

M Vargas¹, JI Martínez-Montoro², S Martínez¹, L Fernández-López¹, A Checa¹, A Molina-Carballo^{1,2}, A Muñoz-Hoyos^{1,2}

1. Servicio de Neuropediatría, Neuropsicología y Atención Temprana, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Complejo Hospitalario Granada, Hospital Clínico San Cecilio, Avda Dr. Olóriz 16, Granada, España.

2. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Granada. Avenida de la Ilustración 11 18071, Granada, España.

Correspondencia:

joseimartinez@correo.ugr.es C/Sauce 3 23006 Jaén

Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños en régimen de acogimiento residencial.

Prevalence study of attention deficit hyperactivity disorder in children in residential care.

RESUMEN

Introducción. Los niños que se encuentran en régimen de acogimiento residencial constituyen un colectivo de riesgo en el que los problemas médicos pueden alcanzar altas tasas, especialmente aquellos relacionados con la esfera psicológica, donde el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones del neurodesarrollo más frecuentes.

Objetivo. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de TDAH en los niños de un centro de acogida en Albuñol (Granada) en 2016. **Material y Métodos.** En este estudio transversal se incluyeron los 106 niños de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años del Centro Hogar “Cristo Rey”. La evaluación psicométrica se basó en la Escala de Vanderbilt de TDAH. Las funciones ejecutivas se evaluaron mediante el Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) en aquellos participantes que cumplieron los criterios de Vanderbilt, y también se aplicaron los criterios del DSM-5 en la entrevista clínica para reforzar el diagnóstico de TDAH.

Resultados. La prevalencia de TDAH fue del 17.9% en nuestro grupo, siendo el subtipo inatento el más frecuente.

Conclusiones. La prevalencia de TDAH en el centro de acogida “Cristo Rey” fue notablemente elevada en comparación con la prevalencia en niños de la población general. Es necesario seguir investigando acerca de las comorbilidades relacionadas con el TDAH en niños en

régimen de acogimiento residencial. Deberían instaurarse programas de detección e intervención en centros de acogida por las repercusiones que puede llegar a tener el TDAH.

Palabras clave: TDAH; acogimiento residencial; prevalencia.

SUMMARY

Introduction. Children in residential care constitute a risk group in which medical problems can reach high rates, especially those concerned to the psychological sphere, including attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), one of the most common neurodevelopmental disorders. **Objective.** The purpose of this study was to determine the prevalence of ADHD in children in a foster care institution in Albuñol (Granada) in 2016. **Materials and Methods.** This cross-sectional descriptive study included 106 children aged 5 to 17 years from “Cristo Rey” foster care institution. Psychometric evaluation was based on Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale. Executive functions were tested using the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in participants who met Vandebilt criteria, as well Diagnostic and DSM- 5 criteria were applied in a clinical interview to strengthen ADHD diagnosis. **Results.** The prevalence of ADHD was determined to be 17.9 % in our group,

with inattentive subtype being the most important. **Conclusion.** Prevalence of ADHD in “Cristo Rey” foster care institution was visibly high in comparison with estimated prevalence in children general population. Research is needed to identify comorbidities in children in residential care suffering from ADHD. ADHD detection and intervention programmes in residential care must be developed because of its repercussion.

Key words: ADHD; residential care; prevalence.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, el Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada ha desarrollado actividades de detección de problemas de diversa tipología, asistenciales y de prevención en diversos colectivos infantiles, que tienen en común la pertenencia a grupos de riesgo social de especial vulnerabilidad. Los niños atendidos por el sistema de acogimiento residencial tienen necesidades y problemas de salud específicos que requieren respuestas sanitarias adecuadas a los mismos (1), consistiendo la función de estos centros en alojar a menores cuando no es posible mantenerlos en su medio familiar de origen. A pesar de la cualificación y dedicación de los educadores y de las buenas condiciones de las infraestructuras en términos generales en nuestro país, las necesidades emocionales, inevitablemente dependientes de múltiples personas, fundamentales sobre todo en los más pequeños, dificultan la consolidación de una vinculación afectiva necesaria para favorecer el desarrollo psíquico (2).

En un intento de continuar esta labor en estos grupos de riesgo social, considerando a su vez una línea de investigación que se viene desarrollando en el Departamento desde hace unos años, centrada en los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con este trabajo se pretende estudiar, mediante la realización de un estudio transversal descriptivo, la prevalencia de TDAH en una población infantil de especial riesgo (niños en régimen de acogimiento residencial), en concreto, en la población infantil del Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol, en el contexto de un examen general de salud. Consideramos que la estancia en regímenes de acogimiento residencial, así como las circunstancias sociales en las que se ven inmersos estos menores pueden estar relacionadas con la aparición de TDAH, pudiendo dar lugar a una prevalencia mayor de TDAH que en la población infantil general. El TDAH tiene un impacto importante en la vida del niño y consecuencias graves

para su desarrollo (3), por lo que consideramos esencial su detección temprana. Además, el conocimiento que tenemos acerca de la problemática infantil en régimen de acogimiento residencial en relación con el TDAH es limitado. De este modo, intentamos potenciar la atención social a los niños en situación de riesgo y profundizar en el conocimiento de la población infantil en régimen de acogimiento residencial en relación con el TDAH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características de los participantes

Los participantes del presente estudio fueron los 106 menores, 61 varones (58%) y 45 mujeres (42%), con edades comprendidas entre los 5 y 17 años (edad media de 10.17 ± 3 años) que residían en el Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol (Granada), en régimen de acogimiento residencial en el año 2016. A todos los participantes del estudio se les realizó una historia clínica y exploración física completa por órganos y aparatos, en el contexto de un examen general de salud. Se obtuvieron datos somatométricos de primer orden (peso, talla e índice de masa corporal) y se midieron constantes vitales (frecuencia cardíaca y tensión arterial). También se solicitó una exploración analítica básica (bioquímica y hemograma) tras doce horas de ayuno para descartar posibles alteraciones endocrinas, metabólicas y/o nutricionales intercurrentes. Las cifras de peso, talla e índice de masa corporal según edad y sexo fueron traducidas en percentiles de acuerdo a las Curvas y Tablas de Crecimiento propuestas por los Estudios Longitudinales y Transversal de la Fundación Faustino Orbegozo (4). En la analítica básica se realizó la exploración de las funciones glomerular, hepática y tiroidea y perfiles proteico y férrico, así de la series roja, blanca, plaquetaria y velocidad de sedimentación globular. En la Tabla 1 se muestra un resumen de las principales características de los sujetos del estudio.

Aspectos éticos y legales

Todas las consideraciones y procedimientos relacionados con el estudio, incluida la información proporcionada a los responsables legales del menor acerca de las características del proyecto, se acogieron a las normativas dictadas por los organismos responsables de la investigación en el niño, incluidas en la 18ª Asamblea Médica Mundial (AMM) sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de

Tabla 1. Resumen de las características de los sujetos del estudio.

Caso Nº	Edad (años)	Sexo (M/F)	Talla/peso (per- centil)	IMC (percentil)	Enfermedades previas-Hallazgos en la exploración física/analíticos
1	9	F	46/19	5	Dermatitis atópica
2	5	M	50/69	64	Sin interés
3	9	F	70/95	97	Sin interés
4	8	M	46/72	90	Pitiriasis alba
5	5	M	27/24	21	Hipertrofia amigdalar, soplo III/VI
6	12	F	28/50	77	Sin interés
7	10	F	38/18	13	Hipertrofia amigdalar, pediculosis
8	11	F	24/90	97	Hematoma brazo izquierdo
9	15	M	81/84	82	Nistagmus horizontal
10	8	M	84/72	55	Sin interés
11	7	M	42/54	74	Hipertrofia amigdalar
12	10	M	42/30	45	Sin interés
13	9	F	10/45	89	Pediculosis, hipotiroidismo subclínico
14	7	F	30/57	85	Sin interés
15	11	M	46/16	12	Sin interés
16	8	F	90/65	54	Pediculosis
17	15	F	69/98	95	Hipotiroidismo subclínico
18	11	M	93/95	90	Sin interés
19	8	M	27/31	40	Anemia normocítica
20	14	F	16/62	87	Sin interés
21	10	F	35/38	80	Hipertrofia amigdalar, hipotiroidismo sub- clínico
22	7	F	79/33	4	Hipertrofia amigdalar
23	9	F	82/96	97	Sin interés
24	10	M	42/31	28	Sin interés
25	17	M	92/>99	98	Estrías violáceas abdominales
26	5	M	43/79	91	Sin interés
27	10	M	58/47	36	Sin interés
28	6	F	42/50	49	Lesiones molluscum abdominales
29	9	M	70/73	80	Sin interés
30	13	F	76/69	57	Pediculosis, acné
31	10	M	86/92	85	Sin interés
32	10	M	93/>99	98	Sin interés
33	7	M	88/84	75	Sin interés
34	10	F	73/50	549	Hematoma rodilla derecha

35	17	M	35/92	95	Asma, acné
36	12	M	96/73	59	Drenaje timpánico izquierdo
37	7	M	84/38	5	Sin interés
38	8	M	36/54	73	Sin interés
39	13	F	51/30	39	Sin interés
40	9	F	67/72	60	Anemia ferropénica
41	11	M	75/51	29	Hipertrofia amigdalár
42	15	M	71/93	97	Estrabismo
43	10	F	52/61	59	Sin interés
44	8	M	26/45	81	Sin interés
45	14	M	58/80	77	Asma
46	9	F	76/40	49	Sin interés
47	15	M	86/90	89	Sin interés
48	11	M	87/74	36	Pediculosis
49	8	M	57/59	78	Actitud escoliótica
50	12	F	26/54	85	Sin interés
51	10	F	30/91	98	Dermatitis atópica
52	10	F	82/71	31	Sin interés
53	11	F	80/55	19	Hipertrofia amigdalár
54	12	M	56/58	58	Sin interés
55	10	M	69/87	84	Hematomas en rodillas
56	14	M	55/30	26	Sin interés
57	5	M	68/48	29	Hipertrofia amigdalár, Soplo II/VI
58	10	F	32/12	18	Sin interés
59	9	M	71/57	32	Sin interés
60	5	F	45/60	60	Sin interés
61	7	M	76/57	34	Hipertrofia amigdalár
62	9	F	12/79	96	Sin interés
63	7	M	81/90	76	Hipertrofia amigdalár
64	8	M	73/42	27	Hipertrofia amigdalár
65	12	F	20/46	88	Sin interés
66	16	M	90/98	97	Acné
67	14	M	44/28	34	Actitud escoliótica
68	6	F	67/70	45	Pediculosis, soplo III/VI
69	7	F	56/76	67	Hematomas, pediculosis
70	7	M	67/34	19	Hipertrofia amigdalár
71	13	F	87/99	96	Sin interés
72	6	M	78/70	30	Dermatitis atópica, pediculosis

73	9	M	27/56	77	Sin interés
74	8	M	36/61	75	Hematoma brazo izquierdo
75	15	M	54/80	84	Sin interés
76	11	F	66/78	77	Sin interés
77	11	M	34/45	63	Sin interés
78	12	F	60/81	78	Sin interés
79	8	M	90/69	40	Anemia ferropénica
80	13	F	34/72	89	Sin interés
81	10	M	37/39	44	Hipertrofia amigdalal, pediculosis
82	13	F	68/92	86	Pediculosis
83	5	M	12/34	41	Sin interés
84	9	M	50/88	69	Pediculosis
85	7	F	21/34	51	Sin interés
86	16	M	96/76	30	Acné, hipotiroidismo subclínico
87	14	F	45/76	79	Anemia ferropénica
88	13	F	37/65	87	Sin interés
89	8	M	73/77	67	Hipertrofia amigdalal
90	13	F	45/39	46	Sin interés
91	10	M	18/31	68	Sin interés
92	17	F	39/56	79	Pediculosis
93	7	M	77/53	21	Sin interés
94	8	M	73/60	46	Hipertrofia amigdalal
95	14	M	62/41	33	Hipertrofia amigdalal
96	9	M	97/74	24	Sin interés
97	10	M	62/50	40	Sin interés
98	6	F	79/87	72	Hipertrofia amigdalal
99	12	M	35/44	69	Sin interés
100	12	F	76/89	77	Sin interés
101	15	M	56/49	42	Sin interés
102	7	M	80/72	25	Soplo II/VI
103	11	F	81/>99	98	Sin interés
104	15	F	60/47	56	Sin interés
105	9	M	75/88	70	Hipertrofia amigdalal
106	9	F	40/32	34	Sin interés

Helsinki (Finlandia) en junio de 1964, y enmendada por la Declaración de la AMM sobre salud infantil adoptada en la 39ª Asamblea celebrada en Madrid en octubre de 1987, y la Declaración de Ottawa de la AMM sobre el derecho del niño a la atención médica, según el acuerdo adoptado en la 50ª Asamblea General de la AMM celebrada en Ottawa (Canadá) en octubre de 1998. Los procedimientos de este estudio se llevaron a cabo tras la obtención del consentimiento informado.

Métodos

Para dar cumplimiento al objetivo central de este proyecto, seguimos la metodología para estudio de niños con sospecha de TDAH que se viene empleando en la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, protocolo que ha sido validado y refrendado.

A) Método clínico:

La metodología clínica empleada se recoge en el apartado anterior, conjuntamente con las características de los participantes. Se realizó una anamnesis y exploración física por órganos y aparatos completa, junto con la valoración de los principales parámetros somatométricos: peso (kg), talla (cm) e índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet (kg/m²), indicador del estado nutricional de los participantes y actualmente considerado como el mejor parámetro para evaluar el sobrepeso y la obesidad en el niño. Se considera bajo peso cuando el sujeto se encuentra por debajo del percentil 5; peso saludable cuando se encuentra entre el percentil 5 y el 85; sobrepeso entre los percentiles 85 y 95; obesidad cuando se encuentra en el percentil 95 o por encima. La evaluación clínica de los menores que presentaban datos sugestivos de TDAH en los métodos psicométricos, a través de la entrevista clínica con ellos mismos y/o sus cuidadores también fue llevada a cabo para confirmar el diagnóstico de TDAH tras la realización de los test psicométricos, de acuerdo con los criterios del DSM-5 (5).

B) Métodos Psicométricos:

B.1) La escala de evaluación neuropsicológica que se empleó fue el Cuestionario NICHQ Vanderbilt (6,7) en sus versiones para padres/cuidadores y para maestros. El Cuestionario NICHQ Vanderbilt, basado en los criterios diagnósticos de TDAH descritos en el DSM-5, permite

el cribado de TDAH como aproximación diagnóstica, además de la evaluación durante el seguimiento. Esta escala está disponible en inglés y en castellano en sus dos versiones: para padres/cuidadores (55 preguntas) y para profesores (43 preguntas). El Cuestionario NICHQ Vanderbilt, a diferencia de otras escalas, permite el despistaje de otras comorbilidades asociadas al TDAH y el diagnóstico diferencial de éste con otro tipo de alteraciones del neurodesarrollo, ya que, además de incluir subescalas de inatención e hiperactividad, dispone de subescalas que evalúan los síntomas relativos al trastorno oposicionista-desafiante (TOD), trastornos de conducta (TC) y ansiedad/depresión.

Evaluación de las Funciones Ejecutivas

La prueba utilizada es el Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF) (8) el cuestionario de conducta más conocido para la valoración de las funciones ejecutivas, de utilidad para reforzar los resultados obtenidos en el test de Vanderbilt. Contiene un listado de conductas aplicable a niños entre 5 y 18 años, en la que el padre o profesor (según la versión) debe señalar la frecuencia con la que aparece el comportamiento. En este trabajo hemos utilizado la versión para padres/cuidadores en aquellos participantes que mostraron alteraciones en el test de Vanderbilt, que consta de 86 ítems agrupados en 8 escalas clínicas que miden distintos aspectos del funcionamiento ejecutivo (8,9).

RESULTADOS

Como se ha referido en el apartado de Métodos, el cuestionario NICHQ Vanderbilt es un cuestionario específico de evaluación de los síntomas del TDAH (inatención e hiperactividad), que además permite el despistaje y diagnóstico diferencial de otras comorbilidades asociadas o presentes independientemente del TDAH, como síntomas emocionales (ansiedad/depresión), rasgos conductuales (TC) y oposicionistas-desafiantes (TOD), aunque en relación con estas comorbilidades se precisa una valoración y la utilización de escalas más complejas y específicas para su confirmación diagnóstica.

En nuestro estudio empleamos tanto la versión para padres/cuidadores como para profesores cuyos resultados se muestran en las Tablas 2 y 3, respectivamente. En la Tabla 2 representamos el número de caso (primera columna), el número de ítems señalados como 2 ó 3 referidos a déficit de atención (segunda columna),

hiperactividad (tercera columna), TOD (cuarta columna), TC (quinta columna), síntomas emocionales (ansiedad/depresión) (sexta columna) y el resultado orientativo en función de las puntuaciones obtenidas (séptima columna). La Tabla 3 tiene una estructura similar, aunque al representar los datos obtenidos en la versión para profesores no distingue separadamente entre ítems referidos a rasgos oposicionistas-desafiantes y de trastorno de conducta. En todos los casos de TDAH y de despistaje de otras comorbilidades, al menos 1 de los ítems 48 a 55 (36 a 43 en la versión para profesores) fue puntuado como 4 ó 5. Se señalan las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit de atención y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD y 3 para TC, TC/TOD y/o ansiedad/depresión.

A modo de resumen, y considerando el conjunto de los 106 participantes:

a) Versión para padres/ cuidadores (Tabla 2):

Según las puntuaciones de esta versión del cuestionario de Vanderbilt, 9 de los 106 participantes (8.5%) pertenecieron al subtipo inatento (TDAH-I), 5 (4.7%) al subtipo combinado (TDAH-C) y 5 (4.7%) al subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI). Por tanto, del total de los 106 participantes, 19 cumplían criterios de TDAH (17.9%).

b) Versión para profesores (Tabla 3):

Según las puntuaciones de esta versión del cuestionario de Vanderbilt, 11 de los 106 participantes (10.3%) pertenecieron al subtipo inatento (TDAH-I), 3 al subtipo combinado (2.8%) y 5 participantes (4.7%) al subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI). Por tanto, del total de los 106 participantes, 19 cumplían criterios de TDAH (17.9%).

Ambas versiones coincidieron en 17 de los 19 participantes con criterios de TDAH (90%), mientras que las diferencias apreciadas consistieron en la identificación de 2 participantes en la versión para padres/cuidadores como TDAH-C, que en la versión para profesores fueron considerados TDAH-I.

En la distribución por sexos, de los 106 participantes, 13 de los que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt eran varones (12.3%) y 6 mujeres (5.6%). La prevalencia en varones fue, por tanto, del 21%, encontrándose un 13% en mujeres.

En la distribución por edades, 2 de los participantes que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt (1 subtipo inatento, 1 subtipo hiperactivo) tenían menos de 7 años (etapa preescolar), en relación con el total de participantes de menos de 7 años, (n= 9): 22.2%. 12 (7 cuidadores/9 profesores subtipo inatento, 3 subtipo hiperactivo, 2 cuidadores/0 profesores subtipo combinado) se encontraban entre los 7 y 11 años (etapa escolar), en relación con el total de participantes de entre 7 y 11 años (n= 65): 18.5%. 3 (2 subtipo combinado, 1 subtipo hiperactivo) tenían edades comprendidas entre los 12 y 15 años, en relación con el total de participantes de entre 12 y 15 años (n= 25): 12%. 2 (1 subtipo inatento, 1 subtipo combinado) se encontraban el grupo de edad de más de 15 años (adolescencia); en relación con el total de participantes de más de 15 años (n= 7): 28.5%. Por tanto, en la distribución por edades, de los 106 participantes, 2 de los que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt tenían menos de 7 años (1.9%), 12 se encontraban entre los 7 y 11 años (11.3%), 3 se encontraban entre los 12 y 15 años (2.8%) y 2 tenían más de 15 años (1.9%). Resumimos la prevalencia de TDAH por edad en la Tabla 4.

**Behavior Rating Inventory of Executive Functions
(escala BRIEF)**

Este cuestionario de conducta permite la valoración de las funciones ejecutivas. En este estudio se aplicó la versión para padres/cuidadores, por su mayor especificidad, a aquellos participantes que tuvieron un resultado orientativo en el test de Vanderbilt correspondiente a TDAH, cuyos resultados representamos en la Tabla 5. En esta tabla se muestra el número de caso (primera columna), las puntuaciones directas (PD), T-score (T) y las puntuaciones centiles (PC) obtenidas en la subescala de inhibición (segunda columna), flexibilidad (tercera columna), control emocional (cuarta columna), el índice BRI (quinta columna), la subescala de iniciativa (sexta columna), memoria de trabajo (séptima columna), planificación (octava columna), organización de materiales (novena columna), el índice MI (décima columna), GEC (undécima columna), y las subescalas de inconsistencia (I) y negatividad (N) (duodécima y decimotercera columnas, respectivamente). Se señalan en negrita las puntuaciones T-score superiores a 65.

Tabla 2. Puntuación obtenida por cada participante en los subgrupos de ítems del cuestionario NICHQ Vanderbilt versión para padres/ cuidadores y resultado orientativo

Caso Nº	DA (ítems 1-9)	HI (ítems 10-18)	OD (ítems 19-26)	TC (ítems 27-40)	Ansiedad/ Depresión (ítems 41-47)	Resultado orientativo
1	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
2	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
3	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
4	3 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
5	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
6	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
7	7 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-I
8	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
9	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
10	7 / 9	3 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-I
11	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
12	0 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
13	0 / 9	0 / 9	1 / 7	0 / 14	0 / 7	No TDAH
14	3 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
15	8 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	TDAH-I
16	0 / 9	6 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
17	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
19	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
20	3 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
21	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
22	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
23	5 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	7 / 7	Posibles síntomas emocionales
24	1 / 9	2 / 9	1 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
25	8 / 9	6 / 9	4 / 8	1 / 14	0 / 7	TDAH-C , posibles rasgos OD
26	3 / 9	7 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
27	0 / 9	0 / 9	1 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
28	0 / 9	1 / 9	3 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
29	5 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
30	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
31	2 / 9	8 / 9	4 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI, posibles rasgos OD
32	7 / 9	6 / 9	5 / 8	2 / 14	0 / 7	TDAH-C
33	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
34	1 / 9	4 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
35	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
36	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH

37	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
38	0/9	0/9	1/8	0/14	0/7	No TDAH
39	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
40	7/9	2/9	0/8	0/14	1/7	TDAH-I
41	0/9	0/9	0/8	0/14	3/7	Posibles síntomas emocionales
42	2/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
43	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
44	1/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
45	3/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
46	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
47	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
48	6/9	1/9	0/8	2/14	0/7	TDAH-I
49	2/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
50	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
51	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
52	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
53	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
54	9/9	8/9	2/8	0/14	3/7	TDAH-C, posibles síntomas emocionales
55	0/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
56	3/9	3/9	3/8	0/14	2/7	No TDAH
57	1/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
58	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
59	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
60	2/9	0/9	0/8	0/14	2/7	No TDAH
61	3/9	0/9	0/8	0/14	5/7	Posibles síntomas emocionales
62	7/9	2/9	0/8	0/14	2/7	TDAH-I
63	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
64	4/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
65	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
66	0/9	1/9	1/8	1/14	0/7	No TDAH
67	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
68	1/9	1/9	2/8	0/14	2/7	No TDAH
69	3/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
70	0/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
71	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
72	8/9	3/9	1/8	2/14	2/7	TDAH-I
73	1/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
74	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH

75	4 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
76	8 / 9	1 / 9	1 / 8	0 / 14	4 / 7	TDAH-I, posibles síntomas emocionales
77	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
78	8 / 9	7 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-C
79	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
80	1 / 9	4 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
81	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
82	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
83	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
84	2 / 9	7 / 9	4 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI, posibles rasgos OD
85	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
86	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
87	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
88	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
89	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
90	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
91	7 / 9	7 / 9	3 / 8	1 / 14	0 / 7	TDAH-C
92	2 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
93	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
94	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
95	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
96	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
97	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
98	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
99	1 / 9	6 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
100	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
101	8 / 9	2 / 9	1 / 8	1 / 14	1 / 7	TDAH-I
102	0 / 9	0 / 9	1 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
103	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
104	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
105	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
106	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH

Notas al pie de tabla:

Se señalan en negrita las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit atencional y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD, y 3 para TC y/o ansiedad/depresión.

Los participantes con resultado orientativo de TDAH cumplieron criterios del DMS-5 para el diagnóstico de TDAH en la entrevista clínica.

Abreviaturas: (DA=déficit atencional) (HI=hiperactividad) (OD=oposicionista-desafiante) (TC=trastorno de conducta) (TDAH-I=TDAH de predominio inatento) (TDAH-C=TDAH de presentación combinada) (TDAH-HI=TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo).

Tabla 3. Puntuación obtenida por cada participante en los subgrupos de ítems del cuestionario NICHQ Vanderbilt versión para profesores y resultado orientativo

Caso Nº	DA (ítems 1-9)	HI (ítems 10-18)	TC/OD (ítems 19 a 28)	Ansiedad/ Depresión (ítems 41-47)	Resultado orientativo
1	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
2	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
3	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
4	2 / 9	3 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
5	5 / 9	0 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
6	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
7	6 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	TDAH-I , posibles síntomas emocionales
8	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
9	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
10	8 / 9	5 / 9	5 / 10	0 / 7	TDAH-I , posibles rasgos TC/ OD
11	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
12	0 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
13	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
14	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
15	8 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
16	1 / 9	7 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-HI
17	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
18	5 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
19	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
20	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
21	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
22	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
23	4 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
24	2 / 9	1 / 9	0 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
25	8 / 9	7 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-C
26	3 / 9	7 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-HI
27	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
28	0 / 9	0 / 9	1 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
29	5 / 9	3 / 9	1 / 10	0 / 7	No TDAH

30	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
31	2 / 9	8 / 9	3 / 10	0 / 7	TDAH-HI
32	8 / 9	4 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
33	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
34	3 / 9	1 / 9	1 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
35	5 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
36	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
37	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
38	0 / 9	0 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
39	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
40	6 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
41	0 / 9	0 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
42	1 / 9	1 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
43	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
44	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
45	2 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
46	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
47	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
48	8 / 9	4 / 9	2 / 10	1 / 7	TDAH-I
49	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
50	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
51	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
52	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
53	1 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
54	8 / 9	8 / 9	0 / 10	5 / 7	TDAH-C, posibles síntomas emocionales
55	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
56	3 / 9	3 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
57	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
58	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
59	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
60	1 / 9	0 / 9	1 / 10	1 / 7	No TDAH
61	2 / 9	0 / 9	2 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
62	7 / 9	2 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
63	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH

64	4 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
65	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
66	0 / 9	0 / 9	1 / 10	0 / 7	No TDAH
67	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
68	1 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
69	2 / 9	2 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
70	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
71	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
72	6 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
73	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
74	3 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
75	4 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
76	8 / 9	4 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
77	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
78	8 / 9	6 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-C
79	0 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
80	1 / 9	3 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
81	3 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
82	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
83	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
84	2 / 9	8 / 9	3 / 10	0 / 7	TDAH-HI , posibles rasgos TC/ OD
85	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
86	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
87	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
88	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
89	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
90	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
91	7 / 9	4 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-I
92	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
93	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
94	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
95	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
96	1 / 9	2 / 9	1 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
97	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
98	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
99	3 / 9	7 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-HI

100	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
101	8 / 9	1 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
102	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
103	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
104	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
105	0 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
106	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH

Notas al pie de tabla:

Se señalan en negrita las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit atencional y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD, y 3 para TC y/o ansiedad/depresión.

Los participantes con resultado orientativo de TDAH cumplieron criterios del DMS-5 para el diagnóstico de TDAH en la entrevista clínica.

Abreviaturas: (DA=déficit atencional) (HI=hiperactividad) (OD=oposicionista-desafiante) (TC=trastorno de conducta) (TDAH-I=TDAH de predominio inatento) (TDAH-C=TDAH de presentación combinada) (TDAH-HI=TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo).

Tabla 4. Prevalencia de TDAH por edades (n: total de participantes)

Edad	n	TDAH	%
<7	9	2	22.2
7-12	65	12	18.5
12-15	25	3	12
>15	7	2	28.5

Tabla 5. Puntuaciones directas, T-score y puntuaciones en centiles obtenidas en cada una de las subescalas e índices del BRIEF (versión para padres/ cuidadores).

Caso Nº	Inhibición			Flexibilidad			Control emocional			BRI		
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC
7	13	44	38	14	57	59	14	45	39	41	47	46
10	10	42	36	15	65	91	10	41	32	35	47	55
15	10	37	14	13	53	74	10	36	6	33	39	16
16	20	60	85	15	60	85	25	69	96	60	66	93
25	18	60	84	21	77	98	24	67	92	63	69	92
26	27	75	98	21	81	99	27	73	98	75	80	99
31	29	88	99	20	81	99	30	91	99	79	94	99
32	30	89	99	15	59	86	22	62	88	67	73	95
40	22	61	89	16	75	99	23	61	83	67	62	86
48	17	60	86	15	63	92	16	51	65	48	58	83

M Vargas, JI Martínez-Montoro, S Martínez,
L Fernández-López, A Checa, A Molina-Carballo,
A Muñoz-Hoyos

*Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de
atención e hiperactividad en niños en régimen de
acogimiento residencial*

346

54	27	75	98	17	67	96	28	76	98	72	77	98
62	17	55	94	14	59	84	20	60	78	62	56	87
72	18	66	91	15	65	91	15	53	70	48	62	86
76	19	63	88	15	63	91	17	56	76	21	62	90
78	26	74	98	21	82	99	17	51	64	73	69	80
84	27	86	99	20	81	99	28	80	98	75	87	99
91	18	60	86	20	81	99	25	77	98	63	70	97
99	18	66	91	14	61	86	21	67	95	53	68	93
101	17	63	90	14	54	68	12	48	51	42	60	73

Nº	Iniciativa			Memoria de trabajo			Planificación			Organización materiales			Monitorización		
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC
7	15	56	79	28	76	98	29	69	94	18	71	99	14	47	42
10	24	89	99	23	74	98	35	79	99	18	72	99	18	65	96
15	24	84	99	23	65	90	36	84	99	18	71	99	18	64	83
16	17	63	88	19	60	80	31	57	82	13	51	79	18	59	83
25	21	78	98	22	66	91	32	76	97	18	69	99	18	64	89
26	12	47	49	20	58	81	24	58	83	18	71	99	15	50	54
31	15	56	78	20	60	87	25	60	83	18	69	99	15	54	69
32	18	68	95	24	70	96	33	78	97	18	69	99	17	61	86
40	20	70	96	27	75	97	30	69	93	18	69	99	21	72	97
48	16	63	89	25	69	95	29	74	97	17	67	95	16	61	88
54	17	63	88	30	80	99	32	75	98	16	64	92	21	69	98
62	12	50	59	24	71	97	32	80	98	10	46	43	17	64	91
72	22	83	99	30	93	99	34	77	99	18	72	99	20	71	99
76	17	62	85	28	78	98	34	76	98	18	69	99	18	63	90
78	13	50	62	24	67	95	31	73	98	11	49	45	20	66	96
84	15	56	81	22	61	86	29	60	85	12	57	70	18	60	82
91	23	79	99	30	82	99	35	80	99	18	69	99	21	72	97
99	16	63	89	20	64	75	23	58	79	14	60	83	14	54	71
101	17	66	93	29	90	99	32	74	98	12	55	78	17	62	93

Nº	MI			GEC			I	N
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	PD
7	104	68	95	145	60	82	5	3
10	118	79	99	153	70	94	2	4

15	119	78	99	146	63	90	4	4
16	97	61	75	155	64	97	3	4
25	111	73	98	174	73	97	4	4
26	89	59	78	164	68	94	2	0
31	93	61	86	172	74	98	2	2
32	110	73	98	177	74	97	3	3
40	116	74	97	183	79	99	5	2
48	100	70	94	148	67	92	2	4
54	116	76	98	188	78	98	2	2
62	95	67	93	157	71	95	6	4
72	124	82	99	172	78	99	2	4
76	115	73	97	166	72	95	2	4
78	112	70	97	150	75	94	5	4
84	97	58	89	193	85	99	6	2
91	127	80	99	190	81	99	5	3
99	87	61	85	140	65	89	2	4
101	104	67	93	175	75	99	2	3

Notas al pie de tabla:

Señalamos en negrita las puntuaciones T-score superiores a 65.

Abreviaturas: (PD=puntuación directa) (T=T-score) (PC=puntuación centil) (BRI=índice de regulación comportamental) (MI=índice de metacognición) (GEC=composición ejecutiva global) (I=inconsistencia) (N=negatividad).

Inconsistencia aceptable: ≤ 7 ; Negatividad aceptable: ≤ 4 .

DISCUSIÓN

En este estudio sobre la prevalencia de TDAH en niños en régimen de acogimiento residencial, se ha utilizando como metodología psicométrica los test de Vanderbilt y de BRIEF y la evaluación clínica de los menores, de acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-5. En los 106 menores de la Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol (Granada), con edades comprendidas entre los 5 y 17 años, la prevalencia encontrada fue del 17.9%. En lo referente al test de Vanderbilt, se observa coincidencia en un 90% entre los datos aportados por los cuidadores y los profesores en las subescalas de inatención e hiperactividad.

Siguiendo las recomendaciones, es necesario que se aplique esta escala para los cuidadores y los profesores con objeto de tener una visión más completa del conjunto de síntomas y, llegar a un diagnóstico más aproximado (10), de tal forma que se pueda demostrar la repercusión del niño con TDAH en varios ámbitos de su vida. Los análisis de correlación de ambas versiones del test de Vanderbilt muestran una elevada correlación tanto en la literatura (11), como en el presente trabajo. Como era de esperar, también observamos una correlación absoluta entre el test de Vanderbilt y el BRIEF, donde el T-score superior a 65 en el BRI se correspondió con rasgos de hiperactividad/impulsividad y el T-score superior a 65 en el MI con rasgos de inatención (12). Nuestros resultados se aproximaron a la relación 2:1 a favor del sexo masculino (21% frente a 13% en mujeres) para la composición de varones y mujeres descrita en los resultados de las estadísticas generales sobre TDAH realizadas en España (13). En contra de lo reflejado en la literatura, donde el subtipo combinado es el más frecuente, en nuestros participantes el subtipo predominante fue el inatento, subtipo que predominó de igual forma en el grupo mayoritario (edades comprendidas entre 7 y 11 años, con un total de 65 participantes), si bien es cierto que hay series que reflejan que el subtipo inatento puede ser el predominante en estas franjas de edad. Los resultados obtenidos en el test de Vanderbilt en relación a los síntomas emocionales (ansiedad/depresión), trastornos de conducta y trastorno oposicionista-desafiante constituyen un despistaje inicial de estas comorbilidades del TDAH, y se precisa una valoración más compleja y la utilización de escalas específicas para su confirmación diagnóstica. Estas subescalas nos han resultado útiles para hacer el diagnóstico diferencial del TDAH con estas

alteraciones, que bien pueden presentarse aisladas o como comorbilidad de TDAH.

El DSM-5 refiere que la prevalencia de TDAH en la población infantil se encuentra entre el 5 y el 7% (5), aunque estos datos de prevalencia son variables según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras, la metodología, las edades y el sexo escogidos. En Europa, se estima un 5% de prevalencia en niños y adolescentes (14), siendo la prevalencia en España similar a la europea (15). En la literatura podemos encontrar que los niños en régimen de acogimiento residencial presentan tasas más elevadas de trastornos psiquiátricos. Steele et al. (16), en su estudio epidemiológico sobre niños en régimen de acogimiento en Utah, concluyeron que casi la mitad de estos niños tienen un problema de salud mental diagnosticable, frente a cifras inferiores al 10% en niños de entre 4 y 16 años de la población general. En lo referido a la prevalencia de TDAH en niños en régimen de acogimiento residencial, DosReis et al. (17) estimaron una prevalencia del 16% en niños de entre 4 y 16 años, mientras que Harman et al. (18), obtuvieron una prevalencia cercana al 18% en niños con edades comprendidas entre los 5 y los 17 años. La prevalencia obtenida en nuestro estudio, notablemente superior a la de la población infantil general, es compatible con los resultados que han sido obtenidos en estudios previos.

No existe un claro consenso en relación a los métodos de evaluación y criterios diagnósticos que deben ser empleados en niños en los que se sospecha TDAH. El TDAH es una patología cuyo diagnóstico es clínico, y este hecho da lugar a variaciones en la estimación de la prevalencia de TDAH, conduciendo a un sobrediagnóstico en determinadas zonas y a una infraestimación de esta prevalencia en otras según los procedimientos utilizados. Nuestro objetivo ha sido determinar la prevalencia de TDAH de acuerdo con los criterios del DSM-5 y mediante escalas validadas internacionalmente, tratando de detectar aquellos casos en los que esta patología provocara una disfunción significativa en el niño, pero somos conscientes de que los métodos empleados para estudiar la prevalencia de TDAH en este trabajo pueden diferir de los empleados en otros estudios, lo que constituye una limitación y dificultad adicional a la hora de determinar una prevalencia de TDAH con exactitud y que ésta pueda ser comparada con la obtenida en otros estudios que utilizaron procedimientos distintos. De cualquier manera, creemos que tanto el test de Vanderbilt

como el de BRIEF, son cuestionarios validados, con suficientes garantías para ser aplicados y por tanto admitir la prevalencia encontrada como un hallazgo de interés que debe ser atendido y tratado adecuadamente. Como hemos ido desarrollando en anteriores apartados, tenemos claro que hay evidencia de que los niños en régimen de acogimiento residencial tienen con más frecuencia problemas de salud y éstos son más complejos que los que se presentan en niños que no se encuentran en estas circunstancias. Entre estos problemas, destacan los de la esfera psicológica, donde se incluye el TDAH. Esta prevalencia, muy por encima de la media estimada en niños de la población general, podría estar relacionada, por una parte con factores derivados de las circunstancias familiares en que se desarrollan los menores (ambientes familiares inadecuados, negligencia de cuidados, conflictos familiares, etc.). También podrían influir factores derivados de la institucionalización (trastornos emocionales relacionados con el estrés y la separación familiar, el cambio de vivienda y circunstancias). Por otra parte, es probable que haya factores derivados de la propia personalidad del niño y relacionados con la heredabilidad de esta patología, que puedan desencadenar la aparición del TDAH ante circunstancias determinadas (en este caso, la institucionalización).

Otras de las limitaciones que encontramos en este estudio es que éste haya sido realizado en un único centro de acogimiento residencial, lo que limita la extrapolabilidad de los resultados. Nuestro objetivo es ampliar este estudio al resto de centros de acogimiento residencial en la provincia, y creemos que también sería necesario elaborar un mapa a nivel de otras provincias, autonómico y nacional para conocer la prevalencia de TDAH en centros de acogimiento residencial, de tal forma que pudiéramos detectar de forma precoz esta patología en dichos colectivos de riesgo y tratar de solventar los problemas y necesidades de los niños con TDAH, teniendo en cuenta que el tratamiento no siempre será farmacológico, pero en el que sin duda deberemos incluir intervenciones complementarias de apoyo y orientación en el contexto escolar y en el del propio centro. Otra consideración importante debe ser la continuidad en la línea de investigación de comorbilidades asociadas al TDAH reconocidas por la literatura internacional (19) que pueden empeorar el pronóstico e incrementar el deterioro funcional de los niños de este colectivo (trastornos del sueño, de conducta, trastornos de ansiedad, depresión,

trastornos en la comunicación y el aprendizaje, epilepsia, etc.). Según los últimos datos, publicados por el Observatorio de la Infancia en 2017 (20), estamos asistiendo a un incremento en el número de menores atendidos en los diferentes programas de protección, entre los que se encuentra el acogimiento residencial. Sin embargo, el conocimiento que tenemos acerca de los problemas y necesidades de los niños de estos centros es escaso en líneas generales y, especialmente en el TDAH. Creemos, por tanto, que es necesario continuar profundizando en este ámbito, dado el importante grado de repercusión que puede llegar a tener el TDAH en los diferentes ambientes de la vida del niño en régimen de acogimiento residencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliván-Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Pediatr* 1999; 50 (2): 151-155.
2. Rodríguez J, Rivera M, Marín L, Muñoz A. Atención sanitaria a menores en régimen de acogimiento residencial. En: Díaz J, Marín L, Muñoz A, coordinadores. *Manual de Pediatría Social*. 1a ed. Málaga: Ediciones del Genal; 2013.p.97-105.
3. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2015; 387 (10024): 1240-1250.
4. Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de Crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio Transversal. Bilbao: Fundación Faustino Orbeago ed; 2011.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. Wolraich ML. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). Cambridge: American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Health Care Quality; 2003.
7. Wolraich ML. Vanderbilt ADHD Teacher Rating Scale (VATPRS). Cambridge: American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Health Care Quality; 2003.
8. Gioia GA, Isquith, PK, Guy, SC, Kenworthy, L.

- Behavior rating inventory of executive function. Odessa: Psychological Assessment Resources; 2000.
9. García T, González-Pienda JA, Rodríguez C, Álvarez D. Psychometric characteristics of the BRIEF scale for the assessment of executive functions in Spanish clinical population. *Psicothema* 2014; 26 (1): 47-54.
 10. Mont M, Rollins V. What is the most effective diagnostic tool for ADHD in school-age children in the primary care setting? *J Evid Based Pract* 2010; 13 (11): 7.
 11. Kądziela-Olech H. The measurement of the symptoms of ADHD in the NICHQ Vanderbilt Assessment Scale for Parent (VADPRS) and for Teacher (VADTRS). *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14 (4): 277-283.
 12. García T, González-Castro P, Rodríguez C, Cueli M, Álvarez D, Álvarez L. Alteraciones en el funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicol Educ* 2014; 1 (20): 23-32.
 13. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiat* 2012; 12 (1): 1.
 14. Young S, Fitzgerald M, Postma MJ. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Bruselas: European Brain Council (EBC) y GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks); 2013.
 15. Alda JA, Fernández M. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
 16. Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 2008; 122 (3): 703-709.
 17. Dos Reis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in Foster care and disables youths. *Am J Public Health* 2001; 91 (7): 1094-1099.
 18. Jeffrey S, Harman P, George E, Childs BA, Kelly J, Kelleher MD. Mental Health Care Utilization and Expenditures by Children in Foster Care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (11): 1114-1117.
 19. López-Soler C, Romero-Medina A, coordinadores. TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
 20. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (datos 2015). Boletín Estadístico 18. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.