



XVI
Congreso Nacional de
Investigación Educativa
CNIE-2021

Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV en un grupo de escolares

Mariana Cossio Ponce de León

Universidad Autónoma de Chihuahua
mcossio@uach.mx

Osiris Quiñones Domínguez

Universidad Autónoma de Chihuahua
oquinones@uach.mx

Alejandra Cossio Ponce de León

Universidad Autónoma de Chihuahua
acossio@uach.mx

Área temática 04. Procesos de Aprendizaje y Educación.

Línea temática: Procesos cognitivos y socioafectivos.

Tipo de ponencia: Reportes parciales o finales de investigación.



Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las dificultades de aprendizaje más comunes en estudiantes de nivel primaria. Se caracteriza por dificultades para prestar atención que comienzan durante el desarrollo y conductas de hiperactividad e impulsividad que ocurren en dos o más ambientes e interfieren en la inclusión familiar, escolar y social. Uno de los retos que plantea este trastorno está referido al proceso educativo. Se pretende estimar la prevalencia de TDAH en estudiantes de nivel primaria de 6 a 12 años de edad con la aplicación de la escala SNAP IV a un grupo de 250 escolares de la ciudad de Chihuahua, valorar su utilidad e identificar las diferencias por sexo y edad. Método: En este estudio se evaluó a 229 escolares, de primero a sexto de primaria, 110 niñas y 119 niños, identificados en las redes sociales y encuestados por medios electrónicos. Resultados: La escala logró detectar 7.9% (18) escolares con déficit de atención, 9.2% (21) casos de hiperactividad e impulsividad y con ambos trastornos, denominado mixto en el 5.2% (12). Encontramos diferencias entre niñas y niños, en donde este último presentó mayor número de casos de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad y trastornos mixtos. No encontramos diferencias por edad. Conclusiones: La prevalencia estimada es ligeramente mayor a la reportada en estudios internacionales, pero congruente con una mayor prevalencia en los niños. No se estableció relación de TDAH con la edad de los escolares.

Palabras clave: *trastorno de déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, TDAH, dificultades de aprendizaje, trastorno mixto.*

Introducción

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es muy prevalente en diferentes etapas de la vida, como la infancia, adolescencia y adultez incluso. La etiología del trastorno es aún discutida, aunque se ha asociado a un origen neurobiológico, jugando un papel importante la genética y los factores ambientales. Según la Dra. Rodillo (2015, página 53) se han descrito diversos “...factores ambientales pre, peri y post natales, siendo los más consistentes bajo peso/prematuridad al nacer, exposición a cigarrillo y alcohol en el embarazo y adversidad psicosocial”

Willcut (2012) en su metaanálisis, que incluyó 86 estudios en niños, adolescentes y adultos, a pesar de la amplia variación en las cifras en los distintos estudios, en conjunto arrojaron una prevalencia de 5.9-7.1% en niños y adolescentes y 5% en adultos jóvenes. Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva en 2019 estimó que la prevalencia de TDAH es del 8% en edad escolar y reporta la aplicación de esta escala en la Florida, Taiwan, Tokio y Buenos Aires mostrando buenos parámetros psicométricos.

Las dificultades en la regulación de la atención, hiperactividad e impulsividad que caracterizan al trastorno afectan diferentes áreas del desarrollo de los niños y adolescentes que lo padecen, especialmente en el aprendizaje, en las relaciones con los compañeros y familiares (Davanzo, Larraguibel, Rojas-Andrade, & Aldunate, 2018), y es determinante de la inclusión familiar, escolar y social (Grañana, y otros, 2011).

El TDAH se relaciona de manera común a una discapacidad funcional que permanece con los años, afectando de manera importante la vida académica, las relaciones familiares, el desempeño laboral; puede incluso ocasionar lesiones accidentales, derivar en comportamientos de riesgo y relaciones negativas en el entorno social. Por ello, es posible provocar un aislamiento y desventajas sociales (Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva, 2019).

El diagnóstico de TDAH se basa principalmente en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM) versión IV que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación, para lograr una categorización uniforme de trastornos que no cuentan con un marcador biológico (Rodillo, 2015). Ha considerado un grupo de 18 síntomas clínicos para definir el TDAH, dividiéndolo en dos dominios: déficit de atención por un lado e hiperactividad e impulsividad por el otro. El diagnóstico se realiza cuando se logran de 6 a 9 síntomas (en uno o ambos dominios) en al menos dos ambientes habituales del individuo: casa, escuela, sociedad. Esto nos lleva a tres subtipos: 1) con predominio de déficit de atención, 2) con predominio de hiperactividad e impulsividad y 3) mixto. (Grañana, y otros, 2011).

Aunque el diagnóstico de este trastorno se realiza comúnmente durante la niñez, aun en la adolescencia se han documentado casos no detectados o bien que los casos no se resuelven y dadas las características de esta etapa de crecimiento y desarrollo conductual trae algunas consecuencias que pueden ser permanentes. (Rodillo, 2015)

En el aula nos enfrentamos a distintas situaciones, de escolares con y sin diagnóstico a pesar de presentar conductas características del trastorno, asociadas a factores como dificultades de aprendizaje, desmotivación, frustración y baja autoestima. También podemos encontrar algunos escolares que poseen destrezas académicas superiores, lo que les ha permitido estrategias de compensación y adaptación parcial al entorno. (Rodillo, 2015)

Por ello es necesario implementar intervenciones que permitan identificar riesgos de manera oportuna, así como vincular acciones para que se atiendan y el resultado sea mejor. Esto en virtud de que la investigación alerta de la importancia de su atención. Adicionalmente otras alteraciones importantes pueden presentarse ante un mal manejo del TDAH como el consumo de sustancias, trastorno del ánimo, ansiedad y trastorno del sueño, entre otros. (Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva, 2019)

El TDAH es una de las principales causas de consulta en salud mental infantil. Los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH tienen altas tasas de uso de los servicios (50,9%), en comparación con aquellos con otros trastornos (27,6%) (Barra, Saldivia, & Melipillán, 2013). Los estudios de seguimiento de niños diagnosticados con TDAH, en comparación con aquellos sin diagnóstico, muestran que tienen una tasa de retención de grado más alta, participación en programas de necesidades educativas especiales, suspensiones escolares, expulsión escolar y un rendimiento académico más bajo. También se ha documentado que quienes padecen TDAH tienen menos posibilidades de ingresar a la universidad y un porcentaje menor de ellos se gradúan en comparación con el grupo de control. Los adultos con TDAH sufren tasas más altas de despidos laborales, cambian de trabajo con más frecuencia y tienen puntuaciones más bajas en las evaluaciones de desempeño. Además, afecta ciertas actividades de la vida diaria, como: conducir, hábitos de conducción inseguros y una mayor incidencia de accidentes automovilísticos (Barkley, 2009).

Los resultados que se presentarán a continuación, corresponden a un análisis preliminar de los datos de un proyecto de investigación sobre la correlación de TDAH y el consumo de azúcares en escolares. En este proyecto se clasificó a los escolares con ayuda de la escala SNAP IV, que nos permitió a través de las respuestas de los padres de familia clasificar a los escolares en estudio.

Esta escala ha sido aplicada por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos como herramienta de detección y de medición de la efectividad del tratamiento. (MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health, 2004). También se aplicó en Brasil en 2019 por los autores Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva en 2019, con el objetivo de investigar las propiedades psicométricas de la escala SNAP IV (Swanson, Sandman, Deutsch, & Baren, 1983) (Swanson, 1992) (Swanson, y otros, 2001) para observar el efecto del tratamiento de TDAH.

En China Shur-Fen, Shang, Liu, L., Swanson, Liu, & Tu (2008) llevaron a cabo un estudio con la intención de valorar las propiedades psicométricas de la escala SNAP IV encontrando que es un instrumento confiable y válido para calificar los síntomas relacionados con el TDAH tanto en la clínica como en la comunidad.

El objetivo del presente trabajo es presentar de manera preliminar la prevalencia de TDAH en estudiantes de nivel primaria de 6 a 12 años de edad con la aplicación de la escala SNAP IV a un grupo de 250 escolares de la ciudad de Chihuahua, valorar su utilidad e identificar las diferencias por sexo y edad.

Pretendemos entonces responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de TDAH en un grupo de escolares de primaria de la Ciudad de Chihuahua? y ¿Qué diferencias se pueden identificar por edad y sexo?

Desarrollo

En la literatura podemos encontrar diversos estudios que ha aportado conocimiento empírico para demostrar que las alteraciones del sistema atencional se producen en las diferentes formas de TDAH. El uso de escalas de detección hace posible identificar las conductas de hiperactividad, impulsividad y los síntomas de déficit de atención, así como calcular la severidad de los síntomas y evaluar la respuesta a los tratamientos. (Grañana, y otros, 2011)

Una de las escalas que recientemente se han reproducido a nivel mundial es la propuesta por Swanson, Nolan y Pelham 1983, denominada por las iniciales de los autores SNAP IV para identificar TDAH y validada por Grañana, y otros en 2011, quienes concluyen que esta escala es válida siempre que se ajusten los puntajes de corte para mejorar su sensibilidad y especificidad, debiendo cuidar también las particularidades culturales y socioeconómicas de la población.

La escala SNAP IV puntúa los síntomas de cero a tres y tiene dos versiones una para padres y otra para maestros acorde a los criterios de DSM IV. Se consideran 9 preguntas para la subescala de atención y nueve para la hiperactividad e impulsividad, cada una de las cuales cuentan con un rango de severidad de 27 puntos.

La aplicación de la escala de clasificación de TDAH para padres SNAP IV, se apego a las normas establecidas debido al confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19 que ha traído consigo cambios en el estilo de vida, entre los cuales destacan los procesos educativos y de investigación que se han visto afectados; es por ello que el presente trabajo es posible con la ayuda de los padres de familia identificados en las redes sociales y encuestados por medios electrónicos para obtener la información requerida. Previamente se presentó a los padres de familia el proyecto y se obtuvo el consentimiento informado en el cual nos comprometemos entre otras acciones, en la confidencialidad de los datos.

Nos apoyamos en la experiencia de Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva en 2019, cuyo estudio recopiló los datos de la escala SNAP IV, por teléfono en algunas escuelas y otras de manera presencial.

Se analizaron los puntajes de la escala, primero en la valoración de déficit de atención (ítems 1-9) y segundo para hiperactividad e impulsividad (ítem 10-18). Se sumaron las puntuaciones, con una escala likert de 4 categorías que va de 0 (nada) a 3 (demasiado) puntos. La suma, en un rango de 0 a 27 puntos para cada sub escala, se dividió por 9 y así se obtuvieron los índices para las subescalas de déficit de atención e hiperactividad-impulsividad.

La precisión de SNAP-IV para la clasificación del TDAH es generalmente alto, como se ve en los resultados de Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva (2019) (osciló entre 0,70 a 0,87). Alda y Serrano-Trancoso (2013) informó una precisión de 0,82 de SNAP-IV como criterio para una evaluación pediátrica de TDAH. Para este estudio se logró una alfa de crombach de 0.761 para los 20 elementos de la escala.

Los datos fueron procesados en SPSS versión 25, estimándose la prevalencia de TDAH en sus dos subescalas y mostrando las diferencias por edad y sexo.

Participaron 250 padres de familia que brindaron datos sobre sus hijos, de los cuales se identificaron datos faltantes en la encuesta por lo que se depuraron 21 registros quedando 229 datos completos sobre los cuales se realizó el siguiente análisis. Los escolares participantes tienen entre 6 y 13 años de edad, con una media 8.79 años; el 48% (110) fueron niñas y 52% (119) niños, de primero a sexto año de primaria bien representados (ver cuadro 1). El 62.0% (142) de los escolares viven con papa y mama, un 32.3% (74) viven solo con mama, 2.2% (7) con papa y el 3.1% (7) de ellos viven con otro familiar.

Nuestros resultados permitieron identificar casos de manera global, el 7.9% (18) escolares se identificó con deficit de atención, 9.2% (21) fueron casos de hiperactividad e impulsividad y con ambos trastornos, denominado mixto se encontró en el 5.2% (12).

El deficit de atención muestra resultados diferentes entre niñas y niños, la muestra obtenida se comporta de acuerdo con lo reportado en investigaciones previas, en donde este trastorno se presenta mayormente en niños con un 11.8% (14) y en niñas se estimó en 3.6% (4). La hiperactividad e impulsividad tambien es mayor entre los niños 11.8% (14), contra 6.4% (7) en niñas. Y finalmente el trastorno mixto se detecto mayor proporción también en los niños con un 8.4% (10) y en niñas 1.8% (2 casos). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas excepto para hiperactividad e impulsividad (ver cuadro 2).

También analizamos por edad, para ver si encontrabamos diferencias sin embargo, no fue posible establecerlas estadísticamente debido al tamaño de la muestra y por ende la baja cantidad de casos detectados, pero si podemos decir que hay una tendencia en la que la cantidad de casos se asocia a menor edad (ver imagen 1).

Con quién vive el escolar resultado estadísticamente significativo y talvez explica más de la conformación de la familia o adaptación de la misma que del TDAH. En todos los trastornos la mayor cantidad de casos se encontraron en el grupo de escolares que viven solo con mama; en déficit de atención, hiperactividad e impulsividad y mixto todos fueron estadísticamente significativos $p > 0.05$.

Conclusiones

La prevalencia estimada es ligeramente mayor al reportado en estudios internacionales. (Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva, 2019) (MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health, 2004) (Shur-Fen, y otros, 2008), pero congruente con una mayor prevalencia en el grupo de los niños

El tamaño de nuestra muestra representa una limitación en nuestros resultados, y aunque no logramos asociar significativamente el trastorno de la hiperactividad e impulsividad como lo reportó Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva (2019); nuestros resultados coinciden marcando una tendencia.

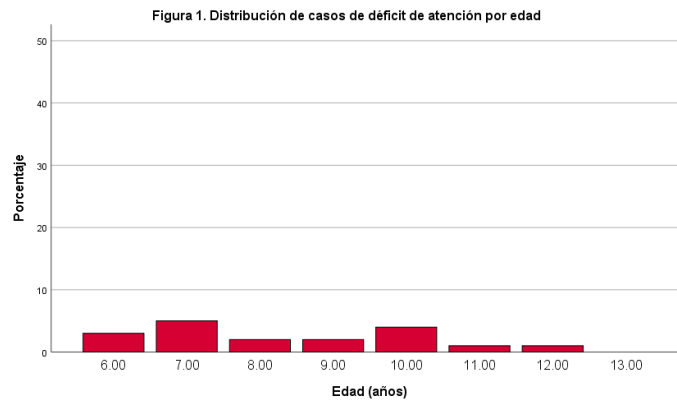
La evaluación de los padres mediante la escala SNPA IV de manera virtual mostró que, en las condiciones de restricción de movilidad y contacto personal, las redes sociales ofrecen una oportunidad de acceso a información útil a través de encuestas o entrevistas para el desarrollo de proyectos de investigación.

Tablas y figuras

Cuadro 1. Características de los escolares en estudio

Característica	
Estudiantes evaluados con la escala SNAP IV	n=229
Edad (años)	Media (rango)
	8.79 (6 a 13)
Sexo	Frecuencia (%)
Niños	119 (52%)
Niñas	110 (48%)
Grado escolar	Frecuencia (%)
Primero	39 (17.0%)
Segundo	42 (18.3%)
Tercero	29 (12.7%)
Cuarto	41 (17.9%)
Quinto	40 (17.5%)
Sexto	38 (16.6%)

Grafica 1. TDAH por edad (argentina)



Cuadro 2. Clasificación de los participantes

Presentación de TDAH	N=229		
	Global	Hombres	Mujeres
Déficit de atención n (%)	18 (7.9)	14 (11.8)*	4 (3.6)
Hiperactivo- impulsivo n (%)	21 (9.2)	14 (11.8)	7 (6.4)
Mixto n (%)	12 (5.2)	10 (8.4)*	2 (1.8)

*p>0.05

Referencias

Alda, & Serrano-Troncoso. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. *Actas Españolas de Psiquiat*, 41, 76-83.

Barkley. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.

De la Barra, Saldivia, & Melipillán. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 5, 1-8.

Costa, De-Paula, Malloy-Diniz, & Romano-Silva, M. (2019). Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. *Journal of Pediatric*, 95(6), 736-743.

Davanzo, Larraguibel, Rojas-Andrade, & Aldunate. (2018). Comparative study of adolescents with and without ADHD. *Salud Mental*, 41(6), 287-296.

Grañana, Richaudeau, Robles, O'Flaherty, Scotti, Sixto, Fejerman. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 344-349.

- MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health. (2004). Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up 24-Month Out-comes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754-761.
- Rodillo. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Rev Med Clin Cond*, 26(1), 52-59.
- Shur-Fen, Shang, Liu, L., Swanson, Liu, & Tu. (2008). Psychometric properties of the Chinese version of the Swanson, Nolan, and Pelham, version IV scale – parent form. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(1), 35-44.
- Swanson. (1992). *School-based Assessments and Interventions for ADD Students*. Irvine, CA: K.C. Press.
- Swanson, Kraemer, Hinshaw, Arnold, Conners, Abikoff, Wigal. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 168-179.
- Swanson, Sandman, Deutsch, & Baren. (1983). Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiologic effects. *Pediatrics*, 72, 49-55.
- Willcutt. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499.