

Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima

Dr. José Livia Segovia

*Docente principal de la Universidad Nacional Federico Villarreal
livsegjo@yahoo.com*

Dra. Mafalda Ortiz Morán

*Docente asociada de la Universidad Nacional Federico Villarreal
mafalda_om@yahoo.com*

Mtr. Jeanette Vásquez Vega

*Docente auxiliar de la Universidad Nacional Federico Villarreal
janetvasquez87@hotmail.com*

Resumen

Se contó con una muestra de 212 niños de la zona urbano-marginal del distrito de San Martín de Porres, ubicado en Lima, con edades entre 6 y 11 años de edad, y pertenecientes a una institución educativa estatal de nivel primario. Se aplicó una lista de chequeo (validada por los autores) conformada por 18 ítems bajo los criterios del DSM IV. Los resultados indicaron una prevalencia de 16,5 % (IC 95 % = 10,7 %-22,3 %), mayor predominio del tipo combinado, del sexo masculino y del grupo etario de 6 a 8 años. Asimismo, se identificó que en el sexo masculino predomina el tipo combinado e hiperactivo, mientras que el tipo inatento es más prevalente en el sexo femenino.

Palabras clave: hiperactividad, impulsividad, inatención, prevalencia.

Abstract

A sample of 212 students was taken of the marginal-urban area of San Martín de Porres district, located in Lima, aged between 6 and 11 years, who were attending a state primary school. A checklist was applied, (validated by the authors) made up by 18 items under DSM IV criteria. The results indicated a prevalence of 16.5 % (IC 95 % = 10.7 %-22.3 %), the most predominant type was combined, in boys and the age group of 6 to 8 years. It was also identified that in boys predominate the combined type and the hyperactive one, while the inattentive type is more prevalent in girls.

Key words: hyperactivity, impulsivity, inattention, prevalence.

Introducción

El trastorno por déficit de atención es una entidad clínica de alta frecuencia en la consulta (Acosta, 2000). En los servicios de psiquiatría infantil se indica que al menos el 30 % de los pacientes que acuden a consulta presentan problemas de atención, hiperactividad o impulsividad (Palacios-Cruz et al. 2011). Estos son un motivo usual de referencia por parte de profesores y padres de familia. Se estima su prevalencia alrededor del 3 al 15 % (Lefa, Traffero, Salamira, Castro y Hernández, 1999); no obstante, no se tiene un estudio al respecto en Lima.

El cuadro clínico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por deficiencia atencional, hiperactividad e impulsividad (American Psychiatric Association, 2000). Se considera como un trastorno de la función cerebral de los niños, de los adolescentes y de los adultos; asimismo, se caracteriza por la presencia persistente de síntomas comportamentales y cognoscitivos (Pineda, 1999). Los síntomas aparecen de manera más frecuente e intensa en niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad que en niños normales de la misma edad y nivel de desarrollo intelectual.

Según la American Psychiatric Association (2000), el cuadro clínico debe presentarse antes de los siete años, en más de un lugar y durante un periodo superior a los seis meses. Además, deben interferir con las actividades sociales y académicas del niño, o con las actividades ocupacionales del adolescente o del adulto.

El TDAH constituye un desorden que no se manifiesta de manera aislada, ya que una gran parte de

los niños en edad escolar presentan al menos otro cuadro psicopatológico, siendo los más frecuentes el trastorno desafiante, el trastorno de conducta y dificultades de aprendizaje.

En la actualidad, existe una mayor sensibilidad social por los niños y adolescentes que presentan esta deficiencia biológica. Se expresa normalmente con dificultades en el desarrollo personal, escolar y social, y sus consecuencias también involucran a los padres y profesores.

El tratamiento del TDAH responde a un abordaje multidisciplinario que incluye estrategias psicosociales y psicofarmacológicas (Rohde, Barbosa, Tramontina y Polanczyk, 2000). Las técnicas cognitivas-conductuales, el abordaje psicopedagógico y la consejería a los padres han dado buenos resultados (De la Peña Olivera, 2000); o como lo señalan Loro-López et al. (2009), el tratamiento multimodal es una forma fundamental de tratamiento para este grupo clínico.

Según Montiel et al. (2003), la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las cifras con mayor variabilidad en los diferentes estudios publicados. Las notificaciones de prevalencia del TDAH varían sustancialmente en distintos países, y ofrecen un intervalo de datos heterogéneos que describen un mismo síndrome clínico en los niños.

Goldman, Genel, Bezman y Slanetz (1998) refieren que en una investigación metaanalítica en EE. UU., se encontró una prevalencia de 3 a 6 %. Este dato es casi reafirmado por Cruz, Ramos, Gutierrez, Márquez, Ramírez, Razo y Sepulveda (2010), quienes señalan una prevalencia de 3 a

10 % con predominio masculino, en una relación de 3 a 1. Diferentes investigaciones epidemiológicas realizadas en varios países, que han utilizado sistemas de clasificación diagnóstica como el ICD-9, el ICD-10, el DSM-III-R y el DSM-IV, han arrojado cifras de prevalencia que varían de 0,78 %, en Hong Kong (Leung, et al. 1996), hasta 17,8 % en Alemania (Baumgaerte, Wolraich y Dietrich, 1995).

Pineda et al. (1999) identificaron una prevalencia de TDAH para niños de 4 a 17 años en la ciudad de Manizales, Colombia, de 16,1 % en la población general. En otro estudio de Medellín, Colombia, se identificó un 18 % en niños de 6 a 11 años (Pineda et al. 1999). Asimismo, en una investigación con 341 niños y adolescentes escolarizados, de 4 a 17 se encontró una prevalencia de 17 %, donde la distribución de los casos indicó 9 % para el combinado, 6 % inatento y 1 % para el hiperactivo-impulsivo. Siendo más alto en varones, donde el tipo combinado fue el más común en los niños y el inatento en las niñas. (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001).

Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero (2003), en una investigación realizada en Venezuela, dirigida a determinar la tasa de prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de niños entre 3 y 13 años, encontraron una prevalencia estimada del 10,15 %. Para el tipo hiperactivo se obtuvo un 2,03 %; un 0,51 % para el subtipo desatento; y un 7,61 % para el subtipo combinado. La prevalencia fue mayor para el sexo masculino, en una proporción de 3 a 1.

En una investigación reciente en la que se utilizaron escalas de puntuación para padres y maes-

tros como método de identificación del TDAH, se calculó la prevalencia del TDAH para niños marabinos en un 7,19 %. Se administraron estas escalas a padres y maestros de niños entre 6 y 12 años que asistían a escuelas regulares (Montiel-Nava, 2002).

En Lima, los estudios epidemiológicos son escasos, pero se encontró una prevalencia de psicopatología infantil en el ámbito escolar de 3 a 5 años de 13 % (IC 95 %=8 a 18 %), predominado los factores de imagen disminuida y temores, con mayor proporción de conductas de nervioso, miedo a animales, temeroso y llora mucho con mayores problemas en los hombres (20 %). Respecto a la edad de 6 a 11 años, se obtuvo como prevalencia puntual de 18 % (IC 95 %=14 a 21 %) con predominio del factor III (hiperactividad-disocial) (Livia, 2003).

Bajo este contexto se decidió conocer la prevalencia de desorden de déficit de atención-hiperactividad analizándolo en función al género, edad y subtipo clínico.

Método

Muestra

Fueron evaluados 212 niños entre 6 y 11 años de un centro educativo estatal ubicado en la zona de Condevilla, en el distrito de San Martín de Porres, de la zona norte de Lima, el cual se caracteriza por presentar un nivel socioeconómico bajo.

Tabla 1. Muestra de alumnos del CE Estatal de acuerdo al sexo

Género	f	%
Femenino	100	47
Masculino	112	53
Total	212	100

Fuente: elaboración propia.

Instrumentos

Se utilizó una lista de chequeo de desorden de déficit de atención-hiperactividad; asimismo, se trabajó con la versión de 18 ítems de inatención y de hiperactividad-impulsividad, basados en el estudio efectuado por Pineda et al. (1999). La lista de chequeo presentó 9 ítems para inatención y 9 para hiperactividad, y las respuestas se presentaron como sí o no. Un puntaje mayor o igual a 6 era considerado como indicador de TDAH. El instrumento fue validado por criterio de jueces, siendo su confiabilidad alfa de Cronbach de 0,82.

Procedimiento

Se seleccionaron de manera aleatoria a los niños del centro educativo. Se celebró una reunión con los profesores, directivos y padres y madres para definir la participación. Asimismo, se citó a los padres y madres al centro educativo para que a través de una entrevista estructurada respondieran al cuestionario. Se hizo un examen clínico de los casos sospechosos detectados como positivos, el cual estuvo a cargo de una neuróloga, un psiquiatra y un psicólogo, en el que se tuvo como criterios los señalados por el DSM IV, seis indicadores como mínimo.

Resultados

La selección de casos señaló que de 212 sujetos evaluados, se detectaron 35 niños con indicadores TDAH, lo cual corresponde al 16,5 % de los estudiantes (IC 95 %=10,7-22,3). Respecto a la prevalencia por tipo, se encontró que la forma combinado representa el 56 %, seguido del inatento con 26 % y el hiperactivo con 17 %.

Tabla 2. Prevalencia de trastorno por déficit de atención-hiperactividad de acuerdo a su tipología

Tipo	f	%
Combinado	20	56,6
Inatento	9	26,4
Hiperactivo	6	17
Total	35	100

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la variable sexo, se encontró que el 58 % de los casos corresponden a los varones y el 41 % a las mujeres. Tomando en cuenta la variable tipo y género, se encontró que la mayor proporción corresponde a los varones para la forma combinada e hiperactiva, siendo mayor el predominio en las mujeres para la forma inatenta (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de trastorno por déficit de atención-hiperactividad de acuerdo al tipo y género

Tipo	Genero		Total
	Hombres	Mujeres	
Combinado	37,7 %	18,9 %	56,6 %
Inatento	11,3 %	15,1 %	36 %
Hiperactivo	9,4 %	7,5 %	17 %
Total	58,5 %	41,5 %	100 %

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a la edad, se encontró que la mayor prevalencia se produce en el grupo de seis a ocho años con un 62 % de los casos, mientras que el grupo etario de 9 a 11 años logró 28 %.

Tabla 4. Prevalencia de trastorno por déficit de atención-hiperactividad de acuerdo al tipo y grupo de edad

Tipo	Edad		Total
	6-8	9-11	
Combinado	10	9	19
Inatento	6	3	9
Hiperactivo	5	2	7
Total	21	14	35

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Nuestro estudio señaló que la prevalencia de TDHA fue del 16,5 %, lo cual establece una prevalencia esperada, considerando las diversas investigaciones en el ámbito latinoamericano y de otros contextos.

Tal como se estableció, las cifras de prevalencia del TDAH en los diferentes países oscilan en torno al 1 y 18 %, lo cual señala la amplia variabilidad epidemiológica, donde el promedio latinoamericano del 12 %, indicaría una alta prevalencia. Nuestra investigación aporta el primer dato empírico para estimar la prevalencia de TDAH en la población escolar general en Perú. Este hallazgo, además, concuerda con lo informado por Mado-ki, Summer y Ferrari (1991), quienes estimaron que al menos un 20 % de la población escolar podrían tener TDAH, aunque esta no fuese clínicamente diagnosticada. Shealy (1994) estimó una

prevalencia de entre el 3 y el 20 %, dependiendo del sexo, de la edad, del tipo de criterios y de los instrumentos utilizados para el diagnóstico.

Las variables para estimar las tasas de prevalencia tienen que ver con los criterios de diagnóstico, pero también con los instrumentos de detección, las muestras utilizadas y por supuesto el sexo de las poblaciones estudiadas (Rodríguez Sacristán, 2000). Es también importante el estatus económico de la familia, puesto que entre familia y regiones más desfavorecidas la presencia de hiperactividad puede ser el doble que en niveles socioeconómicos más elevados, tal como sucede con el contexto social en que se desarrolla nuestra investigación.

Parece básica la variable sexo, dado que es probado que los niños son más propensos que las niñas en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1 (Caballo y Simón, 2001). Las niñas presentan, con mayor frecuencia, problemas de inatención y cognitivos más que sintomatología de impulsividad o agresividad (Rodríguez Sacristán, 2000).

Existe consenso en la literatura sobre que el sexo es un factor de riesgo para el desarrollo de ciertas patologías, en especial para los trastornos disruptivos, como el TDAH (Eiraldi, Power y Nezu, 1993. Bird, Gould, Yager, Staghezza y Canino, 1989). Específicamente, la bibliografía notifica una proporción mayor de varones que de mujeres con TDAH. Nuestros hallazgos son congruentes con este postulado, pues la proporción fue favorable al género masculino.

El análisis de los subtipos clínicos del TDAH ilustra la misma distribución de los diferentes

subtipos que la descrita en la literatura especializada, donde la mayor proporción de niños diagnosticados pertenece al subtipo combinado, seguido por el subtipo predominantemente desatento y, por último, el predominantemente hiperactivo-impulsivo (Barkley, 1998).

En el análisis de los subtipos de acuerdo al sexo se confirman los resultados presentados en otros trabajos, en los que se ha comunicado que las niñas con TDAH presentan más dificultades con el intervalo de atención y que los varones son más impulsivos e hiperactivos.

Conclusión

Se establece que la prevalencia del TDAH en la población urbano marginal de Lima se encuentra entre 10,7 y 22,3 %, con una distribución de subtipos combinado, desatento e hiperactivo.

Referencias

Acosta, M. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/hiperactividad. Estado actual del conocimiento. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 1, 3-14.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4.^a ed.). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York: The Guilford Press.

Baumgaertel, A., Wolraich, M. y Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for TDAH in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 629-638.

Bird, H., Gould, M., Yager, T., Staghezza, B. y Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 847-850.

Caballo, V. y Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y adolescente*. Madrid: Pirámide.

Cruz, L., Ramos, A., Gutiérrez, M., Gutiérrez, D., Márquez, A., Ramírez, D., Razo, L. y Sepúlveda, K. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 11(1), 15-19.

De la Peña Olivera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 43(6).

Eiraldi, R. B., Power, T. J. y Nezu, C. M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit-hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 503-514.

Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J. y Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1100-1107.

Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry*, 168, 486-496.

- Lefa, E., Trallero, J., Bravo, S., Castro, J. y Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales españoles de pediatría*, 50(2), 145-150.
- Livia, J. (2003). *Epidemiología de sicopatología infantil*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal).
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, B., Jiménez-Gómez, N. F., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. y Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 49(5), 257-264.
- Montiel-Nava, C., Peña, J., López, M., Salas, M., Zurga, J. y Montiel-Barbero, I. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*; 35, 1019-1024.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. y Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Revista de Neurología*; 37, 815-819.
- Madoki, M. W., Sumner, G. y Ferrari K. M. (1991). Subcategories of attention deficit hyperactivity disorder. *South Med. J.*, 84, 751-714.
- Palacios-Cruz, L., De la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, S. y Ulloa, R. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 34, 149-155.
- Pineda D., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D. y Castellanos F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Pineda, D., Henao, G., Puerta, I, Mejía, M., Gómez, L., Miranda, C., Rosselli, M., Ardila, A., Restrepo, M. y Murrelle, M. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28(4), 365-372.
- Kamphaus, R., Mora, O., Puerta, I., , Jiménez, I. , Mejía, S., García, M., Arango, J., Jiménez, M. y Lopera, F.(1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28, 10-23.
- Rodríguez Sacristán, J. (2000). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Shealy, A. H. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder, etiology, diagnosis and management. *J Child Adolesc Psychiatric Nursery*; 7, 24-36.
- Rohde, L., Barbosa, G., Tramontina, S. y Polanczyk, G. (2000). Trastorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 7-11.