

Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental de Bucaramanga, Colombia*

Sandra Jeanette Martínez Esparza **

Lizzeth María Remolina Hortúa **

Alvaro Andrés Picón Cepeda **

Luis Felipe Gómez Quiñonez **

Adalberto Campo-Arias, MD[†]

Resumen

Antecedentes: En niños y niñas con retraso mental (RM) son frecuentes los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, no se conoce la prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y niñas con RM. **Objetivo:** Determinar la prevalencia TDAH en pacientes con RM de consulta externa de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga. **Métodos:** Estudio descriptivo. Se incluyeron pacientes entre 6 y 12 años con RM (coeficiente intelectual inferior a 70). Para identificar TDAH se realizó una entrevista semiestructurada según los criterios del DSM-IV para TDAH. **Resultados:** Fueron evaluados 34 pacientes. El 58.8% varones. El 53% correspondían a RM leve y el 47% a RM moderado. 19 (55.9%) pacientes presentaban TDAH, independiente del sexo y de la severidad del RM. **Conclusiones:** El TDAH es muy frecuente en niños y niñas con RM y se encuentra con igual frecuencia en niños y niñas con RM leve y moderado. [Martínez SJ, Remolina LM, Picón AA, Gómez LF, Campo Arias A. Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental de Bucaramanga, Colombia. MedUNAB 2004; 7:157-60].

Palabras claves: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, prevalencia, retraso mental.

Introducción

El retraso mental (RM) se define como el funcionamiento intelectual general por debajo del nivel promedio para la edad y se acompaña de limitaciones importantes en el funcionamiento adaptativo, todas éstas manifiestas antes de los 18 años de edad.¹ Esta condición incluye problemas en el desarrollo cognoscitivo, alteraciones en el comportamiento y defectos en la capacidad de adaptación al medio.² En relación con la prevalencia, el RM se encuentra en aproximadamente el 2.5 % de la población general.³

Por su parte, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un trastorno neuropsiquiátrico que se caracteriza por un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad que inician antes de los siete años y es evidente en diferentes contextos, como el hogar y la escuela.^{4, 5} La prevalencia de TDAH se encuentra alrededor del 15% en población de niños, niñas y adolescentes colombianos.⁶

Un número importante de niños y niñas con RM presenta síntomas como hiperactividad, déficit de atención e impulsividad que deterioran aún más las capacidades cognoscitivas y adaptativas del afectado.⁷ Existe cierta controversia sobre la denominación de los síntomas de déficit de atención e hiperactividad (SDAH) en niños y niñas con RM. Se acepta que los SDAH hacen parte del fenotipo conductual de algunos trastornos orgánicos.⁸ Pero, en aquellos niños con RM sin enfermedad neurológica evidente algunos autores sugieren que se puede realizar el diagnóstico de TDAH;⁹ mientras que otros consideran que no, debido a las limitaciones en el desarrollo cognoscitivo y conductual de los niños y niñas con RM que dificulta el proceso diagnóstico.¹⁰

* Trabajo producto del proceso de investigación formativa realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Presentado en el XLII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cali, 8-12 de octubre, 2003.

** Estudiante, Facultad de Medicina UNAB.

[†] Profesor Asociado, Grupo de Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina UNAB.

Correspondencia: Dr. Campo-Arias, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: acampoar@unab.edu.co

Artículo recibido: 12 de marzo de 2004; aceptado 4 de agosto de 2004.

Hasta la fecha, se ha estudiado la presencia de RM en niños y niñas con diagnóstico de TDAH; sin embargo, no contamos con información disponible sobre la presentación de TDAH en niños y niñas con RM.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de TDAH en niños y niñas con diagnóstico de RM atendidos en la consulta externa de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Método

El presente es un estudio descriptivo en el cual se evaluó TDAH en niños y niñas en edad escolar con RM atendidos en un servicio de consulta externa en el único hospital psiquiátrico público de Bucaramanga, entre enero de 2001 y diciembre de 2002.

Previo consentimiento informado, se incluyeron niños y niñas de 6 a 12 años con diagnóstico RM en quienes la prueba estandarizada para inteligencia (Wechsler) informaba puntuación global inferior a 70.¹¹ Esta prueba permite clasificar el RM como leve las puntuaciones entre 50 y 69, como moderado entre 35 y 49, como severo entre 20 y 34 y como profundo inferior a 20.¹

Inicialmente se revisaron todas las historias de los niños y niñas atendidos entre enero del 2001 y diciembre de 2002 y se identificaron los casos que informaban una prueba de inteligencia inferior a 70. Se tomaron los datos de identificación y, posteriormente, se contactó telefónicamente al padre o acudiente a una consulta.

Se realizó una entrevista semiestructurada diagnóstica para TDAH. Para esto se transformaron en preguntas todos los criterios DSM-IV para TDAH.⁴ Además, de la información sociodemográfica se indagó sobre el uso anterior o actual de metilfenidato u otra medicación. Todos datos fueron manejados en forma descriptiva.¹² Se determinaron promedios con desviación estándar para la edad, las frecuencias para sexo y severidad del RM y de TDAH (con intervalo de confianza del 95%, IC 95%). Para comparar posibles diferencias se realizaron las pruebas estadísticas indicadas con un valor de probabilidad menor del 5 por ciento.

Resultados

Un total de 44 niños y niñas con RM contaban con una información de un coeficiente intelectual inferior a 70. De estos, 34 (77.3%) fueron entrevistados. No se pudo contactar los 10 casos restantes por cambio de residencia o problemas con la línea telefónica.

Las edades del grupo se encontraban entre 6 y 12 años con un promedio de 10 años (DE 1.4). En relación con el sexo, 20 (58.8%) eran niños y 14 (41.2%) niñas. En lo

concerniente a la severidad del RM, 19 (55.8%) pacientes presentaban RM leve y 15 (44.5%) RM moderado. Un número de 8 (23.5%) recibía metilfenidato al momento de la evaluación o había sido prescrito alguna vez (en todos los casos existía el diagnóstico previo de TDAH), cinco pacientes (14.7%) recibían fluoxetina y uno (2.9%) amitriptilina. Por su parte, TDAH se encontró en 19 evaluados (55.9%, IC 95% 37.8-72.8). La prevalencia de TDAH fue independiente de la edad, el género y la severidad del RM.

Discusión

Los datos de este estudio muestran una alta prevalencia (55.9%) de TDAH en niños y niñas con RM leve y moderado. La presencia de TDAH en niños y niñas con RM no guarda asociación con la edad, el género ni la severidad del RM.

Los estudios disponibles informan la prevalencia de RM en poblaciones de niños y niñas con TDAH; pero no contamos con estudios que informen la prevalencia de TDAH en niños y niñas con RM. Es posible que la falta de datos al respecto puede guardar relación con la polémica conceptual de la existencia de TDAH en niños con RM.^{9,10} Probablemente, la discrepancia se genera en la sugerencia que plantea el DSM-IV, cuando afirma de manera general que los síntomas “no son mejor explicados por” otro trastorno mental.¹ Para un grupo de autores los SDAH en un niño o niña con RM son explicados por el RM debido a que es muy complicado evaluar estado emocional y conductual de un niño con coeficiente intelectual inferior a 50.¹⁰ Por su parte, otros consideran que el diagnóstico de TDAH en niños con RM se puede realizar cuando los SDAH son mayores a los esperados para la edad cronológica del evaluado y no se encuentra un síndrome general que explique los SDAH.^{9,13-15} Además, en DSM-IV cuando se listan los criterios para TDAH no aparece explícitamente uno que especifique que los síntomas no son mejor explicados por RM. Asimismo, los fundamentos nosológicos de esta clasificación son, en su mayoría, fenomenológicos y no etiológicos.⁴ De la misma forma, otros autores sugieren que el TDAH es un diagnóstico que se puede hacer en esta población de niños y niñas porque este trastorno es netamente comportamental, al punto que se puede identificar en niños y niñas sin un desarrollo cognoscitivo promedio mediante la sola observación clínica.¹⁶ Igualmente, el diagnóstico TDAH se codificaría en el eje I (los síntomas emocionales y conductuales episódicos y generalmente recurrente que son el principal objeto de atención) y el RM en el eje II (condiciones de larga evolución, permanentes en el tiempo, como las características de personalidad y la capacidad intelectual).¹

Los datos presentados en el presente estudio sugieren que en un número importante de niños y niñas con RM los SDAH podrían ser explicados por el RM, debido a la prevalencia elevada de SDAH encontrada, la cual es mayor que la esperada para una población general, considerando

que el TDAH se presenta en aproximadamente el 15% de los niños y niñas colombianos en edad escolar.⁶ De la misma forma, apoyarían la idea de que los SDAH son mejor explicados por RM y no por TDAH la falta de relación con el sexo hallada en este estudio. Otras investigaciones muestran en forma consistente que el TDAH afecta en mayor proporción a niños que a niñas.^{6, 17} Sin duda, esta clase de estudio no permite dar respuesta definitiva a este tipo de problemas.¹⁸ A pesar de estas evidencias, es relevante incluir en la formulación diagnóstica de niños y niñas con RM la categoría de TDAH mientras existan algunas limitaciones conceptuales debido a la validez de algunos diagnósticos en las clasificaciones vigentes de trastornos mentales¹⁹ y el TDAH sea mejor considerado como un síndrome.⁵ Además, generalmente estos síntomas son el principal motivo de consulta y objeto de atención, lo cual justifica su codificación particular en el eje I, independientemente de la etiología como aquellos consignados en el capítulo de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.¹ La relevancia va más allá porque la presencia comórbida de este trastorno deteriora aún más las capacidades adaptativas de los pacientes, empeorando su pronóstico.^{13, 14}

Este estudio constituye un aporte en el estudio del TDAH en niños y niñas con RM y sugiere que existen subpoblaciones de niños y niñas con TDAH. En la actualidad se considera que el TDAH está determinado genéticamente y existen marcadores que predicen la presentación clínica del trastorno, es decir, que el diagnóstico genético confirmaría el diagnóstico clínico.²⁰⁻²² No obstante, nuestro estudio destaca la importancia de hacer un diagnóstico formal de los síntomas conductuales en niños y niñas con RM ya que con mucha frecuencia no son considerados en la aproximación diagnóstica de estos pacientes²³ y en consecuencia no reciben el manejo adecuado.^{24, 25}

De la misma forma, este trabajo presenta limitaciones a saber, el número reducido de niñas y niños evaluados, no se estudió la comorbilidad, se estudiaron sólo niños y niñas con RM leve y moderado y es posible que esta población no sea representativa de los casos de RM en la población general porque es probable que los niños y niñas con RM más sintomáticos sean llevados a consulta con el o la psiquiatra o que se omita la precisar el coeficiente intelectual en aquellos niños y niñas que muestran en la evaluación clínica pocas habilidades que sugieren el diagnóstico de RM severo.

Se concluye que la prevalencia de TDAH en niños y niñas con RM es elevada y es independiente del sexo y la severidad del RM. Es preciso tomar estos resultados como preliminares. Se necesitan investigaciones orientadas a investigar los niños y niñas con RM mental que adicionalmente presentan marcadores genéticos para TDAH. Esta información sería de mucha utilidad en el momento de elegir el manejo del TDAH (o de los SDAH) en niños y niñas con RM.

Summary

Prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder among children with mental retardation from the City of Bucaramanga, Colombia. Background: Attention deficit and hyperactivity symptoms are common among children with mental retardation (MR). However, there is little information about the prevalence of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) among patients with MR. Objective: to Establish the ADHD prevalence among children from the out patient department of a psychiatric hospital of the city of Bucaramanga, Colombia. Method: Descriptive study. Children ages 6 to 12 with intellectual coefficient below 70 were included. ADHD was evaluated by DSM-IV semi-structured interview for attention deficit hyperactivity disorder. Results: Thirty-four children were evaluated. 20 (58.9%) of them were male; 18 children (52.9%) had mild MR and 16 children (47.1%) moderate MR. We found that 19 (55.9%) of them, met the ADHD criteria, regardless of gender of MR severity. Conclusions: ADHD is frequent among children with MR, regardless of gender or the severity of their MR.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, mental retardation.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994: 39-46.
2. Luckasson R, Reeve A. Naming, defining, and classifying mental retardation. *Mental Retardation* 2001; 39: 47-52.
3. Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intell Dis Res* 2003; 47: 51-8.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994: 78-85.
5. Puerta GB. Déficit de atención e hiperactividad: un trastorno neuropsiquiátrico. *Rev Col Psiquiatría* 1999; 28:117-30.
6. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramírez D, Henao GC. Prevalence estimation of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci* 2003; 113: 49-72.
7. King BH, Hodapp RM, Dykens EM. Mental retardation: Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's comprehensive text of psychiatry*. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins. Philadelphia, 2000: 2587-613.
8. Toro RJ, Yepes LE. Retardo mental. En: Toro RJ, Yepes LE. *Fundamentos de medicina: psiquiatría*. Tercera edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas 1997: 302-10.
9. Pearson DA, Lachar D, Loveland KA, Santos CW, Faria LP, Azzam PN, et al. Patterns of behavioral adjustment and maladjustment in mental retardation: comparison of children with and without ADHD. *Am J Ment Retard* 2000; 105: 236-51.
10. Gillberg C, Soderstrom H. Learning disability. *Lancet* 2003; 362: 811-21.
11. Escala de inteligencia de Wechsler para niños, revisada. Madrid: TEA Ediciones S.A. 1993.

12. Dean A, Dean J, Coulombier D, Brebdel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, A word-processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A. Versión 6.04c, 1997.
13. Artigas J. Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2003; 36:68-78.
14. Holbrook SM. Psychopathology and behavioral problems in mental retardation. *J Psychosoc Nur* 2000; 38: 23-6.
15. Benjamin L, Handen JJ, Sarah MC. Long-term follow-up of children with mental retardation/borderline intellectual functioning and ADHD. *J Abn Child Psychol* 1997; 34: 42-59.
16. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 5S-31S.
17. Graetz BW, Sawyer MS, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1410-7.
18. Cedeño M, Pardo G. Investigación descriptiva. En: Pardo G, Cedeño M. Investigación en salud. Factores sociales. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S.A., 1997.
19. Kennedy R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.
20. Cornejo W, Cuartas M, Gómez-Urbe LF, Carrizosa J, Rivas I, Castillo H, et al. Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamento genético en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en familias antioqueñas. *Rev Neurol* 2004; 38: 319-22.
21. Galili-Weisstub E, Segman RH. Attention deficit and hyperactivity disorder: review of genetic association studies. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003; 40: 57-66.
22. Arcos-Burgos M, Castellanos FX, Lopera F, Pineda D, Palacios JD, García M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): feasibility of linkage analysis in a genetic isolate using extended and multigenerational pedigrees. *Clin Genet* 2002; 61: 335-43.
23. King BH, State MW, Shah B, Davanzo P, Dykens E. Mental retardation: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1656-63.
24. Aman MG, Collier-Crespin A, Lindsay RL. Pharmacotherapy of disorders in mental retardation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 (Suppl 1): 98-107.
25. Santosh PJ, Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet* 1999; 354: 233-42.