

Gabriela A. Gallardo-Saavedra¹
María del Consuelo Martínez- Wbaldo²
Ana L. Padrón-García³

Prevalencia de TDAH en escolares mexicanos a través de un cribado con las escalas de Conners 3

¹Doctorado en Educación Directora del "Centro Cultural de San Gabriel" ubicado en León, Guanajuato

²Doctor en Salud Pública, Jefe de Servicio de Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra en la Ciudad de México

³Maestría en Psicoterapia Jefe de Servicio de Educación Continua del Instituto Nacional de Rehabilitación Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra en la Ciudad de México

Introducción. La prevalencia del Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad TDHA en población infantil varía debido a la metodología empleada, en México el sector salud reconoce dificultades para medirla y tratarla, así la OMS recomienda realizar cribados en poblaciones con probabilidad de presentarla. El objetivo fue medir la prevalencia de TDAH con propósitos de cribado en escolares de segundo grado, su comorbilidad, y describir la experiencia utilizando la versión 3 de la escala de Conners.

Método. Estudio observacional descriptivo, con propósito de cribado aplicando las versiones cortas a padres y maestros de 3,985 escolares en una muestra de 55 escuelas públicas obtenidas al azar de dos delegaciones en la Ciudad de México, los casos fueron referidos a psicología y Psiquiatría para corroborar diagnóstico y tratamiento.

Resultados. Se detectaron 458(16%) casos, por ambos informantes, el subtipo prevalente fue hiperactivo en ambos sexos con predominio masculino, los problemas de aprendizaje y funciones ejecutivas más frecuentes en niñas con subtipos hiperactivo y combinado, solo completaron la evaluación psicológica 150 escolares y 127 acudieron con el paidopsiquiatra, quien confirmó 72% de los casos.

Conclusiones. La prevalencia con fines de cribado, subtipo de TDAH y género afectado es semejante a la reportada en la literatura, la comorbilidad identificada por ambos informantes es una ventaja que ofrece la escala Conners 3, la limitante para corroborar el diagnóstico fue la resistencia de los padres para acudir con los especialistas. Es necesario orientar e informar más a los padres sobre el trastorno para lograr una mejor participación.

Palabras clave: TDAH, Niños, Comorbilidad

Correspondencia:

María del Consuelo Martínez Wbaldo
Instituto Nacional de Rehabilitación, Torre de Investigación 1er. Piso
Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan,
C.P.14 389 México, Distrito Federal
Tel.: 59991000 ext. 12306
Correo electrónico: sociomedica56@yahoo.com.mx, mmartinez@inr.gob.mx

Actas Esp Psiquiatr 2019;47(2):45-53

Prevalence of ADHD in Mexican schoolchildren through screening with Conners scales 3

Introduction. The prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children varies due to the methodology used. In Mexico, the health sector recognizes difficulties in measuring and treating it, so the WHO recommends carrying out screening in populations with a probability of presenting it. The objective was to measure the prevalence of ADHD for screening purposes in second-grade students, their comorbidity, and to describe the experience using version 3 of the Conners scale.

Method. Descriptive observational study, with the purpose of screening, applying the short versions to parents and teachers of 3,985 schoolchildren in a sample of 55 public schools obtained at random from two delegations in Mexico City, the cases were referred to psychology and psychiatry to corroborate diagnosis and treatment. Results We detected 458 (16%) cases, both informants, the prevalent subtype was hyperactive in both sexes, predominantly male, learning problems and executive functions more frequent in girls with hyperactive and combined subtype, only completed the psychological evaluation 150 schoolchildren and 127 attended with the paidopsiquiatra, who confirmed 72% of the cases.

Conclusions. The prevalence for screening purposes, subtype of ADHD and affected gender is similar to that reported in the literature, the comorbidity identified by both informants is an advantage offered by the Conners scale 3, the limiting factor to corroborate the diagnosis was the resistance of the parents to go with the specialists. It is necessary to guide and inform parents more about the disorder to achieve better participation.

Key Words: ADHD, Child, Comorbidity

INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un padecimiento neuropsiquiátrico común en la población infantil, su prevalencia a nivel mundial es referida entre 3 y 7%¹. La prevalencia en Latinoamérica para la población escolar se reporta entre el 2,4% y 19,8%, predominando en el sexo masculino con una relación de 4/12² en las niñas se observa en menor grado la hiperactividad e impulsividad, dificultando su diagnóstico³.

Entre los factores que explican la variación de prevalencias de 1-2%, en Europa, 20% en Norteamérica y más del 20% en países en desarrollo están: la variabilidad histórica de los criterios utilizados para definir los casos, tipo de instrumento utilizado, si se realiza con fines de tamizaje o diagnóstico, los puntos de corte, el tipo de población a evaluar (clínica o comunitaria), la edad de los evaluados (infantil, adolescente o adultos), o quienes dan la información (padres, maestros, el propio sujeto), algunos autores mencionan que una prevalencia alta del 17% puede incluir un número considerable de falsos positivos⁴. Mientras que otros autores refieren que utilizar los criterios del DSM-IV en escolares la prevalencia se espera sea mayor a 15%⁵.

En los meta-análisis se considera que puede existir un sobrediagnóstico y sobre-tratamiento en la prevalencia de problemas de salud mental en niños y adolescentes⁶ pero en relación con el déficit de atención aun cuando la prevalencia ponderal ha variado de 1,7% a 17,8%⁷ la cifra alrededor del 3% se considera prevalencia mediana, la cual ha aumentado del 3% al 4% cuando se aplican los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) por sus siglas en inglés en población de 5 a 17 años⁸.

En México el TDAH es considerado un problema de salud pública, la Secretaría de Salud ha manifestado su dificultad para medirla, en el 2001 se estimó en 1.500.000 menores de 14 años. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) refieren que uno de cada 3 niños que acuden a consulta lo hace por presentar TDAH. En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es la primera causa de consulta y existe una demanda continua de atención en los centros de atención del Desarrollo Integral de la Familia (DIF)⁹.

De acuerdo a los reportes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" la tasa de TDAH es del 28,6% en niños; y de 40% en adolescentes en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", algunos estudios en los estados de la República Mexicana muestran tasas como del 23,4% en Durango; Obregón sonora, 19,5%; Jalisco, 14,6%; Tlalnepantla, Estado de México 15%¹⁰⁻¹³.

La alta demanda de escolares con probable TDAH, sobrecarga los servicios de atención a salud mental infantil, pues generalmente son referidos por los maestros, quienes

manifiestan tener entre 3 y 5 alumnos con problemas de conducta y que un solo alumno de estos puede alterar la dinámica de la clase e interferir en la enseñanza aprendizaje del grupo¹⁴.

Para detectar patologías en poblaciones aparentemente sanas con probabilidad de presentarlas, la OMS recomienda realizar cribados mediante pruebas sencillas¹⁵ y que cubran los criterios de Wilson y Jurgén¹⁶. La mayoría de instrumentos utilizados para la evaluación del TDAH se basan en los criterios del DSM en sus diferentes versiones (II, III, IV, y V) con gran aceptación por sus propiedades psicométricas sólidas¹⁷. En ellas se destaca: que los síntomas deben haberse presentado antes de los 7 años; al menos 6 meses antes de su evaluación; y manifestarse en dos contextos (escuela y hogar). Criterios cubiertos por los escolares de segundo grado de primaria evaluados en el presente estudio, asimismo diversas investigaciones refieren que los padres y maestros son fuentes fiables para la identificación de conductas coincidentes con este padecimiento¹⁸.

Las escalas de Conners son un instrumento muy utilizado para identificar el TDAH en actividades como el cribado, diagnóstico e investigación a través de formatos para padres y maestros¹⁹. La versión de Conners 3 sustentada en los criterios de DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) permite la evaluación de sujetos entre 6 y 18 años, individualizados por grupo de edad y género, las versiones cortas para padres y maestros contienen 45 y 41 reactivos identificando los subtipos, mediante las subescalas: hiperactividad (conductas impulsivas, hiperactivas y de inquietud) e inatención (dificultad para concentrarse, mantenerse atento para iniciar o terminar actividades), y además evalúan problemas de aprendizaje (bajo rendimiento académico); funciones ejecutivas (dificultad para iniciar y terminar actividades, organizar, planear); problemas de agresión (conductas desafiantes, destructivas, amenazantes); y problemas para socializar (dificultad para integrarse con sus compañeros y familiares). La versión para maestros no evalúa las funciones ejecutivas²⁰.

La calificación de reactivos es de acuerdo a la frecuencia de la conducta con "0" si nunca la presenta; "1" ocasionalmente; "2" de manera frecuente; y "3" muy frecuentemente. Los números naturales se convierten en T-Score que va del 40 al 90, el punto de corte para considerar caso es un T-Score por arriba de 65 en ambas escalas padres-maestros.

El coeficiente de consistencia interna en la versión padres presenta un alfa de Cronbach de 0,91 (rango 0,85-0,94), y para maestros de 0,94 (rango 0,83-0,93) comparadas con los síntomas del DSM-IV TR cuyos coeficientes fueron para padres de 0,90 (rango 0,83-0,93) y para maestros 0,90 (rango 0,77-0,95) determinados en la validación de la escala²⁰.

Considerando que las prevalencias en México se han medido en escolares de diferentes grados utilizando los criterios del DSM-IV que solo detectan casos y subtipos, decidimos estudiar una población más uniforme en edad y grado de que acuden a escuelas públicas en zonas urbanas de condiciones socioeconómicas semejantes por medio de un tamizaje utilizando las escalas de Conners, que permiten identificar casos, subtipos y la comorbilidad más frecuente, aprendizaje, agresión y problemas de socialización. Enfrentando la problemática que conlleva el diseño del estudio y la participación de padres y maestros.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio observacional, transversal, de tipo descriptivo.

Población y muestra

Debido a que al inicio del período escolar se ignora el número de grupos y alumnos de segundo grado y solo se tiene la variable fija que son las escuelas, se calculó un tamaño de muestra de escuelas considerando el número de estas en ambas delegaciones, utilizando la fórmula para proporciones en poblaciones finitas: $n = N Z^2 p^*q/d^2 (N-1) + Z^2 p^*q$, con los siguientes valores: $N = 151$ escuelas, $Z = 1,96$ (95% de confianza), $d =$ con un error muestral del cinco por ciento, $p =$ una proporción del cincuenta por ciento (cuando no se sabe la prevalencia de escuelas) y una $q =$ que es igual a $1-p$, el tamaño fue de 49 escuelas más el 10% esperado por pérdidas hizo un total de 55, tomando como marco muestral la lista de escuelas por zonas escolares se hizo una selección aleatoria simple y proporcional a las zonas escolares de cada delegación, obteniéndose 25 escuelas de 21 zonas escolares, para la delegación "A"; y 30 escuelas de 24 zonas escolares, para la delegación "B", las unidades de estudio fueron el total de padres y maestros de los escolares de segundo grado de las escuelas seleccionadas durante el periodo escolar 2010-2011.

Los criterios de inclusión fueron: ser padres y maestros de escolares que cursan el segundo grado de primaria, ambos sexos, edad entre 7 y 10 años, sin diagnóstico y tratamiento previo de TDAH, los de exclusión, ser padres y maestros de escolares que cursan el segundo grado, ambos sexos, que no hayan sido diagnosticados y/o se encuentren en tratamiento de otros padecimientos neurológicos y psiquiátricos.

Instrumentos de evaluación

Las escalas de Conners 3 versión corta traducida al español, versión padres y maestros, con 45 y 41 reactivos respec-

tivamente, calificadas con formatos diferentes por género y para sujetos entre 6 y 12 años.

Análisis estadístico

Se realizó con el software SPSS V.19 utilizando estadística descriptiva, porcentajes y tablas de contingencia para mostrar los resultados de las subescalas entre los informantes de las conductas y entre delegaciones.

Procedimiento

Previo autorización y conocimiento de las autoridades de la Secretaría de Educación Pública, Directores de las escuelas seleccionadas y maestros de 2º Grado, se programó la visita de 12 psicólogas quienes acudieron 7 a 5 planteles cada una; y 5 a 4 planteles para dar orientación a los maestros de segundo grado en el llenado de la escala de Conners de cada uno de sus alumnos y para apoyar a los padres a resolver la escala correspondiente en una reunión programada en cada escuela, los maestros tuvieron 60 días para completar esa actividad con apoyo de 2 a 3 visitas más por parte de las psicólogas.

Una vez aplicadas las escalas en todas las escuelas, se calificaron y capturaron en una base de datos primero por escuela y después en una base global, se parearon ambos formatos (padre-maestro) considerando "caso" cuando ambos formatos presentaron puntajes T-score mayor a 64 en las dimensiones Inatención, Hiperactividad o en ambas, lo que permitió además determinar los subtipos de TDAH y evaluar las otras dimensiones de la escala, (problemas de aprendizaje, de agresión y para socializar así como los problemas en funciones ejecutivas).

Solamente los escolares identificados como casos, fueron referidos a la institución médica responsable de la investigación, entregando en cada centro escolar un formato de referencia de cada alumno detectado a sus padres y programando sus citas al área de Psicología y Paidopsiquiatría hasta por 3 ocasiones y con recordatorio telefónico hasta en 3-5 ocasiones a quienes fueron llevados para continuar su evaluación, se les pidió firma de un consentimiento informado por parte de los padres, se les evaluó su coeficiente intelectual con la escala de inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV) en el área de psicología, aplicándose el test en 2 sesiones, después fueron referidos previa programación al servicio de paidopsiquiatría del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" para confirmar el diagnóstico e iniciar su tratamiento.

Al final de la investigación, se entregó un informe global de resultados sobre casos y no casos a las autoridades de la Secretaría de Educación Pública, Directores y maestros de

cada centro escolar estos últimos informaron a los padres de familia participantes, independientemente de haberse entregado informe previo a los casos. Los datos fueron capturados en una base de datos global para su análisis.

RESULTADOS

Participaron en el presente estudio los padres y maestros de 3.985 escolares de segundo grado de una muestra aleatoria de 55 escuelas primarias federales turno matutino de dos delegaciones de la Ciudad de México las cuales se denominaron "A" y "B", para la delegación "A" 25(45,4%) escuelas y 30(54,5%) para la "B", la edad de los escolares fue entre 6 y 8 años, con un promedio de $6,94 \pm 0,291$ para la primera y de $6,97 \pm 2,41$ en la segunda, la resolución de cuestionarios fue mayor por parte de los maestros en ambas delegaciones, la participación de padres y maestros fue mayor en la Delegación "B" así como el porcentaje de cuestionarios pareados (Ver tabla 1).

De 2.832 cuestionarios pareados en ambas delegaciones 458(16%) casos fueron positivos, el subtipo hiperactivo fue el más frecuente en ambos sexos y en ambas delegaciones, predominando en el sexo masculino seguido en frecuencia por el subtipo combinado en el sexo masculino delegación "A" y femenino delegación "B" (Ver tabla 2).

En relación a las otras dimensiones que permite identificar la escala Conners 3, ambos informantes coincidieron con un mayor porcentaje para "problemas de aprendizaje", "para socializar" así como "problemas de aprendizaje y funciones ejecutivas" en sujetos femeninos con subtipo hiperactivo y "problemas de agresión" en escolares masculinos con subtipo hiperactivo (Ver Tabla 3).

Los 458 escolares detectados fueron referidos a la Institución responsable de este estudio, solamente 351(76%) padres de familia aceptaron programar una cita con los especialistas, al final, solo 150 completaron su evaluación psicológica, el coeficiente intelectual obtenido en 70(47%) de ellos fue "promedio" con puntajes entre (90-119) y promedio bajo (80-89) en un 29% (Ver tabla 4).

Tabla 1		Perfil sociodemográfico de los participantes en el Cribado de TDAH en 2 Delegaciones de la Ciudad de México	
Variables sociodemográficas		Delegaciones de la Ciudad de México	
		"A"	"B"
Escuela estudiadas		25(45,4%)	30(54,5%)
Alumnos por delegación		2.034(51%)	1.950(49%)
Edad			
	6 años	153(4%)	87(2%)
	7 años	1.854(46%)	1.835(46%)
	8 años	27(1%)	28(1%)
	media y D.E.	$6,94 \pm 0,291$	$6,97 \pm 2,41$
Sexo			
	masculino	1.054(51,8%)	996(51,1%)
	femenino	980(48,2%)	954(48,9%)
Cuestionario resuelto por los padres		1.522(74,8%)	1.469(75,3%)
Cuestionario resuelto por los maestros		1.672(82,2%)	1.725(88,5%)
Cuestionarios pareados por Delegación		1.416(69,6%)	1.416(72,6%)
Escolares con TDAH por delegación		237(16,5%)	221(15,9%)

Tabla 2 Resultados de 458 casos detectados con TDAH por 2832 pares de informantes distribuidos por Delegación, género y Subtipo							
Subtipo de TDAH	Delegación "A"			Delegación "B"			total
	Masculino	Femenino	suma	Masculino	Femenino	suma	
Inatento	32(1,10%)	35(1,21%)	67(2,31%)	31(1,09%)	26(0,91%)	57(2,00%)	
Hiperactivo	50(1,72%)	49(1,69%)	99(3,41%)	45(1,58%)	42(1,48%)	87(3,07%)	
Combinado	31(1,07%)	40(1,38%)	71(2,45%)	44(1,55%)	33(1,16%)	77(2,71%)	
Total			237(8%)			221(8%)	458(16%)

Tabla 3 Porcentaje de problemas detectados por ambos en informantes en 4 dimensiones de la Escala de Conners 3, distribuidos por subtipo de TDAH y género			
Dimensiones de la escala de Conners 3	Sub-tipo de TDAH	Masculino	Femenino
Problemas de Aprendizaje	Inatento	13(22%)	7(10,6%)
	Hiperactivo	12(13,6%)	15(15,2%)
	Combinado	10(13%)	14(20%)
Problemas de Agresión	Inatento	10(16,9%)	9(13,6%)
	Hiperactivo	24(27,3%)	15(15,2%)
	Combinado	15(19,5%)	4(5,7%)
Problemas para Socializar	Inatento	15(25,4%)	4(5,7%)
	Hiperactivo	14(15,9%)	29(29,3%)
	Combinado	21(27,3%)	25(35,7%)
Problemas de Aprendizaje + Función Ejecutiva	Inatento	18(30,5%)	11(16,7%)
	Hiperactivo	18(20,5%)	19(19,2%)
	Combinado	16(20,8%)	20(28,6%)

Tabla 4 Resultados del nivel del Coeficiente Intelectual medido con WISC-IV a 150 escolares provenientes del Cribado de TDAH utilizando las escalas cortas de Conners 3		
Nivel de puntaje obtenido por el WISC-IV	Núm.	%
Promedio alto (110-119)	3	1
Promedio (90-109)	70	47
Promedio bajo (80-89)	43	29
Limítrofe (70-79)	28	19
Promedio muy bajo (menos de 69)	6	4

Finalmente, solo 127 sujetos fueron llevados al servicio de Paidopsiquiatría de los que 91(72%) confirmaron su diagnóstico de TDAH, 18% presentaron problemas neurológicos, 13% otros trastornos psiquiátricos y 5% problemas familiares, ningún escolar sin TDAH fue evaluado por este servicio para corroborar su diagnóstico de "no caso" (Ver Tabla 5)

DISCUSIÓN

La aplicación de las escalas de Conners 3 a toda la población de padres y maestros de escolares de un mismo grado en una muestra de 55 escuelas seleccionadas al azar fue un gran esfuerzo, pero factible, con la ventaja de que el instrumento utilizado contiene los 18 reactivos que utiliza el

Tabla 5 Resultados de la evaluación del Paidopsiquiatra de 127 escolares provenientes del Cribado de TDAH		
Área afectada	Diagnóstico	Resultados
	TDAH confirmado	91(72%)
Neurológica	Crisis convulsivas	2
	Enuresis	2
	Problema de aprendizaje	6
	Problema de lenguaje	6
	Retraso mental	2
Psiquiátrica		18(14%)
	Depresión mayor	1
	Trastorno de adaptación	1
	Trastorno de ansiedad	3
	Trastorno de las emociones	3
	Trastorno nutricional	1
	Otros	4
Familiar		13(10%)
	Disfunción familiar	2
	Mal manejo familiar	3
		5(4%)
	Total	127(100%)

DSM-IV para detección de TDAH y otros más para detectar comorbilidad^{18,19} y además de que la información obtenida de padres y maestros es considerada fiable²⁰ la participación

del 75% para padres y 85% para maestros fue más alta que la reportada en otros estudios que la consideran buena pues nunca se ha logrado el 100%, y aunque se redujo al parecer

los formatos a 71% este porcentaje también superó los reportes hechos anteriormente a este respecto consideradas como buenas²¹.

Los escolares en ambas delegaciones presentan datos semejantes en número, edad y sexo, aun cuando la participación de los padres y maestros fue discretamente más alta para la Delegación B, con menos escolares, porcentualmente la tasa de casos también fue similar con una prevalencia del 16% semejante a la publicada en escolares latinoamericanos con edades entre 4 y 17 años, así como una tasa esperada mayor de 15% pronosticada para aquellos estudios que se realizan con propósitos de cribado con escalas que utilizan los criterios del DSM-IV⁵ como es el caso de las escalas de Conners 3.

De igual manera coincidimos con otros autores sobre el subtipo de TDAH denominado hiperactivo con repercusión predominante en el sexo masculino, aunque la mayoría de estudios refiere que el tipo inatento predomina en las niñas en este estudio también el sexo femenino destacó con el subtipo hiperactivo seguido del combinado esto puede deberse a que actualmente hay menos restricciones para la conducta de las niñas lo que permite identificar la hiperactividad como lo han referido otros autores²²⁻²⁷. Asimismo, estos subtipos de TDAH se ven asociados con mayor frecuencia a problemas de aprendizaje, conducta y socialización²⁸.

Con respecto a la decisión de realizar el cribado solo en escolares de segundo grado, se tomó en consideración que estos cumplen con los criterios para detectar TDAH mencionados en el DSM-IV y que su edad es la más favorable para la detección del trastorno, pues de acuerdo a algunos autores no se recomienda realizar la detección a edades más tempranas debido a las características del desarrollo neurobiológico de los niños, la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas así como la inhibición de respuesta del control motor no están bien desarrolladas lo que impide que haya claridad en el diagnóstico²⁹.

Otros autores han incluido en sus estudios de cribado de TDAH escolares de primero a sexto grado de primaria o incluso secundaria, provocando una disminución en la prevalencia, sin embargo el número de casos detectando es mayor en escolares con edad entre 7 y 8 años que corresponde a los de segundo grado³⁰ la población participante en las dos delegaciones fue semejante en relación a la edad y género y aun cuando hubo más niños en la delegación "A" los casos de TDAH son porcentualmente semejantes en ambas delegaciones. Asimismo hay reportes que indican que los escolares de segundo grado disminuyen su hiperactividad con respecto a la mostrada en el primer grado cuando no son probables candidatos a padecer el trastorno³¹.

Aun cuando la concordancia para identificar problemas de aprendizaje, funciones ejecutivas, agresión y socialización

entre los informantes fue pobre en este estudio, estas manifestaciones fueron más frecuentes para el subtipo hiperactivo con predominio en los niños como se refiere en otros estudios que reportan comorbilidad que acompaña al trastorno³²⁻³⁵ además de una mala calidad de vida, situación que comparten con el subtipo inatento (Escobar), y los problemas de aprendizaje y funciones ejecutivas que predominan en los mismos subtipos³⁶.

La limitante más importante en este estudio fue la baja participación de los padres para acudir a corroborar el diagnóstico, a pesar de que el 85,4% reconocen este trastorno como una enfermedad, incluso aun detectando síntomas de TDAH en sus hijos rechazan que ellos lo padezcan como lo reportan otros autores³⁷.

En algunas investigaciones el Coeficiente intelectual ha sido utilizado para completar la identificación de TDAH³¹ en este estudio el 47% presentó un C.I. promedio y promedio bajo 27% lo cual puede estar relacionado con un déficit de funciones ejecutivas consideramos nuestro acuerdo en que el problema de estos sujetos es su falta de disponibilidad ante la tarea y no su falta de capacidad³⁸ por lo que es recomendable evaluarlas junto con la detección de TDAH.

Con resistencia aun mayor los padres se negaron a continuar su evaluación con el psiquiatra y solo acudió una tercera parte de los casos 127(28%), confirmándose el diagnóstico en 91(72%) de los casos, el resto también presentó padecimientos relacionados con tratamiento de esta especialidad. Lo escaso de estos datos y la falta de evaluación de escolares identificados como no casos., nos impide medir la sensibilidad y especificidad de la escala así como los valores VPP y VPN como se ha hecho con otros instrumentos³⁹.

Aunque el psiquiatra es el profesional idóneo para dar el tratamiento en estos casos, hay evidencia que los padres consideran que el tratamiento debe realizarlo un psicólogo y después en frecuencia, un psiquiatra, o un pediatra, y además prefieren el tratamiento psicológico por considerarlo más útil mostrándose temerosos de acudir con su hijo a un psiquiatra, esto podría ayudar a explicar la baja asistencia con el especialista. Es necesario informar y orientar más a los padres y maestros sobre diagnóstico y tratamiento del trastorno como es el caso del uso de otras alternativas de fármacos como la atomoxetina que conlleva buena eficacia y seguridad⁴⁰ y así hacer más eficiente la tarea de un cribado.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro reconocimiento y agradecimiento a la Fundación Gonzalo Rio Arronte, autoridades de la SEP a todos los profesionistas participantes de la Facultad de Psicología UNAM, del INR LGII, Hospital Pediátrico infantil "Juan N. Na-

varro", Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Directores, maestros y padres de familia participantes.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaramos que no existen.

BIBLIOGRAFÍA

- Barragán EP, De la Peña F, Ortiz S, Ruiz M, Hernández J, Palacios L, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007;64:326-43.
- Polanczyk GV, de Lima MS, Horta B, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and met regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
- Rucklidge JJ. Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother*. 2008;8(4):643-55.
- J. Narbona. Alta prevalencia de TDAH. ¿Niños trastornados. O sociedad maltrecha? *Rev Neurol*. 2001;32(3):229-31.
- Roberts W, Millich R, Barkley RA. Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping and prevalence ADHD in: Barkley RA, ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 4a. ed Guilford Publications 2004.
- Polanczyk GV, Salum G A, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol and Psychiatr*. 2015; 56(3):345-65.
- Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 1999;340:780-8.
- Costello E, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2005;44:972-86.
- Frenk Mora, J. Programa Especifico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006. Mexico City: Secretaria de Salud, 1-110. http://www.ssm.gob.mx/portal/pageprogramas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf. Consultado en diciembre 2016.
- Lares AI, Sosa M, Alanís R, Sánchez Guillé, G. Loera V, Galaviz C. Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital General de Durango, México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. 2010;67(1):27-36.
- Sánchez CO, Vázquez A. Frecuencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en alumnos de una escuela primaria de ciudad obregón, sonora. *Atención Familiar*. 2010;16(2):24-28.
- Cornejo-Escatell E, Fajardo-Fregoso BF, López-Velásquez VM, Soto-Vargas J, Ceja-Moreno H. Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de La zona noreste de Jalisco, México. *Rev Méd MD* 2015;6(3):190-5.
- Sánchez EL, Damián D. Detección e intervención a través del juego del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (tdah) *Rev Elect Psic Iztacala UNAM*. 2000;12(4):156-70.
- Palacios-Cruz L, de la Peña Olvera F, Figueroa V, Arias CG, de la Rosa Muñoz A, Valderrama PL, et al. Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. *Salud mental*. 2013;36(4):285-90.
- WHO 2015. detección precoz del cancer [Online]. <http://www.who.int/cancer/detección/en>. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=http://www.who.int/cancer/detección/en>
- enÑie=utf-8&toe=utf-8&tgws_rd=cr&tei=NeiVvcOgMdf_yQTW-7P4DA Consultado diciembre16.
- Benedicto AS. Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas. El lado oscuro de la fuerza. *HUMANITAS Humanidades Médicas*, 2008.
- Collett BR, Ohan JL, Myers KM. Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Accad Child Adolesc Psychiatr*. 2003;42(9):1015-37.
- Gianarris JW, Golden JCH, Greene L. The Conners' parent rating scales: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2001;21:1061-93.
- Conners CK. *Manual Conners 3rd Edition TM 2008-2009* Canada, Multi-Health Systems Inc.
- 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;25:605.
- Ullebo A, Maj-Britt P, Hejervang E, Obel C, Gillberg C. Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: effects of informant, gender and non-participation. *Soc psychiatr & psychiatr epidemiol*. 2012;47(5):763-9.
- Urzúa A, Dominic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños escolarizados. *Rev Chil Ped*. 2009;80(4): 332-8.
- Pineda DA, Ardila A, Rosselli M, Arias B, Henao GC, Gómez LF, et al. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in 4 to 17 year old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27:455-62.
- Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Fundema GDI. Confirmation of the high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community. *Rev Neurol*. 2001;32(3):217-22.
- Gabú M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 1997;36:1706-14.
- Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Jatten Disord* 2002;5:143-54.
- Cavallero V, Simón M: *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Trastornos específicos. Madrid: Pirámide. 2002.
- Escobar R, Hervas A, Soutullo C, Mardomingo M J, Uruñuela A, Gilaberte I. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(5):65-294.
- Magallóna S, Crespo-Eguílaza N, Ecaya M, Poch-Olivéb ML, Narbona J. Estilo comportamental al inicio del segundo año de vida: estudio retrospectivo en escolares afectados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. 2009;70(6):562-9.
- Ramos P, Díaz de la Cruz F. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad prevalencia de riesgo en el ámbito escolar de Canarias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):169-75.
- Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005;40(12):716-22.
- Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003;36(Supl 1),S68-78.
- Espin-Jaime JC, Cerezo-Navarro MV. Dietary supplements in child and adolescent psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017 Sep;45(Supplement):48-64.
- Ferre F, Cambra J, Ovejero M, Basurte-Villamor I. Influence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms on quality of life and functionality in adults with eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017 May;45(3):98-107.
- Estrada-Prat X, Álvarez-Guerrico I, Bleda-Hernández MJ, Camprodon-Rosanas E, Batlle-Vila S, Pujals-Altes E, Nascimento-

- Osorio MT, Martín-López LM, Álvarez-Martínez E, Pérez-Solá V, Romero-Cela S. Sleep study in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar children. *Actas Esp Psiquiatr.* 2017 Jan;45(1):12-20.
36. Romero-Romero H, Rivera-García L, Prieto C, Bernal-Hernández J, Guerrero-Juárez V, Silva P, et al. Funciones cognoscitivas y ejecutivas en el TDAH. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(6):2938.
37. Palacios LC, De la Peña O, Valderrama A, Patiño R, Silvia, Calle S, et al. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) *Salud Mental.* 2011;34:149-55.
38. Rodríguez C, Álvarez-García D, González-Castro P, González-Pineda J, Núñez J, Bernardo A, et al. El cociente intelectual y el género como factores mediadores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las dificultades de aprendizaje. *Aula Abierta.* 2009;37(1):19-30.
39. Alda D, Serrano T. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad concordancia entre la Impresión clínica y el cuestionario de cribado SNAP-IV. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013; 41(2):76-83.
40. Escobar R, Soutullo EC, San Sebastián C J, Fernández E, Julián I, Lahortiga F. Seguridad y eficacia de la atomoxetina en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): fase inicial durante 10 semanas en estudio de prevención de recaídas en una muestra española. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(1):26-32