

El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población

M.C. García-Jiménez^a, J. López-Pisón^b, M.M. Blasco-Arellano^a

THE PRIMARY CARE PAEDIATRICIAN IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. AN APPROACH INVOLVING A POPULATION STUDY

Summary. Introduction. There is a growing demand for diagnoses of children with learning problems and/or behavioural disorders in visits to paediatric and neuropaediatric units. One of the most frequent causes of this situation is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), which has a high rate of incidence and is difficult to diagnose. The role of the Primary Care paediatrician in its screening and intervention is considered. Subjects and methods. A population study was conducted in children between 6 and 12 years of age who attend schools in the Navarrese towns of Buñuel and Cortes. Conners test –modified and adapted by Farré and Narbona– (ADHS) and DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) diagnostic criteria were used in their evaluation and diagnosis. School grades were also taken into account. In the group of ADHD children, a psychopedagogic and Mental Health evaluation were carried out if there were associated behavioural problems. Results. Findings as regards prevalence, sex and types of ADHD were in line with those in the literature. A statistically significant drop in academic achievement was noted both in children who satisfied ADHD criteria and in those who only met ADHS criteria. 55% of ADHD children who were changing from one academic cycle to another had to repeat their year at school and showed statistically significant differences as compared to the other groups. Conclusions. The primary care paediatrician must be committed to the diagnosis and treatment of these children without neglecting their evaluation by the different services involved in the diagnostic and therapeutic processes. [REV NEUROL 2005; 41: 75-80]

Key words. Attention deficit. Attention deficit hyperactivity disorder. Learning disorders.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, está creciendo en nuestro medio la demanda de diagnóstico y orientación de niños con problemas de comportamiento en el colegio o con dificultades escolares, fundamentalmente por trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y de los trastornos de aprendizaje, especialmente por dislexia [1-4].

Los pediatras y neuropediatras, en general, se han implicado poco en el seguimiento y orientación del niño con dificultades escolares, al cual han dejado en manos de psicólogos y educadores. Se trata, obviamente, de problemas que precisan de un abordaje multidisciplinar, pero es el pediatra quien recibe inicialmente la demanda de orientación por parte de los padres de estos niños [5].

Todo ello, unido al exceso de información/desinformación en todos los ámbitos (padres, educadores, pediatras, neuropediatras, psicólogos, psicopedagogos), la elevada prevalencia según la literatura, [6-10], las importantes diferencias de incidencia entre Estados Unidos y Europa [11-14], la disparidad de criterios en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los casos, así como la necesidad de los pediatras de adaptarnos a las exigencias que plantean los continuos avances científicos y las crecientes demandas de la sociedad, nos llevó a plantear la revisión del tema valorando el papel del pediatra de Atención Primaria

y los distintos servicios implicados en su cribado y en las intervenciones.

SUJETOS Y MÉTODOS

La población de estudio ha sido todos los niños entre primero y sexto de Educación Primaria (edades comprendidas entre 6 y 12 años, ambos inclusive) que acuden a los colegios de las localidades navarras de Buñuel y Cortes.

Se ha utilizado para toda la población de estudio la escala de déficit de atención con hiperactividad (EDAH) –test de Conners modificado y adaptado según Farré y Narbona– para profesores [15-17]. Los casos cuya EDAH superaba el punto de corte (EDAH+) en alguna de las subescalas (déficit de atención, hiperactividad, trastorno de conducta y/o global) se han evaluado mediante entrevista diagnóstica semiestructurada, realizada en todos los casos por la investigadora principal (M.C. García-Jiménez), para establecer o no el diagnóstico de TDAH según los criterios del DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.ª edición) [18,19]. Se han recogido, además, los boletines de calificaciones de todo el curso escolar para evaluar el rendimiento en las distintas áreas, el comportamiento y la superación o no del ciclo escolar.

La investigadora principal, pediatra de la zona, acudió personalmente a los colegios y se entrevistó con el director, los profesores y el orientador de cada centro para explicar los objetivos del proyecto. Se entregó a cada niño un sobre que contenía una carta en la que se explicaba el proyecto, una hoja de consentimiento informado y un test de Conners para padres con las instrucciones para contestarlo. Los profesores repartieron los sobres en cada aula; los niños los entregaron a sus padres y los devolvieron al colegio. Si los padres devolvían firmado el consentimiento informado, el profesor-tutor de cada niño rellenaba la EDAH.

Una vez evaluados todos los cuestionarios, se citó telefónicamente a todos aquellos niños EDAH+ (aquellos en los que la EDAH superaba el punto de corte en cualquiera de las tres subescalas) para que fueran valorados siguiendo los criterios del DSM-IV mediante una entrevista diagnóstica a los niños y sus padres. Prácticamente todos los niños acudían regularmente a la consulta de pediatría de Atención Primaria y eran niños bien conocidos por la pediatra; en el caso de que alguno no estuviera correctamente explorado, se le realizó una valoración neurológica. Posteriormente, se solicitó

Aceptado: 12.11.04.

^a Servicio de Pediatría. Atención Primaria Centro de Salud de Buñuel. Buñuel, Navarra. ^b Sección de Neuropediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza, España.

Correspondencia: Dra. M.ª Concepción García Jiménez. Celso Emilio Freire, 12, 11.º H. E-50017 Zaragoza. Fax: +34 948 832 034. E-mail: inmagarcia@vodafone.es

© 2005, REVISTA DE NEUROLOGÍA

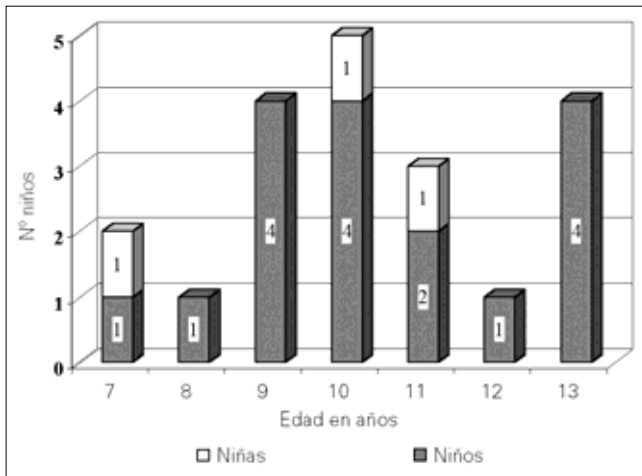


Figura 1. Distribución de los niños diagnosticados de TDAH según sexo y edad.

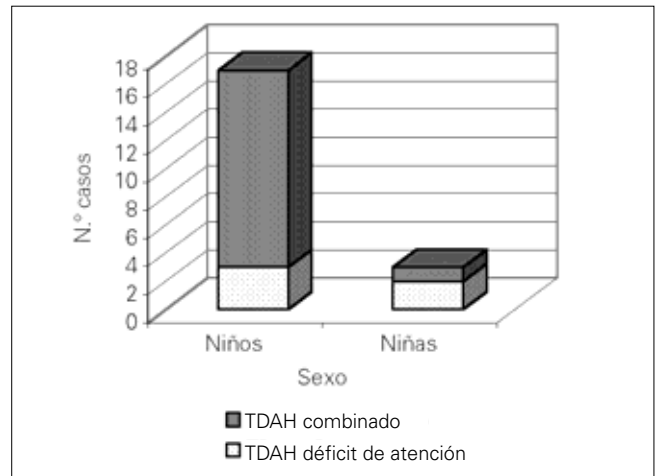


Figura 2. Distribución según sexo y tipo de TDAH.

una valoración psicopedagógica al colegio de todos los niños que cumplían los criterios diagnósticos de TDAH según el DSM-IV y se contactó de forma personal con el orientador de cada centro para recabar su opinión y valoración. Se intentó conseguir una valoración psicopedagógica de los niños EDHA+, pero no fue posible dada la sobrecarga de trabajo de los orientadores escolares. Los casos en los que se detectó algún problema de conducta diferente del TDAH se derivaron a Salud Mental para su valoración.

Finalmente, se recogieron los boletines de calificaciones de todos los niños para evaluar el rendimiento escolar, tanto en los niños diagnosticados de TDAH como en los niños EDHA+ pero no TDAH y en los demás. Para la valoración de las calificaciones, se han transformado las variables cualitativas en datos numéricos: necesita mejorar (NM) = 1; progresa adecuadamente (PA) = 2; destaca (D) = 3; destaca muy bien (DB) = 4. Así, las calificaciones inferiores a 2 son suspenso. En cuanto al rendimiento: su rendimiento está muy por debajo de sus posibilidades = 1; su rendimiento está por debajo de sus posibilidades = 2; su rendimiento está de acuerdo con sus posibilidades = 3; su rendimiento denota un esfuerzo considerable por superarse = 4. Se han considerado como anotaciones en el boletín las relativas a problemas de conducta: 'comportamiento regular'; 'molesta'; 'rendimiento por debajo de sus posibilidades'. Se ha valorado también en todos los niños, en el grupo de niños TDAH y en el grupo de niños EDHA+ pero no TDAH el porcentaje que cambia de ciclo escolar y los que deben permanecer un año más por no superar el ciclo. Para ello, se han calculado en cada niño la media y la desviación estándar en todas las áreas de las calificaciones de todo el curso. Se ha realizado la comparación de las medias de las calificaciones escolares mediante análisis de la varianza entre los siguientes grupos: niños con diagnóstico TDAH (TDAH), niños con EDHA+ en alguna subescala pero no TDAH (EDHA+/TDAH-) y niños no EDHA+ ni TDAH (los citaremos como grupo control).

RESULTADOS

El total de niños a los que se propuso el estudio fue de 269, de los cuales contestaron 222 (82,5%). De éstos, la EDHA superaba el punto de corte en alguna de las tres subescalas en 30 (13,5%). Estos 30 niños se citaron a consulta para evaluarlos con el DSM-IV: dos de ellos no acudieron a las citas programadas, 17 cumplían criterios para TDAH y 11 no cumplían todos los criterios.

Dentro del grupo de niños cuya EDHA no superó el punto de corte en ninguna subescala, dos niños estaban previamente diagnosticados de TDAH y en tratamiento, y se decidió evaluar a otra niña con el DSM-IV ya que su conducta habitual en la consulta de pediatría hizo sospechar la existencia de

Tabla I. Comparación entre las medias de conocimiento del medio, lengua castellana, inglés, matemáticas y rendimiento escolar entre los grupos control, EDHA+/TDAH- y TDAH.

Conocimiento del medio	Control: 2,84 TDAH: 2 $p < 0,05$	Control: 2,84 EDHA+/TDAH-: 1,8 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,8 TDAH: 2 NS
Lengua castellana	Control: 2,77 TDAH: 1,9 $p < 0,05$	Control: 2,77 EDHA+/TDAH-: 1,9 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,9 TDAH: 1,9 NS
Inglés	Control: 2,9 TDAH: 1,7 $p < 0,05$	Control: 2,9 EDHA+/TDAH-: 1,8 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,8 TDAH: 1,7 NS
Matemáticas	Control: 2,7 TDAH: 1,5 $p < 0,05$	Control: 2,7 EDHA+/TDAH-: 1,5 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,5 TDAH: 1,5 NS
Rendimiento	Control: 2 TDAH: 1,5 $p < 0,05$	Control: 2 EDHA+/TDAH-: 1,5 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,5 TDAH: 1,5 NS

NS: no significativo.

un problema, y finalmente se diagnosticó TDAH. El total, pues, de niños diagnosticados de TDAH es de 20 (9%). La relación niños/niñas es de 5,6/1: el total de niños diagnosticados es de 17 frente a 3 niñas. La distribución por sexos y edad se observa en la figura 1.

En cuanto a los tipos de TDAH, un 25% presentaban tipo déficit de atención, y un 75% tipo combinado. La distribución por sexos y tipo de TDAH se observa en la figura 2.

En cuanto a los antecedentes familiares referidos por los mismos padres, en 12 niños (60%) alguno de los dos progenitores reconoció sintomatología compatible con TDAH. En un 50% (6 casos) era el padre el que se declaraba afectado, en un 41% (5 casos) la madre, y en un 8% (1 caso) ambos.

Un 95% de los niños TDAH presentaba algún tipo de dificultad escolar; de ellos, un 45% (9 casos) precisaba algún tipo de apoyo escolar: un 25%, refuerzo, y un 20%, adaptación curricular. En la figura 3 se aprecia el porcentaje de niños en cada grupo que precisaba apoyo y/o refuerzo. A pesar de no constituir diferencias estadísticamente significativas, se observa que el mayor porcentaje respecto del total de niños que precisan refuerzo escolar o adaptación curricular en los colegios corresponde a los niños afectados de TDAH, aunque también resulta importante el número de niños EDHA+/TDAH-.

El 75% de los niños TDAH presenta anotaciones en el boletín escolar de calificaciones del tipo de 'se comporta mal', 'puede rendir más', 'molesta

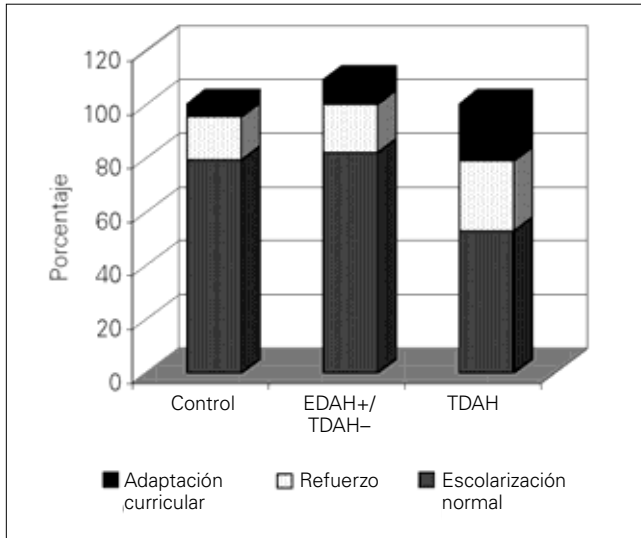


Figura 3. Porcentaje de niños que precisan refuerzo educativo o adaptación curricular en los grupos control, niños EDHA+/TDAH- y TDAH.

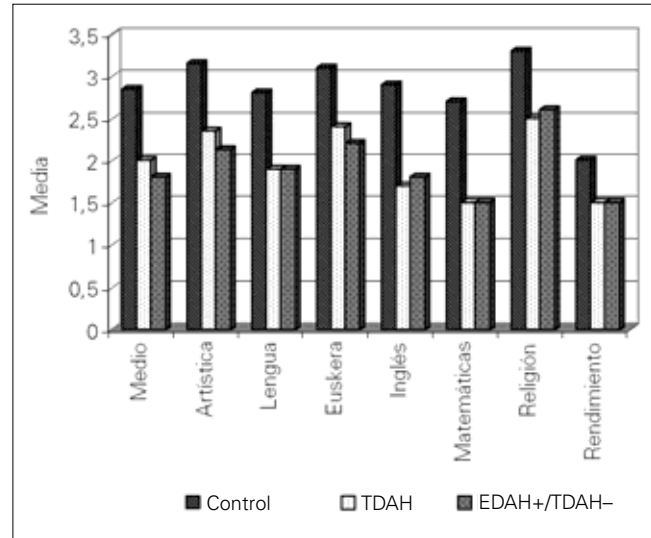


Figura 4. Comparación de medias en las áreas de conocimiento del medio, educación artística, lenguaje, euskera, inglés, matemáticas, religión y rendimiento entre niños del grupo control, niños TDAH y niños EDHA+/TDAH-.

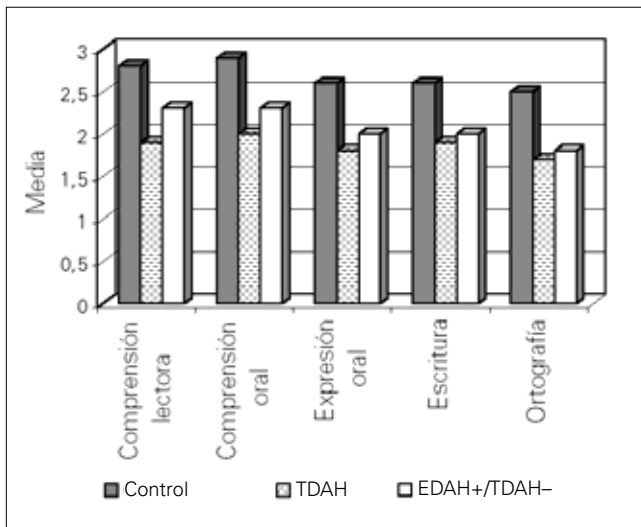


Figura 5. Comparación de medias en el área del lenguaje entre niños del grupo control, niños TDAH y niños EDHA+/TDAH-.

Tabla II. Comparación entre las medias de comprensión oral, comprensión escrita, expresión oral, escritura y ortografía entre los grupos control, EDHA+/TDAH- y TDAH.

Comprensión oral	Control: 2,8 TDAH: 1,9 $p < 0,05$	Control: 2,8 EDHA+/TDAH-: 2,3 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 2,3 TDAH: 1,9 NS
Comprensión escrita	Control: 2,9 TDAH: 2 $p < 0,05$	Control: 2,9 EDHA+/TDAH-: 2,3 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 2,3 TDAH: 2 NS
Expresión oral	Control: 2,6 TDAH: 1,8 $p < 0,05$	Control: 2,6 EDHA+/TDAH-: 2 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 2 TDAH: 1,8 NS
Escritura	Control: 2,6 TDAH: 1,9 $p < 0,05$	Control: 2,6 EDHA+/TDAH-: 2 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 2 TDAH: 1,9 NS
Ortografía	Control: 2,5 TDAH: 2 $p < 0,05$	Control: 2,5 EDHA+/TDAH-: 1,8 $p < 0,05$	EDHA+/TDAH-: 1,8 TDAH: 2 NS

NS: no significativo.

mucho', 'no presta atención', frente a un 63% en el grupo EDHA+/TDAH- y un 32% en el resto de los niños, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y EDHA+/TDAH- y TDAH, y no significativas entre los grupos EDHA+/TDAH- y TDAH. En cuanto al desarrollo escolar (Tabla I), se observa que las medias en conocimiento del medio, lengua castellana, inglés y matemáticas, tanto en niños TDAH como en EDHA+/TDAH- están por debajo del aprobado, con diferencias estadísticamente significativas si se comparan con el grupo control. Entre los grupos EDHA+/TDAH- y el grupo TDAH, no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas. Asimismo, el rendimiento escolar se encuentra en el nivel 'por debajo de sus posibilidades' (Fig. 4), con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TDAH, EDHA+/TDAH- y el grupo control (Tabla I).

Si establecemos una separación por áreas, tanto en el área del lenguaje como en matemáticas la valoración de los distintos aspectos en cada una de ellas es claramente inferior en los niños TDAH respecto al resto de niños; en los niños EDHA+/TDAH-, el nivel alcanzado sigue siendo menor aunque no con tanta diferencia (Figs. 5 y 6). Únicamente no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el cálculo de operaciones entre los grupos control y EDHA+/TDAH- (Tablas II y III).

Del total de niños que cambian de ciclo en cada grupo, debe repetir un 5,2% en el grupo control, un 55,5% en el grupo de niños TDAH y un 16,5% en el grupo de niños EDHA+/TDAH- (Fig. 7). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos EDHA+/TDAH- y TDAH, y TDAH y grupo control. Entre los grupos EDHA+/TDAH- y el grupo control no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Se han derivado 14 niños (70%) para ser valorados por Salud Mental debido a problemas de conducta distintos al TDAH. Dos casos (10%) presentan un trastorno oposicionista-negativista, y otro caso (5%), un trastorno disocial asociado.

Dos niños TDAH (10%) presentan tics asociados.

Respecto a la valoración psicopedagógica, ésta se ha solicitado a todos los niños diagnosticados de TDAH. Hemos obtenido informes escritos en cinco de ellos. En el resto, la información ha sido verbal. No se ha identificado ningún diagnóstico de trastorno específico de aprendizaje o dislexia. Todos los coeficientes intelectuales (CI) están dentro de los límites normales, excepto un caso con un CI de 75 y otro en el límite inferior de la normalidad.

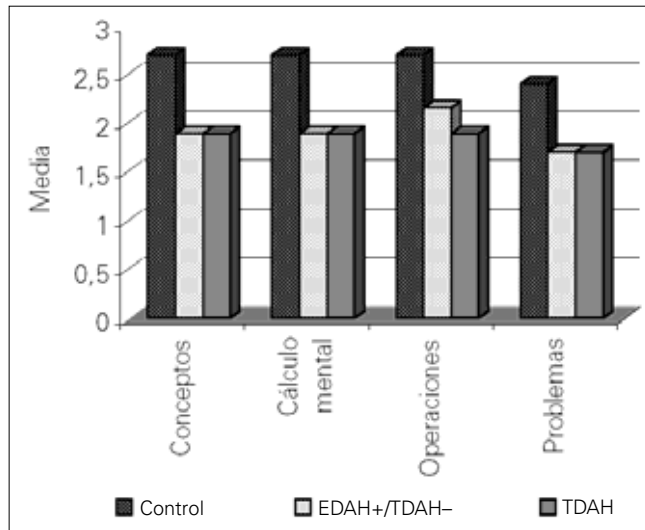


Figura 6. Comparación de medias en el área de matemáticas entre niños del grupo control, niños TDAH y niños EDAH+/TDAH-.

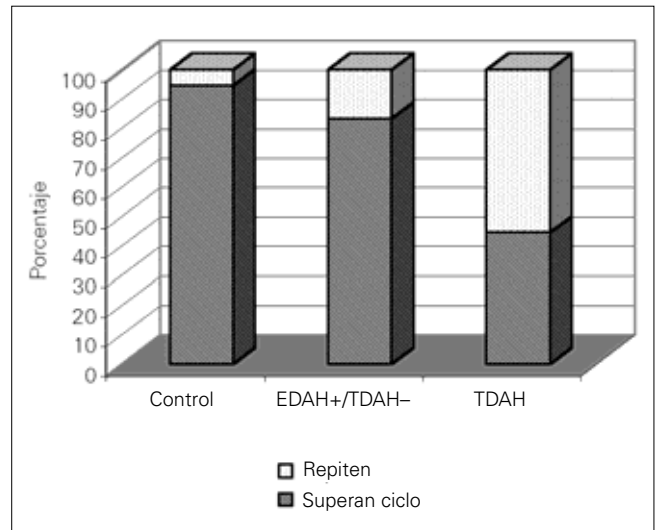


Figura 7. Porcentaje de niños que no superan ciclo y deben repetir en los grupos control, EDAH+/TDAH- y TDAH.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, las cifras de prevalencia de TDAH de un 9% son similares a las encontradas en la literatura [7,20-23], aunque en el límite superior; quizás el hecho de ser un estudio intencional haya influido en el mayor diagnóstico de casos.

En la literatura se describe el sexo como un factor de riesgo para el desarrollo de TDAH [24-26]: la proporción entre varones y mujeres oscila desde 2:1 hasta 6:1, datos concordantes con los hallados por nosotros de 5-6:1.

El tipo de TDAH más frecuente en nuestro estudio es el combinado hiperactivo-inatento (con prevalencia casi triple en varones), seguido del tipo predominantemente inatento no hiperactivo (prevalencia casi cuádruple en mujeres), datos concordantes con la literatura [20,27].

Aunque se describen problemas académicos importantes en un 60-80% de los niños TDAH [28], no hemos encontrado estudios que relacionen los resultados escolares entre niños no TDAH y niños TDAH. Nosotros encontramos un elevadísimo porcentaje de dificultades escolares entre los niños TDAH (95%), así como en los niños EDAH+/TDAH-, aunque el porcentaje mayor de fracaso escolar con repetición de ciclo y necesidad de algún apoyo escolar reglado corresponde a los niños TDAH. No es sorprendente que la EDAH esté alterada en niños con problemas escolares, pues la rellenan los profesores que perciben dichos trastornos. A pesar de ello, creemos que la diferencia entre los niños EDAH+/TDAH- y los TDAH radica en que la magnitud de los problemas en estos últimos crea a la larga mayores dificultades escolares, y si no se realiza el tratamiento adecuado, el porcentaje de fracaso escolar es significativamente más elevado. Suponemos que dentro de los niños EDAH+/TDAH- estarán englobados otros trastornos del aprendizaje (dislexia y otros), lo cual es congruente con las causas más frecuentes de fracaso escolar descritas en la literatura [29].

En nuestro medio, la valoración psicopedagógica en los niños TDAH no ha identificado ningún trastorno específico del aprendizaje, pese a que, según la literatura, hasta un 50% de los

Tabla III. Comparación entre las medias de conceptos matemáticos, cálculo, operaciones y problemas, entre los grupos control, EDAH+/TDAH- y TDAH.

Conceptos matemáticos	Control: 2,7 TDAH: 1,9 <i>p</i> < 0,05	Control: 2,7 EDAH+/TDAH-: 1,9 <i>p</i> < 0,05	EDAH+/TDAH-: 1,9 TDAH: 1,9 NS
Cálculo	Control: 2,7 TDAH: 1,9 <i>p</i> < 0,05	Control: 2,7 EDAH+/TDAH-: 1,9 <i>p</i> < 0,05	EDAH+/TDAH-: 1,9 TDAH: 1,9 NS
Operaciones	Control: 2,7 TDAH: 1,9 <i>p</i> < 0,05	Control: 2,7 EDAH+/TDAH-: 2,2 <i>p</i> < NS	EDAH+/TDAH-: 2,2 TDAH: 1,9 NS
Problemas	Control: 2,4 TDAH: 1,7 <i>p</i> < 0,05	Control: 2,4 EDAH+/TDAH-: 1,7 <i>p</i> < 0,05	EDAH+/TDAH-: 1,7 TDAH: 1,7 NS

NS: no significativo.

casos de TDAH asocian estos trastornos. Dentro de los trastornos del aprendizaje podemos encontrar diferentes cuadros que van a dar lugar clínicamente a distintos fenotipos conductuales en relación con las adquisiciones propias de cada ciclo escolar; algunos de estos trastornos van a estar interrelacionados y van a presentar características de unos y otros, dificultando el diagnóstico. Así, por ejemplo, la dislexia evolutiva que produce un fallo inesperado en el reconocimiento de las palabras y se manifiesta en la incapacidad para desarrollar una lectura fluida y sin esfuerzo, afecta seriamente a la comprensión lectora [30] y, además, se ha demostrado que entre un 24 y un 52% de los niños con dificultades de aprendizaje en general, y los estudiantes con dislexia en particular, sufren problemas sociales, emocionales y conductuales a lo largo de su vida que van a tener repercusión desde el punto de vista clínico [4]. Las dificultades pragmáticas, que se definen como el uso inapropiado que el hablante hace del lenguaje para comunicarse, están presentes en distintos cuadros clínicos como el TDAH [7]. Todo esto hace que, cuando el pediatra o el neuropediatra se enfrenta a la evaluación inicial de un niño con alguna de estas características, se encuentre con un amplio abanico de posibilidades diagnósticas en las que, además, el

diagnóstico es subjetivo, funcional, y su evaluación está sujeta a las características madurativas del niño y al grado de tolerancia del entorno del niño ante unas determinadas conductas [31].

El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico descrito ya hace un siglo que está tomando cada vez más relevancia y generando una importante producción científica [30-32]. Encierra una elevada complejidad, ya que en su espectro sintomático confluyen aspectos orgánicos, sociales y educativos que precisan de un abordaje multidisciplinario [33]. En la práctica cotidiana, nos encontramos con bastante desconocimiento del tema tanto en el ámbito de la educación como de la salud. En cuanto al diagnóstico y orientación, existe una amplia gama de posibilidades: en algunas comunidades, estos niños son controlados desde los servicios de Neuropediatría; en otras zonas, es Salud Mental, y en pocos casos, es el pediatra de Atención Primaria el encargado de su control y coordinación. Por otro lado, encontramos dificultades en el manejo de estos niños desde el punto de vista psicopedagógico, debido en unos casos a la escasez –y, por consiguiente, saturación– de los servicios públicos, y en otros a la escasa capacidad diagnóstica. A pesar de que estos problemas no son en principio competencia del pediatra, es en general a éste al que recurren una y otra vez los padres de muchos de estos niños, que pasan de servicio en servicio, situación que retrasa el diagnóstico, y sin que los padres sepan muy bien qué sucede con su hijo.

El TDAH es un trastorno que puede desbordar las consultas, ya que para evaluarlo correctamente se requiere tiempo y, en algunas ocasiones, más de una visita, así como la interconsulta y opinión de distintos profesionales: educadores, psicopedagogos y profesionales de Salud Mental [31]. Posteriormente, se debe

iniciar y coordinar el abordaje multidisciplinar del trastorno, contemplando no sólo el aspecto farmacológico sino también el contexto psicosocial del niño y su familia, así como la necesidad de guiar a los padres a través de todo este laberinto diagnóstico y terapéutico, con la proliferación de diagnósticos e intervenciones sin base científica demostrada, como los problemas de lateralidad, el entrenamiento visual con patrones optométricos, las lentes coloreadas o el entrenamiento auditivo [34,35].

Finalmente, el seguimiento y el control de la eficacia del tratamiento farmacológico, si se decide su instauración, requieren, en las primeras semanas al menos, una comunicación fluida entre los padres y el profesional [36].

El pediatra conoce al niño y a su familia y debe afrontar problemas de alta prevalencia como el TDAH, particularmente su orientación diagnóstica inicial y la coordinación con otros profesionales de la sanidad, la educación y los servicios sociales. Creemos que el pediatra de Atención Primaria, comunicándose adecuadamente con los padres y profesores, puede y debe diagnosticar el TDAH, iniciar el tratamiento farmacológico si procede y proporcionar pautas de conducta a los padres y al colegio. No se debe obviar el estudio psicopedagógico en ningún caso, como tampoco la valoración por los equipos de Salud Mental cuando aparezcan problemas de conducta distintos al TDAH, ni la valoración neuropsiquiátrica si existen dudas diagnósticas, especialmente en menores de 5-6 años. Para optimizar los resultados, es necesario aumentar y mejorar las vías de comunicación entre los padres y los profesionales de salud, la educación y los servicios sociales implicados en el diagnóstico, tratamiento y educación de estos niños [31].

BIBLIOGRAFÍA

- Hinshaw SP. Externalizing behaviour problems and academic underachievement in childhood and adolescence: casual relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 1992; 111: 127-55.
- Love A, Thomson M. Language disorders and attention deficit disorders in children referred for psychiatric services. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58: 52-64.
- Sergeant JA, Geurts H, Huigbrechts S, Scheres A, Oosterlaan J. The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27: 583-92.
- McNulty MA. Dyslexia and the life curse. *J Learn Disabil* 2003; 36: 363-81.
- García MC, López Pison J, Mengual Gil J. Importancia del diagnóstico y manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2004; 34: 8.
- Oram J, Fine J, Okamoto C, Tannock R. Assessing the language of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Speech Lang Pathol* 1999; 8: 72-80.
- Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 978-87.
- Shaywitz BA, Shaywitz SE. Comorbidity: a critical issue in attention deficit disorder. *J Child Neurol* 1991; 6 (Suppl): S13-S20.
- Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX. Confirmación de la elevada prevalencia del trastorno de déficit de atención en la comunidad colombiana. *Rev Neurol* 2001; 32: 217-22.
- Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 737-44.
- Kewley JD. Attention deficit hyperactivity is underdiagnosed and undertreated in Britain [personal paper]. *BMJ* 1998; 516: 1594-6.
- Bonamusa A, Cornellá J, Llusent A. Trastornos por déficit de atención en adolescentes [abstract]. Libro de ponencias del XII Congreso Nacional de la Sociedad de Medicina del Adolescente 2001.
- Zametkin AJ, Ernest M. Problems in the management of attention deficit hyperactivity disorder. *N Eng J Med* 1999; 340: 40-6.
- Goodman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent. *JAMA* 1998; 279: 1100-7.
- Conners CK. Rating scales in attention-deficit hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 7): 24-30.
- Farré A, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 103-9.
- Farré-Riba A, Narbona J. Escalas 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.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 78-85.
- American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR), 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002.
- Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
- Montiel-Nava C, Peña JA, Montiel-Barbero I. Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Rev Neurol* 2003; 37: 815-9.
- Cardo-Jalón E, Severa M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión global. *An Pediatr (Barc)* 2003; 59: 225-8.
- Tuchman R. Impact of ADHD. Diagnosis and treatment of deficit hyperactivity disorder. NIH Consensus Statement 1998; 16: 1-35.
- Bird H, Gould M, Yager T, Stgezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 847-50.
- Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CH. Patterns of comorbidity associated with old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 503-14.
- Ramos JM, Hernández MA, Vázquez J, Aparicio Meix JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Pediatría de Atención Primaria* 1999; 4: 67-81.
- Kewley GD. Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *BMJ* 1998; 516: 1590-6.
- Barkley RA. Guidelines for defining hyperactivity in children. In Lathey B, Kazdin A, eds. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum; 1982. p. 187-96.
- Sans A. Trastorn per déficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH). *Pediatría Catalana* 2004; 64: 73-6.

30. Simmons F, Singleton C. The reading comprehension abilities of dyslexic students in higher education. *Dyslexia* 2000; 6: 178-92.
31. García MC, López-Pisón J, Mengual J. Propuesta de evaluación del trastorno por déficit de atención. Recursos actuales. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2004; 34: 29-34.
32. García MC, López Pisón J, Mengual J. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2004; 34: 13-26.
33. Barkley RA. Attention deficit/hyperactivity disorder. In Mash E, Barkley R, eds. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press; 2003. p. 63-112.
34. Connor DF. Preschool attentional deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23 (Suppl): S1-S9.
35. Committee on Children with Disabilities, American Academy of Pediatrics, American Academy of Ophthalmology, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Learning disabilities, dyslexia, and vision: a subject review. *Pediatrics* 1998; 102: 1217-9.
36. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of school-aged child with attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-43.

EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. PLANTEAMIENTO TRAS UN ESTUDIO DE POBLACIÓN

Resumen. Introducción. Existe un aumento de la demanda de diagnóstico de niños con problemas de aprendizaje y/o trastornos de conducta en las consultas de pediatría y neuropediatría. Una de las causas más frecuentes de esta situación es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que presenta una elevada prevalencia y dificultades diagnósticas. Se plantea el papel del pediatra de Atención Primaria en su cribado y en sus intervenciones. Sujetos y métodos. Se ha realizado un estudio poblacional en niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años que acuden a los colegios de las localidades navarras de Buñuel y Cortes. Se ha utilizado el test de Conners modificado y adaptado por Farré y Narbona (EDAH) y los criterios diagnósticos del DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.ª edición) para su evaluación y diagnóstico. Se han valorado también las calificaciones escolares. En el grupo de niños TDAH se ha realizado una valoración psicopedagógica y por Salud Mental si existían problemas de conducta asociados. Resultados. Los resultados en cuanto a prevalencia, sexo y tipos de TDAH son concordantes con la literatura. Se aprecia una disminución estadísticamente significativa en el rendimiento escolar tanto en los niños que cumplían los criterios TDAH como en los que sólo cumplían criterios EDAH. Un 55% de los niños TDAH que debían cambiar de ciclo han repetido curso y muestran diferencias estadísticamente significativas con los otros grupos. Conclusión. El pediatra de Atención Primaria debe implicarse en el diagnóstico y tratamiento de estos niños, sin obviar la valoración a cargo de los distintos servicios implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico [REV NEUROL 2005; 41: 75-80]

Palabras clave. Déficit de atención. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Trastornos de aprendizaje.

O PEDIATRA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE. CONSIDERAÇÕES APÓS UM ESTUDO POPULACIONAL

Resumo. Introdução. Existe um aumento na procura de diagnósticos em crianças com dificuldades de aprendizagem e/ou perturbações de comportamento nas consultas de pediatria e neuropediatria. Uma das causas mais frequentes desta situação é a perturbação por défice de atenção com hiperactividade (TDAH), que apresenta uma elevada incidência e dificuldades de diagnóstico. Deve delinear-se o papel do pediatra como primário na sua despistagem e intervenções. Sujeitos e métodos. Efetuou-se um estudo populacional em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos que frequentam as escolas das localidades navarras de Buñuel e Cortes. Utilizou-se a teste de Conners modificado e adaptado por Farré e Narbona (EDAH) e os critérios diagnósticos do DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.ª edição) para a sua avaliação e diagnóstico. Avaliaram-se também as classificações escolares. Ao grupo de crianças TDAH efectuou-se uma avaliação psico-pedagógica e Saúde Mental para verificar se existiam problemas de comportamento associados. Resultados. Quanto à incidência, sexo e tipos de TDAH, os resultados são concordantes com a literatura. Nota-se uma diminuição estatisticamente significativa no rendimento escolar tanto nas crianças que cumpriam os critérios TDAH, como nas que só cumpriam critérios EDAH. 55% das crianças TDAH que deviam mudar de ciclo, repetiram o curso e apresentam diferenças estatisticamente significativas comparando com outros grupos. Conclusões. O pediatra de atenção primária deve envolver-se no diagnóstico e tratamento destas crianças, sem evitar, contudo, a avaliação pelos diferentes serviços envolvidos no processo de diagnóstico e terapêutico. [REV NEUROL 2005; 41: 75-80]

Palavras chave. Défice de atenção. Dificuldades de aprendizagem. Perturbação por défice de atenção com hiperactividade.