

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

---

Psychological Science Faculty Publications and Presentations

College of Liberal Arts

---

2002

## Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos [Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children]

Cecilia Montiel-Nava

*The University of Texas Rio Grande Valley*, [cecilia.montielnava@utrgv.edu](mailto:cecilia.montielnava@utrgv.edu)

Joaquín A. Peña

M. López

M. Salas

J. R. Zurga

*See next page for additional authors*

Follow this and additional works at: [https://scholarworks.utrgv.edu/psy\\_fac](https://scholarworks.utrgv.edu/psy_fac)



Part of the [Psychology Commons](#)

---

### Recommended Citation

Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R., Montiel-Barbero, I., Pirela, D., & Cardozo, J. J. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos [Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children]. *Revista de neurologia*, 35(11), 1019–1024, <https://doi.org/10.33588/rn.3511.2002111>.

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](mailto:justin.white@utrgv.edu), [william.flores01@utrgv.edu](mailto:william.flores01@utrgv.edu).

---

**Authors**

Cecilia Montiel-Nava, Joaquín A. Peña, M. López, M. Salas, J. R. Zurga, Isabel Montiel-Barbero, D. Pirela, and J. J. Cardozo

# Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos

C. Montiel-Nava<sup>a</sup>, J.A. Peña<sup>b</sup>, M. López<sup>a</sup>, M. Salas<sup>a</sup>, J.R. Zurga<sup>a</sup>, I. Montiel-Barbero<sup>a</sup>,  
D. Pirela<sup>a</sup>, J.J. Cardozo<sup>c</sup>

## ESTIMATIONS OF THE PREVALENCE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN MARABINO CHILDREN

**Summary.** Aims. *This study reports the findings of research aimed at determining the rate of prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children of school age.* Subjects and methods. *The epidemiological study was conducted using a community sample extracted by means of multi-stage stratified sampling according to socio-economic level and schooling and consisted in 1,141 children of both sexes of school age from the city of Maracaibo. The revised Conners scales were used to collect data.* Results. *The estimated prevalence of ADHD was 7.19% and we also obtained 0.35% for the hyperactive subtype, 1.14% for the disattentive subtype, and 5.70% for the combined subtype. Contrary to what was expected, prevalence was higher for females. It was found that 7.45% of the general sample scored higher on the academic problems scales, whereas for the sample identified as having ADHD, academic problems were 50% and the comorbidity between ADHD and academic problems was confirmed.* Conclusions. *The estimates for prevalence found in this study are consistent with those reported in the literature, which suggests that ADHD is a valid diagnosis for Marabino children.* [REV NEUROL 2002; 35: 1019-24]

**Key words.** Attention deficit hyperactivity disorder. Epidemiology. Prevalence.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha rodeado de controversias acerca de su validez y de las variaciones en los síntomas empleados para su diagnóstico. A diferencia de otros trastornos mentales propios de la infancia, como el autismo, que ha mantenido la mayoría de los criterios diagnósticos descritos inicialmente por Kanner [1], en cada nueva clasificación diagnóstica del TDAH se aprecia una modificación estructural de la conceptualización y sintomatología del mismo.

Estos cambios en la clasificación diagnóstica han afectado notablemente los estudios epidemiológicos, ya que, según los criterios que se empleen para su diagnóstico, variarán los estimados de prevalencia del trastorno. En la tabla I se ofrece una comparación de los criterios diagnósticos de acuerdo con la clasificación nosológica utilizada.

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 la misma se ubica entre el 3 y el 5%. La tabla II muestra diversos estudios epidemiológicos [2-9] realizados en varios países, con la utilización de diferentes sistemas nosológicos (ICD-9; ICD-10; DSM-III-R, DSM-IV) y se puede observar cómo los estimados de prevalencia varían de 0,78 en Hong Kong [6] a 17,8 en Alemania [5].

El objetivo de este estudio fue administrar una escala de comportamiento basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV a una muestra de niños venezolanos, para obtener estimaciones de la proporción de niños que, bajo una evaluación más rigurosa, podrían probablemente obtener un diagnóstico de TDAH. Otros objetivos del estudio incluyen:

- Determinar si el TDAH, tal y como lo describe el DSM-IV, existe en Venezuela.
- La distribución del trastorno en función del sexo.
- La diferencia de casos identificados según la fuente de información.

## SUJETOS Y MÉTODOS

### Sujetos

La población utilizada para este estudio eran escolares de entre 6 y 12 años que asistían a escuelas regulares en el Municipio Maracaibo, del Estado Zulia, en Venezuela. El total de niños inscritos en el momento de realizar el estudio fue de 146.983. La muestra estaba constituida por 1.141 niños, de los que el 48% (n= 545) pertenecían al sexo femenino y el 52% (n= 596) al masculino, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años.

La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo polietápico. La primera etapa fue intencional, y se seleccionaron las tres parroquias escolares con mayor cantidad de niños inscritos. Para designar el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico EPIinfo (Center for Disease Control and Prevention); se tomó como referencia el número total de la población, es decir, niños inscritos de primero a sexto grado en escuelas regulares en el Municipio Maracaibo (en este caso, 146.983), la prevalencia estimada del trastorno (6%), el posible error muestral (2,0) y el diseño muestral (2,0). Este análisis reveló que para obtener una muestra representativa del Municipio Maracaibo se necesitarían 1.080 niños.

Posteriormente, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, y se dividió a la población en tres estratos correspondientes al nivel socioeconómico. Dentro de cada estrato se asignó un número equivalente de niños para cada grado. La tabla III ilustra la distribución final de la muestra según el sexo, estrato socioeconómico, grado y edad. La desigualdad observada en la proporción de sujetos por grado y por edad se debió a la mortalidad experimental. Se tuvo que realizar una segunda ronda de muestreo, y se llegaron a seleccionar 2.800 niños, con un retorno de 1.141 cuestionarios.

Recibido: 26.02.02. Recibido en versión revisada: 05.08.02. Aceptado: 09.09.02.

<sup>a</sup> Unidad de Investigación del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. <sup>b</sup> Posgrado de Neurología Pediátrica. <sup>c</sup> Unidad de Neuroanatomía. Hospital Universitario de Maracaibo. Facultad de Medicina-La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia: Dra. Cecilia Montiel Nava y Dr. Joaquín A. Peña. MCO: 3047. PO Box 025233. Miami, Fl, 33102-5233, USA. Fax: +1582 717 920 526. E-mail: cmontiel@iamnet.com

Investigación realizada gracias a la subvención n.º SI-2000000793 del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT).

© 2002, REVISTA DE NEUROLOGÍA

**Tabla I.** Comparación de los criterios diagnósticos en las diversas clasificaciones.

	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Etiqueta diagnóstica	Reacción hiperkinética	ADD (trastorno por déficit de atención)	ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)	ADHD (trastorno por déficit de atención/hiperactividad)
Síntomas fundamentales	Exceso de actividad motora	Falta de atención e impulsividad, más hiperactividad	Síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad	Semejanzas entre hiperactividad e impulsividad
Subtipos		ADD+H ADD-H		Desatento impulsivo-hiperactivo combinado

**Instrumentos***Escala Conners revisada, para padres, versión larga* [10]

Para niños y adolescentes de entre 3 y 17 años; consta de 80 ítems agrupados en 14 subescalas, que miden conductas observables que reflejan problemas de comportamiento, específicamente TDAH y síntomas asociados al mismo.

*Escala Conners revisada, para profesores, versión larga* [10]

Consta de 59 ítems. Las subescalas son las mismas de las de los padres, con excepción de la subescala de problemas psicossomáticos, que no se incluye en esta versión. En ambas versiones (padres y profesores), el formato es de autoadministración. Se califica en una escala *lickert*, cuyos anclajes son 0 y 3, donde 0 se corresponde con 'raramente', 1 'ocasionalmente', 2 'frecuentemente', y 3 'muy frecuentemente'.

**Propiedades psicométricas**

En un estudio piloto realizado con la versión traducida al español en una muestra de niños venezolanos, el análisis de los resultados arrojó que la consistencia interna de la escala medida a través de la alfa de Cronbach fue de  $\alpha = 0,9486$  para padres y de  $\alpha = 0,9565$  para profesores, circunstancia que indica una alta homogeneidad en las versiones traducida al español y para la muestra venezolana. Por su parte, la fiabilidad de la escala medida por el cociente de Spearman Brown fue de  $r = 0,9268$  para padres y de  $r = 0,9653$  para profesores, lo que indica que las dos mitades de la prueba son equivalentes [11,12].

**Procedimiento**

Este trabajo forma parte de un estudio epidemiológico completo del TDAH en Venezuela. La fase descrita en este estudio es la primera de dicho estudio que consiste en un cribado de problemas de atención, hiperactividad e impulsividad con la utilización de las escalas diagnósticas de Conners [10], que incluyen tres escalas correspondientes a los criterios diagnósticos del TDAH, según el DSM-IV [13]. La segunda fase de este proyecto que está en ejecución involucra la confirmación diagnóstica de estos casos, identificados por el cribado y la administración de diversas pruebas neuropsicológicas y el cribado de las condiciones neurológicas.

Los padres de los niños fueron contactados a través de la institución educativa, y se les solicitó su autorización para que su hijo participara en este proceso. Posteriormente, se enviaron los cuestionarios a los padres y a los profesores de los niños.

Al devolverlos, se corrigieron y se categorizaron por parejas –versión padre y versión profesor del mismo niño–, para proceder al análisis estadístico de los datos que identificarían a aquellos niños con puntuaciones estándar igual o por encima de 70T para la escala total del DSM-IV (N), en alguna de las dos versiones administradas (padres o maestros) para el grupo normativo correspondiente a cada sujeto.

Se calculó la proporción de niños en la muestra que cumplen con el número de síntomas establecidos por el DSM-IV para asignar un diagnóstico de TDAH, y se tomó como criterio de inclusión que el niño presentara al menos seis

**Tabla II.** Estimados de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en diversos países.

Estudio	País	Año	Nosología	Edades	Prevalencia (%)
Esser, et al [2]	Alemania	1990	ICD-9	8	4,20
Pelham, et al [3]	EE.UU.	1992	DSM-III-R	K-8.º grado	7,10
Gallucci, et al [4]	Italia	1993	DSM-III-R	4.º grado	3,90
Baumgaertel, et al [5]	Alemania	1995	DSM-III DSM-IV	5 a 12 5 a 12	9,60 17,80
Leung, et al [6]	Hong Kong	1996	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 [7]	Holanda	1997	DSM-III-R	13 a 18	7,90
Wolraich, et al [8]	EE.UU.	1998	DSM-IV	K-5.º grado	16,10
Pineda, et al [9]	Colombia	2001	DSM-IV	4 a 17	17,10

criterios diagnósticos en alguna de las dimensiones establecidas por el DSM-IV (desatención o hiperactividad-impulsividad), en una gravedad que correspondiera a dos desviaciones estándar o más por encima de la media esperada para su grupo evolutivo y su sexo ( $T > 70$ ), para la escala N de la escala de Conners. La tabla IV muestra los resultados de este análisis.

El período de prevalencia comunicado corresponde a los meses de mayo a diciembre del 2000.

**RESULTADOS**

De la muestra total de 1.141 niños, 82 obtuvieron puntuaciones que los identifican como casos. Esto corresponde al 7,19% de la muestra total. Esta prevalencia fue del 8,26% para el sexo femenino ( $n = 45$ ) y del 6,20% para el masculino ( $n = 37$ ).

Como se evidencia en la tabla IV, el número de casos según estrato socioeconómico es mucho mayor para los niños pertenecientes al estrato socioeconómico I o bajo. Los resultados indican que la prevalencia estimada de casos de acuerdo a las edades fue similar para los grupos de edades descritos.

La tabla V muestra la distribución de los tres subtipos del TDAH para cada una de las variables demográficas. Para esta muestra, el 5,70% ( $n = 65$ ) cumplen con criterios suficientes para recibir el diagnóstico de tipo combinado, mientras que un 1,14% ( $n = 13$ ) se identificó como predominantemente desatento y un 0,35% ( $n = 4$ ) como predominantemente hiperactivo. Al realizar un análisis acerca de la distribución de estos subtipos según el sexo, encontramos que para todos los subtipos la prevalencia fue mayor para el sexo femenino. La distribución de los subtipos para cada grupo de edad muestra que para el subtipo combinado y el desatento las prevalencias son similares para los tres grupos. Por su parte, el subtipo hiperactivo-impulsivo mostró mayores prevalencias para el grupo de 12 años.

Tras el análisis de prevalencias, se estimó la frecuencia de cada uno de los criterios diagnósticos para el TDAH de acuerdo con lo especificado en el DSM-IV, tanto para la muestra total ( $n = 1.141$ ) como para la submuestra identificada como casos o con suficientes criterios diagnósticos presentes para

**Tabla III.** Datos demográficos de la muestra seleccionada.

	N.º participantes	%
<b>Sexo</b>		
Niñas	545	48
Niños	596	52
<b>Estrato socioeconómico</b>		
I (bajo)	905	79
II (medio)	132	12
III (alto)	104	9
<b>Edad (años)</b>		
6	144	13
7	187	16
8	177	16
9	185	16
10	192	17
11	178	16
12	78	7
<b>Grados</b>		
Primero	225	20
Segundo	220	19
Tercero	124	11
Cuarto	231	20
Quinto	217	19
Sexto	124	11

garantizar un diagnóstico del TDAH. La tabla VI muestra la frecuencia de los criterios diagnósticos para estos dos grupos (no casos y casos). Para la muestra total el intervalo de criterios diagnósticos con una frecuencia de 2 o 3 –el intervalo de la escala es del 0-3– fue del 2,93 hasta el 33,99%, mientras que para la submuestra de casos este intervalo se situó entre el 31,8 y el 86,6%; se observó así una marcada diferencia entre la distribución de síntomas entre las dos muestras, con una mayor cantidad de síntomas para los niños identificados como casos.

Si tomamos en consideración la alta comorbilidad comunicada en la bibliografía entre el TDAH y los problemas académicos, se obtuvo la información acerca de la proporción de niños identificados como casos, que obtuvieron una puntuación elevada en la escala de problemas académicos (escala B). Para la muestra total, un 7,45% (n= 85) obtuvieron puntuaciones iguales o por encima de 70T, lo que los identifica con problemas académicos según sus padres; esta condición es más frecuente para varones (7,89%; n= 47) que para mujeres (6,98%; n= 38).

Para los niños identificados como casos, esta proporción es más elevada; un 50% (n= 41) reúnen los criterios para considerar que tienen problemas académicos. En cuanto a la relación entre subtipos de TDAH y problemas académicos, se encontró que el 87,80% (n= 36) de los niños que manifiestan síntomas de TDAH y problemas académicos pertenecen al tipo combinado, mientras que el 12,20% (n= 5) pertenecen al tipo desatento, y no hubo casos de comorbilidad para el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.

El análisis de los casos con dependencia de la fuente de información (padres/maestros) arrojó discrepancias en la identificación de niños con síntomas asociados al TDAH; el 58,54% (n= 48) corresponden a los casos identificados sólo por las respuestas de los padres, el 26,83% (n= 22) niños identificados sólo por las respuestas de los maestros y sólo un 14,63% (n= 12) fueron identificados tanto por los padres como por los maestros.

**Tabla IV.** Prevalencia del TDAH en la muestra seleccionada.

	N.º participantes	%
<b>Sexo</b>		
Niñas	45	8,26
Niños	37	6,20
<b>Subtipos</b>		
Combinado	65	5,70
Desatento	13	1,14
Hiperactivo-Impulsivo	4	0,35
<b>Nivel socioeconómico</b>		
I (bajo)	70	6,13
II (medio)	7	0,61
III (alto)	5	0,44
<b>Edad (años)</b>		
6	13	9,02
7	10	5,33
8	15	8,47
9	8	4,32
10	19	9,89
11	11	6,18
12	6	7,69

## DISCUSIÓN

En la presente investigación hemos analizado el trastorno del TDAH; los resultados se presentan en el siguiente orden: la prevalencia estimada del TDAH en niños en edad escolar; a continuación, se describen los hallazgos con la distribución de las tasas de prevalencia del trastorno en relación con sexo, nivel socioeconómico y edad, que se consideran en la bibliografía como variables moderadoras del TDAH.

### Prevalencia estimada del TDAH

Los resultados de este estudio sugieren que el TDAH ocurre en Venezuela probablemente en proporciones y características similares a las descritas en otros países. Si consideramos que los estudios comunicados se han realizado con procedimientos metodológicos y diagnósticos diferentes, se debe tener cuidado al realizar estas comparaciones. El DMS-IV [13] plantea que la prevalencia de este trastorno es del 3-5%. Sin embargo, los estudios que utilizan este manual como sistema nosológico comunican una prevalencia cercana al 17% [5,8,9]. Nuestra prevalencia del 7% se acerca más a lo comunicado por la APA [13], y por los estudios que utilizan el DSM-III-R.

Al comparar la frecuencia de síntomas para la muestra general y para los casos, se observan diferencias porcentualmente significativas, que indican una marcada diferencia en la distribución de síntomas entre las dos muestras.

### Subtipos clínicos

El análisis de los subtipos clínicos del TDAH sugiere una misma distribución que la descrita en la bibliografía, con una proporción

**Tabla V.** Prevalencia de los subtipos de TDAH según variables demográficas.

	Combinado		Desatento		Hiperac./Impuls.	
	n	%	n	%	n	%
Casos	65	5,70	13	1,14	4	0,35
<b>Sexo</b>						
Niñas	32	5,87	9	1,65	4	0,73
Niños	33	5,53	4	0,68	0	0,00
<b>Nivel socioeconómico</b>						
I (bajo)	55	6,08	11	1,22	4	0,44
II (medio)	6	4,54	1	0,75	0	0,00
III (alto)	4	3,85	1	0,96	0	0,00
<b>Edad (años)</b>						
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

mayor, y presenta criterios asociados a un subtipo combinado, seguido por el subtipo predominantemente desatento; por último, el predominantemente hiperactivoimpulsivo [13,14].

#### Sexo

El sexo es una variable que afecta a la expresión de los síntomas en la mayoría de los trastornos mentales, y se convierte en uno de los principales factores que se toman en cuenta al realizar estudios epidemiológicos [4,14]. A diferencia de los comunicados en la bibliografía, que informan de una proporción mayor de varones que de mujeres [4,8,13,15], los hallazgos de nuestro estudio muestran una prevalencia mayor para mujeres que para varones. Incluso, Bird et al [16] plantean que pertenecer al sexo masculino se convierte en un factor de riesgo para la aparición de problemas de atención. Estos resultados no son consecuentes con los hallazgos de esta investigación, donde la proporción es de 1:1. Sin embargo, es importante considerar que la cultura es un factor importante que modera la experiencia y la expresión de los síntomas, patrones y expectativas de comportamiento, y varía de país a país [17-19].

#### Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico bajo es comúnmente considerado como un factor de riesgo para los trastornos mentales y médicos, y se ha comunicado en varios estudios pertinentes al TDAH [16]. Esta misma distribución se encuentra en nuestra muestra, y se observa una prevalencia mucho más elevada para el estrato socioeconómico bajo (I) en comparación con el medio (II) y el alto (III). No se observaron diferencias entre los estratos medio y alto.

#### Edad

Respecto a la edad, existe un consenso general que establece que cuando el niño es pequeño los síntomas predominantes son los de

**Tabla VI.** Frecuencia de los diferentes síntomas del TDAH en la muestra general y en los casos identificados.

	Casos (n= 82)		No casos (n= 1.059)	
	n	%	n	%
Atención a los detalles	65	79,3	120	11,33
Manteniendo la atención	56	68,3	67	6,33
Como si no escuchara	67	31,8	173	16,34
No sigue órdenes, no completa tareas escolares	62	75,6	56	5,29
Dificultad organizando tareas y actividades	60	72,2	73	6,89
Rechaza actividades que requieren esfuerzo mental	56	68,3	84	7,93
Pierde útiles escolares	54	55,9	128	12,09
Se distrae con estímulos externos	67	81,7	128	12,09
Olvidadizo en actividades diarias	58	70,7	131	12,37
Es inquieto con manos o pies	55	67,1	71	6,70
Se levanta de su asiento	59	71,9	100	9,44
Corre o trepa	63	76,8	84	7,93
Le cuesta jugar tranquilamente	41	50,0	31	2,93
Actúa como si tuviera un motor adentro	55	67,0	182	17,19
Habla excesivamente	71	86,6	360	33,99
Responde antes de que terminen de formular la pregunta	39	47,6	105	9,91
Problemas esperando su turno	47	57,3	94	8,88
Interrumpe	60	73,2	153	14,45

hiperactividad-impulsividad; al comienzo de la educación primaria aparecen los síntomas de desatención, y al finalizar la niñez y comenzar la adolescencia los síntomas de hiperactividad disminuyen y se acentúa la desatención [20]. Se observó que la mayoría de los casos de subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo se ubica en los grupos de edad superior a los 10 años. Esta discrepancia podría explicarse como una función de las consecuencias que el TDAH causa en el área del aprendizaje, lo que, a su vez, determina que estos niños se aislen y creen grupos de pares que no respetan normas; ello, a su vez, ocasiona problemas de conducta; por esta razón, sería probable que en edades mayores el niño presentara síntomas comúnmente asociados con problemas de conducta y los informantes de las escalas diagnósticas (padres/maestros) relacionarían más los síntomas con la hiperactividad que con los trastornos de conducta [21,22].

#### Fuente de información

En este estudio se observó una diferencia entre los casos comunicados por los padres y los informados por los maestros, con una mayor proporción de casos identificados sólo por los padres; la proporción menor correspondió al consenso de padres-maestros en la identificación de casos. Otros estudios comunican que los padres perciben a los niños con mayores problemas de conducta e hiperactividad que los profesores, y se observa una prevalencia mayor en los padres que en los maestros [12,23,24]. Estas últimas



investigaciones respaldan los hallazgos del presente estudio, donde sólo el 15% de los casos se identificó por ambos informantes.

### Comorbilidad

En nuestro estudio, mientras para la muestra general la presencia de problemas académicos fue de un 7%, para aquellos niños con TDAH la comorbilidad con problemas académicos fue de un 50%. Se ha sugerido que debido a los procesos de desinhibición conductual, los niños con TDAH exhiben conductas como errores para prestar atención a los detalles, dificultad para culminar tareas que inciden directamente en su rendimiento académico [20,25]. En un análisis más detallado, en cuanto a los subtipos de TDAH relacionados con los problemas académicos, se encontró una prevalencia mayor para el tipo combinado, seguido por el tipo desatento, con ausencia de esta comorbilidad para el tipo

hiperactivo-impulsivo. Esto último podría explicarse porque la hiperactividad-impulsividad se acompaña de problemas de conducta, mientras que la desatención se ha asociado a problemas académicos [14,26,27].

En conclusión, estos resultados apoyan la hipótesis de la universalidad del TDAH, ya que este trastorno se encuentra presente en nuestra población de forma similar a otros países [4]. Debido a que las cifras encontradas en esta investigación se diferencian de otros estudios que han utilizado metodologías similares, es importante considerar la ejecución de estudios colaborativos entre diferentes países, que incluyan la cultura como un factor de riesgo para la aparición del TDAH, o al menos un factor que debe tomarse en cuenta en el momento de realizar un análisis de prevalencia de este trastorno.

### BIBLIOGRAFÍA

- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2: 217-50.
- 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.
- 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.
- 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: 1051-8.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, y 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.
- Conners K. Conners' rating scales-Revised. Technical manual. New York: Multi-health System, Inc.; 1997.
- 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. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta [manuscrito no publicado]; 1999.
- Montiel-Nava 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.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 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.
- Gabú M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1706-14.
- 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.
- Narbona J. Alta prevalencia del TDAH ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
- Bussing R, Schoenberg NE, Perwien AR. Knowledge and information about TDAH: evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Soc Sci Med* 1998; 46: 919-28.
- Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron D, Good B, Lin KM, et al. Cultural issues for DSM-IV. *DSM-IV Sourcebook*. Vol. 3. Washington DC: American Psychological Association; 1997.
- Barkley R. TDAH and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
- Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 836-41.
- Hinshaw SP. Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 893-903.
- 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.
- 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.
- Purvis KL, Tannock R. Language abilities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25: 133-44.
- Barkley R. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press; 1990.
- Hynd GW, Lorys AR, Semrud-Clikeman M, Nieves N, Huettner MI, Lahey BB. Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *J Child Neurol* 1991; 6 (Suppl): S37-43.

### ESTIMACIONES DE LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS MARABINOS

**Resumen.** Objetivo. Este estudio comunica los resultados de una investigación dirigida a determinar la tasa de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) en niños en edad escolar. Sujetos y métodos. El estudio epidemiológico se realizó con una muestra comunitaria extraída a través de un muestreo polietápico y estratificado por nivel socioeconómico y escolaridad; 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 mé-

### ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DA PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE EM CRIANÇAS DE MARACAIBO.

**Resumo.** Objetivo. Este estudo comunica os resultados de um estudo dirigido a determinar o índice de prevalência da perturbação por déficit de atenção e hiperatividade (PDAH) em crianças de idade escolar. Sujeitos e métodos. O estudo epidemiológico realizou-se com uma amostra comunitária extraída através de amostragem poli-etápica e estratificado por nível sócio-económico e escolaridade, foi constituída por 1.141 crianças de ambos os sexos, de idade escolar da cidade de Maracaibo. Utilizaram-se as escalas de Conners revistas, como mé-

*todo de recolección de datos. Resultados. La prevalencia estimada del TDAH fue del 7,19%, y se obtuvo un 0,35% para el subtipo hiperactivo, un 1,14% para el subtipo desatento y un 5,70% para el subtipo combinado. Contrario a lo esperado, la prevalencia fue mayor para el sexo femenino. 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 con TDAH, los problemas académicos fueron del 50%, y se confirmó la comorbilidad entre TDAH y problemas académicos. Conclusiones. Los estimados de prevalencia encontrados en este estudio son consistentes con los hallazgos comunicados en la literatura, lo cual sugiere que el TDAH es un diagnóstico válido para los niños marabinos. [REV NEUROL 2002; 35: 1019-24]*  
**Palabras clave.** Epidemiología. Prevalencia. Trastorno por déficit de atención-hiperactividad.

*do de recoleção de dados. Resultados. A prevalência estimada da PDAH foi de 7,19%, e obteve-se 0,35% para o subtipo hiperactivo, 1,14% para o subtipo desatento, e 5,70% para o subtipo combinado. Contrariamente ao esperado, a prevalência foi maior para o sexo feminino. Encontrou-se que 7,45% da amostra original teve demasiados pontos nas escalas de problemas académicos, enquanto que para a amostra identificada como com PDAH, os problemas académicos foram de 50%, e confirmou-se a co-morbilidade entre PDAH e problemas académicos. Conclusões. As estimativas de prevalência encontradas neste estudo são consistentes com os achados comunicados na literatura, o que sugere que a PDAH é um diagnóstico válido para as crianças de Maracáibo. [REV NEUROL 2002; 35: 1019-24]*  
**Palavras chave.** Epidemiologia. Perturbação por défice de atenção e hiperactividade. Prevalência.

**-Falta referenciar las citas 8, 9, 16, 26, 27 y 28.**  
**-Faltan referencias en figura 2.**