

Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos

C. Montiel-Nava^a, J.A. Peña^b, I. Montiel-Barbero^a

EPIDEMIOLOGICAL DATA ABOUT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN A SAMPLE OF MARABINO CHILDREN

Summary. Aims. This study reports the findings of a research project aimed at determining the rate of prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in school-aged children. Patients and methods. Different behavioural and cognitive measures were administered to a sample of children between 3 and 13 years of age obtained by means of a multistage sampling procedure that was stratified by socioeconomic and educational level. The sample was made up of 394 children; 33.25% (n = 131) were females and the remaining 66.75% (n = 263) males. The mean age of the sample was 7.64 years old (SD: 2.33). The assessment battery included the Conners' Rating Scales adapted for parents and teachers, the abbreviated version of the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III) and for Preschool children-Revised (WPPSI-R), several academic achievement scales, development history and DISC-IV. Results. The estimated prevalence of ADHD was 10.15%, and a figure of 2.03% was obtained for the hyperactive type, 0.51% for the inattentive subtype, and 7.61% for the combined subtype. Prevalence was higher for males, the ratio being 3:1. Subjects' performance in the cognitive and academic measures was within the average interval. Conclusions. The prevalence of ADHD in our population oscillates around the average figures reported in other countries. This study confirms the prevalence of ADHD in the population of Venezuela, with a distribution of subtypes and in terms of gender similar to those reported in the literature. [REV NEUROL 2003; 37: 815-9]

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

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las cifras con mayor variabilidad en los diferentes estudios publicados. Las notificaciones de prevalencia del TDAH varían sustancialmente entre distintos países, y ofrecen un intervalo de datos heterogéneos que describen un mismo síndrome clínico en los niños. Diversos estudios epidemiológicos realizados en varios países, utilizando diferentes sistemas de clasificación diagnóstica (ICD-9, ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV), han arrojado evaluaciones de prevalencia que varían de 0,78% en Hong Kong [1] hasta 17,8% en Alemania [2].

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 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 están relacionados con los métodos de evaluación empleados, el tipo de muestra con el que se realizó el estudio (clínica o comunitaria), la fuente de comunicación (padres, maestros, niños), y las características socioculturales [3-6]. La cultura representa una de las influencias más poderosas

en el desarrollo normal de un niño o en la aparición de psicopatologías, ya que las expectativas y patrones asociados al desempeño y comportamiento adecuados de los niños varían de país a país.

En una investigación reciente en la que se utilizaron escalas de puntuación para padres y maestros como método de identificación del TDAH, se calculó la prevalencia del TDAH para niños marabinos en un 7,19% [7]. Se administraron estas escalas a padres y maestros de niños entre 6 y 12 años que asistían a escuelas regulares. Sin embargo, la identificación mediante las escalas de puntuación no tuvo confirmación clínica.

El objetivo de este trabajo es confirmar las cifras de prevalencia del TDAH en una comunidad venezolana y describir las características clínicas y demográficas de los sujetos identificados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Muestra

La población utilizada para este estudio consistió en escolares entre 3 y 13 años que asistían a escuelas regulares en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia, en Venezuela.

El trabajo aquí presentado es un estudio de confirmación del comunicado de estimados de prevalencia realizado en la ciudad de Maracaibo [7], por lo que el tamaño de la muestra se ha reducido más que en el trabajo original (1/3). La selección se hizo a través de un muestreo en varias etapas, en el que la primera etapa fue intencional y se seleccionaron las tres parroquias escolares con mayor cantidad de niños inscritos. Posteriormente, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, donde se dividió la población en tres estratos correspondientes al nivel socioeconómico. La muestra estuvo constituida por 394 niños, el 33,25% (n = 131) del sexo femenino y el 66,75% (n = 263) del masculino. La edad promedio de la muestra fue de 7,64 años (DE = 2,33). La tabla I ilustra la distribución final de la muestra de acuerdo al sexo, el nivel socioeconómico y la edad. La desigualdad observada en la proporción de sujetos para cada grupo de edad se debió a la mortalidad experimental. Se tuvo que realizar una segunda ronda de muestreo, y se llegó a seleccionar a 660 niños, con un retorno de 394 cuestionarios.

Recibido: 19.06.03. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 17.09.03.

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

Correspondencia: Dra. Cecilia Montiel Nava. Calle 79, n.º 3E-31. Sector La Lago. Maracaibo-Estado Zulia. 4002-A. Venezuela. Fax: 58 271 792 0526. E-mail: ceciliamontiel@cantv.net.

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

© 2003, REVISTADENEUROLOGÍA

Tabla I. Datos demográficos de la muestra seleccionada.

	<i>n</i>	%
Sexo		
Femenino	131	33,25
Masculino	263	66,75
Nivel socioeconómico		
I (bajo)	70	17,77
II (medio)	151	38,32
III (alto)	173	43,91
Edad		
3 años	8	2,03
4 años	25	6,35
5 años	47	11,93
6 años	49	12,44
7 años	68	17,26
8 años	55	13,95
9 años	57	14,47
10 años	33	8,37
11 años	19	4,82
12 años	28	7,11
13 años	5	1,27

Instrumentos*Escala Connors revisada para padres, versión larga [8]*

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

Escala Connors revisada para profesores, versión larga [8]

Consta de 59 ítems. Las subescalas son las mismas de la escala de 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, en la que 0 se corresponde con raramente; 1, con ocasionalmente; 2, con frecuentemente, y 3, con muy frecuentemente. Existe una versión normalizada para niños venezolanos [9].

*Escala Wechsler para niños 3.ª edición (WISC-III)**y escala Wechsler para preescolares-revisada (WPPSI-R)*

A cada niño se le estimó el coeficiente intelectual (CI) global, con la versión abreviada de la combinación de las subpruebas de vocabulario y de diseño de cubos para el WISC-III, y de semejanzas y de información para el WPPSI-R [10,11]. Varios estudios han mostrado una correlación superior al 0,90 entre el CI global y el CI calculado a través de la administración de estas versiones abreviadas [12,13].

Aprovechamiento académico

Se realizó un cribado de lectura y escritura diseñado para este estudio mediante una lista de palabras de acuerdo a la escolaridad del niño. Su corrección proporcionó una proporción de palabras correctas sobre el número total de palabras para esa escolaridad. A los estudiantes de preescolar no se les administró este cribado.

Tabla II. Prevalencia del TDAH en la muestra seleccionada.

	<i>n</i>	%
Sexo		
Femenino	12	3,05
Masculino	28	7,10
Subtipos		
Combinado	30	7,61
Desatento	2	0,51
Hiperactivo-impulsivo	8	2,03
Nivel socioeconómico		
I (bajo)	11	2,79
II (medio)	19	4,82
III (alto)	10	2,54
Edad (años)		
3-5	3	0,76
6-8	27	6,85
9-11	9	2,28
12-13	1	0,25

Tabla III. Prevalencia del TDAH por sexos.

	Niñas		Niños	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Combinado	10	2,54	20	5,08
Desatento	2	0,51	6	1,52
Hiperactivo-impulsivo	0	0	2	0,51
Total	12	3,05	28	7,11

Historia de desarrollo

Se diseñó una lista de comprobación para identificar problemas durante el embarazo, en el parto y en el desarrollo del niño, así como el uso de medicación para el manejo de los problemas de atención, hiperactividad o impulsividad.

DISC-IV: inventario de entrevistas diagnósticas para niños

Se entrevistó a uno de los padres de cada uno de los niños y a los niños mayores de 9 años con el inventario de entrevistas diagnósticas para niños versión IV (DISC-IV), el cual se desarrolló para compatibilizarlo con el DSM-IV y la ICD-10, e identifica más de 30 diagnósticos psiquiátricos que se manifiestan en niños y adolescentes [14].

Nivel socioeconómico

Se empleó el costo de la matrícula como indicador del nivel socioeconómico. Se utilizó la siguiente clasificación:

- *Estrato I:* matrícula igual o inferior al 20% del sueldo mínimo.
- *Estrato II:* matrícula comprendida entre el 21 y el 41% del sueldo mínimo.
- *Estrato III:* matrícula igual o superior al 41% del sueldo mínimo.

No se incluyó a los niños becados en los colegios de niveles socioeconómicos II y III, pues podrían contaminar los criterios de inclusión.

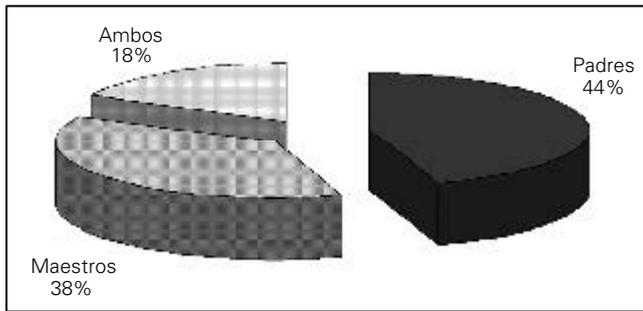


Figura. Casos referidos por cada fuente de información.

Tabla IV. Distribución de la prevalencia del TDAH en los diferentes grupos de edad para cada uno de los sexos.

Edad	Combinado		Desatento		Hiperactivo-impulsivo	
	n	%	n	%	n	%
Niños						
3-5 años	0		0		2	0,51
6-8 años	14	3,55	0		4	1,01
9-11 años	6	1,52	1	0,25		
12-13 años	0		1	0,25		
Niñas						
3-5 años	0	2,03	0		1	0,25
6-8 años	8	0,51	0		1	0,25
9-11 años	2		0			
12-13 años	0		0			
Total	30	7,61	2	0,50	6	2,02

Procedimiento

Primera etapa

Para la primera etapa de este estudio, las escalas de Conners para padres y maestros en sus versiones largas se utilizaron como instrumento de cribado para la identificación de los casos. Se utilizó como punto de corte la puntuación T por encima de 70 para la escala de desatención, o la de hiperactividad en alguna de las dos versiones (padres o maestros). Los niños con puntuaciones en el intervalo clínico $T > 70$ se consideraron como candidatos para la segunda etapa, de confirmación diagnóstica.

Segunda etapa

El objetivo de esta fase fue garantizar que los niños identificados a través de las escalas de puntuación realmente tuvieran el diagnóstico de TDAH. Esta evaluación incluyó una entrevista diagnóstica estructurada (DISC-IV), con el fin de confirmar la presencia de los criterios diagnósticos del TDAH y la identificación de otras posibles entidades nosológicas concurrentes. Adicionalmente, se administraron pruebas de inteligencia y rendimiento académico para identificar el perfil de estos niños. Asimismo, se realizó una historia de desarrollo y una evaluación neurológica y física en general, para descartar la presencia de alguna condición médica que pudiera ser responsable de los síntomas identificados. Las pruebas psicológicas y entrevistas diagnósticas las realizaron psicólogos infantiles, y la evaluación neurológica y física la ejecutó un neurólogo infantil.

Criterios de exclusión

Los síntomas del TDAH no deben aparecer durante el curso de un trastorno profundo en el desarrollo, autismo o Asperger.

El período de prevalencia notificado corresponde a los meses de mayo a diciembre de 2002.

Tabla V. Desempeño neuropsicológico de los casos identificados (puntuaciones promedio y, entre paréntesis, desviaciones estándares).

	n	CI	Lectura	Escritura
Todos los casos	40	88 (14)	0,86 (0,36)	0,61 (0,30)
Combinado	30	86,57 (13,66)	0,81 (0,40)	0,62 (0,31)
Hiperactivo-impulsivo	8	95,14 (15,63)	1 (0)	0,47 (0,30)
Desatento	2	75 (0)	1 (0)	0,77 (0,10)

RESULTADOS

De los 394 niños inicialmente seleccionados, 56 obtuvieron puntuaciones T dentro del intervalo clínico en las subescalas de desatención, hiperactividad/impulsividad o en la subescala global (L, M, N) de las escalas de Conners para padres y maestros, lo cual los ubicó como casos probables.

De estos 56 niños, al finalizar la evaluación, 40 recibieron el diagnóstico de TDAH; ello corresponde a una prevalencia del TDAH del 10,15% para la muestra estudiada. Como se ilustra en la tabla II, esta muestra final se conformó con 12 niñas (30%) y 28 niños (70%). La edad promedio de este subgrupo fue de 7,90 años.

La prevalencia del TDAH fue mayor para el sexo masculino (7,10%) que para el femenino (3,05%); igualmente, fue mayor para el nivel socioeconómico medio (4,82%) que para el bajo o el alto (2,79 y 2,54%, respectivamente). Sin embargo, debido a las características del muestreo y a la mortalidad experimental, hubo una menor cantidad de sujetos en el nivel bajo, lo cual constituyó un sesgo.

La prevalencia de cada uno de los subtipos revela que existe un predominio del subtipo combinado (7,61%), seguido por el hiperactivo-impulsivo (2,03%) y, por último, el desatento (0,51%). Al profundizar en el análisis de acuerdo al sexo se observa la misma distribución de los subtipos expresada en la caracterización de la muestra global. En la muestra de niñas no se evidenció ningún caso del subtipo desatento (Tabla III).

Para el grupo de niños menores de 5 años y el grupo de mayores de 12 años, la frecuencia del diagnóstico del TDAH fue menor (0,76 y 0,25%, respectivamente). Por el contrario, el grupo de 6-8 años obtuvo la mayor frecuencia de la muestra (6,85%). El análisis por grupos de edad en los dos sexos por separado, revela que para los varones de 3-5 años, el subtipo predominante es el hiperactivo-impulsivo, mientras que para el grupo de 6-8 y de 9-11 el subtipo combinado es el más prevalente (3,55 y 1,52%, respectivamente). Para las niñas se observaron las mismas relaciones entre subtipos y edades: subtipo hiperactivo-impulsivo más prevalente para el grupo de 3-5 años (0,25%); para los 6-8 y de 9-11 el subtipo combinado es el más prevalente (2,03 y 0,51%, respectivamente). El subtipo desatento no se presentó en el género femenino (Tabla IV).

Los casos comunicados sólo por los padres constituyeron el 44% de todos los casos identificados, seguidos por la evaluación de los maestros (38%), y por los casos en los que coincide lo comunicado por los padres y los maestros (18%) (Figura).

El desempeño de los sujetos de la muestra en las diferentes pruebas neuropsicológicas indica un funcionamiento dentro de los intervalos promedio, donde el CI corresponde a la clasificación promedio (CI=88), con mejor ejecución en las subpruebas de lectura (0,86), que en las de escritura (0,61). Existe una tendencia a un menor CI para los sujetos del subtipo desatento (CI=75), al compararlo con el subtipo combinado (CI=86) y el hiperactivo-impulsivo (CI=95). Sin embargo, el reducido número de sujetos en los subtipos desatento e hiperactivo-impulsivo entorpecen la realización de un análisis más profundo (Tabla V).

En cuanto a la historia de desarrollo, la tabla VI muestra que la gran mayoría de la muestra (65%) no presentó dificultades o ingirió café o nicotina durante el embarazo. Asimismo, el 82,5% no comunicó dificultades o complicaciones perinatales. Las complicaciones notificadas incluyen ictericia, prematuridad y eclampsia. En cuanto a dificultades presentes durante la infancia, el 80% niega la presencia de algún tipo de problema durante este período. El 20% restante comunica cólicos, problemas de sueño y otitis. Ninguno de los niños de la muestra había repetido algún grado, ni había recibido medicación para los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad hasta el momento de la evaluación.

DISCUSIÓN

Tal y como se comunicó en nuestro estudio inicial, las cifras de prevalencia del TDAH en nuestra población oscilan en torno a las cifras medias notificadas en otros países [6-7, 15]. En este trabajo, que emplea métodos de evaluación multidimensional, se obtuvo unas cifras ligeramente más elevadas que en nuestro estudio inicial, pero no significativamente diferentes.

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 hiperactivo-impulsivo y, por último, el predominantemente desatento [16, 17].

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 [3,4,18,19]. 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 de 2:1 favorable al género masculino.

En el análisis de los subtipos de acuerdo al sexo se observa que, a diferencia de 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, y presentan mayor cantidad de problemas de conducta [20-22], en nuestra muestra no existe una mayor prevalencia del subtipo desatento para el sexo femenino; en efecto, no se comunicó ningún caso de este subtipo para las niñas. Hubo notificaciones del subtipo hiperactivo-impulsivo para las niñas, pero la frecuencia fue mayor para los varones.

Otros de los factores de riesgo identificados para el TDAH es el nivel socioeconómico bajo [3]. Sin embargo, debido a la mortalidad experimental, la representatividad del nivel socioeconómico bajo disminuyó y sesgó la muestra; la prevalencia fue mayor para el nivel socioeconómico medio, sin diferencias porcentualmente significativas entre el nivel socioeconómico bajo y alto.

Las condiciones prenatales y perinatales son factores que se han señalado como factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología en niños [16, 17]. En nuestra muestra, la mayor parte no presentó problemas durante el embarazo o el parto. Un punto importante de nuestros hallazgos radica en el hecho de que ninguno de los niños identificados con TDAH recibía tratamiento para los síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad, lo cual sugiere un problema de subidentificación del problema y de no acceso al tratamiento [19].

El desarrollo de los síntomas del TDAH, usualmente, indica la aparición de los síntomas de hiperactividad/impulsividad en edades tempranas, con la aparición posterior de los síntomas de desatención [17,23,24]. Los resultados aquí descritos indican que el subtipo predominantemente hiperactivo/impulsivo es más prevalente para el grupo de niños menores (3-5 años), el subtipo combinado se presentó en los grupos de edad media (6-11 años), mientras que el subtipo predominantemente desatento fue prevalente para los grupos de más edad (9-13 años). Estos hallazgos sugieren que la edad se relaciona estrechamente con la manifestación de los síntomas de desatención e hiperactividad-

Tabla VI. Historia de desarrollo

	<i>n</i>	%
Problemas durante el embarazo		
Café	9	22,5
Cigarrillos	1	2,5
Antibióticos	3	7,5
Hipertensión	1	2,5
Sin problemas	23	65
Problemas durante el parto		
Ictericia	2	5
Prematuro	1	2,5
Hipertensión	4	10
Sin problemas	30	82,5
Infancia		
Cólicos	6	15
Problemas de sueño	1	2,5
Otitis	1	2,5
Sin problemas	32	80

impulsividad. Sin embargo, el reducido número de casos de los subtipos desatento e hiperactivo-impulsivo requiere cautela en su interpretación.

Al igual que en el estudio epidemiológico piloto [7], se observó una marcada diferencia entre el número de casos comunicados por los padres y los maestros; la mayor proporción fue la identificada por los padres, y la menor proporción correspondió al acuerdo entre padres-maestros en la identificación de casos. Estos hallazgos los respaldan otros estudios, donde se manifiesta que los padres perciben a los niños con mayores problemas de conducta e hiperactividad que los profesores [25-27].

La evaluación de las habilidades neuropsicológicas de la muestra revela que los niños con TDAH poseen CI dentro del intervalo promedio y sus habilidades de lectoescritura se encuentran dentro del promedio esperado para su edad y escolaridad. Con estos resultados, se corrobora la hipótesis que sugiere que los niños con TDAH poseen un funcionamiento cognitivo y académico promedio para su edad y escolaridad [28,29].

El proceso de muestreo, y el hecho de ser un estudio de muestras comunitarias, se convierte en una limitación, y hace necesario el estudio de estas mismas características epidemiológicas en una muestra de niños marabinos con TDAH pertenecientes a una muestra clínica.

En conclusión, se confirma la prevalencia del TDAH en la población venezolana, con una distribución de subtipos y de acuerdo al sexo similar a las comunicadas por la literatura. Es importante considerar la cultura como uno de los factores a incluir como variable moderadora de la conducta infantil y responsable de la variabilidad en las cifras de prevalencia del TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Peña JA, Montiel-Nava C. El trastorno por déficit de atención-hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol* 2003; 36: 173-9.
6. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
7. Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zuruga 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.
8. Conners K. Conners' rating scales-revised. Technical manual. New York: Multi-Health System; 1997.
9. Montiel-Nava 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; 1999 [manuscrito no publicado].
10. Wechsler D. WISC-III. Wechsler intelligence scale for children. 3 ed. Manual. The Psychological Corporation. New York: Harcourt Brace; 1991.
11. Wechsler D. WPPSI-R. Wechsler preschool and primary scale of intelligence-revised. Manual. The Psychological Corporation. New York: Harcourt Brace; 1989.
12. Satler JM. Assessment of children. WISC-III y WPPSI-R supplement. San Diego, CA: Jerome M. Satler, Publisher; 1992.
13. Wechsler D. WISC-R manual: Wechsler intelligence scale for children-revised. New York: The Psychological Corporation; 1974
14. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan MK, Schwab-Stone M. Diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 28-38.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
16. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. New York: The Guilford Press; 1998.
17. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
18. 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.
19. 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.
20. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 36-42.
21. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1673-85.
22. 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.
23. Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 836-41.
24. Hinshaw SP. Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 893-903.
25. Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JP, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 308-13.
26. 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.
27. 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.
28. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 50-8.
29. 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.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN UNA MUESTRA DE 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 con hiperactividad (TDAH) en niños en edad escolar. Pacientes y método. Se administraron diferentes pruebas conductuales y cognitivas a una muestra comunitaria de niños entre 3 y 13 años, extraída a través de un muestreo en varias etapas y estratificado por nivel socioeconómico y escolaridad. La muestra estaba constituida por 394 niños; el 33,25% (n = 131) fueron niñas, y el 66,75% (n = 263), niños. La edad promedio de la muestra fue 7,64 años (DE: 2,33). La batería de evaluación incluyó las escalas de Conners revisadas para padres y maestros, la versión abreviada de la escala Wechsler para niños, 3.ª edición (WISC-III) y para preescolares revisada (WPPSI-R), unas escalas de aprovechamiento académico, historia de desarrollo, y la DISC-IV. Resultados. La prevalencia estimada del TDAH fue del 10,15%, y se obtuvo un 2,03% para el tipo hiperactivo, 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 3:1. La ejecución de los sujetos en las medidas cognitivas y académicas estuvo dentro del intervalo promedio. Conclusiones. Las cifras de prevalencia del TDAH en nuestra población oscilan alrededor de los datos promedios comunicados en otros países. Este estudio confirma la prevalencia del TDAH en la población venezolana, con una distribución de los subtipos y por sexos similar a lo descrito en la bibliografía. [REV NEUROL 2003; 37: 815-9]

Palabras clave. Epidemiología. Prevalencia. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PERTURBAÇÃO POR DÉFICE ATENCIONAL E HIPERACTIVIDADE NUMA AMOSTRA DE CRIANÇAS DE MARACAIBO

Resumo. Objetivo. Este estudo comunica os resultados de uma investigação dirigida a determinar o índice de prevalência da perturbação por défice atencional e hiperactividade (PDAH) em crianças de idade escolar. Doentes e método. Foram realizadas diferentes medidas comportamentais e cognitivas a uma amostra comunitária de crianças com idade entre os 3 e os 13 anos, escolhida através de uma amostragem polietápica e estratificada por nível sócio-económico e de escolaridade. A amostra era constituída por 394 crianças; 33,25% (n = 131) do género feminino e 66,75% (n = 263) do masculino. A idade média da amostra era 7,64 anos (DP = 2,33). A bateria de avaliação incluiu as escalas de Conners revistas para pais e professores, a versão abreviada da escala de Wechsler para crianças, III edição (WISC-III) e para pré-escolares, revista (WPPSI-R), umas escalas de aproveitamento académico, história do desenvolvimento, e a DISC-IV. Resultados. A prevalência estimada da PDAH foi de 10,15%, e obteve-se 2,03% para o tipo hiperactivo, 0,51% para o subtipo desatento, e 7,61% para o subtipo combinado. A prevalência foi maior para o género masculino, numa proporção de 3:1. A execução dos sujeitos nas medidas cognitivas e académicas esteve dentro do intervalo médio. Conclusões. Os valores de prevalência da PDAH na nossa população oscilam entre próximo dos dados médios comunicados em outros países. Este estudo confirma a prevalência da PDAH na população venezuelana, com uma distribuição de subtipos, e de acordo com o género semelhante às descritas na bibliografia. [REV NEUROL 2003; 37: 815-9]

Palavras chave. Epidemiologia. Perturbação por défice atencional e hiperactividade. Prevalência.