

# Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú.

Knowledge level of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among general physicians in Lima, Perú.

Myriam Mercedes Velarde Inchaustegui<sup>1</sup>, Jorge Adolfo Vattuone Echevarria<sup>2,a</sup>, Myriam Elizabeth Gomez Velarde<sup>3,b</sup>, Leidi Vilchez Fernandez<sup>4</sup>.

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), exhibe una prevalencia mundial del 5% y la mayoría de las consultas médicas tienen lugar en clínicas de Atención Primaria. En tal contexto, se plantea la necesidad de que los médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) conozcan suficientemente aspectos del diagnóstico y manejo de este trastorno, para su oportuna derivación al especialista.

**Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento que tienen los médicos serumistas en relación al diagnóstico, manejo y pronóstico del TDAH. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal basado en la aplicación de una encuesta a médicos serumistas, revisada por la Asociación de Profesionales Peruanos para el estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. **Resultados.** De un total de 550 encuestas, 63,5% (349) cumplieron los criterios de inclusión. Se encontró que el 80,5 % de estos probandos tenían un alto nivel de conocimiento general sobre el TDAH. Sin embargo, sólo el 16,9% mostró un nivel similar en relación al diagnóstico y el 73,1% alcanzó un nivel de conocimiento medio. En relación al tratamiento, 56,2 % de la muestra tuvo un nivel alto y 39,8 %, un nivel medio de conocimiento. **Conclusiones:** Los médicos serumistas encuestados en Lima muestran un alto nivel de conocimiento global en relación al TDAH, consideran apropiadamente el tratamiento mixto de elección y dan importancia al pronóstico del paciente no tratado. La mayoría, sin embargo, no basa su diagnóstico en los criterios del DSM5 o CIE 10 y no identifican fármacos de primera línea para el manejo del trastorno. Se postula la necesidad de mejorar estos aspectos.

PALABRAS CLAVE: Médicos de atención primaria, TDAH, nivel de conocimiento, diagnóstico, tratamiento.

---

<sup>1</sup>Departamento de Neurología de la Conducta, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

<sup>3</sup>Hospital Municipal Los Olivos. Lima, Perú.

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Nacional Daniel Carrión. Lima, Perú.

<sup>a</sup>Médico Residente de Neurología ; <sup>b</sup>Médico Residente de Pediatría.

## SUMMARY

**Introduction:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has a worldwide prevalence of 5%, and most of medical consultations to children with the diagnosis take place in Primary Care settings. It would be necessary for physicians of the Rural and Urban-Marginal Health Service (SERUM) in Peru to have sufficient knowledge about the diagnosis and management of this disorder for its timely referral to the specialist. **Objectives:** To determine the knowledge level that SERUM primary care physicians have regarding diagnosis, management and prognosis of ADHD. **Material and Methods:** This is a descriptive, observational and transversal study, based on the application of a survey instrument, specifically designed for the study of ADHD, and revised by the Peruvian Association of Professionals. **Results:** From a total of 550 surveys applied, 63.5% (349) met the inclusion criteria. It was found that 80.5% of these probands had a high level of general knowledge about ADHD, but only a 16.9% has a similar knowledge level regarding diagnosis, and 73.1%, an intermediate level. Regarding treatment, 56.2% of the sample had a high and 39.8%, an average knowledge level. **Conclusions:** SERUM-associated primary care physicians in Lima have a high knowledge level about general aspects of ADHD as they consider a combined treatment as the management of choice, and give importance to the prognosis of the non-treated patient. However, most of them do not base their diagnosis on DSM-5 or ICD-10 criteria, and do not identify first-line pharmacological agents for the management of the disorder. The need to improve these aspects is emphasized.

**KEY WORDS:** Primary care physicians, ADHD, knowledge level, diagnosis, treatment.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un desorden del neurodesarrollo, caracterizado por presentar hiperactividad, impulsividad y dificultad para mantener la atención (1). En la etiopatogenia del TDAH están implicados múltiples factores genéticos y ambientales cuyo origen está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas (2).

Polanczyk et al., refieren que esta patología presenta una prevalencia del 5% a nivel mundial y de 7 a 9% en escolares menores de 18 años en los Estados Unidos (3). Tatlow-Golden et al., demuestran en su estudio que las primeras consultas médicas a niños con TDAH son realizadas por médicos generales (4). En el Perú, no se cuenta con un estudio sobre la prevalencia e incidencia del TDAH, al respecto, la oficina de estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, en el 2015, estimó una frecuencia del 4,8% la consulta externa de los Departamentos de Neuropediatría y Neurología de la Conducta (5).

El TDAH se asocia con repercusiones importantes en el desempeño social, laboral y académico. Por ello, en los últimos años, se ha incrementado la demanda de diagnóstico y orientación de los niños con problemas de comportamiento en TDAH (6).

Los estudios sugieren que el pobre desempeño académico en los estudios de secundaria predice

una baja probabilidad de terminarla, así como otros resultados negativos como violencia, abuso de sustancias, entre otros (7). Las intervenciones de salud que puedan mejorar el nivel de educación pueden tener impacto positivo en la salud mejorando la calidad de vida (8).

Brahmbhatt et al., describen cómo, en Estados Unidos actualmente los proveedores de atención primaria incluyendo pediatras, médicos familiares y otros, detectan y tratan cada vez más el TDAH (9). Por ello, Hinshaw en su publicación manifiesta que existe preocupación en que la capacitación a los médicos de atención primaria sea insuficiente y esto contribuya al incremento en las tasas de prevalencia para su diagnóstico y tratamiento (10). Es importante la detección y el tratamiento precoz de los niños con TDAH puesto que ayudan a controlar los síntomas, mejorando el aprendizaje escolar, las interacciones sociales y en consecuencia la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar (11). El bajo nivel educativo repercute en la salud (12,13).

El objetivo del presente estudio fue describir el nivel de conocimientos en los médicos serumistas sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo del TDAH.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en médicos serumistas para determinar el nivel de conocimientos sobre el TDAH utilizando

una encuesta diseñada por los autores en base a una experiencia española previa (14) y revisada por la Asociación de Profesionales Peruanos para el estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (APPTDAH) (Anexo 1).

La encuesta se aplicó a los médicos serumistas que asistieron a la capacitación anual de Inducción para el SERUMS realizado en el Centro de Convenciones del Colegio Médico del Perú (CMP), los días 20, 21, 22 y 23 de abril de 2016, financiado por el Consejo Regional III-Lima. De este evento programado para 2000 médicos (N), se aplicó la fórmula para calcular el tamaño muestral, donde la desviación estándar de la población fue de 0,5, IC 95% y un límite aceptable de error muestral de 0,05; obteniendo como muestra representativa: 322 (n) para un  $p < 0,05$ . Se aplicó la encuesta a 550 médicos, que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado de manera verbal y anónima. La encuesta aplicada fue creada por los autores en base a una modificación de la encuesta de Herranz et al., (14). Estas modificaciones fueron revisadas por la APPTDAH. La encuesta estuvo conformada por 16 preguntas divididas en 3 secciones. La primera sección (6 preguntas), describió el conocimiento general sobre el TDAH; la segunda (3

preguntas), diagnóstico y la tercera (7 preguntas) el tratamiento (Tabla 1).

La clasificación por niveles de la variable Nivel de conocimiento sobre el TDAH, se trabajó en función a los puntajes obtenidos por cada sujeto de investigación. En ese sentido el puntaje máximo obtenido fue 15 y el mínimo 3. Para obtener los niveles se tomó como referencia el puntaje máximo y mínimo de donde se obtuvo el rango, el cual fue dividido entre 3 (por ser tres los niveles de conocimiento: alto, medio y bajo), obteniendo como valor 4, que viene a ser el intervalo. Se obtuvo así los niveles: bajo (3-6 puntos), medio (7-10 puntos), alto (11-15 puntos); se trabajó de la misma manera para cada sección.

Se utilizó el programa SPSS 22.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleó estadística descriptiva con una estimación de parámetros a partir de la obtención de frecuencias y porcentajes con nivel de conocimiento de cada uno de los ítems; presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el intervalo de confianza del 95 %. Se evaluó la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación

**Tabla 1.** Nivel de conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en médicos serumistas

<b>Conocimientos Generales</b>	¿Tiene idea o conocimiento de lo que es el TDAH?
	¿Qué tan frecuente cree que es el TDAH?
	¿El TDAH sólo se presenta en niños?
	¿Sabe cuáles son los tres síntomas principales del TDAH?
	¿Cuáles son los tipos de TDAH?
	¿Cuál es el pronóstico de los pacientes con TDAH no tratados?
<b>Criterios Diagnósticos</b>	¿Conoce los criterios diagnósticos DSM5 o CIE 10?
	¿Utiliza los criterios DSM5 o CIE para establecer el diagnóstico?
	¿Le parece importante obtener información del colegio sobre el comportamiento y desempeño del niño?
	¿Todos los pacientes con TDAH deben ser medicados?
	¿Cuál es el manejo más importante de los pacientes con TDAH?
<b>Tratamiento</b>	¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento del TDAH?
	¿A qué edad iniciaría tratamiento farmacológico en el TDAH?
	¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivaría al neurólogo o al psiquiatra?
	¿Iniciaría el tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o al psiquiatra?
	¿Controlaría la evolución de los TDAH que reciben tratamiento farmacológico, prescrito por Ud. o por especialistas?

estadística  $p < 0,05$  y prueba exacta de Fisher según frecuencias esperadas halladas.

**RESULTADOS**

De las 550 encuestas realizadas, se incluyeron 349 (63,5%) que cumplieron los criterios de inclusión. De las 201 encuestas excluidas; 156 fueron incompletas y 45 con respuestas múltiples.

Se encontró de manera global que el 97,1% tiene conocimiento sobre el TDAH. En un nivel alto 53,3 % y en un nivel medio 43,8% con IC 95% (0,48 – 0,59) (Tabla 2).

En la sección de conocimiento general, el 80,5 % tiene un alto nivel de conocimiento sobre el TDAH. Acerca del diagnóstico, sólo el 16,9% tiene un nivel alto y el 73,1% tiene un nivel de conocimiento medio. Referente al tratamiento, el 56,2 % tiene un alto nivel de conocimiento y 39,8 % tiene un conocimiento medio (Tabla 2).

El 74,8 % respondió que el TDAH es frecuente y el 12,9 % que sólo se presenta en niños. Respecto al diagnóstico, el 69,6% conoce al menos uno de los síntomas principales; de los que identificaron los 3 síntomas principales, el 62,9% tiene alto nivel de conocimiento sobre el TDAH ( $p=0,27$ ).

El 70,2% conoce los tipos de TDAH. El 17,5% conoce los criterios diagnósticos (Tabla 3). De los médicos que utilizan los criterios diagnósticos, el 52,3% pertenece al grupo de alto nivel de conocimiento ( $p=0,02$ ). El 98,3% valora la información del colegio para realizar su diagnóstico.

El 96% de los médicos serumistas tienen conocimiento sobre el tratamiento del TDAH (Tabla

2), el 72,2% refiere que el tratamiento debe de ser mixto (farmacológico y psicológico) y el 86,6 % considera que no todos los pacientes con TDAH deben ser medicados. De los encuestados que respondieron que el tratamiento mixto es el más importante, el 69,0% tienen alto nivel de conocimiento y el 29,0% nivel de conocimiento medio. De los que refieren sólo tratamiento farmacológico, el 70,0% pertenece al nivel medio de conocimiento y sólo el 30,0% al nivel alto. De los que refieren sólo tratamiento psicológico, el 67,8% fueron de nivel medio y sólo el 21,8% de nivel alto ( $p < 0,05$ ).

Respecto a la edad de inicio de la medicación, el 44,1% lo indicaría a partir de los 5 años y el 33,5% a los 6 años. De los encuestados que respondieron que iniciarían tratamiento farmacológico a los 6 años, el 78,6% tiene alto nivel de conocimiento. De los que iniciaría a los 5 años, los de nivel de conocimiento alto y medio respondieron en la misma proporción 48,1% ( $p < 0,05$ ).

El 45,0% identificó al metilfenidato como fármaco de primera línea y el 34,7 % a la atomoxetina. De los que identificaron al metilfenidato como fármaco de elección, el 70,7% tiene un alto nivel de conocimiento y los que identificaron a la atomoxetina, el 50,4% fueron de un nivel de conocimiento medio. De los que identificaron a la risperidona, el 47,9% pertenece a nivel de conocimiento medio ( $p < 0,05$ ).

El 79,4% no iniciaría tratamiento farmacológico sin consultar al neurólogo o psiquiatra y el 92,0% sí haría el control siguiendo un protocolo.

El 79,7% conoce sobre el pronóstico del TDAH (Tabla 3) y el 44,4% considera que no tratar este

**Tabla 2.** Nivel de conocimiento sobre el TDAH en médicos serumistas

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Conocimiento global	Bajo	10	2,9	0,01-0,05
	Medio	153	43,8	0,38-0,49
	Alto	186	53,3	0,48-0,59
Conocimiento diagnóstico	Bajo	35	10,0	0,07-0,13
	Medio	255	73,1	0,69-0,77
	Alto	59	16,9	0,13-0,20
Conocimiento tratamiento	Bajo	14	4,0	0,02-0,06
	Medio	139	39,8	0,35-0,44
	Alto	196	56,2	0,51-0,61

TDAH= Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

**Tabla 3.** Descripción de frecuencia de respuestas

PREGUNTAS	N°	%
<b>1.- ¿TIENE IDEA O CONOCIMIENTO DE LO QUE ES EL TDAH?</b>		
Incorrecta	31	8,9
Correcta	318	91,1
<b>2.- ¿QUÉ TAN FRECUENTE CREE QUE ES EL TDAH?</b>		
Incorrecta	53	15,2
Correcta	296	84,8
<b>3.- ¿EL TDAH SOLO SE PRESENTA EN NIÑOS?</b>		
Incorrecta	44	12,6
Correcta	305	87,4
<b>4.-¿SABE CUÁLES SON LOS TRES SÍNTOMAS PRINCIPALES DEL TDAH?</b>		
Incorrecta	249	71,3
Correcta	100	28,7
<b>5.- ¿CUALES SON LOS TIPOS DE TDAH?</b>		
Incorrecta	104	29,8
Correcta	245	70,2
<b>6.- ¿CONOCE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM 5 O CIE 10?</b>		
Incorrecta	288	82,5
Correcta	61	17,5
<b>7.- ¿UTILIZA LOS CRITERIOS DSM5 O CIE 10 PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO?</b>		
Incorrecta	214	61,3
Correcta	135	38,7
<b>8.- ¿LE PARECE IMPORTANTE OBTENER INFORMACIÓN DEL COLEGIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO Y DESEMPEÑO DEL NIÑO?</b>		
Incorrecta	6	1,7
Correcta	343	98,3
<b>9.- ¿TODOS LOS PACIENTES CON TDAH DEBEN SER MEDICADOS?</b>		
Incorrecta	42	12,0
Correcta	307	88,0
<b>10.-¿CUÁL ES EL MANEJO MÁS IMPORTANTE DE LOS PACIENTES CON TDAH?</b>		
Incorrecta	97	27,8
Correcta	252	72,2
<b>11.-¿CUÁL ES EL FÁRMACO DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TDAH?</b>		
Incorrecta	194	55,6
Correcta	155	44,4
<b>12.- ¿A QUÉ EDAD INICIARÍA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TDAH?</b>		
Incorrecta	231	66,2
Correcta	118	33,8
<b>13.-¿A CUÁNTOS NINOS CON SOSPECHA DE TDAH DERIVARÍA AL NEURÓLOGO O AL PSIQUIATRA?</b>		
Incorrecta	178	51,0
Correcta	171	49,0
<b>14.-¿INICIARÍA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN CONSULTA PREVIA AL NEURÓLOGO O AL PSIQUIATRA?</b>		
Incorrecta	71	20,3
Correcta	278	79,7
<b>15.-¿CONTROLARÍA LA EVOLUCIÓN DE LOS TDAH QUE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PRESCRITO POR UD. O POR ESPECIALISTAS?</b>		
Incorrecta	26	7,4
Correcta	323	92,6
<b>16.-¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON TDAH NO TRATADOS?</b>		
Incorrecta	71	20,3
Correcta	278	79,7

trastorno tiene un mal pronóstico. De los que respondieron que no tratar el TDAH tiene un mal pronóstico el 63,2% tiene un alto nivel de conocimiento y de los que refieren que tiene regular pronóstico, el 51,6% tiene un alto nivel de conocimiento ( $p < 1,67$ ).

## DISCUSIÓN

El diagnóstico del TDAH se basa en tres síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad, según CIE 10 de la OMS como el DSM 5 de la Academia Americana de Psiquiatría (1,15). En nuestro estudio, se encontró una relación entre el nivel de conocimiento y la utilización de los criterios diagnósticos. De los médicos serumistas encuestados, el 97,1% tiene conocimiento sobre el TDAH. Más de la mitad de éstos se encuentra en un alto nivel de conocimiento general y reconoce que se puede presentar en niños y adultos. Sin embargo, la mayoría no identifica los tres síntomas principales. Herranz en el 2006 en Madrid, encontró que *“solamente el 41% de los pediatras de Atención Primaria participantes tenían conocimientos diagnósticos suficientes sobre TDAH”* (14). En la revisión de 1990-2015 de Hinshaw, se encontró que el 60% de médicos de familia conocen acerca de este trastorno (7), esto probablemente se deba a la mayor difusión e importancia que se ha dado a este trastorno en la última década.

El diagnóstico del TDAH se basa en los criterios diagnósticos de la DSM5 o CIE 10, además, en niños y adolescentes debe hacerse entrevistas clínicas a los padres o cuidadores, al paciente, obtención de información de la escuela, revisión de antecedentes familiares, personales y exploración física y psicopatológica del paciente (16). En nuestro estudio se encontró que la mayoría no conoce los criterios diagnósticos; pero independientemente del nivel de conocimiento que tiene el médico sobre el TDAH, éste valora la información del colegio para realizar su diagnóstico.

Casi la totalidad de médicos encuestados refiere que el TDAH debe ser tratado, de éstos, la mayoría identifica al tratamiento mixto como el de elección, lo cual va acorde con las recomendaciones actuales (17-19). En nuestro estudio, los que refieren sólo tratamiento farmacológico o sólo psicológico, la gran mayoría pertenece al nivel de conocimiento medio. Si bien la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Consenso Latinoamericano de la Liga Latinoamericana para el estudio del TDAH (LILAPETDAH)

recomienda el manejo de la conducta como primera opción de tratamiento para preescolares (17,20) sólo el tratamiento psicológico o sólo el farmacológico no son el tratamiento de elección. Lo encontrado en este estudio, coincide con la literatura, ya que se encontró que a mayor nivel de conocimiento, tienen una mayor certeza sobre el manejo (17- 20).

La mayoría de médicos encuestados iniciaría tratamiento a partir de los 5 años. De los que iniciarían tratamiento farmacológico a los 6 años, más de la mitad tiene un alto nivel de conocimiento, lo cual relaciona el nivel de conocimiento con la edad de inicio, esto va acorde a la literatura actual. Sin embargo, estos resultados pueden ser controversiales dado que si bien el Consenso Latinoamericano (LILAPETDAH) sugiere inicio del tratamiento farmacológico de acuerdo a la gravedad de la sintomatología; la AAP y la guía Europea sugieren iniciar el tratamiento farmacológico a partir de los 6 años por seguridad (17-20).

Alrededor de la mitad de los encuestados refiere que el metilfenidato es fármaco de primera línea y un poco más de un tercio de éstos piensa que la atomoxetina es la de elección. De los que identificaron al metilfenidato como fármaco de elección, la mayoría tuvo un alto nivel de conocimiento. Mientras que más de la mitad de los que refieren atomoxetina como fármaco de primera línea, tiene un nivel de conocimiento medio. Cabe destacar que de los que refieren a la risperidona como fármaco de primera elección, casi la mitad pertenecen al grupo de nivel de conocimiento medio. Esto va acorde con las guías internacionales que sugieren al metilfenidato como fármaco de primera elección, a la atomoxetina de segunda y a la risperidona (según sea el caso) de tercera línea (17-20). Llama la atención que no se encuentra diferencia evidente entre el fármaco de elección y las otras alternativas, sobretudo en el grupo de nivel de conocimiento medio. Podríamos suponer que, en relación a la atomoxetina, esto se deba a la injerencia de la industria farmacéutica. Si bien los médicos serumistas con mayor conocimiento pueden identificar a los pacientes con este trastorno, saben que deben derivar al especialista para el inicio del tratamiento farmacológico; pero la gran mayoría refiere que pueden realizar el seguimiento siguiendo un protocolo. Esta información es importante en la medida que el contacto inicial de estos pacientes es con los médicos de atención primaria (4).

Se ha reportado que los médicos de atención primaria están involucrados en alrededor de la mitad

del diagnóstico del TDAH y el 6% al 20% de ellos empieza la medicación. Además se ha visto que existe sobre-diagnóstico, medicación inadecuada y falta de seguimiento posterior por los médicos de atención primaria (21). En nuestro estudio, encontramos que el 21,6% iniciaría tratamiento farmacológico sin consultar al especialista, neurólogo o psiquiatra.

Respecto al pronóstico del TDAH no tratado, es positivo saber que más de la mitad de los médicos encuestados, consideran que la intervención oportuna es necesaria. Esto concuerda con diversos estudios que refieren que la no identificación y la falta de tratamiento oportuno de este trastorno conlleva a un deterioro en la calidad de vida del paciente, su familia y entorno, relacionado a bajo rendimiento escolar, problemas familiares, aumento de la actividad antisocial y delinencial (22,23).

Este estudio demuestra que más de la mitad de médicos serumistas tiene un alto nivel de conocimiento general sobre el TDAH, ya que consideran al tratamiento mixto de elección y da la importancia al pronóstico del paciente no tratado. Sin embargo, la mayoría no identifican el fármaco de primera línea y no basa su diagnóstico en los criterios del DSM5 o CIE 10.

Es importante considerar que las limitaciones de este estudio fueron la falta de datos demográficos, el tiempo de práctica clínica, falta de validación de la encuesta y ponderación de las preguntas. Los cuales pueden sesgar los resultados obtenidos.

En nuestro país, los médicos generales, familiares y serumistas son los médicos que atienden en el primer nivel de atención. Por los resultados obtenidos en nuestro estudio, considerando que los serumistas tienen el contacto inicial con pacientes, y dada la alta prevalencia del TDAH y sus implicancias en la calidad de vida del paciente, éstos deben ser capacitados para iniciar el tratamiento de este trastorno.

Se sugiere realizar estudios a nivel nacional para identificar el nivel de conocimientos de TDAH en todos los médicos del primer nivel de atención e incluirlo en las políticas nacionales de salud.

**Fuentes de financiamiento:** Los autores declaran que el estudio fue autofinanciado.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés

## Correspondencia

Myriam Velarde Incháustegui

Av. Tomás Marsano 2699

Surquillo, Lima, Perú.

Correo electrónico: myriamvelardei@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Rubia K, Alegria A, Brinson H. Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Rev Neurol*. 2014; 58 (S1): S3-S18.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942e8.
4. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, Cullen W, McNicholas F. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. *BMC Family Practice*. 2016; 17:129.
5. Oficina de Estadística e Informática, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Estadísticas 2015: Morbimortalidad e indicadores de gestión. Lima: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. p. 50-52. (Citado el 13 de enero del 2017) Disponible en: [http://www.incn.gob.pe/images/ESTADISTICAS/10\\_MORBIMORTALIDAD\\_2015.pdf](http://www.incn.gob.pe/images/ESTADISTICAS/10_MORBIMORTALIDAD_2015.pdf)
6. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:1295-303.
7. Bachman JG, O'Malley PM, Schulenberg JE, Johnston LD, Freedman-Doan P, Messersmith EE. The education-drug use connection: How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use and delinquency. London, United Kingdom: Lawrence Erlbaum Associates; 2008
8. Freudenberg N, Ruglis J. Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis*. 2007; 4(4): A107.
9. Brahmabhatt K, Hilty DM, Hah M, Han J, Angkustsiri K, Schweitzer JB. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder during adolescence in the primary care setting: A concise review. *J Adolesc Health*. 2016; 59(2): 135-43. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.025.
10. Hinshaw S, Scheffler R. Myths, medication, money, and today's push for performance. New York: Oxford University Press; 2014.

11. García M, Prieto-Tato L, Santos J, Monzón L, Hernández A, San Feliciano L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*. 2008; 69(03):0-0. doi: 10.1157/13125819 .
12. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: evaluating theories and evidence. In: National Poverty Center Working Paper Series. Washington, DC: National Poverty Center; 2006.
13. Groot W, van den Brink HM. The health effects of education. *Econ Educ Rev*. 2007; 26(2):186-200.
14. Herranz B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: conocimientos y forma de proceder de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8(4): 217-39.
15. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades; Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
16. Visser SN, Zablotsky B, Holbrook JR, Danielson ML, Bitsko RH. Diagnostic experiences of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Natl Health Stat Report*. 2015; (81):1-7.
17. Palacio J, De la Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L, Ortiz-León S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009; 38 (1): 35-65.
18. Antshe K. Psychosocial Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Update. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2015; 24(1):79-97.
19. Daley D, Van der Oord, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(8):835-847.
20. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-22. doi: 10.1542/peds.2011-2654
21. Janssen M, Wensing M, van der Gaag RJ, Cornelissen I, van Deurzen P, Buitelaar J. Improving patient care for attention deficit hyperactivity disorder in children by organizational redesign (Tornado program) and enhanced collaboration between psychiatry and general practice: a controlled before and after study. *Implement Sci*. 2014;9:155. doi: 10.1186/s13012-014-0155-3.
22. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health*. 2010;46: 209-217.
23. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;19(2):83-105.

**Anexo 1.** Nivel de conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en médicos de atención primaria

1. ¿Tiene idea o conocimiento de lo que es el TDAH?  
 Sí  No
2. ¿Qué tan frecuente cree que es el TDAH?  
 Poco frecuente  Frecuente  
 Muy Frecuente
3. ¿El TDAH sólo se presenta en niños?  
 Sí  No
4. ¿Sabe cuáles son los tres síntomas principales del TDAH? .....
5. ¿Cuáles son los tipos de TDAH?  
 Inatento  Hiperactivo/ Impulsivo  
 Combinado  Todos  Ninguno
6. ¿Conoce los criterios diagnósticos DSM5 o CIE 10?  
 Sí  No  No estoy seguro
7. ¿Utiliza los criterios DSM5 o CIE para establecer el diagnóstico?  
 No, sólo obtengo una impresión diagnóstica por

lo que me cuentan los padres.

Sí (en este caso, indica cuál de ellos usa): .....

8. ¿Le parece importante obtener información del colegio sobre el comportamiento y desempeño del niño?  
 Sí  No  No es necesario
9. ¿Todos los pacientes con TDAH deben ser medicados?  
 Sí  No  No es necesario
10. ¿Cuál es el manejo más importante de los pacientes con TDAH?  
 Farmacológico  Psicológico  Mixto
11. ¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento del TDAH?  
 Atomoxetina (no estimulante)  Metilfenidato (estimulante)  Risperidona (antipsicótico)
12. ¿A qué edad iniciaría tratamiento farmacológico en el TDAH?  
 3 años  5 años  6 años  otro
13. ¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivaría al neurólogo o al psiquiatra?  
 A todos  Ninguno  Sólo a algunos
14. ¿Iniciaría el tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o al psiquiatra?  
 Nunca  A veces  Con frecuencia
15. ¿Controlaría la evolución de los TDAH que reciben tratamiento farmacológico, prescrito por Ud. o por especialistas?  
 No, sólo les hago las recetas  Los controlo de forma empírica  
 Los controlo siguiendo un protocolo.
16. ¿Cuál es el pronóstico de los pacientes con TDAH no tratados?  
 Bueno  Malo  Regular  No altera su vida en el futuro

Recibido: 20/01/2016  
Aceptado: 06/02/2017