

Adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y exposición a la violencia: opinión de los padres¹

Jaqueline Rodrigues Stefanini²

Zeyne Alves Pires Scherer³

Edson Arthur Scherer⁴

Luciana Aparecida Cavalin⁵

Mariana Santos Guazzelli⁶

Objetivo: identificar la opinión de los padres o responsables por adolescentes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) sobre la exposición de estos como perpetradores o víctimas de situaciones de violencia en la convivencia familiar o fuera de ella. Método: estudio cualitativo con uso de la historia oral temática. Participaron 9 padres de 7 adolescentes con TDAH. Los datos fueron recolectados entre abril y septiembre de 2013, utilizando entrevista temática. Las entrevistas fueron grabadas y realizadas en horarios programados en las residencias de los participantes, con duración promedio de 30 minutos. Los hallazgos fueron sometidos al análisis temático inductivo. Resultados: el análisis de los datos permitió identificar la ocurrencia de "Conflictos en la convivencia familiar" y "Conflictos en el contexto de la escuela y de la comunidad". Los padres relataron la participación de los hijos como víctimas, perpetradores y testigos de violencia física y psicológica, y la dificultad de ellos y de la escuela en entender y manejar esas situaciones. Conclusión: ocurre violencia en las relaciones interpersonales de los adolescentes con TDAH. La comunicación entre profesionales de la salud, de la escuela y familias es deficiente. El enfermero mediante la sistematización de la asistencia de enfermería puede planificar estrategias que articulen las redes de apoyo y las relaciones interpersonales de los adolescentes con ese trastorno (familia y escuela).

Descriptores: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Adolescente; Familia; Violencia.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Comprensión de los padres sobre el Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad en adolescentes y la exposición de estos en situaciones de violencia", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Psiquiatra, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ MSc, Psicóloga, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ Terapeuta Ocupacional.

Correspondencia:

Zeyne Alves Pires Scherer

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Av. Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: scherer@eerp.usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Los trastornos psiquiátricos afectan a cerca de 10-20% de los niños y adolescentes en todo el mundo y son una de las principales causas de incapacidad relacionada a la salud, en ese intervalo etario⁽¹⁾. El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de desarrollo neurológico que afecta a cerca de 5% de los niños y adolescentes en todo el mundo⁽²⁻⁵⁾.

Actualmente se cree que el TDAH es un trastorno neurobiológico crónico, con base genética, causado por alteraciones en el desarrollo de algunas áreas cerebrales. La región prefrontal y los principales neurotransmisores que toman parte en el trastorno son afectados por un hipofuncionamiento de sus funciones y una disminución de la irrigación sanguínea en esa región. Los síntomas característicos del TDAH son: déficit de atención (relacionado a la capacidad de organización y planificación), hiperactividad (manifestada por inquietud y agitación) e impulsividad (relacionada al perjuicio del sentido crítico antes de la realización del comportamiento y búsqueda por recompensa inmediata)⁽³⁾.

Es sabido que el apareamiento de comportamiento violento en la infancia y adolescencia es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y de comportamiento bajo influencia social, cultural, de personas de la familia y de compañeros⁽⁶⁾. En familias de nivel socioeconómico reducido, con bajos niveles de afecto, inarmónica y en donde los padres no monitorizan las actividades de sus hijos, estos tienden a presentar indiferencia generalizada y vínculo poco afectivo en las relaciones interpersonales. Están más sujetos a la influencia de compañeros lo que puede llevarlos a asociarse con personas agresivas o usuarias de drogas, y a la consecuente exposición a situaciones de riesgo⁽⁷⁾. Así, es posible que episodios de violencia provocada y recibida por el individuo con TDAH estén presentes en los diferentes contextos experimentados en la adolescencia. La literatura retrata la disfuncionalidad y presencia de conflictos constantes en las familias con niños y adolescentes con ese trastorno⁽⁸⁾. Existen indicios de que sus padres tienden a emplear métodos para disciplinarlos que pueden configurarse como violencia física y/o psicológica. Otro aspecto observado es que la exposición indirecta a la violencia, o sea, el ser testigo de violencia en la familia, afecta emocionalmente al que tiene el TDAH⁽²⁾.

Realizar una investigación sobre factores psicosociales relacionados a la violencia de niños y adolescentes con TDAH es relevante, ya que, independientemente del tipo, de la naturaleza y de su grado de intensidad, la violencia en las diferentes

fases del desarrollo humano puede resultar en secuelas físicas, psicológicas, sociales y de comportamiento para el individuo.

La Teoría de Estilo Parental⁽⁹⁾ fue utilizada para comprender los sentidos y los significados para los padres de adolescentes con TDAH sobre el comportamiento de sus hijos, las respectivas relaciones interpersonales y situaciones de conflicto en la convivencia familiar y fuera de esta. Esa teoría integra los aspectos emocionales y de comportamiento, en donde niños y adolescentes son educados por diferentes estilos de conducta de los padres, siendo estas fundamentadas en las prácticas educativas positivas o en las prácticas educativas negativas. Las prácticas positivas conducen a los hijos a desarrollar comportamientos prosociales y son conocidos como monitorización positiva y comportamiento moral. El abuso físico y psicológico, la disciplina relajada, la monitorización negativa, la negligencia y el castigo inconsistente, constituyen prácticas educativas negativas y están relacionadas al desarrollo de comportamientos antisociales. Así siendo, los estilos parentales son fundamentales en el proceso de socialización del individuo⁽⁹⁾.

En el presente estudio se buscó identificar la opinión de padres o responsables por adolescentes con diagnóstico de TDAH, sobre la exposición de estos como perpetradores o víctimas de situaciones de violencia en la convivencia familiar o fuera de ella.

Método

Se trata de un estudio cualitativo en que fue utilizada la historia oral temática⁽¹⁰⁾. Participaron 9 padres de pacientes adolescentes con diagnóstico de TDAH, atendidos en el Ambulatorio de Psiquiatría Juvenil (APQJ) de un hospital público universitario del interior del estado de Sao Paulo. El APQJ en la época del estudio atendía 63 adolescentes de 13 a 19 años con diferentes trastornos mentales, de los cuales 8 tenían el diagnóstico clínico de TDAH. Los criterios de inclusión fueron: ser padre, madre o responsable por el adolescente con TDAH, residir en la misma casa y tener convivencia directa con el joven. La muestra fue compuesta por padres de 7 adolescentes con TDAH. Uno de los pacientes fue excluido por no residir con sus padres o responsables.

La recolección de datos fue realizada en el período de abril a septiembre de 2013. Fue utilizada la entrevista temática con preguntas previamente elaboradas por los investigadores y sometida a la apreciación de tres jueces. El guión contenía datos de identificación de los participantes y preguntas abiertas sobre el enfoque de

interés del estudio. Las entrevistas fueron programadas por contacto telefónico con los participantes y se solicitó que el adolescente no estuviese presente en el momento de la recolección de datos. En el día y horario programado, la investigadora presentó los objetivos de la investigación y los sujetos firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Las entrevistas fueron grabadas, realizadas en encuentro único, en sus residencias y con duración promedio de 30 minutos.

Los datos fueron organizados mediante transcripción, textualización y transcreación⁽¹⁰⁾. La transcreación fue presentada a los participantes del estudio para su aprobación, como propuesto en el método de historia oral temática. Los hallazgos fueron sometidos al análisis temático inductivo⁽¹¹⁾. En la presentación de los resultados, los sujetos fueron identificados por nombres ficticios.

El proyecto de investigación obtuvo aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP-USP) bajo el Proceso n° 013700/2012.

Resultados

Fueron entrevistadas dos parejas y cinco madres (una viuda, una soltera y tres casadas). El intervalo etario de las madres varió de 35 a 49 años; los padres tenían, respectivamente, 42 y 44 años de edad. En cuanto a la escolaridad, una madre poseía enseñanza fundamental completa, un padre enseñanza media completa, en cuanto los demás no habían completado la enseñanza fundamental (seis madres y un padre). En cuanto a la Ocupación/Profesión, conforme Grandes Grupos Ocupacionales de la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO – Ministerio del Trabajo y Empleo), los nueve sujetos ejercían actividades relacionadas con su nivel de escolaridad: dos domésticas, dos auxiliares de servicios generales, una dueña de casa, una auxiliar de costura, una cuidadora de ancianos, un padre chofer con licencia de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad Social y un autónomo. Con base en los criterios del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), una de las familias pertenecía a la clase social C, tres a la D y tres a la E.

Los adolescentes eran del género masculino y tenían edad entre 14 y 17 años. De los siete, cuatro habían abandonado la escuela, dos frecuentaban la enseñanza media y uno la fundamental. El tiempo en que estaban en seguimiento psiquiátrico varió de cuatro a nueve años. En relación al tratamiento, cinco usaban medicación de forma continua, uno era acompañado en la atención psiquiátrica y psicoterapéutica, sin uso de

medicación, y uno abandonó el tratamiento durante el transcurso del estudio.

A partir del análisis de las narraciones de los padres fue posible construir dos categorías: "Conflictos en la convivencia familiar" y "Conflictos en el contexto de la escuela y de la comunidad". Ellas fueron descritas y ejemplificadas con trechos extraídos de los discursos de los entrevistados.

Conflictos en la convivencia familiar

En esta categoría fue identificada la ocurrencia de situaciones de violencia entre hermanos, padres y el adolescente con TDAH. La violencia física y verbal fueron manifestadas por insultos y agresiones corporales, inclusive con el uso de objetos. Situaciones de conflicto con el individuo con el trastorno, llevaron a hermanos a dejar la casa de la familia. La falta de conocimiento de los padres sobre el trastorno y consecuentemente la dificultad de imponer límites y reglas para el adolescente con TDAH generaban desentendimientos, agresiones y castigos.

A veces él es un poco explosivo, responde, pelea con el hermano. Le gusta pelear con el hermano. (María)

Cuando el hermano llega, ellos ya comienzan a agarrarse, insultarse y a pelear mucho. Él y los hermanos solo pelean, no puede verse uno al otro. Uno de los hermanos, que ni vivía aquí, hoy ya peleó con él en la calle. Un día mi otro hijo bebió y se abalanzó sobre mí, el Mateus le dio dos palos a él. (Carla)

En casa pelea con el hermano, la hermana ya no conversa más con él, el otro hermano peleó con él y se fue, no vive más aquí. (Joana)

Le pido que haga cosas, él se queja. Yo mando, tengo que llamarle la atención, dar unos gritos ahí él lo hace. Usted puede conversar, retirarle el computador, pegarle, no sirve, él no lo hace. Yo peleaba mucho, le pegaba porque creía que aquello era una rabieta, porque todo que hablaba él lloraba, resistía y no lo hacía. Yo me estresaba y le pegaba. Lo golpeaba, le retiraba el computador, televisión, DVD y lo castigaba. (María)

Yo conversaba con él, a veces le pegaba, porque pensaba que tenía que golpearlo para parar. Yo pensaba así, que no era nada, que no tenía nada que ver. En el momento de poner reglas a veces es difícil, porque él no acepta. Con su padre siempre tiene momentos de discusión. Mi marido pensaba que yo estaba inventando la enfermedad. Que el Paulo hacía eso porque quería. Tenía peleas un día si y otro no. Yo estaba para agarrar mis cosas e irme. Ellos peleaban de lucha corporal, él y su padre. Él se volvía agresivo, conversé con él que el hijo tiene que obedecer al padre. (Neusa)

Usted va a decir alguna cosa, él te insulta y quiebra. Yo no consigo más soportar en casa, porque él avanza y se va y realmente si yo lo detengo dentro de casa, él va a quebrar

todo. Lo castigaba, porque pensábamos que aquello era una bribonería, cosa de niño. Lo amarraba, amarraba la bicicleta, lo encerraba en el cuarto. Hubo un día que él estaba nervioso, me mandó cerrar la boca, fui encima de él, él vino para encima de mí. Lo agarré por el cuello y lo sostuve. Me quedé unos 20 minutos sosteniéndolo. (José)

El ambiente familiar en que los adolescentes del estudio viven es impregnado por diferentes conflictos; padres que intercambian agresiones físicas en la presencia de los hijos, que tienen posturas opuestas al reprender a los adolescentes y que justifican sus conflictos conyugales como siendo resultado de las peleas de los hijos. Hubo un relato en que el afectado por el trastorno llegó a intervenir en la pelea de los padres.

Mi marido siempre tiraba mis cosas al suelo. Él no me agredía, pero tiraba las cosas al suelo y me agredía con palabras. Una vez nos golpeamos y Joao estaba cerca. Yo luché con mi marido, le tiré la almohada y le dije para quedarse quieto y nos golpeamos. Llamé a la policía. Desde ese día él no me agredió más. Joao participó de todo. Hasta hoy peleamos, discutimos, él no me agrede más, no me pone más la mano, pero continuamos peleando. No es correcto lo que él hace. (María)

Mi marido viaja mucho, trabajando afuera. Teníamos "unos encontrones", comenzó a entrar en conflicto, a pelear, yo llegué a avanzar sobre mi marido. Pedro entró al medio. ¡Entonces fue bien difícil! (Silvia)

Cuando yo voy a llamarle la atención, su madre me dice para quedarme quieto, callarme la boca, entonces ¿Quién lo echó a perder? No puede ser así. Cuando él quiere hacer la maniobra al contrario, colocarme a mí contra su madre, el Andrés coloca y consigue hacer eso. Yo y su madre peleamos casi todo el tiempo de nuestro casamiento por causa de la pelea de los hijos. Entonces uno manda al otro para aquel lugar, para el infierno. Ella me insultó, y yo la insulté, y ¿Entonces? (José)

Conflictos en el contexto de la escuela y de la comunidad

En esta categoría los padres relataron situaciones de violencia en el contexto escolar y de peleas en la calle, con la participación de profesores, alumnos, amigos y desconocidos. Los padres describieron que, en el contexto de la escuela, los hijos no eran comprendidos, no recibían apoyo de profesores o dirigentes. Sufrían discriminación, eran excluidos, considerados enfermos mentales, perezosos o vagabundos. Eran responsabilizados por lo que otros hacían. Sus hijos, a su vez, presentaban comportamientos agresivos tanto verbales como físicos con compañeros y profesores, contribuyendo con la segregación e inclusive con la expulsión de la escuela. Por otro lado, los padres

relataron que los hijos sufrían, mostraban la dificultad de adaptarse a la escuela con síntomas somáticos (vómitos, fiebre) y no tenían estímulo para estudiar, resultando en desinterés y abandono escolar.

Ele agredía a los niños en la escuela. Hoy él no entra en la escuela. Cuando va, se queda en el patio escuchando música. Él era agresivo, insultaba, maltrataba al profesor. Era "bocón", decía palabrotas. (Lusia)

Las profesoras no lo soportaban dentro de la sala de clases. Nadie sabía lidiar con él. Iba para la escuela, pero no sirvió de nada. Él fue expulsado de la escuela de la municipalidad. Dijeron que él pisó en el talón de la profesora. Él dice que no pisó, ella dice que pisó y se volvió aquella confusión. Fue a parar en la cárcel, hicieron un informe del incidente, hicieron una "tremenda cosa". Él fue expulsado de allá. Después el juez dijo que él no podía quedarse sin estudiar. (Joana)

En la escuela decían que él era perezoso, vagabundo, que no le gustaba hacer las cosas. Hoy él no frecuenta la escuela. Cuando él iba, peleaba con el profesor, con amigos. Era agresivo, no conseguía hacer, pero, para los profesores él no lo quería hacer. (Carla)

La escuela no tenía diálogo con mi hijo, él era excluido. Cuando Pedro comenzó en la escuela era bien complicado, él no se adaptaba. Muchas veces yo tenía que ir a buscarlo a la escuela, porque él vomitaba, tenía fiebre, lloraba y estorbaba a los otros alumnos. Eso dañó mucho la convivencia en la escuela. Los profesores no entendían el problema de Pedro. Fue un trabajo muy complicado para explicarles a los profesores, hasta ellos entendieron. Antes de eso el hiperactivo era considerado loco. En la boca del pueblo, mi hijo era loco. Pedro no quería estudiar más, porque en la escuela él era el loco. Eso solo lo colocaba retrocedía, no tenía incentivo. Entonces él no quería estudiar. (Silvia)

La profesora no tiene paciencia, la directora actúa como un sargento. Por cualquier cosa, ellas me piden que deje a mi hijo en casa durante una semana. Un día, un tipo lo golpeó en el comedor y lo ahorcó tomándolo por el cuello. Dijeron que la pelea fue fea, no consiguieron separarlos. Después de ese día él dijo: mamá yo no quiero ir más para la escuela. Ahí yo no lo mandé más. En la escuela es así, los muchachos aprovechaban que Andrés era "el problema", hacían "travesuras" y todo era culpa de él. Él creció rebelde con la escuela, no le gusta estudiar. (Camila)

Así como en la escuela, en las relaciones con parientes, amigos y extraños, los padres percibieron que las personas desconocían el TDAH, discriminando a sus hijos, tratándolos como "locos" o "maleducados". De acuerdo con los padres, sus hijos son impulsivos, reaccionan con agresividad (verbal o física), mienten y creen en cosas que imaginan. Por esa razón se envuelven en peleas fuera de casa, que pueden culminar con amenazas de muerte. Los padres muestran su

preocupación y se desahogan diciendo que no saben que más hacer.

Él era prácticamente excluido, ni trataba de salir con él para casa de los parientes, yo me quedaba con él, más en casa. Las personas que están afuera no entienden, piensan que el niño es loco, sin educación. (Silvia)

En la calle era muy peleador. De inicio era muy agresivo. Con los amigos, todavía pelea mucho. (Lusia)

La policía ya me llamó a la comisaría cuando él estaba estudiando, yo dije "vea Dr. no le paso la mano en la cabeza, se los defectos de él, solamente que él tiene ese déficit de atención y yo no sé más que hacer". Durante el tratamiento el humor se vuelve diferente, paró un poco con las peleas en la calle. Una cosita así, ya pelea, tanto con los hermanos como con otras personas en la calle. Peleaba mucho con todo mundo en la calle. Yo no sé lo que sucedió, él y un tipo discutieron en el baile, el tipo vino encima de él y lo agredió en la cara. El joven habló hasta de matarlo. (Carla)

Insultaba a los otros, peleaba con cualquiera en la calle. El miente mucho, crea muchas cosas en su cabeza. Es explosivo, comienza a gritar y lo que tiene que hablar, lo dice mismo, no se importa. (Joana)

Discusión

Las directrices de tratamiento del TDAH preconizan abordajes multimodales, incluyendo la farmacoterapia e las intervenciones psicosociales como las más efectivas^(3,12). En este estudio, entre los siete adolescentes con TDAH, solamente uno hacía acompañamiento psicoterapéutico además del medicamentoso y uno abandonó el tratamiento durante la recolección de datos. La ausencia de integración entre los diferentes servicios terapéuticos en el tratamiento puede dificultar la comprensión del fenómeno TDAH.

La literatura científica ha mostrado una fuerte asociación de una combinación de factores del ambiente familiar con los disturbios psicológicos, entre los cuales el TDAH. Los factores familiares citados incluyen baja renta, baja escolaridad de los padres, familias numerosas, criminalidad paterna, trastorno mental materno y graves discordias entre los padres e hijos adoptivos^(2,12-14). Los ambientes familiares disfuncionales en donde ocurren agresiones entre los padres y entre hermanos muestran mayor asociación con el diagnóstico de TDAH^(2,12-14). En el presente estudio, entre esos factores, fueron encontrados: baja renta, baja escolaridad de los padres, presencia de peleas entre hermanos y agresividad física y verbal entre los padres, presenciadas por los hijos.

Fue posible percibir en el estudio que los padres tienen dificultad en reconocer que el hijo tiene un trastorno mental. Confunden los comportamientos

comunes del adolescente con TDAH con "rabieta, travesuras, cosa de niño" y desobediencia. Se quejan de estrés desencadenado por las dificultades frente al comportamiento de los hijos. La literatura muestra que los padres entienden la incompetencia como desobediencia y que eso sumado al estrés a que ellos y sus hijos están expuestos, acaban siendo llevados a potencializar prácticas educativas negativas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La agresividad no es considerada por la literatura como característica del TDAH, sin embargo los actos impulsivos de los adolescentes pueden ser interpretados como indisciplina y oposición, situación que podrá desarrollar comportamientos rebeldes y agresivos como una reacción al ambiente hostil generado por esos comportamientos⁽²⁾. Por tanto, los comportamientos violentos de los que tienen TDAH pueden ser caracterizados como reactivos⁽¹⁷⁾. La exposición a situaciones de violencia puede ser una consecuencia del TDAH, ya que la presencia de adolescente con ese diagnóstico tiende a facilitar la inestabilidad en el hogar y el funcionamiento familiar más precario^(2,12). Por otro lado, algunas investigaciones han mostrado que la exposición a la violencia doméstica, sea presenciando la violencia del padre contra la madre o siendo víctima de diferentes tipos de agresiones, en especial cuando sucede con abuso físico, tiende a aumentar el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes^(2,12,14).

En este estudio, los participantes hicieron referencia a problemas en el relacionamiento conyugal, relacionándolos a discusiones o diferencias de opinión en lo que se refiere al manejo de los hijos con TDAH y también a los relatos de intercambios de agresiones verbales y físicas presenciadas por los adolescentes. Inclusive fue citada una situación en que una madre se opuso a la conducta del padre en el manejo del hijo en la presencia de éste, exponiéndolo a una situación de doble vínculo. El doble vínculo es un concepto desarrollado por Gregory Bateson⁽¹⁸⁾ (miembro del grupo de Palo Alto, California) en 1956, para referirse a relacionamientos contradictorios en donde son expresados comportamientos de afecto y agresión simultáneamente, en el cual participan dos o más personas fuertemente envueltas emocionalmente y que no consiguen desvincularse unas de las otras. La exposición a ese mensaje paradójico puede llevar al hijo a experimentar inseguridad, a reaccionar con agresividad, miedo y a rechazar afectos, pudiendo llevarlo a tener dificultad en entender e identificarse con otras personas.

Los padres de niños y adolescentes con TDAH tienden a considerarse menos competentes en su función de padres y a reaccionar más negativamente a los síntomas de desatención y comportamientos de

impulsividad e hiperactividad⁽¹⁹⁾. En el presente estudio algunos de los entrevistados, en tono de desahogo, refirieron no saber más como actuar con los hijos.

Al tratar de imponer límites y reglas, los padres de adolescentes con TDAH, acaban favoreciendo la ocurrencia de situaciones de violencia. La naturalización de la violencia como medida educativa de los hijos, en especial para corregir sus comportamientos, puede venir a constituirse en una práctica educativa negativa, resultando en el desarrollo de comportamientos antisociales en los hijos^(9,20). De esta forma, la familia, que debería constituir el primer lugar de inclusión social, muchas veces contribuye para segregar a la persona con TDAH. Es común ver a niños con disturbios de comportamiento, siendo contenidos con cuerdas, ataduras o aislados en cuartos sin cualquier estímulo⁽²¹⁾. Los castigos aplicados a los adolescentes pueden comprometer el pronóstico del trastorno. Los jóvenes con TDAH sometidos a malos tratos en la infancia tiene mayor riesgo de usar sustancias psicoactivas, participar de delitos e acabar en la prisión⁽⁵⁾.

En el ambiente fuera de casa, con amigos y parientes, en la convivencia en la escuela, con profesores y compañeros, los adolescentes con el trastorno tienden a repetir los comportamientos que tienen en casa. Se envuelven en conflictos, con agresiones físicas y verbales, tanto como víctimas o como perpetradores^(4,17,22). Al exponerse a esas situaciones, acaban en el riesgo de ser excluidos socialmente.

El adolescente con TDAH tiende a presentar problemas académicos de diversas órdenes y, como resultado, dificultades para permanecer en el sistema escolar y concluir sus estudios^(17,22). Además de eso, son víctimas de burlas, prejuicios y rótulos como "burro, alumno problema, diferente, aburrido, irresponsable, líder negativo, peleador, desatento y desconectado". De la misma forma los padres, sujetos de la presente investigación, mencionaron los siguientes tratamientos dispensados a los hijos en la escuela: "perezoso, vagabundo, loco, el problemático y al que no le gusta hacer las cosas". Como resultado de las dificultades propias del trastorno y de la forma como los adolescentes eran tratados en el ambiente escolar, 4 de ellos acabaron abandonando la escuela. Los padres percibieron que sus hijos no eran comprendidos en el contexto escolar y demostraron frustración por la falta de apoyo de los profesores y de la escuela.

Un estudio realizado con profesores de la enseñanza fundamental, concluyó que lidiar con alumnos con TDAH y su familia, moviliza en ellos sentimientos intensos como irritación, impaciencia, recelo y cansancio⁽²³⁾. El conocimiento de los profesores a respecto del trastorno

hace referencia a causas orgánicas, psicológicas, conflictos familiares y a la dificultad de los padres en imponer límites. Sin embargo, todavía existen profesores que discuerdan del diagnóstico médico del TDAH⁽²³⁾. En contrapartida, el TDAH es presentado como una de las potenciales causas tratables de mal desempeño escolar que merecería una mayor atención de los educadores. Los profesores pueden ser de gran auxilio en la detección precoz del trastorno y en el encaminamiento para investigación y tratamiento adecuados⁽²⁴⁾.

La escuela y familiares demuestran dificultades para comprender, convivir y manejar al adolescente con TDAH. Las prácticas educativas negativas de padres y profesores pueden fomentar situaciones de conflicto, de violencia y de exclusión⁽⁹⁾. La literatura ha mostrado diferencias en el reconocimiento del TDAH por parte de padres y profesores. Los padres identifican con mayor facilidad los síntomas del TDAH en comparación con los profesores que demuestran tendencia a evaluar a partir de aspectos neurocognitivos^(13,25).

Conclusión

Fue posible percibir, en los resultados del presente estudio, que ocurre violencia en las relaciones interpersonales de los adolescentes con TDAH y que la comunicación entre profesionales de la salud, de la escuela y familias es deficiente. Las personas con TDAH pueden tener talento, ser creativas y bien sucedidas, pero sin ayuda adecuada para interlocución de esas habilidades y conocimientos, acaban por ser privadas de poder superar sus limitaciones. En esta perspectiva, se considerada importante la actuación interdisciplinar de profesionales de la salud junto a los padres con intervenciones que objetiven la promoción de comportamientos prosociales y la prevención de daños, tanto en instituciones de salud, como en la escuela. El tratamiento del TDAH requiere, portante, un abordaje sistémico, con la participación del adolescente, familia y profesores.

El enfermero, mediante la sistematización de la asistencia de enfermería (SAE), puede contribuir con la planificación de estrategias de intervención que articulen las redes de apoyo y las relaciones interpersonales de los adolescentes con TDAH (familia y escuela). Uno de los aspectos que debe ser abordado es la violencia experimentada por los adolescentes con TDAH, sea como víctimas o como perpetradores. De esta forma, es esperado que el profesional de la salud participe del proceso de desarrollo e implementación de mecanismos de enfrentamiento de la violencia.

Referencias

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515-25.
2. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Family environment and attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):624-32.
3. Dias TG, Kieling C, Graeff-Martins AS, Moriyama TS, Rohde LA, Polanczyk GV. Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(Suppl 1):40-50.
4. Reinhardt MC, Reinhardt CAU. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr*. 2013;89(2):124-30.
5. De Sanctis VA, Newcorn JH, Halperin JM. A prospective look at substance use and criminal behavior in urban ADHD youth: what is the role of maltreatment history on outcome? *Atten Defic Hyperact Disord*. 2014;6(2):79-86.
6. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;11(Suppl):1163-78.
7. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicol Teor Prat*. 2005;7(1):81-95.
8. Flores SM, Salum GA, Manfro GG. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014;36(3):147-51.
9. Sampaio ITA, Gomide PIC. Inventário de estilos parentais (IEP) - Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. *Psicol Argum*. 2007;25(48):15-26.
10. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2a ed. São Paulo: Contexto; 2013. 175 p.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
12. Richards LME. It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012;18(4):483-503.
13. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children - mothers' and teachers' views. *BMC Psychiatry*. 2013;13:215-23.
14. Vasconcelos MM, Malheiros AFA, Werner J Junior, Brito AR, Barbosa JB, Santos ISSO, et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(1):68-74.
15. Kunrath LH, Wagner A, De-Jou GY. A educação dos filhos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que fazer? *Psicol Rev*. 2006;12(20):235-50.
16. Bargas JA, Lipp MEN. Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicol Esc Educ*. 2013;17(2):205-13.
17. Araiza JFR. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: revisión de la bibliografía. *Salud Mental*. 2014;37:75-82.
18. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav Sci*. [Internet]. 1956 [acesso 4 dez 2014];1(4):251-64. Disponível em: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/TOWARD-A-THEORY-OF-SCHIZOPHRENIA-2.pdf>.
19. Guilherme PR, Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Regalla MA. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):201-7.
20. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface*. 2007;11(21):93-103.
21. Ministério da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar: orientação para prática em serviço [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. [acesso 31 mar 2015]. Caderno de Atenção Básica nº8. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
22. Rangel EBR Júnior, Loos H. Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia*. 2011;21(50):373-82.
23. Landskron LMF; Sperb TM. Narrativas de professores sobre TDAH: um estudo de caso coletivo. *Psicol Esc Educ*. 2008;12(1):153-67.
24. Pastura G, Mattos P, Araújo APQC. Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(4):1078-83.
25. Coutinho G, Mattos P, Schmitz M, Fortes D, Borges M. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica Brasileira. *Rev Psiquiatr*. 2009;36(3):97-100.

Recibido: 28.6.2014

Aceptado: 3.5.2015