

Frecuencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en alumnos de una escuela primaria de Ciudad Obregón, Sonora

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) frequency in Elementary School Students in Ciudad Obregon, Sonora.

Castañeda Sánchez Oscar,[□] Vázquez Tellez Alma R.^{□□}

Resumen

Objetivo: determinar la frecuencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en alumnos de una escuela primaria de Obregón, Sonora, México. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal descriptivo en una escuela primaria de Obregón, Sonora, en febrero de 2006. Se incluyeron aleatoriamente alumnos cuyos padres dieron su consentimiento por escrito, se aplicó un cuestionario validado, se tomaron como variables la edad, género, grado escolar, tipo de familia, estrato socioeconómico y la presencia de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). **Análisis:** con frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** se tamizaron 92 alumnos, 62% de sexo masculino, el resto del femenino, con promedio de edad de 9.1 ± 1.9 años. La frecuencia de déficit de atención se detectó, de acuerdo con el instrumento de medición, en 19.5%, la hiperactividad-impulsividad en 15.2% y la forma mixta en 5.4%, con una relación de 3:1 a 7:1 hombre-mujer, según el tipo. **Conclusiones:** la frecuencia del TDAH es mayor a la reportada en otras regiones del país, con predominio de igual manera en niños, con mayor presentación de la variedad con fallas en la atención; no obstante, la hiperactiva-impulsiva se reportó con más frecuencia que en otros estudios y la combinada en menor porcentaje, por lo que se sugiere su detección temprana para poder realizar las acciones necesarias para su corrección.

Abstract

Objective: Determine the Attention Deficit Hyperactivity Disorder frequency in Elementary School students of Ciudad Obregon, Sonora, México. **Material and methods:** In February 2006, a descriptive study was made in an elementary school in Obregon, Sonora. The students chosen were those whose parents gave a written consent, applying a questionnaire by taking into consideration variables such as age, gender, school grade, type of family, socioeconomic status and presence of ADHD. The analysis was applied with certain frequency, in proportions, and measurements with central and disperse tendency. **Results:** The test was applied to 92 students, 62% male and the rest female. The average age was 9.1 ± 1.9 . The ADHD frequency was detected according to the measurement instrument in 19.5%, hyperactivity-impulsiveness and in both genders in 5.4%, with a relation of 3:1 male to 7:1 female. **Conclusions:** The ADHD frequency is higher than the one reported in other regions of the country, predominating in children who presented an important lack of attention. Nevertheless, hyperactivity-impulsiveness was more frequent than in other studies. The mixed one was less in

percentage; therefore it is suggested to have an early prevention to make the necessary actions for its correction.

Introducción

Dentro de la transición epidemiológica que vive México, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) representa un problema de salud pública en niños y adolescentes, es el trastorno del comportamiento más frecuente en la infancia y que, en la mayoría de las ocasiones, persiste en la adolescencia y en la vida adulta; se caracteriza por una triada sintomatológica: niveles inapropiados de atención, exceso de actividad motora e impulsividad que producen deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral, presente antes de los siete años por un tiempo no inferior a seis meses y por lo menos en dos ámbitos distintos.^{1,5}

El TDAH es uno de los problemas clínicos actuales más importantes en la población pediátrica en materia de salud mental y representa un motivo de consulta muy frecuente en la especialidad de Psiquiatría infantil.⁶

Las estimaciones de prevalencia varían según los criterios diagnósticos y la población bajo estudio, se calcula entre 3 a 17.1% de niños en edad escolar, con un promedio de 4% de todos los niños; en niños de 4 a 18 años se reporta entre 1.7 y 10.1%;^{7,10} con una razón hombres/mujeres entre 6:1 y 10:1.¹⁰

De acuerdo con los criterios del DSM-IV, la CIE-10 y la clasificación internacional de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hay tres subtipos de TDAH: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado.^{2, 11, 12}

La variedad mixta o combinada es la más frecuente y representa 60% de los pacientes; la variedad hiperactivo-impulsivo es la menos común y posiblemente representa el extremo severo del TDAH mixto. La

Palabras clave: niños escolares, inatención, hiperactividad, impulsividad.

Key words: Elementary school students, lack of attention, hyperactivity, impulse.

□ Especialista en Medicina Familiar, Subdirector Médico.

□□ Residente del Segundo año de la Especialidad en Medicina Familiar, UMF No. 1, IMSS Sonora, respectivamente.

Correspondencia:

Castañeda Sánchez Oscar
oscarcasanez@gmail.com

Aten Fam 2009;16(2):28-31.

variedad inatenta representa 15 a 25% y es probablemente más común en mujeres.¹⁴

Las edades de máxima prevalencia se encuentran entre los seis a nueve años, pero otros resultados consideran que esto puede extenderse hasta los 12 años.^{6, 14}

El TDAH se considera una entidad multifactorial en la que intervienen factores: ambientales, genéticos, sociales y culturales. Dentro de las causas biológicas se consideran: predisposición hereditaria (75%), daño cerebral secundario a hipoxia, ingesta de alimentos con edulcorantes, tintes y preservativos artificiales; los factores psicológicos pueden ser el déficit de habilidades paternas o maternas, el divorcio.^{4, 11, 12, 15, 16}

Los factores de riesgo prenatales y perinatales más reportados son la exposición al cigarro, alcohol y drogas durante el embarazo, bajo peso al nacer, prematurez, adversidad psicosocial, coeficiente intelectual parental bajo y trastorno de conducta en los padres.^{17, 18}

Algunos niños con TDAH evolucionan hacia la remisión del trastorno, en otros el padecimiento persiste y en el resto la comorbilidad se puede presentar hasta en dos terceras partes de los menores atendidos en ambientes clínicos y con implicaciones en la severidad, curso, respuesta a tratamiento y pronóstico de los pacientes.^{14, 19, 20} Por lo que este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en alumnos de la escuela primaria "Adalberto Salcido" de Ciudad Obregón, Sonora, así como su tipología familiar y estrato socioeconómico.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo en una escuela primaria de Ciudad Obregón, Sonora, durante el mes de febrero de 2006. Se incluyeron aleatoriamente alumnos inscritos, cuyos padres dieron su consentimiento informado por escrito. Para determinar el tamaño de la muestra, de un universo de trabajo de 260 alumnos, se tomó una confiabilidad de 95% y una precisión de 5 por ciento.

Para determinar la frecuencia se les aplicó a los alumnos seleccionados un instrumento ya validado, tipo escala de Likert, el cual incluye una lista de 18 síntomas de las tres dimensiones del criterio A del

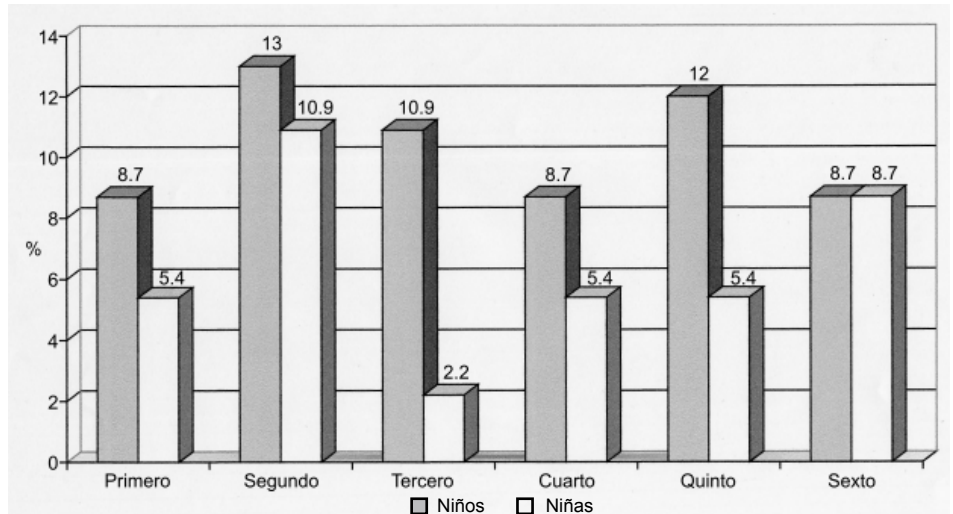


Figura 1. Distribución de la población estudiada por grados

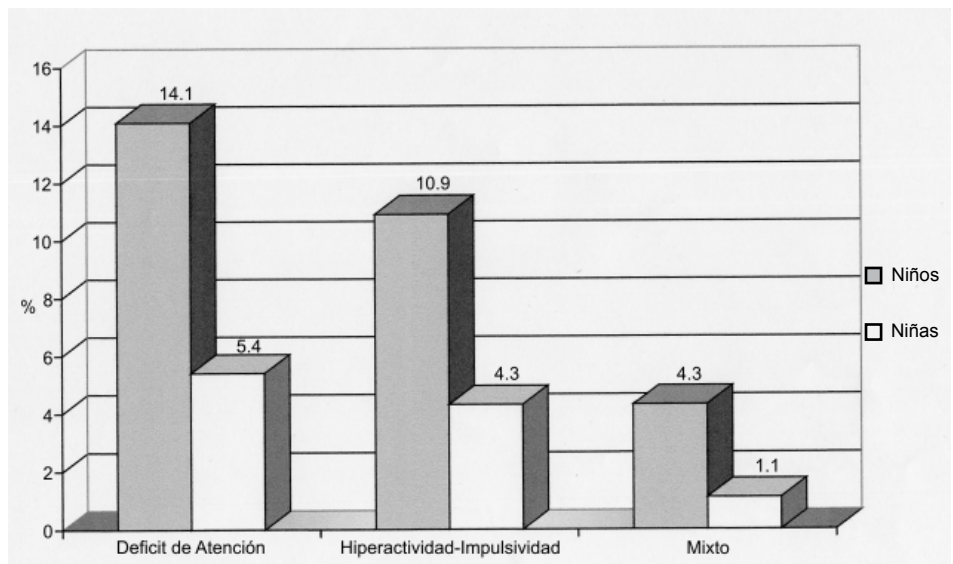


Figura 2. Prevalencia del déficit de atención con hiperactividad en niños de la escuela primaria "Adalberto Salcido" de Ciudad Obregón, Son.

Cuadro I
Distribución de la tipología familiar en niños con déficit de atención e hiperactividad

		Déficit de atención				Hiperactividad-impulsividad			
		Niños		Niñas		Niños		Niñas	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tipología familiar	Nuclear	10	10.9	3	3.3	10	10.9	2	2.1
	Seminuclear	1	1.1	0	0	0	0	0	0
	Extensa	2	2.1	2	2.1	0	0	2	2.1

Cuadro II
Distribución del estrato socioeconómico en niños
con déficit de atención e hiperactividad

		Déficit de atención				Hiperactividad-impulsividad			
		Niños		Niñas		Niños		Niñas	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Estrato socioeconómico	Medio alto	2	2.1	0	0	0	0	0	0
	Medio bajo	5	5.4	3	3.3	6	6.5	1	1.1
	Obrero	5	5.4	2	2.2	4	4.3	2	2.1
	Marginado	1	1.1	0	0	0	0	1	1.1

DSM-IV para el diagnóstico del TDAH;^{21, 22} el cual se califica de la siguiente manera: nunca=0 puntos, algunas veces=1 punto, frecuentemente=2 puntos y siempre=3 puntos. Calificándose como déficit de atención cuando en esta subescala se obtuvo una puntuación de 14 a 27 puntos; misma, contemplada para la subescala de hiperactividad-impulsividad. Tiene una confiabilidad de 0.85 a 0.92 de acuerdo con el coeficiente α de Cronbach y puede ser aplicado a niños de seis a 12 años.

Además, se investigó la tipología familiar y el estrato socioeconómico de acuerdo con el método de Graffar; las variables estudiadas fueron: edad, sexo, grado escolar, presencia de déficit de atención con hiperactividad y su subtipo, tipología y estrato socioeconómico.

Los resultados se analizaron con frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión, con la ayuda del paquete estadístico de SPSS versión 12.0 para Windows.

Resultados

Se tamizaron 92 alumnos, 57 (62%) del sexo masculino y 35 (38%) del femenino, cuyo promedio de edad fue de 9.1 + 1.9 años (figura 1).

La frecuencia de acuerdo con la puntuación de los resultados del instrumento de evaluación, que para el déficit de atención fue de 0 a 23 puntos, se reportó positiva en 18 (19.5%) niños; en tanto, la hiperactividad-impulsividad tuvo los mismos rangos de puntuación y se presentó en 14 (15.2%) escolares y la variedad mixta o combinada en 5 (5.4%).

La presentación varió según el tipo de TDAH con una relación de 3:1 a 7:1 en niños en relación con las niñas (figura 2). El

cuestionario tuvo una confiabilidad de 0.89 de acuerdo con el α de Cronbach.

La tipología familiar en 69 (75%) de los alumnos fue nuclear; la de aquellos con TDAH se puede ver en el cuadro I; mientras que el estrato socioeconómico en 42 (45.7%) niños fue medio bajo; el de los escolares con TDAH se presenta en el cuadro II.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran una frecuencia de TDAH menor a la reportada por Higuera Romero en la Ciudad de México (28.6%),¹⁵ así como a la obtenida por Joffre y colaboradores en Tampico, Tamaulipas (26.8%),¹⁴ pero mayor a la documentada por Garduño Hernández para nuestro país,⁸ y a la de Campbell Araujo y colaboradores a nivel internacional.⁷

Al analizar los subtipos, la variedad desatenta es mayor a la reportada en otros estudios como el de Montiel Nava y colaboradores,²¹ en el que se reporta en 0.5%, lo mismo que la hiperactiva-impulsiva (2.2% de acuerdo con la misma investigación), pero menor en el caso de la mixta o combinada (7.6%). No es así en el caso de lo reportado por De la Peña Olvera² quien comenta que, el déficit de atención por actividad se presenta hasta en 34.8%, la impulsiva en 13% y la combinada en 52.2%, y coincide con Escobar y colaboradores quienes en un estudio observaron que el subtipo combinado es el más frecuente (64.5%), seguido del desatento (20.2%) y en menor porcentaje el impulsivo (15.3%);¹⁰ lo cual, tal como lo menciona Fajardo en un artículo dependerá del origen del estudio y del instrumento utilizado para el diagnóstico.¹²

El predominio en el sexo masculino es comentado por diversos autores,^{2, 14, 20}

no obstante, otros investigadores^{6, 22} opinan que esto puede variar de acuerdo con las muestras comunitarias y el ambiente clínico, o a los problemas de conducta asociados al TDAH¹⁴ en las mujeres las fallas académicas y problemas internalizados por la falta de atención son más marcados en los niños, mientras que en las niñas predominan los problemas de déficit de atención, los cuales pasan desapercibidos, como se puede observar en la figura 2.

Por otro lado, a pesar de no ser parte del objetivo del estudio y desde el punto de vista médico-familiar, al tomar en cuenta los posibles factores de riesgo^{11, 13, 15} en cuanto a la tipología de acuerdo con los resultados el TDAH se presentó en 6.3% familias extensas; no obstante, la frecuencia fue mayor en las nucleares (27.2%), lo cual es menor a lo reportado por Joffre y colaboradores, en los que 45.2% provenían de familias nucleares.¹⁴

En cuanto al estrato socioeconómico: los resultados del estudio realizado por Montiel y colaboradores²¹ precisan, en general, un nivel más alto que el de nuestra población, pero al analizarlo por estratos en relación con aquellos que presentan el TDAH, el nivel socioeconómico alto es similar en ambos. No ocurre así con los niveles medio y bajo, que son mayores en esta investigación; esto puede atribuirse a la diferencia del tipo de poblaciones y a las escalas con las que se evaluó esta variable; no obstante, esto se deberá analizar en un estudio de casos y controles, ya que no se ha determinado como factor asociado, aunque la adversidad social (pobreza) sí se menciona dentro de los factores ambientales que lo pueden amplificar, contener o perpetuar.⁶

Por otro lado, cabe mencionar que todos los casos con un resultado entre los 14 y 27 puntos de la escala, fueron referidos a su médico familiar para que este realizara las acciones pertinentes (protocolo de estudio, confirmación diagnóstica, apoyo farmacológico y/o psicoterapéutico, según correspondiera).¹²

Dentro de las debilidades de este estudio se considera el tamaño de la muestra, ya que sólo es representativo de la escuela en la cual se efectuó; aún así, permite darnos una idea del panorama del TDAH en nuestra población y partir de esta investigación para

realizar otras que analicen otros puntos de este interesante tema, con la finalidad de prever su presencia, realizar la detección a tiempo y otorgar el tratamiento adecuado para evitar complicaciones.

Conclusión

La frecuencia de TDAH en una escuela de Ciudad Obregón, Sonora, es mayor a la reportada en otras regiones del país, con predominio de igual manera en niños. La variedad desatenta es la más frecuente; no obstante la hiperactiva-impulsiva se reportó con más frecuencia que en otros estudios y la combinada en menor porcentaje.

Por lo que se sugiere que para realizar su detección temprana se incluya su evaluación a través de los instrumentos ya elaborados y validados para ello, dentro del programa de control del niño sano, para que, en los casos de riesgo o en los que se diagnostique de manera temprana, se realicen las acciones pertinentes y se dé el tratamiento oportuno, de esta manera se puedan evitar complicaciones secundarias al mismo, tanto en la etapa de la infancia como en la adolescencia.

Referencias

1. Ruiz García M, Garza Morales S, Sánchez Guerrero O, Loredó Abdala A. Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 2003;60:349-351.
2. De la Peña Olvera F. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev Fac Med UNAM* 2000;43(6):243-244.
3. Schilling PL, Rosa NF. Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianópolis/ SC using the EDAAH. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):150-155.
4. Fajardo A. Trastorno deficitario de atención e hiperactividad y sueño. *Acta Neurol Colomb* 2008;24(Supl-1):S64-S72.
5. Vera A, Ruano MI, Ramírez LP. Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Colomb Med* 2007;38:433-439.
6. Joffre Velázquez VM, García-Maldonado G, Joffre Mora L. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Arch Med Fam* 2007;9(4):176-181.
7. Campbell Araujo OA, Figueroa-Duarte AS. Trastorno del déficit de la atención-hiperactividad (TDAH). Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. *Bol Clin Hosp. Infant Edo Son* 2000;17: 49-67.
8. Garduño Hernández F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Mex Pediatr* 2003;70(2):87-90.
9. Ruiz García M, Gutiérrez Moctezuma J, Garza Morales S, de la Peña Olvera F. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005;62:145-152.
10. Escobar R, Hervas A, Soutullo C, Mardomingo MJ, Uruñuela A, Gilaberte I. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Acta Esp Psiquiatr* 2008;36(5):285-294.
11. Sell SF. Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Rev Neurol* 2003;37(4):353-358.
12. Barragán Pérez E, De la Peña Olvera F, Ortiz León S, Ruiz García M, Hernández Aguilar J, Palacios Cruz L et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007;64:326-338.
13. Roca Perara MA, Alemán Arias L. Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: déficits de la atención-trastorno de hiperactividad (ADHA). *Revista Cubana de Psicología* 2000;17(3):218-226.
14. Joffre Velázquez V, García Maldonado G, Martínez Perales G. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos atendidos en un hospital psiquiátrico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007;64:153-60.
15. Higuera Romero F, Pella Cruzado VM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: revisión de conocimientos actuales. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2004;2(1):37-44.
16. Romero-Ogawa T, Lara-Muñoz C, Herrera S. Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Salud Mental* 2002;25(3):41-46.
17. Pineda DA, Henao GC, Puerta IC, Mejía SE, Gómez LF, Miranda ML et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol* 1999;28(4):365-372.
18. Holguín Acosta J, Cornejo Ochoa W. Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurol Colomb* 2008;24(Supl-1):S51-S57.
19. Puerta IC. Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Rev Neuro* 2004;38(3):271-277.
20. Ulloa RE, Sánchez S, Saucedo JM, Ortiz S. Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños en edad escolar. *Acta Esp Psiquiatr* 2006;34(5):330-335.
21. Montiel Nava C, Peña JA, Montiel Barbero I. Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Rev Neurol* 2003;37(9):815-19.
22. Cardo E, Servera Barcelo M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2005;40(supl-1):S11-S.