



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN NIÑOS DE SEIS A  
DOCE AÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO  
ALMENARA IRIGOYEN 2016**

**PRESENTADA POR  
CANDY PALOMINO ORÉ**

**ASESOR**

**JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2016**



**Reconocimiento**

**CC BY**

La autora permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN NIÑOS DE SEIS A DOCE  
AÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN 2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR**

**CANDY PALOMINO ORÉ**

**ASESOR**

**DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA-PERÚ**

**2016**

## ÍNDICE

## Páginas

Portada	
Índice	
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1. Importancia	3
1.4.2. Viabilidad	4
1.5 Limitaciones	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos básicos	20
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>20</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>23</b>
4.1 Diseño metodológico	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Procedimientos de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	25
4.5 Aspectos éticos	25
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>26</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

# **CAPÍTULO I:**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

Estudios epidemiológicos han estimado que más del 20% de individuos reúnen criterios para desórdenes de ansiedad a la edad de 26 años y los que reciben el diagnóstico de cualquier desorden de ansiedad durante su niñez predicen algún tipo de disfunción física e interpersonal en su adultez.<sup>1</sup> Numerosos factores se correlacionan con los trastornos de ansiedad en niños incluyendo la psicopatología parental, comportamiento de los padres (sobrepotección, rechazo, negatividad, distantes), ambiente familiar (ambientes de mala cohesión y conflictos), temperamento, cognición del niño y la ocurrencia de una vida llena de eventos estresantes.

Los familiares y cuidadores de los niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comprenden poco y no son capaces de lidiar con niños que están en constante movimiento físico y mental. Criar a un niño con problemas de atención puede ser frustrante y aún más para los padres que necesitan crear una atmósfera de calma que ayude a los niños a concentrarse.

Cuando el niño tira cosas de los estantes del supermercado o corre alrededor incontrolablemente y otros lo miran con cólera, los padres sentirán ansiedad, cólera o vergüenza. Ellos pueden sentir humillación o furia con el niño que los está avergonzando. La ausencia de comunicación oportuna y consistente con los adultos puede llevar al niño a volverse más retraído y preocupado por sus propios intereses e

inatentos a otros. Estos mismos niños pueden volverse cobardes y enfocarse en su mundo cuando están en ambientes tranquilos, en pequeños grupos, con pacientes, padres o profesores. Lo que parece ser poca atención puede estar relacionado con ansiedad y patrones de evitación. Las familias caóticas o duras pueden contribuir ciertamente y los niños pueden hasta desarrollar depresión.

Los niños con problemas de atención casi siempre tienen dificultades con el procesamiento de las sensaciones, como la vista, tacto, sonidos, olores y otros. Pueden perder de vista o reaccionar más de lo esperado ante lo que escuchan o ven. Esta dificultad hace que ellos no puedan diferenciar bien lo que sienten y los demás sienten y en cuanto a su intención y la intención de los demás.

Las madres de los niños y adolescentes con TDAH manifestaron un stress significativamente mayor, insatisfacción marital y desajustes psicológicos (particularmente ansiedad, depresión y hostilidad) que las madres de niños sin este trastorno.

En el servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se puede identificar violencia familiar y disfuncionalidad en las familias con niños con diagnóstico de TDAH, siendo estas muchas veces un factor de riesgo para la evolución de estos pacientes. En este trabajo se trata de identificar la prevalencia de niños con TDAH que sufren violencia familiar y de esta manera lograr una mejor evolución del trastorno.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de la violencia familiar en niños de 6 a 12 años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido entre 2016 – 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de violencia familiar en niños de 6 a 12 años con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido entre 2016 – 2017

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los tipos de violencia ejercidas en las familias en estudio.
- Establecer la prevalencia según sexos de los niños que sufren violencia familiar.
- Determinar la prevalencia de violencia familiar en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es el principal motivo de consulta por lo que sus tasas de prevalencia

e incidencia son altas y es necesario establecer un tratamiento adecuado y oportuno de dicho trastorno identificando cualquier causalidad que pueda retrasar su tratamiento, entre las cuales esta la violencia familiar, tanto de manera activa como pasiva. Este estudio tiene como objetivo identificar estas causales de retraso del tratamiento y así poder evitar que las estadísticas incrementen anualmente, como sucede hasta el momento.

#### **1.4.2 Viabilidad**

La institución autorizó la investigación y cuenta con el apoyo de los especialistas y los recursos económicos para desarrollarla. El tiempo que se precisa para la obtención de la muestra será durante la realización del tercer año de residentado médico y es posible gracias a la accesibilidad a las historias clínicas durante las consultas médica. Se accederá al archivo de historias clínicas del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **1.5 Limitaciones**

El presente estudio cuenta con la aprobación del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen; sin embargo, el tiempo requerido es una limitante, ya que la dimensión temporal limita la interpretación de causalidad a pesar de ser el trastorno más prevalente en los servicios de consultorios externos de dicho hospital.



## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

En un estudio publicado en Julio del año 2000, Pelcovitz D. *et al.* demostraron la relación entre abuso y diagnósticos psiquiátricos en dos grupos de adolescentes físicamente abusados. Se vio que aquellos expuestos a violencia dentro o fuera del hogar tenían un mayor riesgo para presentar depresión, ansiedad por separación, trastorno por estrés post traumático y trastorno oposicionista desafiante, que aquellos que no estuvieron expuestos.<sup>2</sup>

Kennedy TM (2017) realizó un estudio en niños con TDAH expuestos a abuso físico y/o psicológico durante la infancia tienen mayor predisposición a desarrollar conductas abusivas y antisociales en la adultez.

El TDAH en la niñez incrementa el riesgo para desarrollar conductas mal adaptativas en la adultez que incluye, abuso de sustancias y perpetración de violencia. Sin embargo, el riesgo de estos niños para generar violencia en la adultez, no se comprende. El TDAH se asocia de forma transversal con la victimización interpersonal en la infancia y longitudinalmente predice la victimización de la pareja en la vida adulta; además puede provocar victimización a través de conductas impulsivas que envuelven violencia y delincuencia.<sup>3</sup>

Sosa H. en un estudio de investigación descriptivo y longitudinal realizado el 2015 en las áreas de salud del municipio Pinar del Rio – España, se evaluó 615 niños diagnosticados con TDAH de los cuales 59 presentaron conductas disociales, con predominio del sexo masculino, con edades entre 14 y 18 años. Las familias

destructuradas fue el factor predisponente más frecuente; además se asoció también el consumo de sustancias.<sup>4</sup>

En el 2012, un total de 11388 estudiantes de educación superior completaron un cuestionario que medía las siguientes variables: Delincuencia violentas y no violentas, síntomas actuales de TDAH, trastornos de conducta, abuso de sustancias, asociación con compañeros delincuentes, labilidad emocional, problemas de ira, actitudes violentas y baja autoestima.

Como resultado, se vio que el TDAH contribuía 8,2% y 8,8% a las variables de delincuencia violenta y no violenta, respectivamente, pero estos resultados fueron mediados por conductas asociadas; como el uso de sustancia, asociación a compañeros delincuentes y trastornos de conducta.

En conclusión, se observó que la relación entre síntomas de TDAH y conductas ofensivas en la población joven puede ser explicada indirectamente por factores asociados o comorbidos; por lo que una prevención clave es abordar los problemas asociados como el uso de sustancias y la asociación con compañeros delincuentes.<sup>5</sup>

Otro estudio publicado en noviembre de 2014 también demuestra la relación entre adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y problemas de alcohol con violencia. Se evidenció que las personas con TDAH que reportaron altos niveles de consumo de alcohol en la adolescencia eran más predispuestos a provocar violencia a diferencia de los que no tenían TDAH.<sup>6</sup>

Además de la perpetración de actos violentos de personas con antecedentes de TDAH, se puede evidenciar que muchos de estas personas, en la niñez sufrieron algún tipo de abuso.

Una revisión sistemática realizada en 2016 en el *Journal of Attention Disorders* señala como factor de riesgo a niños y adolescentes con TDAH para ser víctimas de violencia doméstica y violencia parental. En este meta análisis se evidencia la relación que existe entre la hiperactividad, impulsividad y síntomas de inatención y la violencia parental íntima.<sup>7</sup>

En 2014 Ghanizadeh A. *et al* publicó un artículo sobre abuso parental en los niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en Irán, donde se definieron tres tipos de abusos; La disciplina no violenta, el abuso psicológico y el abuso físico en niños con TDAH.

Los padres de una muestra clínica de 108 niños con TDAH y 102 madres de escolares informaron sus comportamientos usando escalas tácticas de conflicto entre padres e hijos (CTSPC). Las puntuaciones en los tres tipos de abuso en niños con TDAH fueron significativamente más elevadas que en el del grupo control.<sup>8</sup>

Además, un estudio cualitativo realizado en noviembre de 2015 con uso de la historia oral temática, concluye que existe violencia en las relaciones interpersonales de los adolescentes con TDAH. Los padres de los niños con TDAH tienden a considerarse menos competentes dentro de su rol de padres y a reaccionar negativamente a los síntomas del trastorno.

Al tratar de imponer límites y reglas muchas veces los lleva a recurrir a situaciones de violencia. Esta violencia considerada como una práctica educativa negativa resulta en el desarrollo de comportamientos antisociales en los hijos.<sup>9</sup>

En este otro estudio de Lewis T (2015) el propósito fue examinar la asociación entre exposición a violencia (como testigo, víctima o ambos) y síntomas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH); concluyó en que los niños que reportaron ambos tipos de violencia tenían más síntomas de TDAH reportados por los padres y eran más proclives a reunir criterios predictivos para TDAH. Además, dentro de los que presentaron doble exposición, las niñas exhibieron un nivel mayor en los síntomas de TDAH y mayor probabilidad de reunir criterios predictivos a diferencia de los niños.

Los datos se obtuvieron de 4745 niños de 5to grado de primaria y sus cuidadores. Los padres completaron las escalas predictivas de DISC para TDAH y la información dada por los niños sobre exposición a la violencia.

Una revisión sistemática realizada en julio de 2016 sintetiza la evidencia disponible que menciona al TDAH en niños y/o adultos como factor de riesgo para violencia doméstica. Se incluyeron cuatro estudios de casos y controles y tres estudios de cohortes. A pesar de que tres estudios de casos y controles mostraron asociación positiva entre niños y adultos con TDAH y violencia doméstica, dos lo hicieron insuficientemente controlado porque había también la presencia de comorbilidades como trastornos de conducta y trastorno de personalidad antisocial.<sup>7</sup>

Además de presentar conductas violentas, se sabe que los niños con TDAH que no recibieron tratamiento oportuno tienen el riesgo de presentar conductas disociales, entre las cuales se encuentra el uso de sustancias adictivas.

Un estudio de diseño transversal publicado en mayo de 2017 asoció síntomas de TDAH con perpetración y victimización por violencia parental. Se observó 433 estudiantes con síntomas de TDAH que sufrían violencia parental. Además, se observaron otros factores adicionales a violencia parental como maltrato infantil, psicopatía primaria, abuso de alcohol y drogas ilícitas.<sup>11</sup>

Se sabe que los pacientes con TDAH a menudo caen en crisis de eventos catastróficos como el suicidio y homicidio. El consumo de sustancias y conductas adictivas juega un rol importante en estos eventos. Ya que el TDAH se caracteriza por síntomas de inatención e impulsividad, cualquier tipo de sustancia legal o ilegal puede deteriorar los síntomas llevando a estos pacientes a situaciones catastróficas.

Hay muchas formas que conectan el TDAH con el consumo de sustancias y conductas adictivas, que están divididas en dos: interiorización del trastorno mental y exteriorización del trastorno mental. La primera incluye depresión y trastornos de ansiedad caracterizados por aislamiento o tendencia a la huida. La segunda implica trastornos de conducta o trastorno oposicionista – desafiante, además de trastornos de personalidad antisocial caracterizado por conductas agresivas y antisociales hacia los demás.

Estos trastornos psiquiátricos comorbidos pueden conducir a los pacientes con TDAH asociados a consumo de sustancias y conductas adictivas a incrementar el riesgo de eventos de vida catastróficos debido a la irreversibilidad de su mentalidad adversa.

Por lo que se concluye en este estudio que la asociación entre el consumo de sustancias y conductas adictivas pueden ser un factor de riesgo crítico de suicidio y homicidio en los pacientes con TDAH. La intervención familiar temprana en pacientes con TDAH y comorbilidades psiquiátricas puede funcionar como estrategia preventiva en contra de estos eventos.<sup>12</sup>

Se debe tener en cuenta también que la prevención se puede realizar al evitar o disminuir factores de riesgos que pueden agravar este trastorno y conducir a consecuencias catastróficas.

Un estudio realizado en enero de 2014 investiga los factores de riesgo maternos y perinatales donde se identificaron el tabaquismo durante el embarazo, parto inducido y amenaza de parto prematuro como principales y más importantes factores de riesgo; sin embargo, el incremento de la oxitocina durante la labor del parto se considera un factor protector en las niñas.<sup>13</sup>

También se identificó la relación entre abuso y diagnósticos psiquiátricos en dos grupos de adolescentes físicamente abusados, en un estudio realizado en julio de 2000, donde se vio que los adolescentes expuestos a violencia dentro o fuera del hogar tenían un mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad por separación, trastorno por estrés post

traumático y trastorno oposicionista desafiante, que aquellos que no estuvieron expuestos.<sup>2</sup>

Un estudio de seguimiento de niños que presentaban problemas de conducta e hiperactividad a los seis y siete años y fueron evaluados luego a los dieciséis y dieciocho años, demostró que la hiperactividad era un factor de riesgo para el desarrollo posterior de problemas conductuales.<sup>14</sup>

La alta prevalencia del impacto de violencia parental y sus severas consecuencias para las víctimas y niños subraya la importancia de encontrar un adecuado tratamiento para niños con TDAH, ya que se ha demostrado que el tratamiento con medicación provee de mejor introspección en la conducta problemática.<sup>15</sup>

Debido a todos estos antecedentes es difícil evaluar el pronóstico ya que este va a depender del tratamiento precoz tanto farmacológico (si es necesario) como conductual, las comorbilidades asociadas y el entorno familiar y social van a poder determinar la calidad de vida del paciente y de esta manera evitar su deterioro funcional.

Debido al antecedente y a la evidencia clínica que se observa en los estudios descritos sobre la asociación de violencia y niños con TDAH, se propone reproducir estos estudios para fines epidemiológicos y preventivos.

## **2.2 Bases teóricas**

### **Trastorno por deficit de atención e hiperactividad**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que se evidencia en todos los entornos y llega a producir diversos grados de disfuncionalidad social.

En las personas que sufren de este trastorno pueden estar alteradas las funciones ejecutivas (actividades del cerebro para planificar, organizar y llevar a cabo tareas) y la memoria de trabajo, asociada a la inatención.

Según epidemiología española del 2015, el TDAH tiene una prevalencia del 5% en la población en general, con cifras mayores en los niños (5 – 8%) que en adolescentes (2,5 – 4%). Anteriormente el DSM clasificaba a este trastorno en tres tipos: 60% combinado, 30% inatento y 10% hiperactivo – impulsivo, sin embargo, un metanálisis más reciente resalta la predominancia del subtipo inatento en muestras no clínicas: (3,4 – 3,6%), luego el combinado (2 – 2,3%) e impulsivo (1,1 – 1,3%). En relación al sexo, se observa la predominancia del varón sobre la mujer con una razón de 4:1, lo cual disminuye en la adultez donde un 30% persisten con el síndrome completo y un 65% mantienen algunos síntomas importantes sin llegar a cumplir todos los criterios.<sup>16</sup>



La propia terminología del trastorno ha sufrido importantes cambios a lo largo del siglo XX, pudiendo constatarse hasta doce denominaciones diferentes en la literatura europea, lo cual indica las dudas inquietantes que se plantean acerca de su naturaleza, definición y criterios diagnósticos.

Desde el punto de vista clínico, la hiperactividad y el déficit de atención son uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría y psiquiatría infantil, lo mismo sucede con el rendimiento escolar, que constituye muchas veces la primera señal para los padres.

La investigación neurobiológica intenta dilucidar en nuestros días los mecanismos etiopatogénicos y la fisiopatología del trastorno. Los mecanismos de neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica se han convertido en un importante foco de atención, al comprobarse que fármacos estimulantes del tipo de las anfetaminas y del metilfenidato y fármacos antidepresivos que incrementan la actividad de la dopamina y de la serotonina, mejoran la sintomatología. Al mismo tiempo, el estudio de los mecanismos de alerta cerebral y por tanto de los mecanismos de excitación e inhibición de la formación reticular, constituye otra área destacada de investigación. No en vano en los niños hiperactivos da la impresión de que la formación reticular no ejerce un filtro y selección adecuada de los estímulos sensoriales, con el bombardeo permanente de la corteza cerebral por estímulos de carácter anodino e irrelevante, que deberían haber sido previamente eliminados. Este bombardeo indiscriminado de la corteza cerebral repercutiría en el procesamiento de la información y en la codificación y decodificación de los mensajes.

## **Epidemiología**

Las tasas de prevalencia del TDAH en niños y adolescentes varían en función de los criterios de inclusión y de exclusión de los sujetos, la edad, la fuente de información y los criterios diagnósticos.

Según epidemiología española del año 2015, el TDAH tiene una prevalencia del 5% en la población en general, con cifras mayores en los niños (5 – 8%) que en adolescentes (2,5 – 4%). Anteriormente el DSM clasificaba a este trastorno en tres tipos: 60% combinado, 30% inatento y 10% hiperactivo – impulsivo, sin embargo, un metanálisis más reciente resalta la predominancia del subtipo inatento en muestras no clínicas: (3,4 – 3,6%), luego el combinado (2 – 2,3%) e impulsivo (1,1 – 1,3%). En relación al sexo, se observa la predominancia del varón sobre la mujer con una razón de 4:1, lo cual disminuye en la adultez donde un 30% persisten con el síndrome completo y un 65% mantienen algunos síntomas importantes sin llegar a cumplir todos los criterios.<sup>17</sup>

## **Etiología y patogenia**

Se calcula que el TDAH tiene un alto componente hereditario correspondiendo a los genes un 60-80% de la varianza, de tal forma que intervienen numerosos genes cada uno de los cuales aporta una pequeña parte del efecto total. Estos genes interactúan entre sí y con el ambiente determinando la vulnerabilidad individual a sufrir el trastorno.

## **Herencia genética**

La mayoría de los trabajos indican que los familiares de los probandos tienen un riesgo 2-8 veces mayor de sufrir TDAH. Estudios en gemelos constata que el TDAH es un trastorno altamente heredable de tal forma que los genes explican el 60-76% de la varianza. Esta cifra desciende al 30% en los adultos, lo que indica que el ambiente tiene una mayor influencia a medida que aumenta la edad.

## **Genética molecular**

La identificación de los genes que intervienen en el TDAH se ha intensificado en los últimos años. Los estudios de ligamento han detectado varias regiones cromosómicas de interés que pueden contener genes que intervienen en la etiología, concretamente en las regiones 5p13, 11q22-25 y 17p11. Un meta- análisis llega a la conclusión de que hay una alta probabilidad de que los genes del cromosoma 16 situados en la región 14.4 y los genes de otras nueve regiones: 5.3, 6.3, 6.4, 7.3, 8.1, 9.4, 15.1, 16.3 y 17.1 participen en la etiología del TDAH.

## **Factores perinatales**

Los factores perinatales modifican la expresión de los genes a través de mecanismos epigenéticos que dan lugar a cambios en la función del ADN sin que varíe la secuencia de las bases. Se ha comprobado que algunos factores perinatales aumentan el riesgo de un individuo de sufrir TDAH, concretamente el que la madre fume, beba alcohol o tome drogas durante el embarazo, o el que sufra infecciones víricas, desnutrición, anemia o problemas de la placenta, que se traducen en hipoxia del feto, bajo peso al nacimiento y

prematuridad. De todos ellos el que la madre fume (OR 2.39), la prematuridad y el peso bajo al nacimiento (OR 2.64) son los más estudiados y relacionados.

### **Factores neuroanatómicos**

Se considera que los circuitos cortico-estriados y cortico-cerebelosos son fundamentales en la fisiopatología del TDAH.

Los lóbulos frontales tienen un papel fundamental en los procesos de atención y concentración y en la regulación de los impulsos. Asimismo, regulan la inhibición de los impulsos y la capacidad para organizar la actividad personal.

### **Comorbilidad psiquiátrica del TDAH**

La comorbilidad psiquiátrica es una característica frecuente. En torno al 70% de los pacientes presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado y aproximadamente 40% sufren al menos dos. Por lo tanto, el clínico debe tenerlo en cuenta. Cuando el diagnóstico se asocia a otros trastornos, suele complicarse el tratamiento, empeorar la evolución y la respuesta al tratamiento es menor. La comorbilidad es más frecuente en pacientes varones, de mayor edad, con un CI bajo y un escaso nivel cultural y educativo; con antecedentes familiares de enfermedad bipolar, trastorno depresivo y TDAH y con TDA combinado, de inicio precoz, severo, de larga evolución, que cursa con agresividad y que comenzó a tratarse tardíamente.

Los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se asocia al TDAH son: trastornos de comportamiento (Trastorno negativista desafiante), trastornos de ansiedad, trastornos del humor, abuso de sustancias y trastornos del aprendizaje.

La prevalencia de los trastornos del humor en estos pacientes varía mucho según los estudios y la de depresión mayor en niños se sitúa en torno al 20-30%. Cuando este trastorno se asocia a un trastorno depresivo, el niño presenta un peor pronóstico (mas discapacidad grave, hospitalizaciones, morbilidad y mortalidad). Entre el 10 y 20% de los niños con TDAH son bipolares. La asociación de estas dos patologías implica una mayor cronicidad, un mayor impacto en las actividades y un peor pronóstico. Además, la respuesta al tratamiento es menor; a los dos años tan solo el 30% alcanza la remisión de los síntomas y únicamente el 20% se recupera completamente a lo largo de su vida.

La mayoría de niños con TDAH presentan síntomas de ansiedad y del 20-40% de ellos presentan un trastorno del aprendizaje. Estos pacientes presentan un peor rendimiento escolar, ya que esto afecta su capacidad de lectura, de expresión escrita y/o de cálculo. Cuando esto sucede, es preciso acompañar al tratamiento de un apoyo pedagógico específico. Otros trastornos que se asocian con menor frecuencia son: el espectro de trastornos por tics, síndrome de Tourette, Trastornos obsesivos-compulsivos, Trastornos del espectro autista, Trastornos de la coordinación y Retraso mental.

### **Evolución y pronóstico**

Como se verá a continuación, la expresión de los síntomas cardinales del TDAH cambia con el tiempo:

- Niños pequeños (uno a tres años): la mayoría de ellos no cumplen los criterios diagnósticos del DSM-V. por lo tanto, el diagnóstico a esta edad es difícil y controvertido. Además, se han publicado pocos estudios de niños de esta edad.
- Niños en edad preescolar (tres a seis años): Es difícil hacer el diagnóstico del TDAH, debido a que cierta falta de atención y exceso de movimiento son normales a esta edad. Se estima que la prevalencia del TDAH en edad preescolar es de en torno al 3%.
- Niños en edad escolar (seis a doce años): suelen presentar el cuadro clínico típico y cumplir más criterios diagnósticos. Es el grupo de edad en el que el diagnóstico del TDAH se realiza con mayor frecuencia.
- Adolescentes (trece a dieciocho años): las dificultades en el diagnóstico se deben a que cierta impulsividad y oposición son habituales en esta edad y a que el TDAH se asocia con más frecuencia a trastornos psiquiátricos comorbidos. El TDAH persiste en la adolescencia hasta en el 75% de los casos diagnosticados en la infancia y la prevalencia en esta edad es de 4-6%.

Los síntomas del TDAH pueden permanecer en la edad adulta en un porcentaje que varía según el método diagnóstico empleado: en un 2-8% según el propio paciente (que suele ser menos fiable) y hasta en un 46% según los padres (que suele ser más fiable). Para el diagnóstico es necesaria la información aportada por los padres, la pareja u otras personas cercanas, ya que el paciente tiende a minimizar sus síntomas.

Además, si se utilizan los criterios diagnósticos adaptados a la edad adulta, el porcentaje aumenta hasta el 67%. Bierderman observó que solo un 40% de los pacientes entre 18 y 20 años presentaban los seis síntomas necesarios para el diagnóstico. Sin embargo, hasta el 90% tenían al menos cinco de los síntomas y en la escala GAF (Global Assessment of Functioning Scale) obtenían una puntuación inferior a 60 (indica una disfunción por los síntomas al menos moderada). La implicación clínica de estos resultados es que un paciente con historia de TDAH en la infancia, a pesar de no cumplir los criterios diagnósticos en la edad adulta, puede continuar sufriendo importantes limitaciones debido a los síntomas que con frecuencia siguen interfiriendo significativamente en su funcionamiento diario. Estudios recientes sugieren que en torno al 20% de los adultos con TDAH siguen presentando una marcada disfunción debido a los síntomas: responsabilidad laboral inferior a su capacidad, cambios frecuentes de trabajo, cambios de pareja, mayor tasa de separaciones/divorcios, amistades poco duraderas, accidentes de tráfico, multas por exceso de velocidad o conducción temeraria, etc. Hasta un 60% presentan una disfunción leve por los síntomas y un 20% no refieren ninguna disfunción. Los síntomas que más persisten en la edad adulta son la inatención y la impulsividad. La hiperactividad motora gruesa, que presentan los niños con TDAH disminuye con la edad y se transforma en movimientos finos (como mover los pies, dar golpecitos con la mano sobre la mesa o tener una sensación de intranquilidad interna).<sup>18</sup>

Se asocian muchos los términos de violencia y abuso cuando hablamos de trastornos mentales, entre ellos el TDAH, ya que estos niños debido a la incapacidad para

mantener la atención y a su impulsividad, sufren de maltratos tanto en su vida familiar como en el entorno social.

### **2.3 Definición de términos**

Atención: Función superior que se encarga de apilar información, detenerla en el tiempo adecuado para posteriormente evocarla. Esta información proviene de estímulos externos o internos que se perciben mediante los sentidos. Existe una atención espontánea a los estímulos internos y una voluntaria a estímulos externos donde el sujeto puede focalizarla y movilizarla.

Hiperactividad: Incremento en la energía para realizar las cosas, específicamente en los niños es la falta de control para poder mantener la quietud motriz. Dentro de un cuadro de déficit de atención e hiperactividad, esta conducta se mantiene en cualquier entorno social, sin ninguna variación.

Violencia: Utilización de la fuerza para obtener algo, específicamente para subyugar a alguien o imponer una idea o acción.

Violencia doméstica: Todo acto de violencia física, mental o sexual con uso de fuerza y/o poder, así como la restricción de la libertad y la privacidad contra personas con quienes existe un vínculo familiar, parental o con quienes se cohabita en un mismo lugar.



## CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas

#### Hipótesis general

Existe asociación entre violencia familiar y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de 6 a 12 años atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

#### Hipótesis específicas

- El tipo de violencia que más se ejerce en estos niños, es la violencia física, seguida de violencia psicológica y negligencia.
- Las niñas son las que sufren más violencia de parte de los padres y familiares cercanos.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de categorías	Medio de verificación
Trastorno déficit atención e hiperactividad	Trastorno neurobiológico donde persisten síntomas de inatención y/o hiperactividad e impulsividad en diferentes ambientes y	Cualitativa	Test de conducta de Conners para TDAH para padres y maestros	Nominal	Niños Niñas	>17 >12	Test registrados en la historia clínica.

	que produce interferencia con las actividades de vida diaria o desarrollo normal del paciente.						
Violencia familiar	Todo acto de violencia física, mental o sexual con uso de fuerza y/o poder, así como la restricción de la libertad y la privacidad contra personas con quienes existe un vínculo familiar, parental o con quienes se cohabita en un mismo lugar.	Cualitativa	Test de tamizaje para adolescents expuestos a violencia. (SAVE)	Nominal	Presente Ausente	>5 <5	Historia clínica

## **CAPITULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Cuantitativo, correlacional de tipo transversal, observacional.

El diseño que se utilizó en la investigación es cuantitativo porque el resultado principal se expresará en forma numeral; correlacional porque asociará las variables violencia familiar y niños con TDAH; transversal porque se evaluará a los individuos en un solo momento; y observacional porque no se realizará intervención alguna.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

La población blanco son los niños con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que sufren violencia familiar.

#### **Población de estudio**

La población objetivo serán los pacientes de 6 a 12 años atendidos en el servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, con diagnóstico establecido de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en quienes se evaluará la presencia de violencia doméstica.

#### **Tamaño de la población de estudio**

La población de estudio estará constituida por 40 niños de 6 a 12 años de edad atendidos por consultorio externo del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el periodo Julio – Diciembre 2016, y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

## **Muestreo**

El tipo de muestreo será aleatorio simple y el tamaño mínimo de muestra será de 35.

## **Criterios de selección**

### Criterios de inclusión

- Niños que fueron atendidos en el consultorio externo del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil.
- Padres que acepten la participación del estudio.
- Encuestas correctamente llenadas.

### Criterios de exclusión

- Niños con déficit cognitivo que impida el llenado de la encuesta.
- Niños que acuden a primera consulta.
- Niños con incumplimiento de su medicación al momento de la consulta.
- Niños que padezcan de otras enfermedades mentales comorbidas.

## **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de los niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se hará mediante la observación del diagnóstico ya establecido

de TDAH, que estará debidamente registrado en las historias clínicas. Los resultados se tabularán con el programa Excel.

La recolección de datos sobre violencia familiar se hará mediante una encuesta SAVE que se llenará con los datos que se encuentren en las historias clínicas. De igual manera se recogerán los datos con el programa Excel.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Se utilizará estadística de correlación para las dos variables: violencia doméstica y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Se calculará la asociación de estas variables empleando Chi cuadrado, y la magnitud de la asociación con el cálculo del Odds Ratio (OR). Se considerará como significativo los valores  $p < 0.05$ .

#### **4.5 Aspectos éticos**

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la resolución 008430 de 4 de octubre de 1993; y debido a que esta investigación se considera como no experimental y en cumplimiento con los aspectos éticos este estudio se desarrollara previa autorización de las instancias reguladoras y supervisoras de EsSalud, en acuerdo del tratamiento de los datos anónimamente y confidencialidad de la información recabada.

## CRONOGRAMA

Etapas	2016								2017							
	may.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
Elaboración del proyecto	X	X	X													
Presentación del proyecto			X													
Elaboración de la introducción			X													
Elaboración de marco teórico			X													
Elaboración de metodología			x													
Recolección de datos				X	X	X	X	X								
Elaboración de resultados									X							
Elaboración de la discusión										X						
Elaboración de fuentes de información										X						
Elaboración de anexos										X						

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):764-72.
2. Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S. Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(3):360-9.
3. Kennedy TM, Howard AL, Molina BS. 156 Childhood adhd as a risk factor for violence victimisation in adulthood. *Injury Prevention*. 2017;23(Suppl 1):A58-A.
4. Sosa Hernández J, Hernández Miranda T, Zaldívar Rodríguez JM, Páez Rodríguez Y. Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017;21:05-12.
5. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. A national epidemiological study of offending and its relationship with ADHD symptoms and associated risk factors. *J Atten Disord*. 2014;18(1):3-13.
6. Wymbs BT, Walther CAP, Cheong J, Belendiuk KA, Pedersen SL, Gnagy EM, et al. Childhood ADHD Potentiates the Association Between Problematic Drinking and Intimate Partner Violence. *J Atten Disord*. 2017;21(12):997-1008.
7. Buitelaar NJL, Posthumus JA, Buitelaar JK. ADHD in Childhood and/or Adulthood as a Risk Factor for Domestic Violence or Intimate Partner Violence:A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*.0(0):1087054715587099.
8. Ghanizadeh A, Yazdanshenas P, Mousavi Nasab M, Firoozabadi A, Farrashbandi H. Parental Abuse Towards Their Children with ADHD in Iran. *Journal of Family Violence*. 2014;29(3): 269–76.

9. Stefanini JR, Scherer ZAP, Scherer EA, Cavalin LA, Guazzelli MS. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and exposure to violence: parents' opinion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23:1090-6.
10. Lewis T, Schwebel DC, Elliott MN, Visser SN, Toomey SL, McLaughlin KA, et al. The association between youth violence exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in a sample of fifth-graders. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(5):504-13.
11. Wymbs BT, Dawson AE, Suhr JA, Bunford N, Gidycz CA. ADHD Symptoms as Risk Factors for Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*. 2017;32(5):659-81.
12. Yoshimasu K. Substance-Related and Addictive Disorders as a Risk Factor of Suicide and Homicide among Patients with ADHD: A Mini Review. *Current Drug Abuse Reviews*. 2016;9(2):(80-6).
13. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. Environmental Risk Factors by Gender Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2014;133(1):e14-e22.
14. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1213-26.
15. Buitelaar NJ, Posthumus JA, Scholing A, Buitelaar JK. Impact of treatment of ADHD on intimate partner violence (ITAP), a study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014;14:336.
16. Mardomingo M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. España 2015. 579-609 p.
17. González R, Rodríguez - Sacristán A, Sanchez J. Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría: Clínica e investigación*. 2015;71(2):58-61.
18. Soutullo C, Mardomingo M. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente* 2010. 438 p.



## Anexo 1. Matriz de consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACION DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Prevalencia de violencia familiar en niños de seis a doce años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016.	¿Cuál es la prevalencia de la violencia familiar en niños de 6 a 12 años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido entre 2016 – 2017?	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la asociación de violencia familiar en niños de 6 a 12 años y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido entre 2016 – 2017</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los tipos de violencia ejercidas en las familias en estudio.</li> <li>2. Conocer la prevalencia según sexos de los niños que sufren violencia familiar.</li> </ol>	<p><b>Ho:</b> No existe asociación entre violencia familiar y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de 6 a 12 años atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H1:</b> Si existe asociación entre violencia familiar y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de 6 a 12 años atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p>	Estudio cuantitativo, correlacional de tipo transversal y observacional.	La población muestral estará constituida por 40 niños de 6 a 12 años de edad atendidos por consultorio externo del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el periodo 2016 – 2017 El tipo de muestreo será aleatorio simple y el tamaño mínimo de muestra 35.	<p>Test de Conner para padres y profesores.</p> <p>Test SAVE (Screening de exposición a violencia)</p>

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### SAVE (Screening de exposición a violencia)

Edad:

Sexo:

¿Con quién vives?

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| - Mamá y papá      | - Papá y madrastra             |
| - Solo mamá        | - Abuelos                      |
| - Solo papá        | - Otros familiares             |
| - Mamá y padrastro | - Otras personas no familiares |

Estamos interesados en saber sobre tus experiencias de cosas malas que has visto, escuchado o te han pasado. Por favor lee y contesta las siguientes preguntas sobre cosas violentas que han pasado en casa, colegio o en tu vecindario vinculadas a ti.

Para cada pregunta por favor marca la línea que mejor describe las cosas que te han ocurrido y cuan frecuente han sido. Por ejemplo si tu “has visto a alguien con una pistola...en el colegio” alguna vez, marcarás la línea que señala “alguna vez”.

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>1. He visto a alguien con una pistola:</b>					
<b>a. En mi colegio</b>					
<b>b. En mi casa</b>					
<b>c. En vecindario</b>					
<b>2. Alguien ha puesto una pistola en mi:</b>					
<b>a. En mi colegio</b>					
<b>b. En mi casa</b>					
<b>c. En vecindario</b>					
<b>3. Los adultos me pegan:</b>					

<p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>4. Alguien de mi edad me amenaza con golpearme:</p> <p>a. En mi casa</p> <p>b. En mi colegio</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>5. He sido disparado:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>6. He visto a la policía arrestar a alguien:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>7. Alguien de mi edad me pego:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p>					

c. En vecindario					
8. He visto que mataron a alguien					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
9. He visto un adulto pegar a un niño:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
10. He escuchado sobre alguien a quien dispararon:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
11. Alguien ha puesto un cuchillo en mi:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
12. He visto disparar a alguien:					
a. En mi colegio					

b. En mi casa					
c. En vecindario					
13. He sido atacado con un cuchillo:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
14. He visto un niño golpear a un adulto:					
a. En mi colegio					
b. En casa					
c. En vecindario					
15. He visto gente gritarse:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
16. He visto alguien apuntándole a otra persona con una pistola					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
17. He visto a alguien siendo golpeado					

<p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>18. He escuchado sobre la muerte de alguien:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>19. He escuchado sobre alguien atacado con un cuchillo:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>20. He escuchado a alguien sobre poner un cuchillo sobre otra personas:</p> <p>a. En mi colegio</p> <p>b. En mi casa</p> <p>c. En vecindario</p>					
<p>21. He sido golpeado fuertemente:</p> <p>a. En mi colegio</p>					

b. En mi casa					
c. En vecindario					
22. He visto a alguien siendo atacado con un cuchillo:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
23. He escuchado a alguien sobre haber sido golpeado:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
24. He escuchado disparos:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					
25. He visto a alguien siendo fuertemente herido:					
a. En mi colegio					
b. En mi casa					
c. En vecindario					

<p><b>26. He corrido a esconderme cuando empezaron a discutir:</b></p> <p><b>a. En mi colegio</b></p> <p><b>b. En mi casa</b></p> <p><b>c. En vecindario</b></p>					
<p><b>27. Los adultos me gritan:</b></p> <p><b>a. En mi colegio</b></p> <p><b>b. En mi casa</b></p> <p><b>c. En vecindario</b></p>					
<p><b>28. He escuchado de alguien que tiene una pistola:</b></p> <p><b>a. En mi colegio</b></p> <p><b>b. En mi casa</b></p> <p><b>c. En vecindario</b></p>					
<p><b>29. Los adultos me golpean:</b></p> <p><b>a. En mi colegio</b></p> <p><b>b. En mi casa</b></p> <p><b>c. En vecindario</b></p>					