

Estudio Multicentrico de Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la República Argentina¹

Licenciado Ruben O. Scandar

NOTA: El presente trabajo fue realizado por el Lic. Ruben Scandar durante su período a cargo del Departamento de Docencia e Investigación de la Fundación TDAH. La misma contribuyó al financiamiento de la investigación, facilitando la impresión de protocolos.

Resumen

El presente es el primer estudio de prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención realizado en la República Argentina. Se utilizó una muestra de inicial de 898 niños de 6 a 9 años correspondientes a los tres primeros años de escuelas primarias del Gran Buenos Aires que tras ser depurada quedó conformada por 801 niños de ambos sexos. Metodología: Para determinar el grado de prevalencia se utilizaron escalas y entrevistas estructuradas y se siguieron los criterios del DSM-IV¹ para realizar las presunciones diagnósticas y establecer los subtipos. Se realizaron dos conteos de síntomas, estableciéndose uno más conservador (EMTDA-H 90%) y aquel que se corresponde estrictamente con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

Resultados: Los niños que recibieron el diagnóstico según el ambos sistemas fueron del 4,99%. Los resultados según los criterios del DSM-IV fueron de 7,86 y la utilización de la escala más estricta, por su parte, arrojó una prevalencia del 5,24% Los resultados se muestran dentro de lo esperable, aunque la prevalencia en niñas encontrada sobrepasan aquellas que encontraron estudios similares en otros lugares.

1. Introducción

La importancia de los estudios de prevalencia es indudable. Sólo a través de ellos es posible ir más allá de las impresiones clínicas y conocer objetivamente la forma en que un determinado trastorno se presenta en una población determinada. Por otra parte, estos datos son de fundamental importancia a la hora de planificar medidas asistenciales adecuadas y para evaluar, con bases firmes, la necesidad de una capacitación específica por parte de los

¹ Los datos de esta investigación fueron originalmente presentados en las Jornadas de Actualización en TDAH, realizadas en el mes de marzo de 2003 en el Hospital Ramon y Cajal, Madrid, España.

involucrados (en este caso docentes y profesionales) con respecto a un problema determinado.

En la República Argentina, tanto la falta de recursos económicos, como el predominio de corrientes teóricas poco afectas a las investigaciones cuantitativas, dan por resultado una casi total ausencia de datos epidemiológicos en torno a los trastornos mentales. En este contexto, conocer la prevalencia de un trastorno que ha sido justamente catalogado como el más común de los trastornos psiquiátricos de inicio en la infancia resultaba esencial, sobre todo a la luz de la multiplicidad de instituciones (médicas, educativas, de esparcimiento, etc.) que deben día a día trabajar con niños que padecen de TDAH.

Las cifras más ampliamente difundidas, provenientes de países anglosajones indican que la prevalencia del TDAH oscila entre un 5 y un 7%^{2,3}, sin embargo otros estudios han encontrado números más altos que llegan al 15%⁴. Al buscar estudios en países latinoamericanos nos encontramos con resultados cuya amplitud es difícil de comprender, yendo desde el 5,1%⁵ hasta el 22%⁶.

Aunque las diferencias pueden obedecer a un sin fin de razones, las características biogénéticas del trastorno son un fuerte argumento en favor de la hipótesis de que gran parte de las discrepancias son atribuibles a al uso de metodologías variadas.

Es por eso que el presente estudio ha pretendido atenerse estrictamente a los criterios del DSM-IVTR e utilizar entrevistadores expertos, a fin de reducir al máximo el sesgo y obtener datos lo más fidedignos posibles.

2. Características de la Población

El estudio MP-TDAH-AR se realizó en siete escuelas del Gran Buenos Aires de la República Argentina sobre una población inicial de 898 niños el primer ciclo (1, 2 y 3 año) de las clásicamente denominadas escuelas primarias de la República Argentina (Hoy EGB). Por el momento de la administración, la amplitud etaria fue de los 6 a los 9 años, éstos últimos, recién cumplidos cursando el 3^{er} año. Las escuelas representaban sectores de clase media para un 40% de la muestra y de clase baja para un 60% de la misma. Esta distribución socioeconómica responde básicamente a la observada en la población general del país⁷.

Dado que 9 niños no pudieron seguir siendo evaluados más allá de la segunda etapa (ver más adelante) se debió eliminar con una rutina de azar a 45 niños, a fin de corregir el error estadístico.

Finalmente, detectamos una superrepresentación de hombres con respecto a lo esperable según los datos censales de la zona⁸, fue necesario por lo tanto homogeneizar nuestra muestra por géneros lo cual implicó la eliminación al azar de 24 niños (varones) de primer año, 13 niños de segundo año y 6 niños de tercer año.

Como resultado de este proceso la población total evaluado resultó ser de 801 niños distribuidos conforme se muestra en la Tabla 1

<i>Tabla 1. Distribución por sexo y escolaridad</i>				
	1°	2°	3°	Total
Niñas	132	139	132	403
Niños	127	137	134	398
Total	259	276	266	801

3.0 Metodología

Se utilizó una metodología mixta. En un primer momento se realizó un rastillaje mediante una entrevista auto administrada a padres y docentes y en un segundo momento, se administraron dos entrevistas estructuradas por parte de personal especializado al 20% que obtuvo puntajes más altos durante la primera etapa en la subescala correspondiente a problemas de atención e hiperactividad.

3.1. Primera Etapa: Administración de la Escalas Áreas de Conductas Problema⁹

La Escala de Áreas de Conductas Problema (EACP) consiste en 55 ítems organizados dentro de 5 subescalas: Agresividad, Retraso Escolar, Ansiedad, Intención- Hiperactividad y Retraimiento Social. Esta escala posee dos versiones, una para padres y otra para docentes.

Las Escalas EACP fueron completadas por los padres y docentes de 898 niños. Para seleccionar la población a ser investigada, se tomó a aquellos que habían obtenido un puntaje de cuatro puntos o más en la subescala de inatención / hiperactividad de 8 elementos.

Una vez realizadas las correcciones estadísticas, de la muestra de 801 niños se seleccionaron a 160 niños para la segunda fase de la investigación.

3.2. Segunda Etapa Administración de la escala EMTDA-H y el Check list del DSM-IV-TR

En este segundo paso los padres de los 160 niños fueron entrevistados por un psicólogo clínico o educacional, quienes administraron la escala EMTDA-H¹⁰ y un check list sintomático del DSM-IVTR.

La EMTDA-H posee tres subescalas, equivalentes a los tres tipos de síntomas verificables en un niño con TDAH.

- Inatención (Escala DA) 6 elementos.
- Hiperactividad (escala HR) 6 elementos.
- Impulsividad. (Escala DR). 5 elementos.

Mediante la corrección de la escala es posible obtener distintos niveles de probabilidad de que el entrevistado padezca TDAH, seleccionamos el criterio del 90% (con un corte establecido en cinco síntomas de inatención, 5 síntomas de hiperactividad y 4 síntomas de impulsividad), con la intención de reducir al máximo los falsos positivos.

Debe tenerse en cuenta que esta escala exige la presencia de síntomas de impulsividad para el diagnóstico de TDAH combinado o predominantemente hiperactivo, a diferencia de los criterios del DSM-IV.

Paralelamente se utilizó el check list del DSM-IV-TR siguiendo las reglas polítéticas que requiere el manual.

Se agregaron además tres preguntas destinadas a establecer si el niño padecía este malestar desde de los 4 años o menos; si los síntomas estaban presentes en dos o más ambientes. (Esto equivaldría a los criterios B y C del DSM-IV) y a si el niño se comportaba de esa forma en los distintos días de la semana.

Consideramos necesario eliminar de la muestra aquellos que no padecían un malestar significativo, a fin de satisfacer el criterio "D" del DSM-IV¹¹. Para esto tomamos como criterio resultados superiores al percentil 90 en las subescalas de "agresividad", "Retraso Escolar" o "Retraimiento Social" de la EACP. Por consiguiente, aquellos niños que teniendo síntomas de TDAH no tenían puntajes superiores al percentil 90 en algunas de las tres escalas, fueron excluidos de la muestra.

El uso de estas dos metodologías por separado tuvo la intención de aumentar la validez externa del experimento y proporcionar además la posibilidad de realizar un diagnóstico más exacto. También se procedió a combinar ambos resultados para permitirnos un número lo más estricto posible como número de prevalencia mínimo.

4. Resultados

Los resultados encontrados siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV, muestran una prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en la franja etaria estudiada del 7,86% de la población (ver tablas 2 y 3). Si se toma como base la escala EMTDAH al 90% de poder de discriminación el resultado es del

5,24 %. (Ver tabla 4 y 5). Finalmente resulta interesante, como el más estricto de los criterios, tomar en cuenta los resultados de aquellos niños que cumplieron tanto los criterios del DSM-IV- TR como del EMTDA-H al 90%. En este caso, la prevalencia estimada sería del 4,99%. Para observar la cantidad de niños que fueron diagnosticados en la misma categoría según las dos metodologías, o ver aquellos que fueron catalogados en una diferente, pueden utilizarse las tablas 6 y 7.

Tabla 2: Prevalencia por sexo y por subtipos según Check-list del DSM-IV

	%Mujeres*	%Hombres **	% Total
TDAH subtipo combinado	1,98%	4,27%	3,12%
TDAH subtipo predominio de inatención	1,98%	1,50%	1,74%
TDAH subtipo predominio de Hiperactividad	3,01	2,97%	2,99%
Total (todos los subtipos)	6,94%	8,79%	7,86%

* sobre 403 mujeres ** sobre 398 hombres

Tabla 3: Distribución por tipología, número de niños identificados, porcentuales y por año escolar y sexo según Check-list del DSM-IV

Año	TDAH - TC						TDAH - I						TDAH - H					
	V		M		T		V		M		T		V		M		T	
	#	%	#	%	T#	T%	#	%	#	%	T#	T%	#	%	#	%	T#	T%
1	4	16	2	8	6	24	0	0	1	7,14	1	7,1	4	16,6	5	20,8	9	37,6
2	7	28	6	24	13	52	3	21,4	3	21,4	6	42,9	4	16,6	6	25	10	41,6
3	6	24	0	0	6	24	3	21,4	4	28,6	7	50	4	16,6	1	4,2	5	20,8
T	17	68	8	32	25	100	6	42,8	8	57,1	14	100	12	50	12	50	24	100

Tabla 4: Distribución por tipología, número de niños identificados, porcentuales y por año escolar y sexo según EMTDA-H al 90%

Año	TDAH - TC						TDAH - I						TDAH - H					
	V		M		T		V		M		T		V		M		T	
	#	%	#	%	T#	T%	#	%	#	%	T#	T%	#	%	#	%	T#	T%
1	2	11,1	2	11,1	4	22,2	2	15,4	0	0	2	15,4	0	0	2	18,2	2	18,2
2	6	33,3	4	22,2	10	55,5	3	23,1	3	23,1	6	46,1	3	27,3	2	18,2	5	45,4
3	4	22,2	0	0	4	22,2	3	23,1	2	15,4	5	38,5	3	27,3	1	9,1	4	36,4
T	12	66,6	6	33,3	18	100	8	61,5	5	38,5	13	100	6	54,6	5	45,4	11	100

Tabla 5: Prevalencia por sexo y por subtipos según EMTDA-H 90%

	%Mujeres*	%Hombres**	% Total
TDAH subtipo combinado	1,48%	3,01%	2,24%
TDAH subtipo predominio de inatención	1,24%	2,01%	1,74%
TDAH subtipo predominio de	1,2%	1,5%	1,37%

Hiperactividad			
Total (todos los subtipos)	3,97%	6,53%	5,24%
* sobre 403 mujeres **sobre 398 hombres			

Tabla 6: comparación de resultados de EMTDA-H con los obtenidos en el Check-list del DSM-IV. Coincidencias y disidencias en los diagnósticos.

EMTDAH Subtipos	Tipología Combinada		Tipología pred. Inatentiva		Tipología pred. Hiperactiva		Total #
	#	%	#	%	#	%	
Tipología Combinada	17	94,4	5	38,5	1	9,1	23
Tipología pred. Inatentiva	1	5,6	7	53,4	0	0	8
Tipología pred. Hiperactiva	0	0	0		9	81,2	9
Niños sólo diagnosticados según EMTDAH	0	0	1	7,7	1	9,1	2
Total	18	100	13	100	11	100	42

Tabla 7 : comparación de resultados del Check-list del DSM-IV con los obtenidos en la EMTDA. Coincidencias y disidencias en los diagnósticos.

Check-list DSM-IV Subtipos	Tipología Combinada		Tipología pred. Inatentiva		Tipología pred. Hiperactiva		Total #
	#	%	#	%	#	%	
Tipología Combinada	17	68	1	7,2	0	0	18
Tipología pred. Inatentiva	5	20	7	50	0	0	12
Tipología pred. Hiperactiva	1	4	0	0	9	37,5	10
Niños sólo diagnosticados según Check-list	2	8	6	42,8	15	62,5	23
Total	25	100	14	100	24	100	63

Nota: Los números en negrita son las equivalencias entre subtipos iguales.

5. Conclusiones

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Gran Buenos Aires de la República Argentina se encuentra según sea el conteo de síntomas más conservador en o menos conservador entre el 4,99% y 7,86% de prevalencia.

La utilización del criterio de impulsividad como un requisito independiente, en la escala EMTDAH es al parecer el principal responsable de los resultados más restrictivos. Por otra parte, dados los criterios científicos prevalecientes, que consideran a la impulsividad como un síntoma indisoluble de la hiperactividad esta modalidad parece correcta. Es muy posible que dentro del número más laxo exista un pequeño número de niños con hiperactividad causada por trastornos del humor, lo que explicaría por qué son discriminados al incluir el factor impulsividad.

Estos resultados son consistentes con los observados en otros estudios científicos. La variabilidad en los resultados que destacamos en el comienzo, sobre todo los estudios que encontraron prevalencias superiores al 10%, probablemente se deban a diferencias metodológicas y al uso predominante de entrevistas auto administradas, que no permiten la discriminación clínica de las respuestas por parte de un experto y la evacuación de dudas de los entrevistados con respecto al significado de los síntomas descritos en las escalas.

Es llamativa la distribución por géneros de todos los resultados y, sobre todo en aquellas que involucran el conjunto de síntomas de hiperactividad e impulsividad. Cabe remarcar que un estudio complementario, cuyos datos no se acompañan, realizado sobre la base del listado de síntomas del DSM-IV y la administración del EMAV-1 arrojó resultados similares. Análisis posteriores deberán mejorar nuestra comprensión de esta diferencia, no obstante que el procedimiento de evaluación, siguiendo a Heptinstall y Taylor¹², fue cauto con respecto a la hiperactividad y se utilizaron los criterios usuales para la impulsividad y la inatención. Independientemente de esto, se debe recordar que el reporte de la conferencia sobre diferencias de género en el TDAH del National Health Institute de los EE.UU.¹³ evaluó que por diversos factores se puede estar subestimando el porcentaje de niñas con TDAH y estudios posteriores han encontrado un número cada vez mayor de niñas con este diagnóstico¹⁴, debido al cambio en la valoración clínica de los síntomas.

Bibliografía

¹ American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision" Washington D.C.. 2000

² Idem 1.

³ Barkley R. A. "Attention- Déficit Hyperactivity Disorder" Guilford Press, New York, 1990

⁴ Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren.

Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Feb 40:241-9

⁵ Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities.

Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, Bird HR, Bauermeister JJ,

Payne JD

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 Jul 38:797-804

⁶ Confirmation of the high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community
Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Rev Neurology. 01 Feb 1-15 32:217-22

⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Encuesta permanente de Hogares 2003.
(www.indec.org.ar).

⁸ Ministerio de Educación de la República Argentina (1999)

⁹ García Pérez, E. M. & Magaz Lago, A. EACP. Cohs.- Bilbao, 2000.

¹⁰ García Pérez, E. M. & Magaz Lago, A. EMTDAH. Cohs.- Bilbao, 2000.

¹¹ Idem 3.

¹² Heptinstall, E. & Taylor, E. (2002 2nd Edition) Sex differences and their significance, pp. 91-125 en S. Sandberg (Ed.) Hyperactivity and attention disorders of childhood. Cambridge University Press, Cambridge.

¹³ Arnold, L. E. (1996) Sex differences in ADHD: conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-369.

¹⁴ Robinson, L.M., Sker, T.L. & Galin, R.S. Is attention deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants. *CNS Drugs* 2002 16:129-37