

Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes*

Juan Antonio Amador

Maria Forns

Universitat de Barcelona

Bernardí Martorell

Servicio de Psiquiatría, Hospital de Sant Pau. Barcelona

Se analiza la presencia, en población infantil, de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad, según son definidos por el DSM-IV, a partir de la información de padres y profesores, en una muestra de sujetos entre 4 y 12 años de la ciudad de Barcelona. Se han definido dos criterios de valoración, amplio y restringido. La frecuencia de los síntomas depende del tipo de conductas que se evalúan (desatención o hiperactividad-impulsividad), de la edad y el sexo de los sujetos evaluados y de los informantes. Se analiza la concordancia de la información proporcionada por los diferentes informantes y se discute la pertinencia de mantener un único punto de corte, independientemente de la edad y sexo.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, síntomas, variación según edad y sexo, acuerdo entre informantes.

The presence of inattention and hyperactivity-impulsivity symptoms, as defined by the DSM-IV, is analysed in a group of children aged 4-12 from Barcelona, using information provided by parents and teachers. Two rating criteria were defined: broad and narrow. The frequency of symptoms depends on the type of behaviours evaluated – inattention or hyperactivity-impulsivity – and on the sex and age of the subjects assessed and of the informants. The agreement between informants is analysed and the suitability of using a single cut-off point, regardless of age and sex, is discussed.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, symptoms, changes with age and gender, agreement between informants.

* Este artículo ha sido realizado, en parte, con la ayuda PB96-1254. Los autores agradecen a Anna Figueras, I. aia Cano, Dunia Abad, Caterina Calderón y Pilar Muro su valiosa ayuda en el proceso de recogida de datos y en la confección de los ficheros.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultat de Psicologia. Pg. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Correo electrónico: jamador@psi.ub.es

La psicopatología del desarrollo estudia las disfunciones clínicas en el contexto de los procesos de maduración y cambio (Kazdin, 1989). Su singularidad reside en que atiende tanto a los procesos normales de cambio y de adaptación, como a las manifestaciones anómalas, tratando de articular la relación existente entre ambos aspectos (Cicchetti, 1984). De hecho, se pretende identificar patrones individuales de desadaptación, a lo largo de la constante y esperable transformación de las conductas que se dan durante la infancia y adolescencia. En este enfoque, la definición de los patrones de alteración toma como contraste las desviaciones de la normalidad (Garber, 1984).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones psicopatológicas de aparición en la infancia y adolescencia de mayor prevalencia y que ha motivado gran cantidad de estudios (véase Resnick y McEvoy, 1994 y Tannock, 1998). El TDAH comprende un patrón persistente de conductas de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad. Este trastorno está presente cuando estas conductas son más frecuentes e intensas de lo que se espera, según la edad y desarrollo del sujeto. Además, algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención deben haber aparecido antes de los siete años, manifestarse en más de un contexto (escolar, familiar, etc.) e interferir en el rendimiento y en las actividades cotidianas (APA, 1995). Según la cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), el TDAH presenta los siguientes subtipos: *a*) con predominio del déficit de atención, *b*) con predominio hiperactivo-impulsivo, *c*) tipo combinado, y *d*) tipo no especificado. La décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10; OMS, 1992) establece que los síntomas más frecuentes de este trastorno son: la falta de persistencia en tareas de tipo cognitivo, la tendencia a cambiar de conducta y de tarea, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. De hecho, el trastorno de la actividad y la atención de la CIE-10 corresponde al trastorno de tipo combinado del DSM-IV.

Los índices de prevalencia del TDAH se sitúan entre un 3% y un 6% de los niños, independientemente de su pertenencia cultural y geográfica, con una mayor presencia de varones, tanto en muestra normal (3:1 ó 4:1) como en muestra clínica (9:1) (APA, 1995; Arnold, 1996). La tasa de prevalencia se ve también afectada por el tipo de instrumento de evaluación empleado (test, entrevista, observación), así como por las características de los informantes (padres, maestros). Existe consenso en que la prevalencia del TDAH no se mantiene constante a lo largo del desarrollo: a medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos conspicuos y se atenúan conforme se alcanza la adolescencia y la madurez (APA, 1995; Barkley, 1990).

El DSM-IV propone para el diagnóstico del TDAH un punto de corte de 6 síntomas sobre los 9 de falta de atención, y de 6 sobre los 9 síntomas de hiperactividad-impulsividad. Este criterio se aplica a todos los sujetos, tanto niños como adolescentes, sin establecer diferencias según la edad y el sexo. Varios autores han cuestionado que, en las sucesivas versiones de los DSM, se establezca para el diagnóstico del TDAH un único punto de corte aplicable a todas las edades y sin distinción entre sexos, (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1990; Schaughency, McGee, Raja, Feehan y Silva, 1994).

DuPaul (1990, 1991) elaboró una escala con los 14 síntomas del TDAH recogidos en el DSM-III-R¹ (APA, 1987). Encontró que, para formular el diagnóstico de TDAH, era preciso establecer distintos puntos de corte, según las edades. Propuso un punto de corte de 10 síntomas para niños menores de 5 años, de 8 síntomas para niños entre 6 y 11 años, tal como proponía el DSM-III-R, y de 6 síntomas para los adolescentes (véase Barkley, 1990). También halló que las chicas presentaban menos problemas de atención y de hiperactividad que los chicos. Ocho síntomas era el punto de corte apropiado para las chicas, pero no para los varones; para éstos era más adecuado establecer el punto de corte en 10 síntomas.

DuPaul y colaboradores han reelaborado sus trabajos adaptándolos a los criterios del DSM-IV. Tal como se puso de manifiesto en trabajos anteriores, los chicos entre 5 y 13 años, tanto si son valorados por sus padres como por sus profesores, reciben puntuaciones significativamente más elevadas que las chicas en los factores de desatención, de hiperactividad-impulsividad y en la puntuación total. Estas diferencias no se detectan entre los 14 y los 22 años. Cuando los sujetos son evaluados por sus maestros, las puntuaciones de hiperactividad-impulsividad se mantienen entre los 5 y los 10 años, declinan entre los 11 y los 13, y disminuyen sensiblemente entre los 14 y los 18 años. Las conductas de desatención muestran estabilidad a lo largo de la edad, para ambos sexos (DuPaul y cols., 1997; DuPaul y cols., 1998). Los autores interpretan que el descenso de las conductas de hiperactividad en los sujetos de más edad puede deberse al hecho de que los síntomas descritos en el DSM-IV reflejan conductas más apropiadas para población infantil que para adolescente. Algunos autores defienden que en las edades de preescolar, predomina el trastorno hiperactivo-impulsivo, se aprecia una mayor frecuencia del trastorno de tipo combinado en los años de enseñanza primaria y una mayor incidencia del tipo déficit de atención en la preadolescencia y adolescencia (Applegate y cols., 1997; Barkley, 1997; Barkley y Biederman, 1997).

Se ha demostrado que el grado de acuerdo entre informantes varía según el tipo de informante, la edad del sujeto evaluado y el tipo de problema del que se informa. Así, entre informantes que ven al sujeto en el mismo contexto (padre/madre, profesor/observador) la correlación media es de 0,60. La correlación media entre informantes que ven al sujeto en contextos diferentes (padres versus maestros) es de 0,28 (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Biederman y cols., 1993; Clarke y cols., 1992; Hinshaw y cols., 1992). En los trabajos de DuPaul y col. (1997) y DuPaul y cols. (1998), los padres valoran las conductas de hiperactividad-impulsividad y desatención de sus hijos con menor intensidad que los profesores.

Los datos hasta aquí expuestos señalan que la forma de presentación de los síntomas del TDAH cambia a lo largo del proceso madurativo, que su frecuencia e intensidad varía según la edad y el sexo (Barkley, 1990, 1997; Hinshaw, 1994), y que el rol del informante también introduce modificaciones en la valoración de los síntomas. Todo ello ha llevado a cuestionar la adopción de un

1. El DSM-III-R presentaba un listado de 14 síntomas sin establecer agrupación alguna entre aquellos que denotaban déficits de atención y los que expresaban hiperactividad e impulsividad.

único punto de corte para todos los sujetos, independientemente de su edad, sexo o de la persona que valora estas conductas.

En este trabajo se presenta un estudio de los síntomas que definen el TDAH en población infantil no clínica. No se trata de un estudio clínico del TDAH. El objetivo de este trabajo es el análisis de las variaciones a que da lugar la información sobre la frecuencia de estos síntomas según informantes (padres y profesores), en escolares de ambos sexos y en distintos niveles educativos.

Esta información se analiza del siguiente modo:

- Estudio del porcentaje de sujetos que obtienen 6 o más síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad, según informantes, sexo y ciclo educativo.
- Estudio del promedio de síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad por niveles educativos, según informantes y sexo.
- Índice de concordancia entre informantes.

Método

Sujetos

La muestra está formada por 907 niños valorados por los profesores y 790 valorados por los padres. El número de sujetos evaluados simultáneamente por padres y profesores es de 664. Todos están escolarizados en los correspondientes niveles de educación preescolar y/o primaria, con edades comprendidas entre los 4 y los 12 años.

Los datos se han recogido en 48 aulas pertenecientes a diversos centros privados subvencionados de la ciudad de Barcelona. El nivel socioeconómico de la muestra, según el índice de Hollingshead (1975), es medio. La Tabla 1 recoge la composición de la muestra.

TABLA 1. COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

	<i>Informante: profesores</i>					<i>Informante: padres</i>				
	<i>Preesc.</i>	<i>Ciclo inicial</i>	<i>Ciclo medio</i>	<i>Ciclo superior</i>	<i>Total</i>	<i>Preesc.</i>	<i>Ciclo inicial</i>	<i>Ciclo medio</i>	<i>Ciclo superior</i>	<i>Total</i>
Chicos	98	117	97	94	406	63	89	90	95	337
Chicas	137	134	106	124	501	98	112	106	137	453
Total	235	251	203	218	907	161	201	196	232	790

Instrumento

Se han recogido los síntomas diagnósticos del DSM-IV para el TDAH en un listado de 19 elementos (véase Anexo). Los 10 primeros se refieren a los sínto-

mas para el diagnóstico de los problemas de atención. Los 9 restantes se refieren a hiperactividad e impulsividad.

El síntoma «d» del DSM-IV «A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) ha sido desglosado en dos partes: a) «No sigue las órdenes o instrucciones (no se debe a incapacidad para entenderlas ni a que se niegue a seguirlas)», y b) «No finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones».

Cada uno de los síntomas puede ser evaluado mediante cuatro alternativas de respuesta con los siguientes valores: 0 «no es cierto», 1 «le sucede algunas veces», 2 «le sucede bastantes veces» y 3 «es cierto, le ocurre casi siempre». Se pidió a padres y profesores que valoraran los elementos del listado teniendo en cuenta el comportamiento habitual de sus hijos o alumnos.

Forma de valoración de los elementos del listado

La valoración del TDAH, según el DSM-IV (APA, 1995), es categorial y se establece a partir de la presencia o ausencia de determinado número de síntomas. Al valorar cada síntoma, mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, es necesario determinar a partir de qué valor se establece la presencia o ausencia del síntoma. En este trabajo se interpretarán los datos desde dos alternativas diferentes. En la primera alternativa, que denominaremos *valoración amplia*, se ha considerado que el síntoma está presente cuando se valora con dos o tres puntos. Se cumplirá el criterio diagnóstico A del DSM-IV si el sujeto presenta 6 ó más síntomas valorados con 2 ó 3 puntos. En la segunda alternativa, *valoración restringida*, se ha considerado que el síntoma estaba presente cuando era valorado con tres puntos, en cuyo caso se han de presentar 6 o más síntomas valorados con 3 puntos para que se cumpla el criterio diagnóstico A.

Es obvio que variará el número de sujetos que cumplan el criterio diagnóstico A para el TDAH, según que se contemple una valoración amplia o restringida.

Procedimiento

El listado de síntomas se envió a padres y profesores de 1.200 niños. Se pidió que contestaran de forma voluntaria y no remunerada. Los padres recibieron el listado en un sobre cerrado, junto con una carta en la que se solicitaba su colaboración. Los profesores recibían el listado de síntomas igualmente en sobre cerrado, junto con la carta de solicitud de colaboración.

Tanto los padres como los profesores completaron la información sin conocer, explícitamente, que el contenido se refería a problemas de atención, hiperactividad e impulsividad. En el listado de los padres se identificaba a los sujetos mediante la fecha de nacimiento, sexo y nivel escolar. Los padres devolvían la información en un sobre cerrado a los profesores de sus hijos. Los profesores daban, además de la fecha de nacimiento, nivel escolar y sexo, el nombre de los alumnos. Los listados de padres y profesores fueron empareja-

dos, para cada aula, a partir de esta información. El porcentaje de devolución de listados fue del 84,9%.

Resultados

Se han organizado los resultados en cuatro apartados. Los dos primeros se refieren a los porcentajes de sujetos con 6 o más síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad; el tercero se dedica al análisis del promedio de síntomas, según niveles educativos y sexo, y el último aborda la concordancia de la información que proviene de padres y profesores.

A. Porcentaje de sujetos con 6 o más síntomas de desatención (DA) e hiperactividad-impulsividad (HI), según informantes y sexo

Para llevar a cabo este análisis se han calculado los porcentajes de sujetos que alcanzan el criterio mínimo de seis síntomas del déficit de atención (DA) y de hiperactividad-impulsividad (HI). En la Tabla 2 se presentan estos porcentajes para el conjunto de la muestra, según los dos criterios de valoración (amplio y restringido) y los informantes (padres y profesores).

Cuando se emplea un criterio de valoración amplio, los profesores señalan un alto porcentaje de sujetos con problemas de atención (DA): 23,6% de chicos y 12,2% de chicas ($z = 4,51$; $p < 0,001$). Estos porcentajes disminuyen sensiblemente al utilizar el criterio de valoración restringido (6,7% de chicos y 1,8% de chicas), aunque se mantiene la diferencia significativa ($z = 3,75$; $p < 0,001$).

Los padres valoran de forma mucho menos intensa los problemas de atención de sus hijos. Con el criterio de valoración amplio, indican que un 7,7% de chicos y un 4,2% de chicas presentan 6 o más síntomas de DA. El porcentaje de varones es significativamente mayor que el de mujeres ($z = 2,10$; $p = 0,02$). Igual

TABLA 2. PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ALCANZAN SEIS O MÁS SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN (DA) E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD (HI) SEGÚN INFORMANTES, CRITERIO DE VALORACIÓN Y SEXO

Informantes	Criterios de valoración	Desatención (DA)		Hiperactividad Impulsividad (HI)	
		Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Profesores	Amplio	23.6%	12.2%	18.7%	6.2%
	Restringido	6.7%	1.8%	3.7%	0.2%
Padres	Amplio	7.7%	4.2%	12.8%	8.2%
	Restringido	1.2%	0.4%	1.5%	1.1%

que en el caso anterior, al usar el criterio restringido, los porcentajes disminuyen y, en este caso, no se aprecia diferencia significativa entre chicos y chicas.

Profesores y padres están de acuerdo en indicar que los problemas de atención afectan más a los chicos que a las chicas, aunque mantienen fuertes discrepancias en sus valoraciones. En efecto, los profesores reconocen el triple de problemas de atención que los padres, si se contrastan los datos del criterio amplio, y aproximadamente el quintuplo si se contrastan los datos del criterio restringido.

Según los profesores, el número de varones que presentan seis o más síntomas de HI es el triple que el de mujeres, cuando se utiliza el criterio de valoración amplio (18,7% frente a 6,2%; $z = 5,80$; $p < 0,001$). Los padres informan que el 12,8% de sus hijos varones y el 8,25% de sus hijas presentan síntomas de HI ($z = 2,12$; $p = 0,02$). Cuando se utiliza el criterio de valoración restringido, disminuyen los porcentajes y se equilibra la proporción entre varones y mujeres.

Los profesores informan que los chicos presentan el triple de síntomas de HI que las chicas ($z = 2,18$; $p < 0,01$), mientras que los padres reducen la distancia entre ambos a menos de la mitad.

B. Análisis de los porcentajes de sujetos que alcanzan seis o más síntomas de DA e HI, según ciclos educativos, sexo e informantes

La Tabla 3 recoge los porcentajes de sujetos que en cada ciclo educativo presentan el número de síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad requeridos por el DSM-IV. Los datos más relevantes de esta tabla son los siguientes:

Al usar un criterio de valoración amplio, los profesores informan de un incremento significativo en el número de alumnos varones que presentan síntomas de desatención, al pasar de parvulario a la educación primaria. La diferencia máxima se produce entre parvulario y ciclo medio ($z = 3,27$; $p < 0,001$). Este incremento se observa también en las chicas; en este caso la diferencia máxima se detecta entre parvulario y ciclo superior ($z = 3,24$; $p < 0,001$). El porcentaje de sujetos que, según los profesores, presenta síntomas de DA es más elevado para los chicos que para las chicas; la diferencia máxima se produce en ciclo medio ($z = 3,34$; $p < 0,001$).

Con el mismo criterio de valoración amplio, los padres indican que el porcentaje de sujetos con problemas de atención es mayor en ciclo medio, con diferencias significativas en relación al resto de ciclos educativos; la máxima diferencia significativa se produce entre parvulario y ciclo medio ($z = 2,90$; $p < 0,001$). El porcentaje de chicas con síntomas de desatención, según los padres, es escaso y estable a lo largo de las edades analizadas, sin que se aprecien diferencias significativas entre edades. Los padres sólo aprecian diferencias significativas entre chicos y chicas en el ciclo medio ($z = 2,33$; $p < 0,001$), siendo los chicos los más desatentos.

Con relación a los problemas de hiperactividad-impulsividad, y según la valoración que los profesores hacen de los chicos, se aprecian diferencias significativas entre preescolar y el resto de ciclos de enseñanza primaria. La diferencia máxima se produce entre parvulario y ciclo superior ($z = 2,5$; $p < 0,001$). Para

TABLA 3. PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ALCANZAN SEIS O MÁS SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN (DA) E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD (HI) SEGÚN INFORMANTES, CICLO EDUCATIVO, CRITERIO DE VALORACIÓN Y SEXO

INFORMANTES PROFESORES

Ciclos	Criterios de valoración	DA				HI			
		Chicos		Chicas		Chicos		Chicas	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preescolar 4 y 5 años	Amplio	98	11.2	137	5.1	98	10.2	137	4.4
	Restringido	98	2	137	1.5	98	2	137	0
Ciclo inicial 6 y 7 años	Amplio	117	23.7	134	14.9	117	22	134	10.4
	Restringido	17	6.8	134	0	117	5.1	134	0.7
Ciclo medio 8 y 9 años	Amplio	97	30.2	106	11.3	97	19.8	106	3.8
	Restringido	97	9.4	106	0	97	3.1	106	0
Ciclo superior 10 y 11 años	Amplio	94	25.5	124	17.7	94	23.4	124	6.5
	Restringido	94	8.5	124	5.6	94	5.3	124	0

INFORMANTES PADRES

Ciclos	Criterios de valoración	DA				HI			
		Chicos		Chicas		Chicos		Chicas	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preescolar 4 y 5 años	Amplio	63	1.6	98	3.1	63	14	98	13.3
	Restringido	63	0	98	0	63	0	98	2
Ciclo inicial 6 y 7 años	Amplio	89	6.6	112	3.6	89	17.6	112	8
	Restringido	89	1.1	112	0	89	2.2	112	0.9
Ciclo medio 8 y 9 años	Amplio	90	15.9	106	5.7	90	13.6	106	8.5
	Restringido	90	2.3	106	0	90	1.1	106	1.9
Ciclo superior 10 y 11 años	Amplio	95	6.3	137	5.1	95	6.3	137	2.2
	Restringido	95	2.1	137	0.7	95	2.1	137	0

las chicas no se detectan diferencias significativas entre los ciclos educativos. Los profesores aprecian un porcentaje más elevado de varones que de mujeres con síntomas de HI, en todos los ciclos de enseñanza primaria. La diferencia máxima entre sexos se detecta en el ciclo superior ($z = 3,58$; $p < 0,001$).

Los padres informan de porcentajes equivalentes de varones con síntomas de hiperactividad-impulsividad en parvulario, ciclo inicial y ciclo medio y aprecian un descenso significativo en ciclo superior ($z = 2,37$; $p < 0,001$). En las chicas, el porcentaje máximo se da en preescolar; a partir de este ciclo, se produce un decremento que alcanza diferencias significativas cuando se comparan parvulario y ciclo superior ($z = 3,32$; $p < 0,001$). La valoración dada por los pa-

dres no da lugar a diferencias significativas entre chicos y chicas, en ninguno de los ciclos.

Si el análisis precedente se realiza con el criterio de valoración restringido se aprecia una reducción notoria de los porcentajes de sujetos que presentan el número de síntomas requerido por el DSM-IV, para el DA o HI. En ningún caso se detectan diferencias significativas entre ciclos o entre sexos, independientemente de la fuente de información (padres o profesores).

C. Análisis del promedio de síntomas de DA y de HI por niveles educativos y sexo, según informantes

Dado que los valores obtenidos con la valoración restringida son bajos, y no ofrecen diferencias significativas entre ciclos, sexo o informantes, los resultados que se comentan en este apartado se basan, únicamente, en la valoración amplia. El Gráfico 1 recoge el número medio de síntomas de DA y de HI para varones y mujeres en cada ciclo escolar, según la información suministrada por padres y profesores. En la Tabla 4 se presentan los contrastes entre ciclos escolares, mediante la H de Kruskal-Wallis y las correspondientes diferencias significativas entre ciclos educativos, según informante y sexo, obtenidas mediante la U de Mann-Whitney.

Los profesores evalúan los problemas de atención (DA) de sus alumnos de forma significativamente diferente según el ciclo escolar ($H = 19,83$; $gI = 3$;

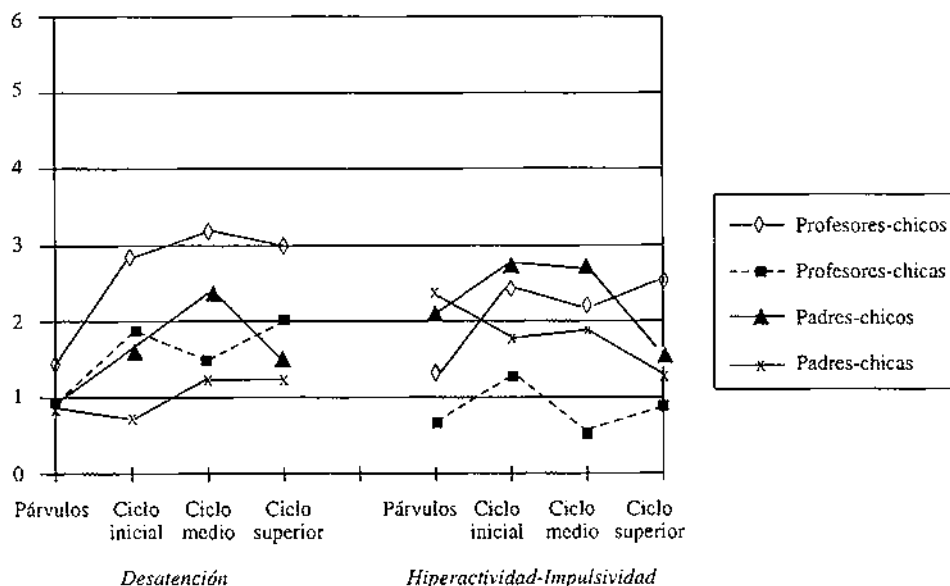


Gráfico 1. Variación de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad a lo largo de la educación infantil y primaria, según la valoración de padres y profesores. Criterio amplio.

TABLA 4. CONTRASTE ENTRE CICLOS, SEGÚN SEXO EN INFORMANTES, MEDIANTE LA H DE KRUSKAL-WALLIS, DE LOS SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN (DA) E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD (HI). CRITERIO DE VALORACIÓN AMPLIO

	DA				HI		
	Profesores		Padres		Profesores		Padres
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicas
H de K-W	19.83	18.22	12.48	5.17	11.5	6.77	11.59
Gl	3	3	3	3	3	3	3
P	.0001	.0001	.006	.160	.011	.080	.009
Diferencias significativas entre ciclos	Par < CI Par < CM Par < CS	Par < CI Par < CM Par < CS	Par < CI Par < CM CM > CS	-	-	-	CI > CS CM > CS

Par = Párvulos; CI = Ciclo inicial; CM = Ciclo medio; CS = Ciclo superior.

$p < 0,0001$; y $H = 18,22$; $gl = 3$; $p < 0,0001$, para chicos y chicas respectivamente). Según estos datos, los niños y niñas de preescolar presentan significativamente menos problemas de atención que los alumnos de los otros ciclos escolares, los cuales no se diferencian entre sí.

Según los padres sus hijos varones de parvulario son significativamente menos distraídos que los que están escolarizados en los otros ciclos ($H = 12,48$; $gl = 3$; $p = 0,006$). Asimismo, informan de que los problemas de atención aumentan de forma significativa entre parvulario y ciclo inicial y se reducen, también de forma significativa, al pasar del ciclo medio al superior, sin que se constaten diferencias entre los ciclos inicial y medio. Respecto a sus hijas, los padres no ponen de manifiesto diferencias significativas entre los distintos ciclos.

En cuanto a la evolución del número de síntomas de hiperactividad e impulsividad (HI), los profesores no aprecian diferencias significativas entre ciclos en los chicos ni en las chicas. Los padres, en cambio, informan de que los chicos del ciclo superior presentan un número de síntomas significativamente menor que los de los ciclos inicial y medio respectivamente ($H = 11,59$; $gl = 3$; $p < 0,009$). Los padres aprecian un número equivalente de síntomas de hiperactividad-impulsividad en sus hijas, sin que aparezcan diferencias significativas entre ciclos educativos.

En la Tabla 5, se presenta el contraste entre chicos y chicas del número de síntomas de DA e HI, según la valoración de padres y profesores. Se ha empleado el estadístico H de Kruskal-Wallis para el contraste entre géneros del total de sujetos, y U de Mann-Whitney para los contrastes entre géneros, según ciclos educativos.

El contraste entre géneros pone de manifiesto que tanto profesores como padres aprecian más síntomas de desatención en los chicos que en las chicas, en los ciclos inicial y medio (profesores: $H = 24,74$; $p < 0,0001$; padres: $H = 21,70$; $p < 0,0001$).

En cuanto a los síntomas de HI, los profesores consideran que, a excepción del ciclo de preescolar, los chicos muestran un número significativamente mayor de estas conductas que las chicas ($H = 35,22$; $p < 0,0001$). Los padres no aprecian diferencias significativas entre chicos y chicas.

TABLA 5. CONTRASTE ENTRE SEXOS, SEGÚN CICLOS E INFORMANTES, MEDIANTE H DE KRUSKAL-WALLIS Y U DE MANN-WITNEY, DE LOS SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN (DA) E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD (HI). CRITERIO DE VALORACIÓN AMPLIO

Informantes	DA		HI	
	Profesores	Padres	Profesores	Padres
H de K-W	24.74	21.70	35.22	5.19
GI	1	1	1	1
P	.0001	.0001	.0001	NS
U de M-W				
Párvulos	NS	NS	NS	-
Ciclo inicial	Chicos > Chicas	Chicos > Chicas	Chicos > Chicas	-
Ciclo medio	Chicos > Chicas	Chicos > Chicas	Chicos > Chicas	-
Ciclo superior	NS	NS	Chicos > Chicas	-

D. Concordancia de la información dada por profesores y padres

En este epígrafe se presenta el índice de concordancia entre padres y profesores, en la identificación de la presencia de seis o más síntomas de DA e HI, mediante la Y de Yule (véase Tabla 6).

TABLA 6. CONCORDANCIA ENTRE INFORMANTES (PROFESORES Y PADRES) DE PRESENCIA O AUSENCIA DE SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN (DA) E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD (HI), MEDIANTE LA Y DE YULE

Informantes: padres	N = 664		Informantes: padres	
			DA	HI
	DA	Criterio amplio Criterio restringido	.536 .561	
HI	Criterio amplio Criterio restringido		.345 .546	

El índice de concordancia es de magnitud media para los síntomas de DA y algo más bajo para los de HI, con ambos criterios de valoración, amplio y restringido.

Conclusiones y discusión

En este trabajo, siguiendo la vía iniciada en este dominio por DuPaul (1991) se ha estudiado la frecuencia de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad en población escolar, según la valoración que realizan padres y profesores. Se ha encontrado que el porcentaje de sujetos que presentan seis o más síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad, varía según el tipo de síntomas, el informante (padres o profesores), el sexo (mujer o varón) y el criterio de valoración (amplio o restringido). En caso de adoptar un criterio amplio, los porcentajes de sujetos sospechosos de déficit de atención oscilan entre el 4,2 % y el 23,6%, y entre el 6,2% y el 18,7% para los sospechosos de hiperactividad-impulsividad. Por el contrario, al considerar el criterio restringido, los porcentajes se sitúan muy por debajo de la tasa habitual, excepto cuando los chicos son valorados por profesores (6,7%). Es obvio que algunos de estos porcentajes son demasiado elevados y no se deben considerar, en modo alguno, como índices de prevalencia, pero sí como indicadores del sesgo a que puede dar lugar la perspectiva del informante cuando valora estos síntomas.

Los resultados obtenidos indican que las conductas de falta de atención tienden a ser poco frecuentes en preescolar y aumentan al pasar de este ciclo a la enseñanza primaria. Los profesores informan de que los síntomas de desatención aumentan a lo largo de la enseñanza primaria sin que se den diferencias relevantes entre los seis y los doce años. A su vez, los padres informan de que se produce un aumento de los problemas de atención a lo largo de los ciclos inicial y medio y un decremento en el ciclo superior, para los varones. Las muchachas siguen una pauta distinta, presentan un escaso número de conductas de desatención y su frecuencia se mantiene estable entre los cuatro y los doce años.

La evolución de los síntomas de hiperactividad-impulsividad varía según el ciclo escolar. Los profesores aprecian un bajo número de síntomas en preescolar, que se mantiene relativamente estable a lo largo de los ciclos educativos para las muchachas, y que presenta un incremento significativo para los muchachos, desde los seis a los doce años. Los padres valoran a sus hijos de preescolar con más síntomas de hiperactividad-impulsividad que los profesores. Para el grupo de muchachas se detecta un decremento relevante entre preescolar y ciclo superior. A la vista de estos datos no parece adecuado mantener el criterio de un número de síntomas igual para todas las edades, como punto de corte.

Estos datos concuerdan, parcialmente, con los obtenidos por DuPaul y cols. (1997) y DuPaul y cols. (1998), quienes no detectaron diferencias a lo largo de la edad en las conductas de desatención. En cambio, al igual que estos autores, hemos detectado que los síntomas de hiperactividad-impulsividad tienden a disminuir entre cuatro y doce años, excepto cuando los varones son valorados

por los profesores; en este caso se produce un incremento significativo a lo largo de la educación infantil y primaria. Las diferencias entre nuestros datos y los de DuPaul y cols. (1997) y DuPaul y cols. (1998) podrían ser atribuidas a que los grupos de edad contemplados son diferentes.

Barkley y Biederman (1997) afirmaron que en las edades de preescolar predominan los síntomas del trastorno hiperactivo-impulsivo, en las edades de educación primaria los del tipo combinado y en las edades preadolescentes y adolescentes se darían mayores dificultades de atención. En nuestro caso, en preescolar predominan los síntomas de hiperactividad-impulsividad si se atiende a la información dada por los padres, no así en el caso de los maestros. En los dos primeros ciclos de educación primaria profesores y padres tienden a destacar tanto síntomas de desatención como de hiperactividad-impulsividad. En el ciclo superior los profesores apuntan todavía la importancia de los síntomas de desatención, y los padres informan de una reducción de los síntomas de hiperactividad-impulsividad en sus hijos.

Podemos concluir, de acuerdo con otros autores (Applegate y cols., 1997; Barkley y Biederman, 1997; DuPaul y cols., 1998), que existe base empírica que sustenta que los síntomas del TDAH son sensibles al desarrollo y que, en consecuencia, y especialmente para las edades de educación primaria, los puntos de corte deberían ser revisados, en función de la frecuencia de los síntomas según cada edad, aspecto que debería ser contrastado en un estudio longitudinal.

Además, en este trabajo se constata que, en población no clínica, la proporción de chicos que presenta síntomas de desatención y de hiperactividad-impulsividad es habitualmente mayor que la de chicas, tal como han encontrado otros autores (Hart, Lahey, Loeber, Applegate y Frick, 1995; DuPaul y cols., 1998). No obstante, esta proporción varía según el tipo de síntomas, el criterio de valoración utilizado y el informante, oscilando entre 2:1 y 3:1.

El acuerdo entre padres y profesores, en la identificación de sujetos sospechosos de DA, es medio, y bajo para los sospechosos de HI. Con el criterio de valoración restringido, el grado de acuerdo detectado mediante χ^2 de Yule es algo más elevado que con el criterio amplio. Las diferencias entre las valoraciones de padres y profesores pueden deberse a varios fenómenos relacionados con el grado de exigencia y/o tolerancia, la presencia de mayores o menores términos de comparación para juzgar las conductas implicadas en los síntomas o la deseabilidad social, entre otros. También debe tenerse en cuenta que los niños pueden actuar de formas distintas según los contextos.

En suma, de este trabajo se desprende que el promedio de síntomas del TDAH varía según la edad y el sexo de los sujetos, lo cual debería ser tomado en cuenta para dirimir en qué medida sería necesario adoptar distintos puntos de corte y en qué valor deben ser fijados.

Por otra parte, debemos señalar que el tipo de informante introduce variaciones relevantes en cuanto a la identificación e intensidad de los síntomas del TDAH, por lo cual es necesario que el clínico considere los sesgos introducidos por las distintas fuentes de información.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que el estudio se ha llevado a cabo con población urbana de nivel socioeconómico medio, lo que restringe la generalización de los datos hallados.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author. (Edición española, Barcelona: Masson, 1988.)
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Edición original, 1994).
- Applegate, B., Lahey, B. B., Hart E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J. H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I. & Shaffer, D. (1997). Validity of the age of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1211-1221.
- Arnold, L. E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 555-570.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1204-1210.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. & Smallish L. (1990). The adolescent outcome of hiperactive children diagnoses by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 546-557.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Doyle, A., Lehman, B. K., Kraus, I., Perrin, J. & Tsuang, M. T. (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnosis of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 1241-1251.
- Campbell, S. B. (1987). Parent-referred problem three-year-olds: Developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*, 835-846.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, *55*, 1-7.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Hops, H. & Seeley, J. R. (1992). A self- and parent-report measure of adolescent depression: The Child Behavioral Checklist Depression Scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment*, *14*, 443-463.
- DuPaul, G. J. (1990). *The ADHD Rating Scale: Normative Data, Reliability, and Validity*. Manuscrito no publicado. Universidad de Massachusetts, Medical Center, Worcester.
- DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher rating of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, *20*, 245-253.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., McGoey, K. E., Power, T. J., Reid, R. & Ikeda, M. J. (1997). Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, *9*, 436-444.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J. & McGoey, K. E. (1998). Parent rating of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *20*, 83-102.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, *55*, 30-48.
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B. & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *23*, 729-759.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hinshaw, S. P., Han, S. S., Erhardt, D. & Huber, A. (1992). Internalizing and externalizing behavior problems in preschool children: Correspondence among parent and teachers rating and behavior observation. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*, 143-150.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four-factor index of social status*. New Haven, CT: Universidad de Yale.
- Kazdin, A. E. (1989). Developmental psychopathology. Current research, issues and directions. *American Psychologist*, *44*, 180-187.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Resnick, R. J. & McEvoy, K. (1994). *Attention-deficit/hyperactivity disorder. Abstract of the psychological and behavioral literature, 1971-1994*. Washington: American Psychological Corporation.
- Schaughency, E., McGee, R., Raja, S. N., Feehan, M. & Silva, P. A. (1994). Self-reported inattention, impulsivity, and hyperactivity at ages 15 and 18 years in the general population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 173-184.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.

ANEXO

LISTADO DE SÍNTOMAS ELABORADO A PARTIR DE LOS PROPUESTOS POR EL DSM-IV PARA EL TDAH. VERSIÓN BILINGÜE CASTELLANO Y CATALÁN

1. No presta atención suficiente a los detalles o comete errores, por descuido, en las tareas escolares o en otras actividades.
No para atenció suficient als detalls o fa errades, per descuit, a les tasques escolars o en altres activitats.
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
Té dificultat per mantenir l'atenció en tasques o activitats lúdiques.
3. No parece escuchar cuando se le habla directamente,
No sembla escoltar quan se li parla directament.
4. No sigue las órdenes o instrucciones (no se debe a incapacidad para entenderlas o a que se niegue a seguirlas).
No segueix les ordres o instruccions (no es deu a incapacitat per entendre-les o al fet que es negui a seguir-les).
5. No finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones.
No finalitza les tasques escolars, encàrrecs o obligacions.
6. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades
Té dificultats per organitzar tasques i activitats.
7. Se muestra remiso/a, le disgusta o evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ej. trabajos escolares o de casa).
Es mostra remís/isa, li desagrada o evita dedicar-se a tasques que requereixen un esforç mental sostingut (per ex. treballs escolars o de casa).
8. Extravía objetos necesarios para realizar tareas o actividades (por ej. juguetes, lápices, cuadernos, ejercicios escolares, etc.).
Perd objectes necessaris per realitzar tasques o activitats (per ex. joguines, llapis, quaderns, activitats escolars, etc.).
9. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
Es distreu fàcilment per estímuls irrellevants.
10. Es descuidado/a en las actividades diarias.
Es descuidat/da en les activitats diàries.
11. Mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
Mou en excés mans o peus, o es belluga en el seu seient.
12. Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado/a.
Abandona el seu seient a la classe o en altres situacions en què s'espera que es mantingui assegut/da.
13. Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
Corre o salta excessivament en situacions en què no és apropiat fer-ho.

14. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquilament a activitats d'oci.
15. «Está en marcha», suele actuar como si tuviera un motor.
«Està en marxa», sol actuar com si tingués un motor.
16. Habla en exceso.
Parla en excés.
17. Se precipita y da las respuestas antes de que se hayan completado las preguntas.
Es precipita i dona les respostes abans que s'hagin acabat les preguntes.
18. Tiene dificultades para guardar su turno.
Té dificultats per guardar el seu torn.
19. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ej. se entromete en conversaciones o juegos).
Interromp o s'immiscueix en les activitats dels altres (per ex. es fica enmig de converses o jocs).