desde daño a sus pertenencias hasta amenazas de muerte. Aproximadamente dos de cada diez reportaron que su pareja las ha devaluado con burlas hacia su cuerpo o sentimientos, y les ha dado un trato como sirvientas o ignorantes. De estas, una de cada cinco reportó amenazas con objetos. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado algún tipo de violencia sexual dentro de la relación con la pareja.²⁹

Antecedentes de violencia familiar y síntomas Internalizados y Externalizados.

La violencia es frecuente entre parejas que rondan los veinte años, que tienen hijos muy pequeños y que carecen de experiencia como padres, por otra parte la violencia en la familia de origen puede producir un ciclo de abuso que se transmite a través de generaciones. La violencia doméstica en los Estados Unidos es común, se calcula que más de diez millones de niños por año son testigos de violencia entre sus padres.³⁰

Es una creencia generalizada que los efectos de la violencia genética en los problemas conductuales de los niños son mediados a través del ambiente. Por ejemplo la experiencia de haber sido expuesto a violencia doméstica es la hipótesis que ha conducido al modelo de la agresión de los padres a los hijos y como disparadora de inseguridad emocional en el niño³¹. Los genetistas conductuales han ofrecido una explicación alternativa provocativa: Los niños cuyos padres han tenido o han experimentado violencia genética pueden ser predispuestos por un riesgo genético a problemas conductuales³². Esto significa que los adultos quienes cumplen los criterios diagnósticos para trastorno psiquiátrico (incluyendo Trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias y depresión) tienen mayor riesgo de involucrarse en relaciones íntimas violentas³³. Debido a que estos trastornos son moderadamente heredables es posible que la violencia genética sea simplemente un marcador para una predisposición genética problemas conductuales y emocionales que los padres transmitieron a sus hijos³⁴.

Tanto las influencias genéticas y ambientales se han implicado en la etiología de los problemas internalizados y externalizados de los niños. Sin embargo pocos estudios de gemelos se han orientado específicamente a conocer qué aspectos del ambiente o de sus genes se hallan involucrados.

Cuando los padres se involucran de forma frecuente, intensa y tienen dificultad en resolver los conflictos con sus hijos, estos niños tienen a sufrir niveles elevados tanto de problemas internalizados como externalizados³⁵. Los niños pueden tener un mayor riesgo cuando los conflictos interparentales se vuelven físicamente violentos³⁶.

En un estudio sobre la influencia de la violencia doméstica en los problemas externalizados e internalizados infantiles que involucró un estudio con gemelos, se buscó conocer si los problemas

internalizados y externalizados podían agregarse en familias debido a que existían factores de riesgo genético compartidos para estos problemas o porque eran expuestos a riesgos ambientales similares. Con esta intención se han realizado diseños sensibles genéticamente para determinar si la violencia doméstica se asociaba significativamente a la variación de problemas internalizados y externalizados, independientemente de los efectos genéticos.

Respecto a este estudio existen varias limitaciones, la primera se refiere a si los hallazgos obtenidos pueden generalizarse a los casos en que no hay gemelos en términos de niveles promedio de problemas conductuales, respecto a la violencia doméstica a la que son expuestos los niños y a los efectos de la violencia doméstica en los problemas conductuales infantiles. Con respecto a estos problemas los gemelos y los hijos únicos no difieren significativamente en términos de sus problemas emocionales o conductuales y la asociación entre violencia genética y problemas conductuales infantiles en la muestra de gemelos que formaron parte de este estudio es similar a la observada entre hijos únicos, este artículo concluye con la mención de que se necesitan hacer más estudios en niños no gemelos para evaluar el riesgo de la exposición a la violencia doméstica. También concluye que la violencia genética afecta a los problemas conductuales infantiles más haya de las influencias genéticas, y que los programas dirigidos a reducir la violencia genética pueden prevenir la psicopatología infantil³⁷.

Los problemas emocionales y conductuales severos que emergen en la primera infancia son canalizados a los clínicos debido a que pueden predecir un rango de pronósticos adversos a través del curso de la vida. Debido a que una porción sustancial de la variación y covariación de los problemas externalizados e internalizados a sido asociada a influencias genéticas los clínicos no deben asumir que los problemas conductuales evidentes entre los niños que han presenciado violencia doméstica son completamente inducidos por el ambiente. Sin embargo los fuertes efectos genéticos no excluyen la posibilidad de que la violencia doméstica u otros aspectos del ambiente puedan mediar por influencias genéticas en la conducta. Por ejemplo, los niños vulnerables genéticamente pueden ser más susceptibles a los efectos de la violencia doméstica. Los terapeutas deben evaluar cuidadosamente la forma en que la violencia doméstica puede ser una causa o un factor de mantenimiento en los problemas conductuales o emocionales³⁸.

En otro artículo se indagó sobre el efecto psiquiátrico en adolescentes expuestos a violencia doméstica, se compararon grupos con abuso físico con y sin violencia interparental contra otro grupo

de adolescentes in abuso físico ni violencia interparental. Fueron los individuos del primer grupo quienes tuvieron mayor riesgo de depresión, trastorno de ansiedad de separación, trastorno por estrés postraumático y trastorno negativista y desafiante respecto al segundo grupo. Estos adolescentes fueron más susceptibles a la ansiedad y depresión (traducidos como trastornos internalizados) cuando se asociaban a un diagnóstico base de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.³⁹

Luego de analizar varios grupos de niños expuestos a violencia doméstica, se observó que no todos desarrollaban patrones conductuales similares, para conocer qué influía en este pronóstico, los investigadores demostraron que la sensibilidad de los niños a ciertos ambientes sociales era la diferencia. Una de estas vulnerabilidades han sido los problemas internalizados. Estos son típicamente definidos como un grupo de evitación, conductas inhibidas, ansiedad y depresión. Esto se ha interpretado como una relación entre problemas emocionales y de conducta antisocial. Un precursor en este tópico ⁴⁰ ha propuesto, que los niños al confiar en un cuidador y/o figuras paternas inadecuadas o sujetas a conflictos interparentales, tienen una repuesta activada de estrés en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Esto se piensa que incrementa la experiencia de inseguridad/abuso en el ambiente conduciendo a modelos de agresión internalizada. Esta hipótesis, acerca de la vivencia de la violencia doméstica en niños y su interacción con las dificultades emocionales para superarla (traducido en conflictos internalizados) es la que apoya la tendencia a la agresividad posterior.

Este artículo concluye que el abuso físico está relacionado con altos niveles de agresión únicamente en aquellos niños que también han tenido dificultades emocionales. Los resultados apoyan el modelo transaccional del desarrollo de agresión, sugiriendo que estos problemas se incrementan con la interacción de factores infantiles (como problemas internalizados) y experiencias familiares adversas (como violencia doméstica).⁴¹

En un estudio con el fin de aprender sobre los problemas internalizados y externalizados en niños entre 8-12 años con comorbilidad con TDAH y problemas familiares y comunitarios, se analizó la relación con las siguientes variables: funcionamiento psicológico en la madre, violencia sufrida en la madre por parte de la pareja, cohesión familiar y adaptabilidad. Los resultados de un modelo para problemas internalizados indicaron que las variables mencionadas tuvieron una variabilidad del 38%. Las dos variables que se relacionaron significativamente a los problemas internalizados fueron: la violencia sufrida por la madre por parte de la pareja y los problemas psicológicos en la madre. Los resultados del modelo de regresión para predecir los problemas externalizados indican que todas las variables tienen un 8% de variabilidad. Los dos predictores más significativos a estos problemas

externalizados fueron el nivel de cohesión familiar y los problemas psicológicos maternos.⁴²

Este meta-análisis examinó 118 estudios del pronóstico psicosocial en niños con y sin TDAH expuestos a violencia interparental. La correlación de estudios mostró significativa asociación entre exposición y problemas infantiles de tipo internalizados. Otros aspectos evaluados son el grado de violencia manifiesta en los niños y su correlación a la predominancia de problemas internalizados.⁴³

Otro estudio examinó el interjuego marital y la agresión física severa en los hijos, y su asociación con problemas conductuales en estos, en 232 familias referidas a un centro psiquiátrico infantil. Los reportes combinados de madres e hijos, indicó que dos tercios de los hijos expuestos a la agresión marital en el año previo también había experimentado la agresión parental. Las madres y padres quienes fueron víctimas de la agresión marital con más frecuencia ejercieron violencia directa contra los hijos. Los reportes de las madres y los hijos sobre agresión marital (del padre sobre la madre en un 95% de los casos) se asociaron especialmente con problemas internalizados en adolescentes del sexo masculino. Un resultado interesante fue que la exposición a violencia marital y parental no se asoció a un mayor índice de problemas internalizados pero si de forma significativa a problemas externalizados.⁴⁴

En el presente estudio y basados en estos antecedentes se analizó la relación entre los síntomas internalizados y externalizados en niños con TDAH y la violencia dentro de su núcleo familiar cuando se dirigía contra la figura materna.

Justificación.

La especificación de las variables de riesgo ambiental es necesaria para dar forma a teorías etiológicas y esfuerzos de tratamiento. Los pocos estudios de gemelos que han evaluado el riesgo ambiental han sido capaces de identificar algunos como el efecto de la familia.

Estudios previos han demostrado la influencia de la violencia doméstica que tiene sobre los problemas conductuales infantiles independientemente de los efectos genéticos. Estos hallazgos han iluminado la importancia de incluir mediciones de los factores de riesgo ambientales en el diseño de estudios sobre sintomatología. Esto proveerá de oportunidades para identificar riesgos ambientales potencialmente modificables en la etiología de trastornos conductuales.¹

Gran controversia a levantado la cuestión de qué condiciona la comorbilidad y severidad del TDAH en niños sujetos a ambientes diversos, uno de ellos y el más trascendente ha sido la influencia familiar –particularmente la violencia doméstica-. No se ha podido aún separar completamente los factores genéticos y externos que influyen sobre la conducta pero los esfuerzos por aclarar su participación ha permitido canalizar medidas terapéuticas más asertivas en el manejo de este tipo de pacientes. Es así, como nos propusimos estudiar una población de niños que han sido diagnosticados con TDAH y analizar de qué forma se relacionaba su ambiente familiar –teniendo como variable la violencia dirigida contra la madre – respecto a sus síntomas internalizados vs. externalizados. Esto se despierta de la inquietud por establecer de forma analítica y con bases científicas cómo trasciende esta dinámica violenta en niños con TDAH y animar los programas de manejo integral médico y social. Por otra parte están los futuros estudios que puedan sustentarse en la presente investigación y que aborde las otras variables que aún están en controversia, como los factores genéticos.^{2,3,4}

Hipótesis

Existe relación entre la presencia de síntomas de tipo internalizado o externalizado en niños con diagnóstico de TDAH, y la violencia intrafamiliar existente en sus familias.

Objetivos específicos.

Determinar la relación entre síntomas internalizados y externalizados en niños con TDAH que viven violencia intrafamiliar dirigida a la madre.

Material y Métodos.

Tipo de Investigación

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional.

Selección de la muestra de estudio, Tamaño de la muestra y Población

En base a la fórmula $(N = (Z1 - a)^2 (p * q) / e^2)^1$ para determinación del tamaño de la muestra en un estudio transversal de prevalencia y con un nivel de confiabilidad de 0.05 se seleccionó aleatoriamente un grupo de 40 pacientes con el diagnóstico de TDAH que seguían tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta del hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Una vez confirmados los criterios de inclusión y firmada la carta de aceptación de participación en el estudio, se aplicó a la madre de los pacientes el Cuestionario de conducta para padres de Conners y la Prueba de violencia contra la mujer y completaron una hoja de datos sociodemográficos.

El periodo de aplicación de los cuestionarios abarco de noviembre a diciembre de 2004. De las madres de pacientes que aceptaron formar parte del estudio se completaron el 100% de las encuestas.

Criterios de Inclusión

1. Se incluirán en el estudio las madres de pacientes con diagnósticos de TDAH que se encuentren siendo atendidos en el hospital Juan N Navarro.
2. Que las madres de los pacientes en el momento de la realización del estudio tengan pareja
3. Que los pacientes tengan de 6 a 14 años sean Hombres o mujeres
4. Que las madres y en su caso los padres de los pacientes acepten formar parte del estudio dando su firma de consentimiento

Criterios de exclusión

1. La presencia de los siguientes diagnósticos psiquiátricos en el padre y en el paciente: Trastornos generalizados del desarrollo, todos los trastornos psicóticos o cualquier condición que no permita la comprensión de la entrevista y su expresividad verbal.
2. Que los padres no acepten formar parte del estudio.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Conducta Escala de Conners

Las escalas de evaluación de Conners son un conjunto de instrumentos para la determinación psicopatológica en niños, hay varias versiones. La CPRS es un instrumento que ayuda en el reconocimiento estandarizado de la psicopatología infantil que cuenta con buena validez de constructo, sensibilidad, predictividad y posibilidad de discriminación, así como confiabilidad Test-Retest, en su versión original fue desarrollado por Conners y Cols. Se utiliza originalmente en la evaluación basal y en el seguimiento en tratamientos fundamentalmente farmacológicos. Es útil para este estudio ya que de acuerdo a Conners es un instrumento con importantes inconsistencias como el hecho que la consistencia interna del cuestionario es baja, lo que se define como deseable para este tipo de instrumentos de evaluación clínica.² Sus resultados son tan sólidos que variaciones menores en la metodología no afectan las conclusiones generales.

La confiabilidad Test.- Retest de 0.40 a 0.70 y una confiabilidad interobservador de 0.85 (entre padre-madre), su validez a sido confirmada en un considerable número de estudios con diferentes metodologías.³

La escala de Conners (CPRS) es mejor conocida como cuestionario de conducta para padres de Conners es un instrumento autoaplicable con un tiempo de realización aproximada de 10 a 15 minutos y aplicable en un rango de edad de entre 6 y 14 años en su versión original que evalúa no sólo las conductas sino también algunas emociones de los niños de forma indirecta, a través de los reportes de los padres y los maestros. Existe una versión corta y una versión larga para ambas escalas. El análisis factorial de la versión original reporta 8 constructos: Problemas de conducta, ansiedad, impulsividad – hiperactividad, problemas de aprendizaje, psicósomático, perfeccionismo, antisocial y tensión muscular, a través de 93 reactivos que se califican en una escala de 4 categorías que va de uno al cuatro, y que se tradujeron como nunca, a veces, con frecuencia y siempre.

La evaluación de la psicopatología por medio de los padres es confiable para padecimientos externalizados por lo que es útil para esta investigación. Y en estudios previos este instrumento discriminó adecuadamente a grupos de escolares con trastornos por déficit de atención y grupos

control.⁴

Para la validación de la escala en población mexicana se realizó la aplicación de una traducción al español de la escala de Conners a una población de padres de niños mexicanos de diversas edades, se determinó la consistencia interna de las subescalas propuestas por Conners mediante el alpha de Cronbach y se hizo un análisis de reactivos. En el análisis de reactivos se describió cómo se relaciona cada reactivo con el total de la escala y se proporcionó un índice de discriminación. Considerando que el índice de discriminación más simple es la correlación reactivo – total, en este caso total de la subescala, cuando un límite de 0.3 es una guía para definir un reactivo como discriminante, finalmente se consideró que con los resultados obtenidos se apoya la confiabilidad y la validez de las escalas de Conners.⁴

Características de la Escala Integración por sensibilidad a Factores Internalizados o Externalizados

| | |
|------------------------------|----------------|
| Problemas de Conducta. | Externalizados |
| Ansiedad - Timidez. | Internalizados |
| Inquietud - Desorganización. | Externalizados |
| Problemas de Aprendizaje. | Externalizados |
| Síntomas Psicosomáticos. | Internalizados |
| Obsesivo - Compulsivo. | Internalizados |
| Antisocial. | Externalizados |
| Hiperactividad - Inmadurez. | Externalizados |

WAST. Women Abuse Screening Tool. Prueba de violencia contra la mujer

La Prueba de violencia contra la mujer, en su origen es un instrumento en inglés destinado a la valoración de violencia en mujeres de habla inglesa, es un instrumento autoaplicable consistente en ocho preguntas que se completa en casillas de opción múltiple en la que las mujeres pueden responder marcando una de tres posibles respuestas para cada pregunta, que se evalúan para el análisis con valores que van del 1 al 3, refiriéndose a una gama de respuestas que van de sin violencia a severa violencia, siendo consideradas las respuestas de 1 como negativas, los valores de 2 y 3 fueron considerados como positivos, para los propósitos de cuantificación siendo el 3 asignado a la forma más extrema de abuso, para el total de la prueba se consideran los puntos de corte de 16 o más puntos para

Abuso severo, de 9 a 15 para abuso moderado y 8 para no abuso. La validación en población de habla inglesa se realizó en 1996 obteniéndose una sólida consistencia y confiabilidad en las pruebas al compararla con el Abuse Risk Inventory y una escala de adecuación y confort para sus respuestas.⁷

La validación en español fue realizada por investigadores para determinar la discriminación de mujeres abusadas de mujeres no abusadas y la adecuación del instrumento para población de habla española mexicanas, se realizó una comparación con población con abuso confirmado y población de control, ambas poblaciones con pareja en el momento de la realización del estudio, los resultados obtenidos de la escala en español determinaron que es muy confiable con un alfa de Cronbach de 0.91, observándose una gran diferencia entre mujeres con abuso y sin abuso.⁵ Existe también una versión para población francesa.

Análisis Estadístico

Las respuestas se capturaron en una base de datos en Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Se determinó la correlación de las variables utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, y de Pearson, se determinaron las frecuencias y promedios de las variables sociodemográficas y se describieron.

Resultados

De los casos empleados para el estudio 30 (75%) fueron niños y 10 (25%) niñas, la edad promedio de la muestra fue de 10.08 años (desviación estándar 2.7), la religión predominante fue la católica en 37 (93%) de los casos y 3 (7%) fueron protestantes, y ocuparon el primer lugar entre los hermanos en 24 (69%) de los casos, el segundo lugar entre los hermanos en 13 (33%) y el tercero en 3 (7%). Todos los pacientes tenían diagnóstico de TDAH, 15 de ellos (37%) del tipo con predominio de la hiperactividad, 15 (37%) de tipo mixto y 10 (26%) del tipo con predominio de inatención. Recibían tratamiento con metilfenidato en 25 (63%) de los casos, con metilfenidato de liberación controlada en 11 (27%) de los casos y de atomoxetina en 3 (7%) de los casos, solo uno (3%) no tenía manejo farmacológico; de los padres de los pacientes la edad promedio de las madres fue de 34 años y la de los padres fue de 36 años, en la ocupación de las madres en 8 (20%) de los casos fueron desempleadas, 18 (45%) fueron subempleadas, 8 (20%) fueron empleadas y 6 (15%) fueron autoempleadas (profesionistas). En cuanto a los padres, 2 (5%) fueron desempleados, 17 (43%) fueron subempleados, 11 (27%) fueron empleados y 10 (25%) fueron autoempleados. Respecto al tiempo de estudios de las madres se observó un promedio de 12 años y con desviación estándar de 3.038, y en el caso de los padres en 16 años con una desviación estándar de 2.708.

Correlación WAST - Conners

Los resultados obtenidos del índice de correlación de Spearman fueron los siguientes: Problemas de conducta con un índice de 0.33 ($p=0.037$); ansiedad-timidez 0.56 ($p=0.000$); inquietud desorganización 0.044 ($p=0.79$); problemas de aprendizaje 0.274 ($p=0.088$); síntomas psicossomáticos 0.605 ($p=0.000$); obsesivo compulsivo 0.308 ($p=0.053$); antisocial 0.293 ($p=0.066$); hiperactividad inmadurez 0.432 ($p=0.005$). Esto nos muestra que la correlación fue significativa para las subescalas de problemas de conducta, ansiedad timidez, síntomas psicossomáticos e hiperactividad-inmadurez, cuando se confrontaron con los resultados de la escala de violencia (WAST).

El análisis a través del índice de correlación de Pearson fue concordante con el anterior.

Correlación escala de Conners - factores sociodemográficos.

La correlación de las variables sociodemográficas y las ocho subescalas del cuestionario de Conners permitieron observar las siguientes correlaciones significativas:

1. Para problemas de conducta en relación a edad tuvo un índice de correlación de Spearman negativo de -0.50 ($p=0.001$); sexo: -0.376 ($p=0.017$); edad del padre -0.403 ($p=0.010$). Para el resto de las variables que fueron religión, lugar que ocupa entre los hermanos, edad de la madre, tiempo de estudio de la madre, ocupación de la madre, tiempo de estudio del padre, ocupación del padre y las variables clínicas de diagnóstico y tratamiento no existió ninguna correlación.
2. Para ansiedad timidez, en la correlación se obtuvo respecto a edad un índice de -0.320 ($p=0.044$); edad de la madre -0.336 ($p=0.034$); ocupación del padre -0.346 ($p=0.029$); y respecto a la variable clínica de tratamiento un índice de -0.372 ($p=0.018$), no existió correlación para el resto de las variables sociodemográficas.
3. Para inquietud desorganización respecto a la edad un índice -0.506 ($p=0.001$); para el sexo -0.414 ($p=0.008$), el resto de las variables no tuvieron un índice significativo.
4. Para problemas de aprendizaje, respecto a la edad se obtuvo un índice de -0.40 ($p=0.011$); para la ocupación del padre de -0.315 ($p=0.048$) y respecto a la variable clínica de tratamiento un índice de -0.385 ($p=0.014$); el resto no hubo correlación.
5. Para síntomas psicossomáticos, respecto al sexo un índice de -0.374 ($p=0.017$); para la edad de la madre de -0.468 ($p=0.002$); para la edad del padre de -0.424 ($p=0.006$); para la ocupación del padre de -0.390 ($p=0.013$). Para el resto de las variables no hubo significancia.
6. Para síntomas obsesivo-compulsivos, respecto a la edad un índice de -0.325 ($p=0.041$); respecto a la edad de la madre de -0.359 ($p=0.023$); para la edad del padre de -0.344 ($p=0.030$). No existió correlación significativa para el resto de las variables.
7. Antisocial respecto a la edad se obtuvo un índice de -0.506 ($p=0.001$); respecto a la edad del padre de -0.355 ($p=0.024$), y para la variable clínica de tratamiento de -0.323 ($p=0.42$). No hubo significancia para otras.
8. Hiperactividad inmadurez, respecto a la edad se obtuvo un índice de -0.359 ($p=0.023$); para la edad de la madre de -0.409 ($p=0.009$); para la edad del padre de -0.396 ($p=0.012$); y para la ocupación del padre de -0.350 ($p=0.027$). No existió correlación para el resto de variables

Correlación Wast - sociodemográficos

La correlación que se obtuvo fue para la edad de la madre un índice de -0.691 ($p=0.000$); para la edad del padre -0.630 ($p=0.000$); para el tiempo de estudio del padre de -0.684 ($p=0.000$); para la ocupación del padre de -0.644 ($p=0.000$); y para la variable clínica de tratamiento de -0.495 ($p=0.001$).

Para el resto de las variables no existió correlación significativa con la escala de violencia.

Cuadros

Cuadro 1

| Sexo | | |
|---------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Hombres | 30 | 75 |
| Mujeres | 10 | 25 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 2

| Religión | | |
|--------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Católicos | 37 | 93 |
| Protestantes | 3 | 7 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 3

| Lugar que ocupa entre los Hermanos | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Primero | 24 | 60 |
| Segundo | 13 | 33 |
| Tercero | 3 | 7 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 4

| Tiempo de Estudio de la Madre en Años de Estudio | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 5 | 1 | 3 |
| 9 | 6 | 15 |
| 10 | 4 | 10 |
| 11 | 1 | 3 |
| 12 | 13 | 33 |
| 13 | 3 | 8 |
| 14 | 4 | 10 |
| 16 | 3 | 8 |
| 17 | 1 | 3 |
| 18 | 3 | 8 |
| 19 | 1 | 3 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 5

| Ocupación de la Madre | | |
|-----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Desempleada | 8 | 20 |
| Subempleada | 18 | 45 |
| Empleada | 8 | 20 |
| Autoempleada | 6 | 15 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 6

| Tiempo de Estudio del Padre en Años de Estudio | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 12 | 8 | 20 |
| 14 | 7 | 18 |
| 16 | 13 | 33 |
| 17 | 1 | 3 |
| 18 | 7 | 18 |
| 20 | 2 | 5 |
| 22 | 2 | 5 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 7

| Ocupación del Padre | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Desempleado | 2 | 5 |
| Subempleado | 17 | 43 |
| Empleado | 11 | 28 |
| Autoempleado | 10 | 25 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 8

| Diagnóstico | | |
|----------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Hiperactividad | 15 | 38 |
| Inatención | 10 | 25 |
| Mixto | 15 | 38 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 9

| Tratamiento | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Conductual | 1 | 3 |
| Metilfenidato | 25 | 63 |
| MFD liberación Controlada | 11 | 28 |
| Atomoxetina | 3 | 8 |
| Total | 40 | 100 |

Cuadro 10

| Características de Edad de la Muestra en Años Cumplidos | | | |
|---|----------|---------------------|---------|
| | Promedio | Desviación Estándar | Min Max |
| Edad del Paciente | 10.08 | 3 | (6-14) |
| Edad de la Madre | 33.90 | 6 | (23-49) |
| Edad del Padre | 35.95 | 7 | (22-58) |

Cuadro 11

| Características de Tiempo de estudios de Madres y Padres en Años de Estudio | | | |
|---|----------|---------------------|---------|
| | Promedio | Desviación Estándar | Min Max |
| Tiempo de Estudio de la Madre | 12.48 | 3 | (5-19) |
| Tiempo de Estudio del Padre | 15.73 | 3 | (12-22) |

Cuadro 12

Correlación Wast-Conners

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| r= | 0.332 | 0.561 | 0.044 | 0.274 | 0.605 | 0.308 | 0.293 | 0.432 |
| p= | 0.037 | 0.000 | 0.788 | 0.088 | 0.000 | 0.053 | 0.066 | 0.005 |

Cuadro 13

Correlación Conners Factores Sociodemográficos

| | | A | B | C | D | E | F | G | H |
|------------------------------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Edad | r= | -0.49 | -0.32 | -0.50 | -0.39 | -0.04 | -0.32 | -0.50 | |
| | | 9 | 0 | 6 | 9 | 0 | 5 | 6 | -0.359 |
| Sexo | r= | -0.37 | -0.17 | -0.41 | -0.30 | -0.37 | -0.21 | -0.20 | |
| | | 6 | 3 | 4 | 8 | 4 | 4 | 3 | -0.245 |
| Religión | r= | -0.01 | -0.20 | -0.02 | -0.14 | | -0.04 | -0.07 | |
| | | 2 | 6 | 1 | 7 | 0.079 | 2 | 3 | -0.050 |
| Lugar que ocupa entre los Hermanos | r= | -0.01 | | -0.13 | -0.01 | | -0.09 | -0.24 | |
| | | 4 | 0.003 | 4 | 3 | 0.014 | 1 | 1 | -0.003 |
| Edad de la Madre | r= | -0.29 | -0.33 | -0.03 | -0.21 | -0.46 | -0.35 | -0.29 | |
| | | 8 | 6 | 7 | 4 | 8 | 9 | 0 | -0.409 |
| Tiempo de estudio de la Madre | r= | | | | | -0.11 | | -0.07 | |
| | | 0.088 | 0.005 | 0.068 | 0.113 | 8 | 0.025 | 9 | 0.150 |
| Ocupación de la Madre | r= | -0.02 | -0.04 | -0.10 | | -0.08 | -0.02 | -0.09 | |
| | | 0 | 4 | 2 | 0.117 | 0 | 6 | 4 | 0.030 |
| Edad del padre | r= | -0.40 | -0.31 | -0.24 | -0.29 | -0.42 | -0.34 | -0.35 | |
| | | 3 | 1 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | -0.396 |
| Tiempo de estudio del Padre | r= | -0.24 | -0.27 | -0.03 | -0.14 | -0.29 | -0.26 | -0.30 | |
| | | 9 | 7 | 4 | 5 | 8 | 2 | 6 | -0.311 |
| Ocupación del Padre | r= | -0.25 | -0.34 | | -0.31 | -0.39 | -0.23 | -0.30 | |
| | | 0 | 6 | 0.001 | 5 | 0 | 7 | 9 | -0.350 |
| Diagnóstico | r= | -0.23 | -0.24 | -0.24 | -0.28 | | -0.18 | -0.13 | |
| | | 1 | 6 | 4 | 2 | 0.108 | 6 | 0 | -0.177 |
| Tratamiento | r= | -0.31 | -0.37 | -0.00 | -0.38 | -0.12 | -0.26 | -0.32 | |
| | | 1 | 2 | 7 | 5 | 7 | 4 | 3 | -0.294 |
| | p= | 0.050 | 0.018 | 0.964 | 0.014 | 0.434 | 0.100 | 0.042 | 0.066 |

Subescalas de Conners A. Problemas de Conducta. B. Ansiedad - Timidez. C. Inquietud - Desorganización. D. Problemas de Aprendizaje. E. Síntomas Psicossomáticos. F. Obsesivo - Compulsivo. G. Antisocial. H. Hiperactividad – Inmadurez.

Cuadro 14

Correlación Wast Factores Sociodemograficos

| | Edad | Sexo | Religión | Lugar que ocupa entre los hermaros | Edad de la madre | Tiempo de estudio de la madre | Ocupacion de la madre | Edad del padre | Tiempo de estudio del padre | Ocupación del Padre | Diagnóstico | Tratamiento |
|----|--------|--------|----------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------|-------------|-------------|
| r= | -0.248 | -0.299 | -0.076 | 0.062 | -0.691 | -0.260 | -0.193 | -0.630 | -0.684 | -0.644 | 0.035 | -0.495 |
| p= | 0.123 | 0.061 | 0.640 | 0.706 | 0.000 | 0.105 | 0.234 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.831 | 0.001 |

Discusión

Datos Sociodemográficos

Las características del hospital psiquiátrico Juan N. Navarro mostraron su influencia en los resultados obtenidos respecto a las variables sociodemográficas mismas que aun que importantes y concordantes con la bibliografía, deberá tomarse con reservas debido a que se trata de un centro de atención para un público sin seguridad social, es decir, de bajo nivel socioeconómico. Respecto al sexo se observó una predominancia de los niños respecto a las niñas (75 vs. 25%), lo que concuerda con estadísticas recientes ⁷, adicionalmente es común que sea a los niños a los que se les da tratamiento, debido a la mayor frecuencia de síntomas disruptivos, mientras que a las niñas en general no se les atiende o se les subdiagnostica y en ocasiones no se les maneja adecuadamente⁸. Respecto a la edad de los pacientes obtuvimos un promedio de 10 años lo que se explica por varias razones, en primer lugar el que la escala de Conners se debe aplicar solo a poblaciones de entre 6 a 14 años, respecto a la bibliografía sabemos que la etapa escolar es particularmente sensible a los síntomas de inatención y de conducta por las exigencias que implica esta transición en el desarrollo del niño, esto ha sido propuesto como una explicación a que sea esta etapa en la que mayormente se diagnostica el TDAH⁸.

Respecto a la religión esto responde a que la población mexicana es mayoritariamente católica.

En relación al lugar que ocupa el paciente identificado se encontró que en la mayoría de los casos (69%) ocupaban el primer sitio, esto puede explicarse de varias formas: El miembro mayor de los hermanos es generalmente el más involucrado en la violencia interparental al ser buscado como apoyo en la formación de la triangulación (padre-madre-hijo), como elemento que rige la dinámica de la conflictiva familiar, por otro lado dada la predominancia de sexo masculino en el diagnóstico de TDAH existe una mayor cercanía afectiva con la madre que en este estudio es la principal receptora de violencia por parte de la pareja, otras sugerencias que han hecho los estudios sociológicos es la presión social ejercida sobre el primogénito de la familia mexicana.^{7,8}

Los resultados obtenidos respecto al diagnóstico de TDAH fue de un porcentaje similar para los subtipos de mixto y predominio de hiperactividad (37%) y una minoría para el predominantemente inatento (26%), lo que puede explicarse porque el tamaño de la muestra no permitió reproducir los

resultados estadísticos que se han reportado con predominio del subtipo mixto.

En cuanto al tratamiento, se observó que el 97% de los casos recibía tratamiento farmacológico, el cual en su mayoría correspondió a metilfenidato (63%) y a metilfenidato de liberación controlada (27%), y atomoxetina (7%); esto se explica por que al tratarse de un hospital de 3er nivel se concentran casos de severidad que por su disfuncionalidad han sido referidos luego de haber intentado tratamientos conductuales o alternativos, además las características de la institución exigen una rápida movilización de los pacientes a través de la aplicación simultánea de todas las medidas terapéuticas disponibles y que según los estudios respecto al tema avalan la combinación de fármacos al TDAH, también se puede considerar como la tendencia principal de manejo en la unidad en la que se realizó el estudio.

Respecto a la edad de los padres llama la atención que se obtuvo un promedio a mediados de la cuarta década de la vida.

Al investigar la ocupación de los padres se obtuvieron porcentajes mayoritarios en caso de padres y madres (43% y 45%) para subempleo, bajo este rubro se catalogó el comercio informal, el trabajo como doméstica, choferes y taxistas, esto puede explicarse por tratarse de un centro de salubridad dirigido a público que carece de seguridad social, y/o de recursos económicos para la atención especializada privada. Respecto de los niveles de estudio de los padres se observa que el promedio de años de estudio es de 12 y 16 respectivamente, esto se explica de manera similar a la mayor parte de las otras variables, debido a las características del Hospital Juan N. Navarro y a la población que atiende.

Wast Connors

Los datos obtenidos en la correlación de la escala de violencia WAST y las subescalas del Connors arrojaron resultados significativos para la subescala de problemas de conducta y la de hiperactividad-inmadurez, ambas correspondientes a síntomas externalizados; existieron también dos subescalas correspondientes a síntomas internalizados con resultados significativos de mayor correlación al grado de violencia familiar y correspondieron a las subescalas de ansiedad-Timidez y de síntomas psicósomáticos, esto concuerda parcialmente con las publicaciones respecto a la violencia intrafamiliar y la manifestación de síntomas internalizados vs. externalizados en los niños que la

presencian³⁶. Al respecto se confirma que son los síntomas de ansiedad y psicósomáticos los más representativos en los menores con predisposición a los síntomas internalizados mismos que se corresponden positivamente con el grado de violencia interparental³⁹. Por otra parte, el resto de las subescalas: inquietud-desorganización, problemas de aprendizaje, obsesivo-compulsivo y antisocial no mostraron correlación con el grado de violencia interparental, esto también apoya a las investigaciones previas las cuales aún no han logrado eliminar factores de contaminación lo que obedece a que no se pueden separar los niños de su ambiente ni viceversa³⁸. Nuevamente la interrogante de la causalidad es respondida sólo parcialmente y nos remite a la necesidad de considerar al niño como un elemento de una dinámica y no como a un individuo aislado.

Conners Sociodemográficos

Los resultados obtenidos al correlacionar las subescalas de la prueba de Conners con los factores sociodemográficos nos permiten reconocer asociaciones interesantes, las cuales aunque no forman parte de nuestros objetivos rectores del estudio nos permitimos comentar, la primera de ellas que resultó significativa fue la edad del paciente respecto a siete de las ocho subescalas, siendo sólo la de síntomas psicósomáticos la única que no mostró relación estadística significativa. Esto es trascendente y concuerda con la bibliografía sobre el TDAH, debido a que la correlación que guarda la edad del niño es negativa con respecto a la expresión de síntomas tanto internalizados como externalizados³⁷. En cuanto a la variable del sexo fue interesante observar que aunque existió significancia con varias subescalas: problemas de conducta, síntomas psicósomáticos, hiperactividad-inmadurez e inquietud-desorganización, fue ésta última la que tuvo un grado de significancia mayor. Esto concuerda notablemente con las publicaciones previas al remarcar la asociación de síntomas externalizados con el sexo masculino que per se se asocian con este tipo de conducta³⁷.

La edad de la madre se correlaciono con las subescalas de ansiedad y timidez, síntomas psicósomáticos, obsesivo compulsivo y la de hiperactividad inmadurez; es interesante este hallazgo de correlación con tres subescalas de síntomas internalizados cuanto más joven es la madre, debido a que no se encontró referencias previas de asociación entre estas dos variables y pudiera abrir un campo de investigación respecto al efecto de la edad de la madre, los síntomas internalizados del menor y su asociación a un peor pronostico, este ultimo, si corroborado en la bibliografía⁴⁴.

La edad del padre se correlaciono con las subescalas de problemas de conducta, síntomas psicossomáticos, obsesivo-compulsivo, antisocial y de hiperactividad e inmadurez, esto resulta como otro hallazgo interesante ya que tres de las 5 subescalas correlacionadas a un padre más joven fueron de síntomas externalizados, esto al igual que en el caso de la madre crea interrogantes y la hipótesis de que a una edad menor del padre puede haber más tendencia de los niños con TDAH hacia los síntomas externalizados, con las consecuencias sociales ya conocidas.

En cuanto a la ocupación del padre se correlaciono con las subescalas de ansiedad timidez, problemas de aprendizaje, síntomas psicossomáticos y la de hiperactividad-inmadurez, es decir que el subempleo en el padre tuvo más correlación con la sintomatología tanto internalizada como externalizada (dos subescalas de cada uno) en comparación con la ocupación de la madre la cual en ninguna subescala presento correlación significativa; esto puede explicarse en los antecedentes que describen la relación interparental violenta y que asocian los factores económico y cultural, al grado de violencia sufrida por la pareja con el efecto conocido en el menor, es decir que representaría un indicador indirecto de los problemas internalizados y externalizados en el niño con TDAH⁴⁵.

La variable clínica de tratamiento se correlacionó con la subescala de ansiedad y timidez, la de problemas de aprendizaje y la antisocial, se puede explicar de dos formas, en primer lugar predominan las subescalas de síntomas externalizados lo que condiciona una mayor urgencia por la administración de psicofármacos, y en sentido inverso son las que responden más rápidamente al control farmacológico⁷.

El resto de variables no presento ninguna correlación significativa con ninguna de las subescalas de la escala de Conners y no se descartan porque ni el diseño ni el tamaño de la muestra de este estudio permiten hacerlo.

WAST sociodemográficos

La correlación de esta escala de violencia con las variables sociodemográficas fueron significativas para la edad de la madre, esto quiere decir que la edad menor de la madre se asoció con una mayor violencia ejercida por su pareja, esto coincide con la encuesta nacional de violencia contra las mujeres y que es explicada a través de un modelo de aprendizaje social y al modelo sistémico que

propone que la violencia recrea las relaciones disfuncionales entre los individuos violentos y su contexto interpersonal^{22, 23, 24}.

Otra de las variables asociadas fue la del padre, es decir que a menor edad del padre, existe mayor tendencia a recurrir a la violencia para solucionar conflictos maritales o para liberar ansiedad y frustraciones^{24, 32, 36}. El tiempo de estudio del padre fue otra variable asociada y que coincide con la bibliografía, la cual describe el factor cultural en el varón como contribuyente a la práctica de la agresión sobre la pareja y los hijos^{46, 43}. La ocupación del padre puede explicarse en su asociación de la misma forma que la variable anterior. El tratamiento se correlacionó con la escala de violencia y esto puede explicarse porque una situación de violencia exige muchas veces a través de la madre de intentos de ver atendida la dinámica disfuncional a través de la atención al niño, quien muchas veces es un foco utilizado para desplazar la atención de la familia y evitar afrontar la problemática de pareja.^{22, 23 28}

Conclusiones

La hipótesis planteada en este estudio se confirma respecto a la manifestación de problemas internalizados y externalizados en su asociación a la violencia, presenciada por el niño. El grado de correlación fue mayor para las subescalas con síntomas internalizados.

Las mujeres jóvenes y varones también jóvenes con niveles de estudio menores y con menos estabilidad en sus empleos constituyen grupos en los que la violencia intrafamiliar se vió con mayores niveles, por otra parte entre menor la edad del niño se observa una mayor posibilidad de ser afectado por la violencia intrafamiliar, y como se planteaba en la hipótesis en donde se observaba mayores manifestaciones de síntomas internalizados.

Cabría suponer una correlación genética entre el TDAH de los niños, y un posible TDAH no identificado en sus padres ya que se observó que los que tenían hijos con mayor sintomatología, también presentaban menores edades, menor grado de estudios y de trabajo pudiendo ser esto material para nuevas investigaciones.

Las limitaciones de esta investigación se refieren principalmente a la muestra, que por ser seleccionada de un solo centro no es representativa de la población nacional, la posibilidad de sesgo que es inherente a cualquier estudio se ve representada por el tamaño reducido en la que no se considera comparaciones entre género.

La trascendencia de este estudio radica en primer lugar en el plantearse la asociación entre violencia intrafamiliar y la presencia de TDAH en los niños expuestos a ella, esto se sugiere porque hay varios estudios extranjeros y muy pocos en México. También la necesidad de estudios genéticos sobre transmisión de TDAH y de su sintomatología específica.

Bibliografía

1. "Estudio de género y feminismo"; Patricia Bedolla, Olga Bustos (Universidad Nacional Autónoma de México, 1993)
2. "La violencia y el Género"; Janhil Trejo Martínez (Universidad Autónoma de Guadalajara, 1997)
3. Zametkin et al., 1990
4. American Psychiatric Association (1994), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (IV edición), pag. 83-85.
5. Barkley, Russell A. Et. Al Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity as Defined by Research Criteria. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 58(6):775-789, December 1990.
6. Rubia, Katya. Et. Al, Attention deficit-hyperactivity disorder: current findings and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*. Volume 14(4) July 2001 309-316
7. Knutson, John F. Psychological Characteristics of Maltreated Children: Putative Risk Factors and Consequences. *Annual Review of Psychology*. Vol 46(1995) 401-431
8. Spencer, Thomas, et. Al. Attention deficit hyperactivity disorder and affective disorders in childhood: continuum, comorbidity or confusion. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol 13(1) January 2000. 73-79
9. Curran, Sarah, et. Al. Attention deficit-hyperactivity disorder: biological causes and treatments *Current Opinion in Psychiatry*. Vol 13(4) July 2000. 397-402
10. 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
11. Sachar, R. W, Hyperactivity and Parental Psychopathology. *J. Child. Psychol. Psychiat.* Vol 71, No.3. pp. 381-392, 1990
12. Quinton, D. Cultural and community influneces. *Development's tought life; Handbook*. Oxford: Blackwell Scientific, 1994, pp. 159-184
13. Brunck, M.A. Child Influences on adult controls: an experimental investigation. *Developmental Psychology*, 20, 1984, 1074-1081
14. Anderson, K.E., Mother's interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom? *Developmental Psychology*, 1986, 22, 604-609
15. Barkley, R.A. Thebv effects of methylphenidate on the mother – child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, 201-208
16. Rutter, M. The reability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient, *Social psychiatry*, (1966), I, 38-53
17. Block, J.H. The personality of children prior to divorce: a prospective study. *Child Development*, 1986, 57, 827-840
18. Fergusson, D.M., Horwood, Family Change, parental discord and early offending, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33, 1059-1075
19. Harrington, R., Rutter, M., Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and psychopatology*, 1996, 8, 601-616
20. 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
21. Medina-Mora, Ma Elena. Et. Al. Del siglo XX al tercer milenio. *Las adicciones y la*

- salud pública: Drogar, alcohol y sociedad. *Salud Mental*. Vol. 24. No. 4, Agosto 2001
22. Saucedo García, Juan Manuel. Et. Al. Violencia Intrafamiliar y Sexual. I. Introducción. *Gac Méd Méx*. Vol. 135 No. 3, 1999.
 23. Jaffe PG et. Al. Children's observation of violence: critical issues in child development and intervention planning. *Can J Psychiatry* 1990;35:466-470
 24. Ramos, L. Et. Al. Los testigos de la violencia doméstica: prevalencia y sus repercusiones en la sociedad. *Psicología Social México*. VIII:548-554, 2000.
 25. Jasinski JL, et.al. Partner Violence. A Comprehensive Review of 20 years of research. Sage. California, 1998.
 26. Becker, Kimberly Barletto. Et. Al. Attention and Conduct Problems in Children Exposed to Family Violence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(1):83-91, January 2002.
 27. Ford, Julian D. Et. Al. Trauma Exposure Among Children With Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 67(5):786-789, October 1999.
 28. Wakschlag, Lauren S. Et. AL. Relation of Maternal Responsiveness During Infancy to the Development of Behavior Problems in High-Risk Youths *Developmental Psychology*. 35(2):569-579, March 1999.
 29. Phares, Vicky Et.Al. The Role of Fathers in Child and Adolescent Psychopathology: Make Room for Daddy. *Psychological Bulletin*. 111(3):387-412, May 1992
 30. Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A.C. Violencia en la Familia. *Este País*. 1996;64:20-25
 31. Cervantes C, et. Al. Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México 239-267 México 2004
 32. Straus MA (1992), Children as witnesses to marital violence: a risk factor of lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. In: *Children and Violence: Report of the Twenty-Third Ross Roundtable on Critical Approaches to Common Pediatric Problems*, Schwarz DF, ed. Columbus, OH: Ross Laboratories, pp 98-109
 33. Davies PT, Cummings EM (1998), Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Dev* 69:124-139
 34. DiLalla LF, Gottesman II (1991), Biological and genetic contributions to violence: Widom's untold tale. *Psychol Bull* 109:125-129
 35. Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA (1998), Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry* 155:131-133
 36. Gershon ES, Cloninger CR, eds (1994), *Genetic Approaches to Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press
 37. Buehler C, Anthony C, Krishnakumar A, Stone G, Gerard J, Pemberton S (1997), Interparental conflict and youth problem behaviors: a meta-analysis. *J Child Fam Stud* 6:233-247
 38. Margolin G, Gordis EB (2000), The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol* 51:445-479
 39. Moilanen I, Linna SL, Ebeling H et al. (1999), Are twins' behavioral/emotional

- problems different from singletons? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 4:62-67
40. Grych JH, Fincham FD, Jouriles EN, McDonald R (2000), Interparental conflict and child adjustment: testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Dev* 71:1648-1661
 41. Pelcovitz, David. Et. Al. Psychiatric Disorders in Adolescents Exposed to Domestic Violence and Physical Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(3):360-369, July 2000
 42. Campos BE (1987), Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychol Bull* 101:393-403.
 43. Scerbo, Angela Scarpa. Child Physical Abuse and Aggression: Preliminary Findings on the Role of Internalizing Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 34(8) Aug 1995 1060-1066
 44. Kaslow, Nadine J. Et. Al. Family and Community Factors that Predict Internalizing and Externalizing Symptoms in Low-Income, African-American Children: A Preliminary Report. *Annals of the New York Academy of Sciences. Roots of Mental Illness in Children*. 1008:55-68, December 2003
 45. Kitzmann, Katherine M. Et. A. Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 71(2):339-352, April 2003.
 46. Mahoney, Annette. Et. Al. Marital and Severe Parent-to-Adolescent Physical Aggression in Clinic-Referred Families: Mother and Adolescent Reports on Co-occurrence and Links to Child Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*. 17(1):3-19, March 2003.
 47. Jaffee Sara R. Et. al. Environmentally Informative Twin Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 41(9), Sept 2002 pp 1095-1103
 48. Straus MA (1990), Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. In: *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*, Straus MA, Gelles RJ, eds. New Brunswick, NJ: Transaction, pp 403-424
 49. Schmitz S, Cherny SS, Fulker DW, Mrazek DA (1994), Genetic and environmental influences on early childhood behavior. *Behav Genet* 24:25-34
 50. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E (1999), Genetics and child psychiatry, II: Empirical findings. *J Child Psychol Psychiatry* 42:19-55
 51. Lwanga SK, Lemeshow S. *Simple Size determination in health studies*. WHO. Geneva 1991; pp.25
 52. Feinstein, AR. *Clinometrics*. New Haven.
 53. Conners CK, et. al. Rating Scales and Checklists for Chile Psychopharmacology, *Psychopharmacology Bulletin*, 1985;21: 809-844
 54. Kuehne C. Et. Al. Difference between children with attention deficit disorders and normal Children. *J Sch Psicol*. 1987; 25: 161-6
 55. Lara-Muñoz, Ma del Carmen. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños – versión larga para padres. *Bol Med Hosp. Infantil Mex*. Vol 55, (12) Dic 1998.
 56. Brown, JB. Et. Al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in Family Practice. *Fam Med*. 1996;28:422-8

57.Fogarty, Colleen T. Et. Al. Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. Validation of the Spanish Version of the WAST. The Journal of the American Board of Family Practice. Vol 15(2) March/April 2002 101-111