

Carmen R. Sánchez<sup>1</sup>  
Concepción Ramos<sup>2</sup>  
Francisco Díaz<sup>2</sup>  
David López<sup>1</sup>

# Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: prevalencia de riesgo en el ámbito escolar de Canarias

<sup>1</sup>Facultad de Psicología Universidad de La Laguna  
Departamento de Psicobiología y MCC

<sup>2</sup>Facultad de Psicología Universidad de La Laguna  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

---

**Objetivo.** Obtener datos de prevalencia de riesgo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la población infanto-juvenil de Canarias.

**Sujetos y método.** La muestra utilizada es de 4858 participantes de los cuales 2553 son chicas (52,55%) y 2305 chicos (47,45%) con un rango de edad entre 6 y 16 años. Del total de la muestra 2500 participantes pertenecen a primaria (51,46%) mientras que 2358 (48,54%) proceden de secundaria. A partir de dichas muestras se detectan aquellos participantes que superen los puntos de corte en la escala EDAH en sus versiones validadas para Canarias.

**Resultados y conclusiones.** El análisis de los datos nos aporta una prevalencia de riesgo global de un 11,52% por lo que uno de cada siete escolares podría manifestar este trastorno. Se estudian las posibles diferencias por sexo y edad, tanto en primaria como en secundaria.

**Palabras clave:** Prevalencia de riesgo, TDAH, EDAH, Infancia, Adolescencia

*Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):169-75

## Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: prevalence of risk in the scholastic scope of the Canary islands

**Objective.** To obtain data of prevalence of risk of the disorder attention deficit (ADHD) in the child and adolescent population of the Canary Islands.

**Subjects and method.** The sample used is 4858 participants of whom 2553 are girls (52.55%) and 2305 boys (47.45%) with a range of age between 6 and 16 years. Also of the total sample 2500 participants belong to primary while 2358 come from. These samples detected those participants exceeding the cut-off points in the EDAH scale versions validated for the Canary Islands.

**Results and conclusions.** Analysis of the data gives us a global risk of 11.52% prevalence, which is why one of every seven school children could manifest this disorder. We explore the possible differences by sex and age, both in primary and secondary.

**Keywords:** Prevalence of risk, ADHD, EDAH, Childhood, Adolescence

---

Correspondencia:  
Carmen Rosa Sánchez López  
Departamento de Psicobiología y MCC  
Facultad de Psicología Universidad de La Laguna  
38205 La Laguna Tenerife  
Correo electrónico: crslopez@ull.es

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños de similar nivel de desarrollo. Para su diagnóstico diferencial es necesario que las manifestaciones clínicas se presenten en dos o más ambientes, antes de los 7 años, y con un deterioro clínicamente significativo. Además no debe aparecer únicamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, de una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico<sup>1</sup>.

Es un trastorno frecuente y suficientemente importante por su morbilidad y disfuncionalidad, que se manifiesta más intensamente en la infancia, pero que continúa en la adolescencia<sup>2,3</sup>. Se considera una alteración crónica, cuyos síntomas pueden acompañarse de dificultades de aprendizaje, baja autoestima, trastornos emocionales y conductuales y problemas de interacción con los compañeros. Lo que puede verse agravado por la precariedad social y cultural<sup>4-8</sup>.

El DSM-IV-TR considera la existencia de subtipos para los casos en los que predominen signos de un solo elemento<sup>1</sup> dando lugar a cuatro subcategorías a) Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, cuyas características fundamentales giran en torno a la hiperquinesia y las dificultades en el control de los impulsos; b) Tipo con predominio de déficit de atención, en el que las dificultades se centran en problemas para concentrarse; c) Tipo combinado, que comparte sintomatología de los dos anteriores y d) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado, que se da cuando no se cumple con todos los criterios mencionados pero el sujeto muestra síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad.

En cuanto a la prevalencia del trastorno, y de acuerdo a distintos estudios, se observan oscilaciones entre el 3 y el 15%<sup>9-12</sup>. Señalar en este punto el meta-análisis realizado sobre 102 publicaciones de distintas zonas geográficas, incluida España, y que explica dicha variabilidad, no por las diferencias de los lugares analizados, sino por las propias características metodológicas de los trabajos<sup>13</sup>. Por su parte, el DSM-IV-TR ofrece una prevalencia estimada del 3-7%. En nuestro país, más recientemente, aparecen índices de prevalencia entre el 4 y el 14,4 %, si bien hay que señalar que estos resultados derivan de objetivos diferentes<sup>14-16</sup>. En el primero de los trabajos se utiliza una única fuente de información (maestros), siguiendo una estrategia exclusivamente psicométrica y con la finalidad de obtener prevalencias de riesgo. El segundo estudio utiliza la psicometría para la detección, y la evaluación clínica para la confirmación de casos. El tercero y más reciente, tiene en cuenta la información proveniente de padres, madres y maestros. Los resultados que se obtienen en los dos últimos se aproximan a las tasas señaladas por el DSM-IV, mientras que en el primero, la pre-

valencia de riesgo difiere de la prevalencia estimada según los sistemas de clasificación al uso.

Señalar además que la variabilidad en los índices de prevalencia hallados puede deberse a la influencia de los criterios de diagnóstico, los instrumentos de detección, el sexo de las poblaciones estudiadas, el tipo de muestra (clínica o comunitaria), la fuente de comunicación (padres, maestros, niños) y las características socioculturales<sup>16-20</sup>.

En cuanto a los subtipos del trastorno, el combinado aparece como el más frecuente<sup>17-19, 21</sup> mientras que otras investigaciones apuntan al hiperactivo-impulsivo como el de mayor prevalencia<sup>11</sup>.

Con respecto al sexo se ha encontrado un predominio de los varones. La ratio oscila entre 2:1 y 9:1, dependiendo de la muestra<sup>21-25</sup>. También el sexo ofrece variaciones en los subtipos del TDAH. Es el caso de alguna investigación que ha señalado a las niñas con TDAH más propensas a mostrar problemas de atención<sup>26</sup>, mientras que estudios más recientes han encontrado que es el subtipo hiperactivo-impulsivo el más frecuente en este sexo, frente a los varones que manifiestan más problemas de atención<sup>9</sup>.

En línea con las cuestiones tratadas hasta aquí, y dentro de una investigación más amplia, que abarca la evaluación de comportamientos internalizantes y externalizantes en los escolares de la Comunidad Autónoma de Canarias<sup>27,28</sup>, el trabajo que se presenta tiene como objetivo examinar la presencia de sintomatología de TDAH en el ámbito escolar en una muestra infanto-juvenil representativa de la población general, detectar la prevalencia de riesgo por grupos de edad y sexo y comprobar su relación con problemas de conducta y/o problemas de interacción social. Se plantea además como hipótesis que la sintomatología variará en función del sexo y la edad.

## MÉTODO

### Sujetos y métodos

Los datos se obtuvieron en dos fases. En la primera se recogieron los de secundaria y en la segunda los de primaria. En ambos casos se realizó un muestreo por conglomerados bietápico, siendo la unidad primaria el centro (se muestrearon los centros públicos y concertados de la Comunidad Canaria) y la unidad secundaria el aula. Participaron todos los niños/as de cada aula seleccionada. Asimismo, teniendo en cuenta la gran disparidad de datos de prevalencia que aparecen en la literatura<sup>14-16</sup> se optó por considerar el tamaño mínimo de la muestra en los dos casos (n=2828), lo que supone una prevalencia de riesgo esperada del 8% con una precisión del 1% y un nivel de confianza del 95%. Además se consideró la necesidad de aumentar un 20% esta cifra con el fin de controlar la posible mortalidad experimental,

Tabla 1		Medias (M) y Desviaciones Típicas (DT) de las puntuaciones del EDAH en Primaria											
Edad	Sexo	n	Hiperactividad (H)		Déficit de Atención (DA)		H+DA		PC		PS		
			M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
6	V	101	2,13	2,41	2,90	3,80	5,04	5,60	2,11	3,76	0,76	1,71	
	H	103	1,42	2,24	2,18	3,38	3,61	5,15	1,70	3,76	0,47	1,13	
7	V	160	3,20	3,35	4,07	3,81	7,22	6,33	4,73	5,77	1,57	2,11	
	H	177	2,07	2,57	3,31	3,65	5,39	5,59	3,0	4,30	1,14	1,86	
8	V	209	3,30	3,80	4,34	4,04	7,66	6,59	5,07	5,84	1,76	2,35	
	H	235	1,42	2,26	2,74	3,49	4,16	5,13	2,20	3,77	0,69	1,33	
9	V	220	2,89	3,04	5,09	4,48	7,99	6,56	5,05	6,25	1,91	2,58	
	H	218	1,69	2,20	3,60	3,71	5,30	4,92	2,65	3,91	0,97	1,69	
10	V	202	2,89	2,86	4,71	4,26	7,57	6,18	4,33	5,44	1,49	2,15	
	H	208	1,49	2,21	2,77	3,60	4,28	5,02	2,40	4,16	0,91	1,77	
11	V	152	2,33	2,92	3,84	4,19	6,17	6,49	4,11	5,51	1,43	2,35	
	H	177	1,49	2,04	3,18	3,79	4,68	5,10	2,62	4,11	0,99	1,99	
12	V	168	2,60	3,06	5,05	4,28	7,68	6,59	4,66	6,11	1,57	2,04	
	H	169	1,20	1,93	3,55	3,55	4,71	4,78	2,45	4,07	1,12	1,82	

Tabla 2		Medias (M) y Desviaciones Típicas (DT) de las puntuaciones del EDAH en Secundaria											
Edad	Sexo	n	Hiperactividad (H)		Déficit de Atención (DA)		H+DA		PC		PS		
			M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
12	V	207	1,64	2,0	2,52	2,62	4,19	4,13	3,72	4,97	0,88	1,59	
	H	235	1,09	1,71	2,25	2,48	3,37	3,75	3,16	4,71	0,93	1,54	
13	V	259	2,86	2,47	4,06	3,22	6,91	4,75	5,81	6,24	1,34	1,83	
	H	279	1,48	1,83	2,73	2,77	4,22	3,86	3,91	5,13	0,91	1,43	
14	V	252	2,16	2,37	4,17	3,53	6,39	5,14	4,76	6,23	1,26	1,75	
	H	312	1,23	1,76	2,91	3,15	4,17	4,27	3,66	5,59	0,97	1,39	
15	V	274	2,21	2,20	3,73	3,67	5,94	5,22	4,55	5,82	1,04	1,59	
	H	332	0,96	1,40	2,54	2,73	3,50	3,45	2,50	4,07	0,71	1,35	
16	V	100	2,19	2,11	4,08	3,24	6,27	4,64	4,02	4,62	0,96	1,28	
	H	108	1,03	1,26	2,87	2,76	3,92	3,25	2,5	4,78	0,50	0,95	

quedando la muestra en secundaria (n= 3400) y en primaria (n=3390), debido a la utilización de grupos ya conformados.

Se produjo pérdida de participantes, tanto en primaria (n= 890), como en secundaria (n=1042). En primaria, los padres no firmaron el consentimiento informado (748 casos) y los cuestionarios estaban incompletos en 142 casos. En secundaria, los padres no firmaron el consentimiento informado (948 casos), los cuestionarios estaban incompletos (70 casos) y los chicos tenían menos de 12 años (24 casos).

Finalmente la muestra total del estudio es de 4858 participantes, de los cuales 2358 (48,54%) cursaban estudios en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y 2500 (51,46%) se encontraban en Educación Primaria (EP) en la Comunidad Canaria.

La distribución por sexo en Secundaria es de 1266 chicas (53,7%) y 1092 chicos (46,3%). Con respecto a la edad, el rango oscila entre los 12 y 16 años con una media de  $13,83 \pm 1,24$  años.

Tabla 3 Prevalencia de riesgo de TDAH según sexo y nivel educativo

		PRIMARIA (N=2500)		SECUNDARIA (N=2358)		TOTALES (N=4858)
		CHICOS	CHICAS	CHICOS	CHICAS	
H	N	31	55	37	37	160
	%	1,36%	2,2%	1,56%	1,56%	3,29%
	IC 95%	(0,90-1,81)	(1,17-3,22)	(1,05-2,06)	(1,05-2,06)	(2,78-3,79)
DA	N	34	38	40	40	152
	%	1,36%	1,52%	1,69%	1,69%	3,12%
	IC 95%	(0,90-1,81)	(1,04-1,99)	(1,16-2,21)	(1,16-2,21)	(2,63-3,60)
H+DA	N	65	68	59	56	248
	%	2,6%	2,72%	2,50%	2,37%	5,11%
	IC 95%	(1,97-3,22)	(2,08-3,35)	(1,86-3,13)	(1,75-2,98)	(4,48-5,71)
TOTALES	N	130	161	136	133	560
	%	5,2%	6,44%	5,64%	5,76%	11,52%
	IC 95%	(4,32-6,07)	(5,47-7,40)	(4,70-6,57)	(4,81-6,70)	(10,62-12,41)

En el caso de Primaria la distribución por sexo es de 1287 niñas (51,5%) y 1213 niños (48,5%). Con respecto a la edad, el rango oscila entre los 6 y 12 años, con una media de  $9,14 \pm 1,82$  años.

## Instrumento

El instrumento utilizado, la EDHA<sup>29</sup> es una versión castellana revisada de la escala de conducta de Conners para profesores en población infantil (de 6 a 12 años). Su finalidad es recoger información sobre la conducta habitual de los niños en el aula, con un método estructurado de observación para el profesor, compuesto por 20 elementos. Para este estudio hemos utilizado las versiones validadas para población infantil y adolescente de Canarias<sup>30,31</sup>, integradas por cuatro subescalas: Hiperactividad (H), Déficit de Atención (DA), Problemas de interacción Social (PS) y Problemas de conducta (PC). La suma de puntuaciones de los factores H y DA posibilita la detección del denominado subtipo combinado. Cada ítem puntúa de 0 a 3 puntos; las puntuaciones más altas son indicativas de presencia del síntoma.

Los puntos de corte utilizados en primaria se han obtenido sumando dos desviaciones típicas a la media de cada factor en cada edad; en secundaria se han utilizado los puntos de corte del baremo para adolescentes<sup>32</sup>. Los indicadores de fiabilidad y validez que presentan las dos validaciones ofrecen excelentes valores, confirmando la bondad psicométrica de la prueba.

## RESULTADOS

Teniendo en cuenta todos los factores que mide la prueba obtenemos que la media de la puntuación en cada uno

de ellos, para la muestra completa (N=4858) fue de (M=3,66; dt=5,20) para el factor PC. En el factor DA (M=3,45; dt=3,60). El factor PS (M=1,1; dt=1,80), el factor H (M=1,92; dt=2,43). En el combinado H+DA la media es de 5,37 (dt=5,31). En todos los casos las medias obtenidas por los varones fueron mayores que las obtenidas por las mujeres, e igualmente las medias obtenidas en Primaria fueron mayores que en Secundaria, excepto en el factor PC que presenta medias mayores en Secundaria. Las medias y desviaciones típicas por sexo y edad pueden verse en las tablas 1 y 2.

## Análisis de prevalencias

Para el análisis de prevalencias hemos tenido en cuenta sólo aquellos factores que conforman el trastorno propiamente dicho, esto es: hiperactividad, déficit de atención y el combinado H+DA. Todos los intervalos de confianza que se presentan están calculados con un nivel de confianza del 95%. Del total de la muestra (N=4858), un 11,52% (10,62-12,41) presenta riesgo de TDAH. De forma global podemos decir que uno de cada siete escolares podría manifestar este trastorno. De éstos, el 5,98% (4,41-6,64) pertenecen a primaria mientras que el 5,53% (5,32-5,73) son de secundaria. Según el sexo encontramos que las chicas 6,05% (5,37-6,72) presentan mayor porcentaje que los chicos 5,47% (4,83-6,11) aunque esta diferencia no resulta significativa ( $z=0,899$ ;  $p=0,368$ ;  $\alpha=0,01$ ). En la tabla 3 se muestra la prevalencia de riesgo de TDAH por sexo y nivel educativo. Hacer notar que no se han encontrado diferencias significativas entre las prevalencias de riesgo por sexo, excepto en H+DA en primaria ( $z=3,427$ ;  $p=0,000$ ;  $\alpha=0,01$ ), donde la prevalencia de riesgo mayor se encuentra en las chicas.

En relación a las puntuaciones medias obtenidas, los chicos obtienen puntuaciones medias mayores que las chicas

Tabla 4	Resultados de las comparaciones múltiples a posteriori entre la edad de los diferentes subtipos de TDAH en Secundaria					
	Edad	Diferencia entre medias	Error típico	Significación	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
DA	12-14	1,9883	0,53518	0,009	0,3221	3,6544
H	13-16	1,9887	0,54222	0,011	0,3062	3,6712
	14-16	1,6825	0,53601	0,046	0,0193	3,3457
H+DA	12-14	-2,2867	0,58967	0,005	-4,1164	-0,4571
	13-16	2,2748	0,66093	0,020	0,2240	4,3256
	14-16	3,0173	0,65336	0,000	0,9900	5,0446
	15-16	2,2353	0,65160	0,021	0,2134	4,2572

tanto en primaria como en secundaria. Hemos realizado un análisis de varianza (MANOVA) para detectar posibles diferencias significativas en edad, sexo y su interacción. Para interpretar los resultados, se utilizaron la Lambda de Wilks y el Criterio de Pillai. Estos dos criterios mostraron que en primaria había una diferencia general significativa sólo en la variable sexo [Lambda de Wilks =0,734 [F<sub>(2,274)</sub> =24,51; p=0,000] y el Criterio de Pillai =0,266 [F<sub>(2,274)</sub> =24,51; p=0,000], siendo la media mayor en todos los factores para los varones. Para el factor H la media obtenida por la niñas fue de 5,41 (dt=2,93) y por los niños M=7,88 (dt=3,18) [F<sub>(1,274)</sub> =41,14; p=0,000]; en el factor DA, para las niñas (M=8,96; dt=3,86) y para los niños (M=11,41; dt=3,60) [F<sub>(1,274)</sub> =27,15; p=0,000]; en el factor H+DA, las niñas obtienen una media=14,38; dt=4,04 y los niños obtienen una media=19,30 y dt=3,99 [F<sub>(1,274)</sub> =94,14; p=0,000]; en el factor PC, la media para las niñas es 8;99 dt=0,51 y para los niños media=13,27; dt=0,50 [F<sub>(1,274)</sub> =30,23; p=0,000] y en el factor PS, las niñas tienen de media=3,35; dt=0,22 y los niños media=4,98; dt=0,25 [F<sub>(1,274)</sub> =23,17; p=0,000].

En secundaria los criterios utilizados señalaron que había una diferencia general significativa, tanto en el sexo como en la edad, no ocurriendo lo mismo para su interacción. En relación al sexo obtenemos una Lambda de Wilks=0,699 [F<sub>(2,250)</sub> =26,96; p=0,000] y Criterio de Pillai=0,301 [F<sub>(2,250)</sub> =26,96; p=0,000] y, al igual que en Primaria, las medias son mayores en los chicos que en las chicas en todos los factores. Las diferencias obtenidas fueron: en el factor H, las chicas tienen una media de 3,79; dt=2,51 y los chicos M=5,66; dt=2,55, [F<sub>(1,263)</sub> =35,87; p=0,000]; en el factor DA, la media de las chicas es de 7,33; dt=2,96, mientras que la media de los chicos es de 9;05; dt=2,66 [F<sub>(1,263)</sub> =25,07; p=0,000]; en H+DA, para las chicas M=11,12; dt=3,39 y los chicos M=14,69; dt=3,01 [F<sub>(1,263)</sub> =81,87; p=0,000]; en PC, las

chicas obtienen una media de 10,38; dt=0,65 y los chicos una media de 12,26; dt=0,66 [F<sub>(1,263)</sub> =4,05; p=0,016], por último en el factor PS las chicas alcanzan una media de 2,11; dt=0,19 y los chicos una media de 2,70, dt=0,19 [F<sub>(1,263)</sub> =4,60; p=0,003]. Respecto a la edad, Lambda de Wilks=0,869 [F<sub>(8,508)</sub> =4,62; p=0,000] y Criterio de Pillai=0,134 [F<sub>(8,510)</sub> =4,59; p=0,000], hemos utilizado el método de Scheffé para las comparaciones múltiples a posteriori, para determinar entre qué edades se producen estas diferencias, encontrándose éstas en el subtipo DA entre 12 y 14 años, dándose la media mayor a los 14 años. En el subtipo H, las diferencias aparecen entre los 13 y 16 años y los 14 y 16 años, siendo las medias mayores a los 13 y 14 años respectivamente. El mayor número de diferencias significativas entre edades se da en el subtipo combinado. Tenemos diferencias entre los 12 y 14 años y entre los 13, 14, 15 y 16 años, obteniéndose medias mayores a los 13, 14 y 15 años. Se observa pues que en el intervalo de edad de los 13-14 años se dan las puntuaciones más elevadas en los tres subtipos de TDAH. (Ver tabla 4)

### Análisis de correlaciones

En cuanto a los factores PS y PC tenemos que, de los 291 posibles casos de TDAH detectados en primaria, 177 [60,82% (58-61,9)] presentan puntuaciones altas en dichos factores. En secundaria de los 269 posibles casos detectados, 126 [46,84% (43,9-48)] obtienen puntuaciones altas en los factores PC y/o PS, siendo la diferencia entre primaria y secundaria significativa (z=3,292; p=0,000;  $\alpha$ =0,05).

En primaria, de las chicas (n=161), 89 casos señalan también puntuaciones altas en dichos factores, suponiendo un 55,27% (53,2-57,1). En los chicos (n=130) son 88 los casos con problemas de conducta y/o interacción social

[67,68% (65,1-68,6)]. Estas diferencias son significativas ( $z=-2,153$ ;  $p=0,031$ ;  $\alpha=0,05$ ).

En las chicas de secundaria ( $n=133$ ), 65 casos [48,86% (44,1-51,8)] muestran problemas de conducta y/o interacción social; los chicos ( $n=136$ ), son 61 casos [44,84% (41,9-46)] los que manifiestan dichos problemas. En esta etapa, la diferencia entre sexos no ha resultado significativa.

Hemos obtenido diferencias significativas entre los dos niveles educativos, en los porcentajes de chicos con puntuaciones altas en PC y/o PS ( $z=3,744$ ;  $p=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ). En las chicas no aparecen diferencias significativas.

## CONCLUSIONES

El trabajo presentado se enmarca en un estudio más amplio<sup>28</sup> en el que hubo una fase inicial de detección de prevalencia de riesgo (que se realiza en dos momentos) y una segunda fase de confirmación de casos. Señalar que en esta segunda fase se produjo una alta mortalidad muestral que impidió la obtención de tasas de prevalencia estimada.

La prevalencia de riesgo hallada en nuestro estudio (11,52%) es similar sólo a la de otra investigación española, en la que también se utilizó la EDAH como prueba de cribado, y cuyo resultado es del 12%<sup>14</sup>.

Es evidente que la utilización de un solo informante determina los datos hallados y que en nuestro caso son más elevados que los encontrados en otras investigaciones con varios informantes (padres y maestros)<sup>15,33</sup> y asumiendo los criterios del DSM-IV. Sin embargo, también hay que decir que existen fluctuaciones en las tasas de prevalencia encontradas entre estudios que utilizan pruebas basadas en los criterios del DSM-IV, sobre todo en lo que a subtipos se refiere<sup>18</sup>.

De acuerdo a nuestros datos podemos decir que, a nivel general, los signos de TDAH se hacen más evidentes en primaria que en secundaria, al obtenerse puntuaciones medias más elevadas en la infancia que en la adolescencia. Los chicos alcanzan puntuaciones medias mayores que las chicas tanto en la etapa infantil como en la adolescencia<sup>16</sup>.

Sin embargo, aunque los varones alcanzan puntuaciones medias más elevadas que las mujeres, la prevalencia de riesgo encontrada en primaria es mayor en niñas que en niños, si bien estas diferencias no son significativas.

Si comparamos las prevalencias de riesgo en los dos niveles educativos, observamos que éstas son similares. Tampoco aparecen diferencias significativas entre sexos, a excepción del tipo con predominio hiperactivo-impulsivo en primaria, donde la prevalencia en las niñas es significativamente mayor que en los niños.

En los casos detectados, tenemos que:

- Se mantiene la diferencia en las puntuaciones medias, siendo mayor en los chicos que en las chicas, tanto en primaria como en secundaria.
- La edad no influye en las puntuaciones obtenidas en la infancia pero sí afecta en las alcanzadas en la adolescencia, produciéndose las puntuaciones medias más elevadas entre los 13-14 años en todos los subtipos.
- A los signos de TDAH se asocian, en un porcentaje elevado, los problemas de interacción social (PS) y problemas de conducta (PC)<sup>34</sup>. Esta asociación es más evidente en primaria que en secundaria y mayor en los chicos que en las chicas.

Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos hacen referencia a prevalencia de riesgo informada por profesores, se hace necesario para un diagnóstico válido y fiable un estudio clínico posterior, donde se incluya la evaluación a través de otros informantes (padres y/o tutores y los propios niños), además de la observación directa del clínico en contextos naturales, esto es, en el ámbito familiar y escolar, de cara a confirmar dicho diagnóstico.

Por último, estos síntomas deben ser siempre comprendidos y analizados dentro de un modelo bio-psicosocial, donde se consideren la interacción y combinación de una amplia diversidad de variables.

Lograr un diagnóstico correcto del TDAH es imprescindible para atenuar el impacto que puede ocasionar este trastorno psicológico a nivel personal, familiar y social.

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está financiado mediante un convenio de investigación y asesoría suscrito por la Consejería de Educación, Cultura, Deportes y Universidades del Gobierno de Canarias y la Universidad de La Laguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
2. Barkley RA. Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*. 2004;10(1):39-56.
3. Ramos Quiroga JA, Bosch Munsó R, Castells Cervelló X, et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*. 2006;42(10):600-6.
4. Rodríguez Sacristán, J. Psicopatología infantil Básica. Madrid: Pirámide, 2000.
5. Altohoff RR, Rettew DC, Hudziak JJ. Attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*. 2003;33(4):245-52.
6. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. *A Handbook*

- for diagnosis and treatment. New York: Guildford Press, 2006.
7. Gresham FM, Lane KL, Lambros KM. Comorbidity of conduct problems and ADHD: identification of "Fledgling Psychopaths". *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2000;8(2):83-94.
  8. Fernández-Mayoralas DM, López-Arribas S, Pardos-Veglia A, et al. Habilidades sociales y de liderazgo en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: relación con las capacidades cognitivo-atencionales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):136-46.
  9. Pereira Pondé M, Cruz Freire A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in school children in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2007;65(2):240-4.
  10. Amiri S, Fakari A, Maheri M, Mohammadpoor Asl A. Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-west Iran. *Pediatrics and Perinatal Epidemiology*. 2010;24:597-601.
  11. Sánchez E, Velarde S, Britton G. Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a sample of Panamanian school-aged children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42:243-55.
  12. Petersen D, Bilenberg N, Hoerder K, et al. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8-to 9 years old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:71-8.
  13. Polanczyk G, Siva de Lima M, Lessa Horta B, et al. The worldwide prevalence of ADHA: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;146:942-8.
  14. Blázquez-Almería G, Joseph-Munné D, Burón-Masó E, et al. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Rev Neurol*. 2005;41(10):586-90.
  15. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol*. 2007;44:10-4.
  16. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, et al. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatría Atención Primaria*. 2009;11(42):251-70.
  17. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*. 2007;166:117-23.
  18. Cardo E, Servera M, Vidal C, de Azua B, et al. Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2011;52(Supl 1):S109-S117.
  19. Peña JA, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol*. 2003;36:173-9.
  20. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol*. 2001;32:229-31.
  21. Adewuya A, Famuyiwa O. Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children prevalence and comorbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:10-5.
  22. Da Silva Fontana R, Moacyr de Vasconcelos M. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(1):134-7.
  23. Döpfner M, Breuer D, Wille N, et al. BELLA study group. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample- result of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:59-70.
  24. Schilling Poeta L, Rosa Neto F. Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianópolis /SC using the EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004;26(3):150-5.
  25. Gómez R, Hafetz N. DSM-IV ADHD: Prevalence based on parent and teacher ratings of Malaysian primary school children. *Asian Journal of Psychiatry*. 2011;4:41-4.
  26. Biederman J, Mick E, Faraone SV, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(1):36-42.
  27. Sánchez-López CR, Ramos-Pérez C, Díaz-Cruz F, Simón M. Comorbilidad entre el TDAH y los trastornos del comportamiento. III Congreso Internacional Multidisciplinar sobre Trastornos del Comportamiento en Menores. Noviembre. Guadalajara, 2006.
  28. Ramos-Pérez C, Sánchez-López CR, Simón M, Navarro C. Estudio epidemiológico de los trastornos externalizantes en la población canaria de la ESO. III Congreso Internacional Multidisciplinar sobre Trastornos del Comportamiento en Menores. Noviembre. Guadalajara, 2006.
  29. Farré A, Narbona J. Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA, 2003.
  30. Sánchez CR, Ramos C, Díaz F, Simón M. Validación de la escala de evaluación del Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (EDAH) en población adolescente. *Rev Neurol*. 2010;50:283-90.
  31. Sánchez CR, Ramos C, Simón M. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: validación de la escala EDAH en población canaria de educación primaria. *Rev Neurol*. 2012;54:10-6.
  32. Sánchez CR, Díaz F, Ramos C. Trastorno por Déficit de Atención /Hiperactividad en la adolescencia: baremación de la escala EDAH(a). *Rev Neurol*. 2010;51:337-46.
  33. Urzúa A, Domic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(4):332-8.
  34. Ulloa RE, Narvae MR, Arroyo E, et al. Estudio de validez del Cuestionario para trastorno por déficit de atención y trastorno de conducta. Versión maestros. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;37(7):153-7.