

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

Psychological Science Faculty Publications and
Presentations

College of Liberal Arts

1-2003

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? [The attention deficit hyperactivity disorder myth or reality?]

Joaquín A. Peña

Cecilia Montiel-Nava

The University of Texas Rio Grande Valley, cecilia.montielnava@utrgv.edu

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/psy_fac



Part of the [Child Psychology Commons](#)

Recommended Citation

Peña, J. A., & Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? [The attention deficit hyperactivity disorder myth or reality?]. *Revista de neurologia*, 36(2), 173–179, <https://doi.org/10.33588/rn.3602.2002161>.

This Article is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Psychological Science Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

MANEJO DE LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Resumen. Introducción. En este artículo repasamos la bibliografía reciente sobre el diagnóstico y tratamiento de niños con trastornos del espectro autista (TEA). Estos trastornos se caracterizan por deficiencias cualitativas en la comunicación, las habilidades sociales y un repertorio restringido de intereses y conductas. Los estudios recientes sugieren que pueden representar uno de los trastornos del desarrollo neurológico más predominantes. Desarrollo. El tratamiento de las deficiencias centrales de los TEA se basan principalmente en las intervenciones sobre el habla y el lenguaje, conductuales y pedagógicas. Se han utilizado diversos fármacos, como los neurolépticos, los anticomociales, los ISRS, los neuroestimulantes y otros medicamentos para dirigirse hacia unas conductas muy específicas, pero en la bibliografía aparecen muy pocos estudios que se han realizado con el método doble ciego y con control por placebo. Conclusiones. El manejo clínico de los TEA requiere un planteamiento multidisciplinario para identificar las conductas que podrían interferir con la capacidad del individuo para beneficiarse de tales intervenciones. Se hace necesario realizar más investigaciones para que los fármacos jueguen un papel más importante en el tratamiento de los síntomas centrales de los TEA. [REV NEUROL 2003; 36: 166-73]

Palabras clave. Autismo. Farmacología. Psicofarmacología. Trastornos del espectro autista. Tratamiento.

TRATAMENTO DAS CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA

Resumo. Introdução. Neste artigo revemos a bibliografia recente sobre o diagnóstico e o tratamento de crianças com perturbações do espectro autista (PEA). Estas perturbações caracterizam-se por deficiências qualitativas na comunicação, nas capacidades sociais e num repertório restrito de interesses e condutas. Os estudos recentes sugerem que podem representar uma das perturbações do desenvolvimento neurológico mais predominantes. Desenvolvimento. O tratamento das deficiências centrais das PEA baseia-se principalmente nas intervenções sobre a fala e a linguagem, comportamentais e pedagógicas. Foram utilizados diversos fármacos, como os neurolépticos, os anticomociais, os SSRI, os neuroestimulantes e outros medicamentos dirigidos a comportamentos muito específicos, mas na bibliografia aparecem muito poucos estudos realizados pelo método da dupla ocultação e controlados com placebo. Conclusões. O tratamento clínico das PEA requer uma abordagem multidisciplinar para identificar os comportamentos que poderiam interferir com a capacidade do indivíduo para beneficiar de tais intervenções. Torna-se necessário realizar mais investigações para que os fármacos representem um papel mais importante no tratamento dos sintomas centrais das PEA. [REV NEUROL 2003; 36: 166-73]

Palavras chave. Autismo. Farmacologia. Psicofarmacologia. Perturbações do espectro autista. Tratamento.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?

J.A. Peña^a, C. Montiel-Nava^b

THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER –MYTH OR REALITY?

Summary. Introduction. The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been defined as a disorder of self-control characterized clinically by a short attention span, excessive motor activity and poor impulse control. Objective. The main objective is to describe how methodological difficulties related to the design of epidemiological studies make an important contribution to the group of heterogeneous data which might lead to doubts regarding the validity of ADHD in children. In recent decades the psychiatric definition of this disorder has varied. This has affected the number and combination of clinical signs necessary for diagnosis of ADHD. The variation in the prevalence rates of the disorder reported in different studies is largely due to these changes. Other factors involved are related to the assessment methods, the type of sample (clinical or community), the source of information (parents, teachers and/or children) and sociocultural characteristics. Conclusions. ADHD is a valid disorder. It cannot be considered to be a myth since there is considerable evidence of its existence and clinical characteristics in children in different countries. [REV NEUROL 2003; 36: 173-9]

Key words. Attention deficit hyperactivity disorder. Cultural validity. Epidemiology. Prevalence.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en la esfera de la atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos [1,2].

Desde que Still, en 1902, describió por vez primera un grupo de 20 niños con diversos grados de agresión, hostilidad,

conducta desafiante, desatención e hiperactividad, los intentos por conceptualizar y validar un síndrome que pueda agrupar este conjunto de síntomas no han tenido fin. Las etiquetas diagnósticas empleadas han ido variando a medida que los científicos buscan obtener una explicación convincente acerca de la etiología y sintomatología de este trastorno, lo cual ha ocasionado que entre 1902 y 1994 (año de publicación del DSM-IV)

Recibido: 18.03.02. Aceptado: 18.03.02.

^a Posgrado de Neurología Pediátrica. Hospital Universitario de Maracaibo. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. ^b Unidad de Investigación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Universidad Rafael Urdeneta. Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Joaquín A. Peña. PO Box 025233. Miami, Florida, 33102 USA. E-mail: jokarl@telcel.net.ve

Estre trabajo contó con la subvención n.º S1-2000000793 del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT).

© 2003, REVISTA DENEUROLOGÍA

se hayan acuñado términos como defectos en el control moral, síndrome de inquietud, trastorno de conducta postencefálico, disfunción cerebral mínima, reacción hiperkinética de la niñez y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros [3-6].

A través de los diversos cambios a lo largo de los años se han ido perfilando las dimensiones involucradas en el TDAH; en un comienzo se pensó que la dimensión principal era el exceso de actividad motora, luego se le restó importancia a la hiperactividad y se la consideró como un factor que acompañaba un déficit sustancial en la capacidad para prestar atención. Finalmente, el DSM-IV considera que el TDAH posee dos dimensiones subyacentes: falta de atención e hiperactividad/impulsividad, las cuales se han comprobado a través de estudios de análisis factorial como entidades válidas [7].

Estos intentos de lograr una etiqueta diagnóstica que realmente identifique el problema en cuestión se relacionan con el hecho de que la expresión clínica del trastorno, en términos de la conducta observada, implica variaciones de los parámetros de la conducta infantil evolutivamente esperada, lo cual ha hecho que se convierta en uno de los principales obstáculos en la delimitación de lo que representa un problema clínico de atención e hiperactividad. Recientemente se ha pensado que los subtipos del TDAH representan fases evolutivas del TDAH. Las diferencias de edad entre los subtipos sugieren que los síntomas de hiperactividad emergen más temprano y que a éstos les siguen los síntomas de falta de atención, los cuales probablemente, persistan en la adolescencia [8]. Estas diferencias en la sintomatología, según la edad del niño, añaden varianza a las cifras de prevalencia comunicadas.

A pesar del consenso en la comunidad científica acerca del sustrato biológico de este trastorno, hasta ahora no existen marcadores clínicos y de laboratorio que puedan identificarlo claramente, añadiendo más confusión a su ubicación nosológica.

Si se considera el TDAH como un trastorno de origen biológico, debería poseer una banda de prevalencia relativamente estable; no obstante, los informes revelan un margen amplio. Como se mencionó al comienzo, en las últimas décadas se han realizado variaciones en los sistemas de nosología psiquiátrica relativos a la conceptualización de este trastorno, lo que ha afectado al número y a la combinación de signos necesarios para el diagnóstico del TDAH. Estos cambios contribuyen en gran medida a la disparidad en las cifras de prevalencia comunicadas en los diversos estudios. Otros factores involucrados se relacionan con los métodos de evaluación empleados, el tipo de muestra con el cual se realizó el estudio (clínica o comunitaria), la fuente de informe (padres, maestros o niños) y las características socioculturales.

En este trabajo se analizan los factores mencionados y se ofrece como ejemplo el estudio epidemiológico de la Unidad de Investigación del TDAH en Maracaibo (Venezuela), el cual informa acerca de las características de una muestra clínica y una muestra comunitaria de niños diagnosticados con TDAH. El objetivo central es observar cómo las dificultades metodo-

Tabla I. Comparación de estudios de prevalencia del TDAH (tomado de [38]).

Estudio	País	Nosología	Edades	Prevalencia (%)
Esser et al, 1990	Alemania	ICD-9	8 años	4,20
Pelham et al, 1992	EE.UU.	DSM-III-R	K-8.º grado	7,10
Gallucci et al, 1993	Italia	DSM-III-R	4.º grado	3,90
Baumgaertel et al, 1995	Alemania	DSM-III DSM-IV	5 a 12 años 5 a 12 años	9,60 17,80
Leung et al, 1996	Hong Kong	DSM-III DSM-III-R ICD-10	1.º. grado 1.º. grado 1.º. grado	6,10 8,90 0,78
Verhulst et al, 1997	Países Bajos	DSM-III-R	13 a 18 años	7,90
Wolraich et al, 1998	EE.UU.	DSM-IV	K-5.º grado	16,10
Pineda et al, 2001	Colombia	DSM-IV	4 a 17 años	17,10
Montiel-Nava et al, 2002	Venezuela	DSM-IV	6 a 12 años	7,19

lógicas asociadas al diseño de estudios epidemiológicos contribuyen notablemente al conjunto de datos heterogéneos que podrían hacer dudar de la validez del TDAH en la población infantil.

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

Las variaciones en la clasificación clínica han originado variabilidad en cuanto a las cifras de prevalencia comunicadas en diversos países, a pesar de que el DSM-IV establece que ésta se ubica entre el 3 y el 5%. La tabla I muestra un grupo de estudios epidemiológicos realizados en varios países, utilizando diferentes sistemas nosológicos (ICD-9, ICD-10, DSM-III-R y DSM-IV); se puede observar cómo los estimados de prevalencia varían de 0,78 en Hong Kong [9] a 17,8 en Alemania [10-16].

En los estudios mencionados las cifras mayores son para las investigaciones que emplean el DSM-IV. Lahey y Willcutt [7] proponen que cuando los cambios en los criterios clínicos se toman en consideración, la tasa de prevalencia para el TDAH, identificado según los criterios del DSM-IV, es mayor que las arrojadas si se emplean los criterios del DSM-III-R. Sin embargo, al incluir el criterio de edad de aparición e interferencia en el funcionamiento adaptativo en dos o más ambientes, la tasa de prevalencia para el DSM-IV disminuye.

Applegate et al [17] notifican que para el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo la mayoría de los niños presentan síntomas y deterioro en su funcionamiento adaptativo antes de los 7 años; sin embargo, este dato no se cumplió en el subtipo combinado y desatento. Estos hallazgos explican parcialmente las variaciones de las cifras comunicadas al utilizar los criterios de los diferentes sistemas nosológicos.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Éste es un tema álgido no sólo para el diagnóstico del TDAH, sino también para el estudio epidemiológico de los trastornos de la niñez. Los métodos de evaluación que requieren el uso de entrevistadores entrenados y con experiencia clínica son costosos, por lo cual se ha recurrido a cuestionarios y entrevistas estructuradas administradas a padres, maestros o niños [18].

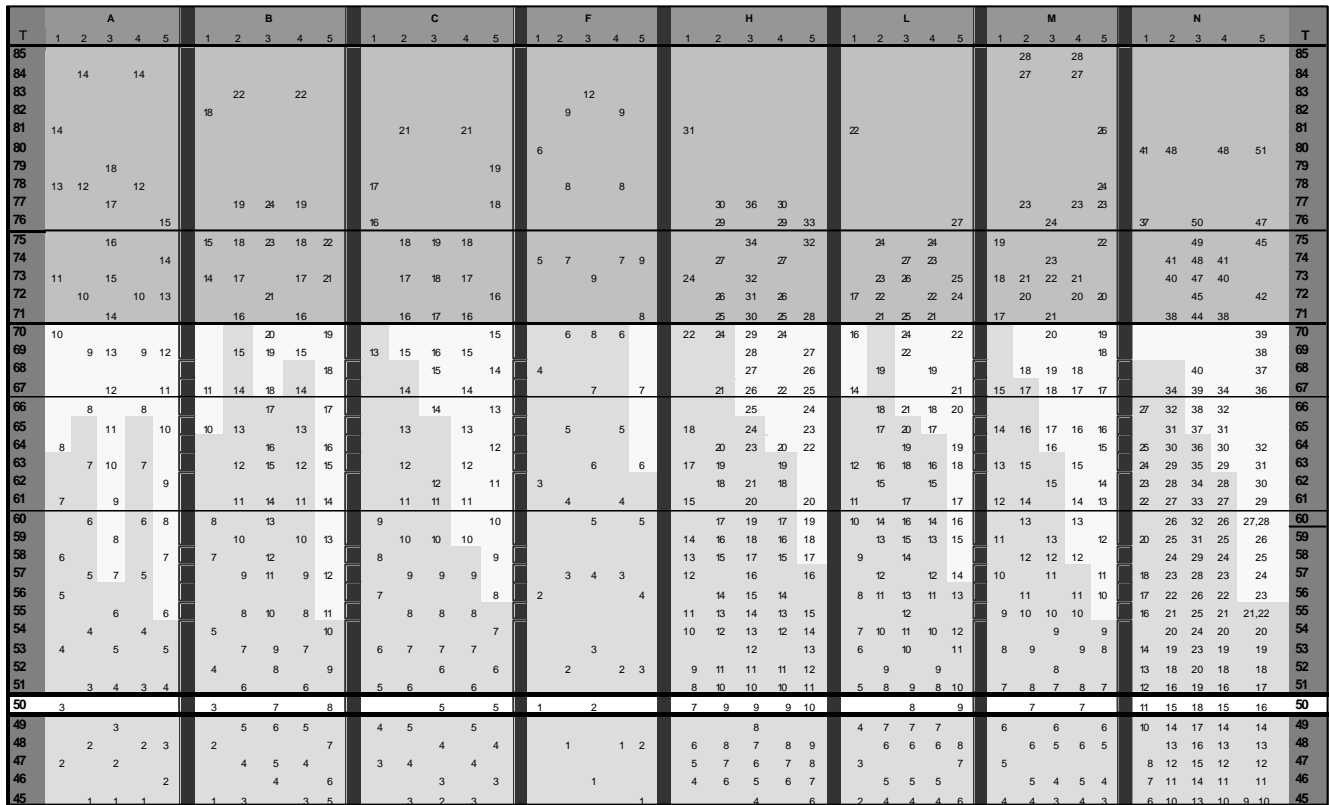


Figura. Perfil abreviado de la escala de Conners para maestros. Diferencia entre la muestra original y la muestra marabina. En un tramado medio □, puntuaciones brutas equivalentes al margen normal para la muestra marabina (<69 T); en un tramado claro □, puntuaciones brutas que equivaldrían al margen clínico si se utilizara el baremo de la muestra original; en un tramado oscuro □, puntuaciones brutas equivalentes al margen clínico para la muestra marabina (tomado de [36]).

La determinación del punto de corte para los cuestionarios diagnósticos influye notablemente en las cifras de prevalencia, ya que si se establece que el margen clínico se ubica igual o por encima de 1,5 de la desviación estándar se incluirá mayor cantidad de niños que si se establece a dos desviaciones estándar. De esta forma se garantiza, con un intervalo de confianza más amplio, que los niños identificados como TDAH poseen características y síntomas realmente por encima de lo esperado para su edad [19].

Estudios de validez y confiabilidad realizados para probar la consistencia del diagnóstico del TDAH en la población infantil han encontrado que ésta es elevada cuando se emplean entrevistas estructuradas y escalas de puntuación para padres y maestros [20-22]. De igual forma, al comparar grupos controles con grupos clínicos, los niños con TDAH muestran mayores deficiencias en atención, excesos de actividad motora y menor control de impulsos respecto al grupo control [23].

A lo largo de diversos estudios epidemiológicos se ha determinado que, para efectos metodológicos, pueden utilizarse escalas de puntuación o cuestionarios estandarizados en la estimación de la prevalencia del TDAH con un intervalo de confianza amplio [16].

FUENTE DE INFORMACIÓN

La utilización de diferentes métodos de evaluación en el diagnóstico del TDAH podría contribuir a la explicación de la variación de sus cifras de prevalencia; sin embargo, una razón de mayor peso se relaciona con la diversidad de fuentes de las cuales se obtiene la información comunicada.

En 1994, el sistema DSM incluye como criterio para el diagnóstico del TDAH el hecho de que el niño debe manifestar los síntomas en al menos dos ambientes (casa/colegio/vocacional), y obliga a que los clínicos obtengan información de al menos dos fuentes (padres, maestros, cuidadores, etc.). Habitualmente, los clínicos realizan el diagnóstico de TDAH basándose en la información ofrecida por los padres; al mismo tiempo, la información proporcionada por los niños y maestros provee elementos de importancia diagnóstica. Los datos procedentes de fuentes diversas podrían variar en frecuencia y gravedad y, ocasionalmente, ser contradictorios.

La presencia/ausencia de síntomas relacionados con el TDAH depende de quién informe acerca de los síntomas. En la mayoría de los estudios se observa una diferencia entre los casos comunicados por los padres y los comunicados por los maestros, con una mayor proporción de casos identificados sólo por los padres y una proporción menor correspondiente al consenso de padres-maestros en la identificación de casos [24-26]. En un estudio realizado en Maracaibo con 855 niños, con el objetivo de determinar las relaciones existentes entre las valoraciones que dan padres y maestros acerca de la conducta de los niños, se encontró que las relaciones significativas fueron escasas, lo cual establece la incógnita acerca de si los padres y profesores tienen formas diferentes de conceptualizar conductas [24].

La comunidad científica ha desarrollado una tendencia a considerar las diferencias o inconsistencias entre informantes como una representación del uso de medidas poco fiables o no válidas. Las diferencias en los informes provistos por cada una de las fuentes de información no implica necesariamente que una sea

más válida que la otra, sino que puede interpretarse también como un reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos o a las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan [27]. A pesar de los desacuerdos entre los diferentes informantes, la perspectiva de cada uno de ellos puede contribuir de forma válida a una evaluación completa de las necesidades del niño [28]. Steele et al [27] proponen que dichas diferencias no deben ser interpretadas como fallos de la validez de las observaciones o de los instrumentos utilizados, sino más bien como una función de las diferencias de las interrelaciones entre el informante y el niño.

TIPO DE MUESTRA

MacLeod et al encontraron que los padres perciben a los niños con mayores problemas de conducta y de hiperactividad que los profesores, y que la contribución relativa de cada uno de los informantes en la identificación de los trastornos psiquiátricos en la niñez varía según el tipo de muestra, tanto si es clínica como si es extraída de la comunidad [26].

Un problema no resuelto en la bibliografía es si los 'casos' de niños identificados con TDAH en la población general son realmente 'casos' en la misma medida que lo son los niños llevados a un centro de tratamiento. No se considera apropiado para la confirmación de casos simplemente detectar aquellos individuos que cumplen criterios sintomáticos para uno o más trastornos; es igualmente importante evaluar el grado en el cual estos individuos son disfuncionales.

En un estudio de normalización del cuestionario sobre el comportamiento de niños—versión para maestros (TRF)—, en una muestra clínica y general de niños marabinos entre 6 y 11 años de edad [29], se encontró que la escala de problemas de atención presentó la diferencia mayor entre las dos muestras estudiadas, lo cual sugiere que en la muestra clínica analizada las dificultades exhibidas con mayor frecuencia fueron las relacionadas con dificultades para prestar atención, hiperactividad y control de impulsos; estos datos confirman una alta frecuencia de dichas dificultades en la población clínica [1,30].

Un factor epidemiológico responsable de algunas de las variaciones, como función del tipo de muestra con la que se realiza el estudio, es la presencia de trastornos asociados o comorbilidad. Los porcentajes más bajos de comorbilidad para el TDAH se han encontrado en estudios epidemiológicos con muestras muy grandes. La mayoría de los niños con diagnóstico de TDAH en estas muestras no tienen ningún trastorno comórbido. En contraste, estudios con niños con TDAH en centros de atención terciaria o institucionalizados ofrecen proporciones muy altas de trastornos de conductas y afectivos [31]. En los estudios con muestras comunitarias los casos identificados como TDAH reúnen síntomas suficientes para establecer el diagnóstico y, asimismo, lo reúnen los sujetos de las muestras clínicas, pero sólo en las últimas se observan conductas comórbidas.

Los primeros ensayos clínicos controlados de eficacia de la medicación en niños hiperactivos se realizaron con muestras constituidas en su totalidad por varones, ya que, históricamente, el TDAH se ha considerado como un trastorno masculino. La comunidad científica y clínica tiende a considerar que son los varones los únicos que pueden ser adecuadamente diagnosticados con TDAH. Los informes de los estudios que involucran diferentes tipos de muestra sugieren que resulta mayor el número de varones con TDAH, con una proporción que fluc-

Tabla II. Distribución de los subtipos de TDAH según las variables demográficas en la muestra comunitaria (tomado de [37]).

	Combinado		Desatento		Hiperac./Impul.	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casos	65	5,7	13	1,14	4	0,35
Sexo						
Niñas	32	5,87	9	1,65	4	0,73
Niños	33	5,53	4	0,68	0	0,00
Edad (años)						
6	11	7,64	2	1,39	0	0,00
7	9	4,81	1	0,53	0	0,00
8	10	5,65	4	2,26	1	0,56
9	8	4,32	0	0,00	0	0,00
10	18	9,37	0	0,00	1	0,52
11	5	2,81	5	2,81	1	0,56
12	4	5,13	1	1,28	1	1,28

túa de 2:1 a 10:1, en donde las diferencias en cifras se explican por el tipo de muestra (comunitaria frente a clínica) utilizada en el estudio [32,33]. Nuevamente, estas variaciones metodológicas en el tipo de muestra y género de la misma constituyen otro factor de variabilidad y de contaminación en el estudio del TDAH.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

La expresión de los síntomas de los diferentes trastornos mentales en niños está relacionado con algunos factores como el sexo (los varones son más vulnerables que las niñas), el nivel socioeconómico (niveles de carencia se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de problemas de adaptación) y el nivel de maduración y edad (la detección temprana previene dificultades mayores) [34,35]. La cultura representa una de las influencias más poderosas en el desarrollo normal de un niño o en la aparición de psicopatologías. Las expectativas y patrones asociados al desempeño y comportamiento adecuado de los niños varía según el país.

En el estudio de normalización de las escalas de Conners, llevado a cabo en Maracaibo [36], se evidenció una marcada diferencia entre las puntuaciones de la muestra original y las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra, de forma tal que si se utilizaban los baremos originales los niños de nuestra muestra estarían incluidos casi en su totalidad en el margen clínico. La mayor diferencia entre puntuaciones se observaron para las escalas que miden los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. La figura muestra una representación de un perfil abreviado de la escala de Conners para padres, donde se aprecian las diferencias mencionadas.

Estos resultados apoyan la suposición de que los umbrales para determinar las conductas consideradas desviadas y el punto de corte de dicha alteración, tanto entre clínicos como entre informantes (padres/maestros), los determina la cultura.

Tabla III. Distribución de los subtipos del TDAH según las variables demográficas en la muestra clínica (tomado de [38]).

	Combinado		Desatento		Hiperac./Impul.	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casos	29	60,41	4	8,33	15	31,25
Sexo						
Niñas	9	69,23	1	7,69	3	23,08
Niños	20	57,14	3	8,57	12	34,28
Edad (años)						
4	1	33,33	0	0,00	2	66,67
5	2	28,57	0	0,00	5	71,43
6	6	66,67	2	22,22	1	11,11
7	6	54,55	1	9,09	4	36,36
8	8	80,00	0	0,00	2	20,00
9	3	60,00	1	20,00	1	20,00
10	1	100,00	0	0,00	0	0,00
12	1	100,00	0	0,00	0	0,00
13	1	100,00	0	0,00	0	0,00

Existe la creencia de que las variables psicosociales, en oposición a los síntomas, predicen si un niño va a responder a la medicación psicotrópica. En diversos estudios se ha encontrado que las variables familiares no desempeñan ningún papel en la predicción de la respuesta a la medicación. Si un niño presenta altos niveles de falta de atención e hiperactividad, tiene la misma probabilidad de responder a estimulantes, sin que haya un efecto diferencial, independientemente de su proveniencia de un hogar con altas o bajas puntuaciones en fenómenos familiares adversos [31].

PREVALENCIA DEL TDAH EN MARACAIBO (VENEZUELA)

La disparidad en las cifras y en la conceptualización del TDAH en diferentes países impulsó el diseño y desarrollo de un estudio epidemiológico en la ciudad de Maracaibo, cuyo principal objetivo fue la determinación de si el TDAH podría ser considerado como un diagnóstico válido para la población marabina en términos de la frecuencia y gravedad de los síntomas.

Como parte de este proyecto se realizaron normalizaciones de los instrumentos diagnósticos, entre ellas escalas de comportamiento. Este estudio está aún en fase de recolección e interpretación de datos ya que incluye tanto muestra comunitaria como muestra clínica para identificar factores de riesgo y factores protectores, características cognitivas y neurológicas, y trastornos asociados. A continuación presentamos el análisis preliminar para cada una de las muestras estudiadas.

La muestra comunitaria fue extraída a través de un muestreo polietápico y estratificado por nivel socioeconómico y escolaridad. Esta muestra quedó constituida por 1.141 niños de ambos sexos en edad escolar de la ciudad de Maracaibo. Se utilizaron las

escalas de Conners revisadas como método de recolección de datos. La prevalencia estimada del TDAH fue del 7,19%, y se obtuvo un 0,35% para el tipo hiperactivo, un 1,14% para el subtipo desatento y un 5,70% para el subtipo combinado (Tabla II). Contrariamente a lo esperado, la prevalencia fue mayor para el sexo femenino, aunque la proporción entre ambos sexos fue de 1:1. Se encontró que el 7,45% de la muestra general puntuó elevado en las escalas de problemas académicos, mientras que para la muestra identificada como TDAH, los problemas académicos fueron del 50%, datos que confirmaron la comorbilidad entre el TDAH y los problemas académicos. Los estimados de prevalencia encontrados en este estudio son compatibles con los hallazgos comunicados en la bibliografía, lo cual sugiere que el TDAH es un diagnóstico válido para los niños marabinos [37].

Para la muestra clínica se reclutaron niños que asistían a los servicios de psicología o neurología, con el motivo principal de consulta de desatención, hiperactividad o impulsividad en hospitales públicos y privados. Posteriormente a la evaluación, una vez cumplidos los criterios de inclusión establecidos, la muestra quedó constituida por 48 niños de ambos sexos, de entre 4 y 13 años. Se utilizaron las escalas de Conners revisadas, escalas abreviadas de Wechsler e historia de desarrollo como método de recogida de datos. La prevalencia del TDAH fue mayor para el sexo masculino en una proporción de 3:1. La distribución de la muestra para cada uno de los subtipos indicó que el 8,33% tuvo el tipo desatento, el 31,25% el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y el 60,41% el tipo combinado (Tabla III). El cociente intelectual promedio fue de 88, correspondiente a la clasificación promedio bajo. En cuanto a las condiciones comórbidas, el 21% de la muestra obtuvieron un diagnóstico adicional. De ese grupo con otros trastornos, el 50% presentaron convulsiones, el 20% trastorno oposicional desafiante, el 10% trastorno disocial, el 10% trastorno de la articulación del lenguaje y el 10% tics. El 90% de la muestra pertenecían al estrato socioeconómico bajo, si bien no se considera factor de riesgo ya que es representativo de la distribución de nuestra población [38].

CONCLUSIONES

El TDAH es un trastorno real, no puede ser considerado un mito ya que existen evidencias en cuanto a su presencia y caracterización clínica en la población infantil, en diferentes países. Sin embargo, es necesario, para lograr un mayor consenso, afinar los métodos diagnósticos y obtener mayor información acerca de la evidencia del papel genético y de los factores neurobiológicos tanto en la etiología como en la manifestación clínica de este trastorno.

En el momento de analizar los datos se debería considerar la cultura como uno de los factores a incluir como variables moderadoras de conducta infantil.

A pesar de que se podrían esperar diferentes cifras para diversos escenarios, estas diferencias podrían ser una función del sistema diagnóstico empleado para clasificar el síndrome, los métodos de exploración y otros factores metodológicos, y no exclusivamente una manifestación de las diferencias culturales.

Para homogeneizar criterios y características clínicas de este trastorno es necesario llevar a cabo estudios de investigación longitudinales que logren clarificar los riesgos a largo plazo de los niños cuyos problemas no han sido reconocidos y tratados, lo cual implica realizar estudios con muestras comunitarias con el objeto de estudiar pronosis y detectar necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Text Revision. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
3. Still, GF. Some abnormal psychological conditions in children. *Lancet* 1902; 1: 1008-12.
4. Levin PM. Restlessness in children. *Arch Neurol Psychiatry* 1938; 39: 764-70.
5. Clements SD. Task force one: minimal brain dysfunction in children. National Institute of Neurological Diseases and Blindness. Monograph No. 3. Washington DC: Department of Health, Education and Welfare; 1966.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
7. Lahey BB, Willcutt EG. Current diagnostic schema/core dimensions. NIH Consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. November 16-18. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1998.
8. Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell R. Psychiatric neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 185-93.
9. Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 486-96.
10. Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for TDAH in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 629-38.
11. Esser G, Schmidt MH, Woerner W. Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 243-63.
12. Pelham WE Jr, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 210-8.
13. Gallucci F, Bird H, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberg A. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1051-58.
14. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. Prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 329-36.
15. Wolraich M, Hannah J, Pinnock T, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 319-24.
16. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Grupo de Investigación Fundema. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol* 2001; 32: 217-22.
17. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1211-21.
18. Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 836-41.
19. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
20. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 728-38.
21. Orvaschel H, Lewinsohn PM, Seeley JR. Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1525-35.
22. Schwab-Stone ME, Shaffer D, Dulcan MK, Jensen PS, Fisher P, Bird HR, et al. Criterion validity of the NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 878-88.
23. Paternite CE, Loney J, Roberts MA. External validation of oppositional disorder and attention deficit disorder with hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 453-71.
24. Montiel C, Peña JA. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev Neurol* 2001; 32: 506-11.
25. Farré-Riba A, Narbona J. Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol* 1997; 25: 200-4.
26. MacLeod RJ, McNamee JE, Boyle MH, Offord DR, Friedrich M. Identification of childhood psychiatric disorder by informant: comparison of clinic and community samples. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 144-50.
27. Steele R, Forehand R, Devine D. Adolescent social and cognitive competence: cross-informant and intra-individual consistency across three years. *J Clin Child Psychol* 1996; 25: 60-5.
28. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Ann Rev Psychol* 1984; 35: 227-56.
29. Conners K. Conners' rating scales-Revised. Technical manual. New York: Multi-Health System, Inc.; 1997.
30. Montiel C, Amaya M, Bracho K, Bravo M, González D. Análisis preliminar del cuestionario sobre el comportamiento de niños versión para maestros (TRF), en una muestra clínica y general de niños marabinos entre 6 y 11 años. *Psicología Conductual* 2001.
31. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management. New York: The Guilford Press; 1999.
32. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. I: An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
33. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Vélez CN, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I. Age and gender-specific prevalence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 34: 851-67.
34. Bird H, Gould M, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 847-50.
35. Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit-hyperactivity disorder among 6 to 12 years-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 503-14.
36. Montiel C, Rotunno A, García D, Acerbo MT, Pontón R, Abad V, et al. Normalización de las escalas de Conners-Revisadas, versión larga, para padres y profesores en una muestra de niños marabinos [manuscrito no publicado]. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta; 1999.
37. Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, et al. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Rev Neurol* 2002; 35: 1019-24.
38. Montiel-Nava C, Peña JA, París MM, Contreras ME, Montiel-Barbero IC. Caracterización clínica del TDAH en una muestra clínica [manuscrito no publicado]. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta; 2002.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: ¿MITO O REALIDAD?

Resumen. Introducción. *El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se ha definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el margen de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos.* Objetivo. *El objetivo central es describir cómo las dificultades metodológicas asociadas al diseño de estudios epidemiológicos contribuyen notablemente al conjunto de datos heterogéneos que podrían hacer dudar de la validez del TDAH en la población infantil. En las últimas décadas se han realizado variaciones en los sistemas*

A PERTURBAÇÃO POR DÉFICE ATENCIONAL COM HIPERACTIVIDADE: MITO OU REALIDADE?

Resumo. Introdução. *A perturbação por défice atencional com hiperactividade (PDAH) foi definida como uma perturbação do autocontrolo, caracterizada clinicamente por dificuldades no campo da atenção, excesso de actividade motora e deficiência no controlo dos impulsos.* Objectivo. *O objectivo central é descrever como as dificuldades metodológicas associadas ao desenho de estudos epidemiológicos contribuem consideravelmente para o conjunto de dados heterogéneos que poderiam fazer duvidar da validade da PDAH na população infantil. Nas últimas décadas realizaram-se alterações*

de nosología psiquiátrica relativos a la conceptualización de este trastorno, lo que ha afectado el número y la combinación de signos necesarios para el diagnóstico del TDAH. Estos cambios contribuyen, en gran medida, a la disparidad en las cifras de prevalencia comunicadas en los diversos estudios. Otros factores involucrados se relacionan con los métodos de evaluación empleados, el tipo de muestra con el cual se realizó el estudio (clínica o comunitaria), la fuente de informe (padres, maestros o niños) y las características socioculturales. Conclusiones. El TDAH es un trastorno real, no puede considerarse un mito ya que existe considerable evidencia en cuanto a su presencia y caracterización clínica en la población infantil en diferentes países. [REV NEUROL 2003; 36: 173-9]

Palabras clave. Epidemiología. Prevalencia. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Validez cultural.

nos sistemas de nosologia psiquiátrica relativos à conceitualização desta perturbação, o que afectou a quantidade e a combinação de sinais necessários para o diagnóstico da PDAH. Estas alterações contribuem em grande parte à disparidade dos valores de prevalência referidos nos diversos estudos. Outros factores envolvidos relacionam-se com os métodos de avaliação utilizados, o tipo de amostra utilizada no estudo (clínica ou comunitária), a fonte da relação (pais, professores e/ou crianças), e as características sócio-culturais. Conclusões. A PDAH é uma perturbação real e não pode ser considerada um mito, uma vez que existe considerável evidência quanto à sua presença e caracterização clínica numa população infantil, em diferentes países. [REV NEUROL 2003; 36: 173-9]

Palavras chave. Epidemiologia. Perturbação por défice atencional com hiperactividade. Prevalência. Validade cultural.