

# Estimación de la incidencia y prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en las consultas de atención primaria de la OSI Donostialdea

## *Donostialdea osi-ko lehen mailako atentzioko kontsultetan arreta eskasia eta hiperaktibitatearen asaldurako inzidentzia eta prebalentziaren balorazioa*

A. Lasa Aranzasti<sup>1</sup>, A. Berridi Etxeberria<sup>1</sup>, L. Riaño Idiaquez<sup>1</sup>, M. Letona Luqui<sup>1</sup>, P. Gorrotxategi Gorrotxategi<sup>2</sup>, J. Artieda Arandia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa. <sup>2</sup>Centro de Salud Pasaia San Pedro. Pasaia. Gipuzkoa. <sup>3</sup>Subdirección de Salud Pública y Adicciones. San Sebastián. Gipuzkoa

Correspondencia: Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi. Centro de salud Pasaia San Pedro. E-mail: pedrojesus.gorrotxategigorrotxategi@osakidetza.eus

### RESUMEN

**Introducción y Objetivos:** El trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDH/A) es uno de los trastornos psiquiátricos con más prevalencia en la infancia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria.

Los estudios previos realizados en nuestra comunidad autónoma sobre el TDH/A, tanto de evaluación de tecnologías sanitarias (Osteba 2010) como de prescripción de medicamentos (INFAC 2013) alarmaban del aumento de esta patología.

Con el propósito de aproximarnos a la incidencia y prevalencia de esta enfermedad se han monitorizado las consultas de atención primaria de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Donostialdea.

**Metodología:** Durante el periodo 2002 y 2015 se han seleccionado las primeras consultas con diagnóstico de TDH/A (códigos de la CIE9: 314, 314.1, 314.2, 314.8 y 34.9) registrados en los centros de salud de Atención Primaria (AP) dependientes de la OSI.

**Resultados:** Se registraron 1.247 consultas con diagnóstico de TDH/A. Rango de edad 0-17 años. Mediana de 8; 73,3% hombres y 26,7% mujeres.

El máximo número de consultas se realizó en 2012 con 206, para luego ir disminuyendo. En el periodo 2012-2015, la tasa más elevada ha sido en los escolares de 7 años (5,11 x 1.000 niños/año). El 58% de las consultas por TDH/A agrupan a los escolares de 6 a 10 años, disminuyendo posteriormente.

La prevalencia en 2015 de TDH/A en niños entre 6 y 14 años es de 2,7%.

**Conclusiones:** En esta revisión se observa que en los últimos años existe una disminución de las primeras consultas de TDH/A en AP.

*desiragaitzak direla eta, kontsulta kopuru gehien eragiten dituen arrazoietakoa bat da.*

*Gure autonomia erkidegoan AGHA-ariburuz, aurrez eginiko ikerketek, bai osasun teknologien ebaluaketari dagozkionak (Osteba 2010), eta bai medikamenduen preskripzioari dagozkionak ere (INFAC 2013), patología honen areagotzeaz ohartarazten zuten.*

*Lehenak, inzidentzia igoera isladatzen zuten (2001. urtetik 2007. urtera hirukoiztu). Bigarren ikerketak, 2005. urtetik 2012. urtera gertaturiko preskripzio kopuruaren areagotzeaz ohartarazten zuten. 6 eta 13 urtearteko 1000 haurretik, 16-k hartuko zuten metilfenidato edo atomoxetina.*

*Gaitz honen inzidentzia eta prebalentziara hurbiltzeko asmoz, Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratuko Lehen Mailako Arreta Zentruen kontsultak monitorizatu dira.*

**Metodoak:** 2002-2015 urteen tartean Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratuko (ESI) Lehen mailako arreta zentruen AGHA diagnostikodun lehen kontsultak aukeratu dira (CIE kodeak 314, 314.1, 314.2, 314.8 eta 34.9.).

**Emaitzak:** AGHA diagnostikoa zuten 1.247 kontsulta erregistratu ziren. 0-17 urtebitarteko adin tardearekin. 8 urteko Mediana. %73,3 gizonaketa %26,7 berriz, emakumeak. 2012. urtea izan zen kontsulta kopuru gehien izan zituen urtea (206 kontsulta), ondorengo urteetan kontsulta kopurua gutxitu egin zen. 2012-2015 urte bitartean, tasarik altuena 7 urteko eskolaresetan izan zen (5,11 x 1000 ume/urteko). Kontsulta totalaren %58a, 6-10 urte bitarteko umeek osatzen dute, kontsulta kopurua gutxitu egiten da adina igotzen doan bitartean. 2015ean 6 eta 14 adintarteko prebalentzia %2,7 izan zen.

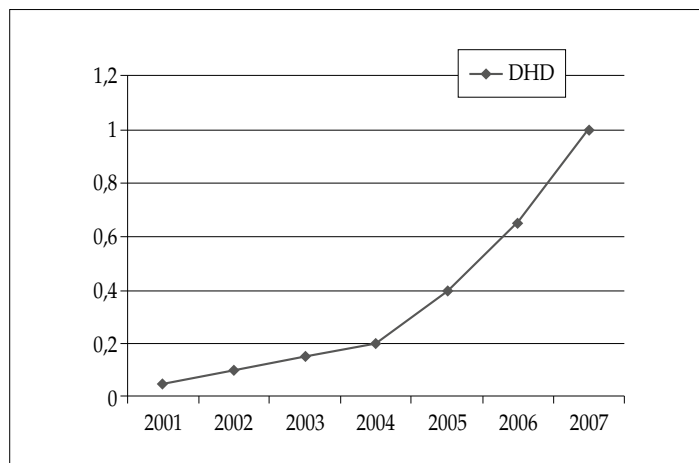
**Ondorioak:** Gure datuen azterketan, azken urteetan lehen mailako arreta zentruetan AGHA lehen kontsulten beherakada egon dela ikusten da. Prebalentzia, argitaratutako beste lanetan baino baxuagoa dela ikusi da.

### LABURPENA

**Sarrera eta helburuak:** Arreta galeragatiko asaldura, hiperaktibitatearekin edo gabe (AGHA/TDAH), haurtzaroko alterazio psikiatrikoetan prebalentzia handiena duena da, eta pazientearengan eragiten dituen ondorio

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDH/A) es uno de los trastornos psiquiátricos con más prevalencia en la infancia y representa uno de los motivos más



**Figura 1.** Progresión del consumo total de Metilfenidato en DHD (dosis por habitante y día) en la CAPV de 2001 a 2007. Tomado del Informe OSTEBA (2010)<sup>(1)</sup>.

frecuentes de consulta por las consecuencias negativas que tiene para el paciente.

Los estudios previos realizados en nuestra comunidad autónoma sobre el TDH/A, tanto de evaluación de tecnologías sanitarias (Osteba 2010)<sup>(1)</sup> como de prescripción de medicamentos (INFAC 2013)<sup>(2)</sup> alarmaban del aumento de esta patología.

El primero analizaba la incidencia y el consumo de medicamentos, basados en datos proporcionados por los Servicios de Salud Mental Infante-Juvenil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

En cuanto a incidencia, ésta se multiplica por tres (53 casos nuevos en 2001, frente a 143 en 2007) y la prevalencia se multiplica por 2 (292 en 2001, frente a 609 en 2007), siendo la prevalencia global en niños de entre 6 y 18 años del 0,27% en 2007.

En este mismo estudio, al analizar el consumo de fármacos, se ponía de manifiesto el aumento del consumo de metilfenidato (Rubifen® y Concerta®).

El crecimiento más rápido se da a partir del año 2004 con la entrada en el mercado de Concerta® porque sus presentaciones, de liberación prolongada, (18, 36, 54 mg) son en dosis mucho mayores que las de Rubifen® (5, 10, 20 mg) por lo que, mientras que la progresión de la dosis por habitante y día (DHD) de 2001 a 2004 era lineal (se multiplicó por 3), la de 2004 a 2007 se multiplicó por 18, como puede verse en la Figura 1 tomada de dicho informe.

Observando estos datos, una de las conclusiones del informe es que, el aumento de la prescripción de metilfenidato, hace pensar que la respuesta medicamentosa es la preferente o exclusiva en la mayoría de los casos.

Para ver las opiniones sobre el TDH/A en pediatras de atención primaria y en profesionales de los centros de salud mental, se realizó una encuesta en ambos colectivos que puso de manifiesto la disparidad de sus opiniones sobre esta patología. Así, por ejemplo, sobre la etiología del TDH/A, el 42% de los pediatras dan un peso fundamental a la bioquímica cerebral frente al 9% de los psicólogos/psiquiatras de los centros de salud mental, que en el 80% respondieron que estaba causado por factores múltiples. Los pediatras consideraban en un 30% que el metilfenidato es el tratamiento de primera elección en el TDH/A y un 39% era partidario de usarlo de forma sistemática, pero asociado a otros tratamientos, mientras que los profesionales de los centros de salud mental veían su indicación como secundaria en el 49% y creían que solo se debería utilizar en algunos casos el 26%.

El segundo de los estudios, el realizado por el INFAC, analiza las prescripciones en el periodo 2005-2012, también a nivel de la población de la CAPV, y constata que el ritmo ascendente que se había establecido entre 2004 y 2007 sigue aumentando en la misma proporción en el periodo 2007 a 2012, llegando a 2,55 DHD. Teniendo en cuenta solamente la población pediátrica de 6 a 13 años esta cifra asciende a

15,85 DHD, lo que implica que de cada 1.000 niños entre 6 y 13 años, 16 tomarían metilfenidato o atomoxetina, todos los días del año.

Ese estudio pone también de manifiesto que los niños con menor edad relativa (los nacidos entre los meses de julio y diciembre) tienen mayor probabilidad de recibir tratamiento para el TDH/A, y esta tendencia es más manifiesta en los niños que en las niñas (véase Fig. 2).

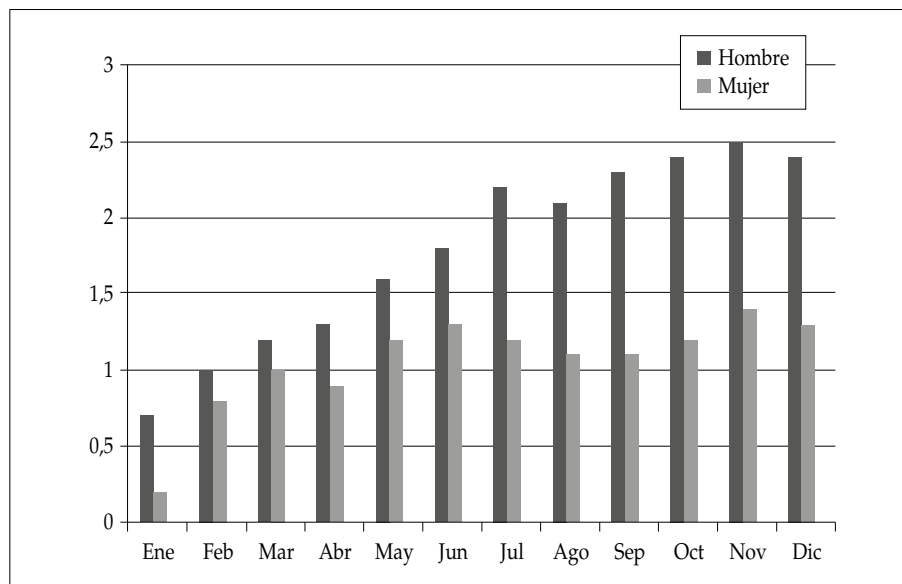
Finalmente, en un estudio poblacional realizado a nivel escolar en Euskadi en 2010<sup>(3)</sup>, en la fase de cribado mediante cuestionarios la prevalencia en escolares entre 6 y 16 años fue del 18%. A los que se habían detectado como sospechosos por medio de dicho test se les realizó una entrevista clínica con lo que prevalencia bajó al 10,81. Los autores son conscientes de que la prevalencia en este estudio es mucho más alta de las publicadas, lo que atribuyen a que la tasa de participación fue del 38,4%. Sospechan que los niños sin problemas académicos no participaron en el estudio y estarían dentro de ese 61,6% que no participó y que los niños que aceptaron tomar parte del estudio serían en mayor proporción los que tenían problemas académicos, sociales o familiares.

Todos estos estudios realizados nos indican la preocupación que existe en los gestores de salud y en los profesionales sobre este problema. Con el fin de aproximarnos a la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en atención primaria se han monitorizado las consultas realizadas en los centros de atención primaria de dependientes de la Organización Sanitaria Integrada Donostialdea.

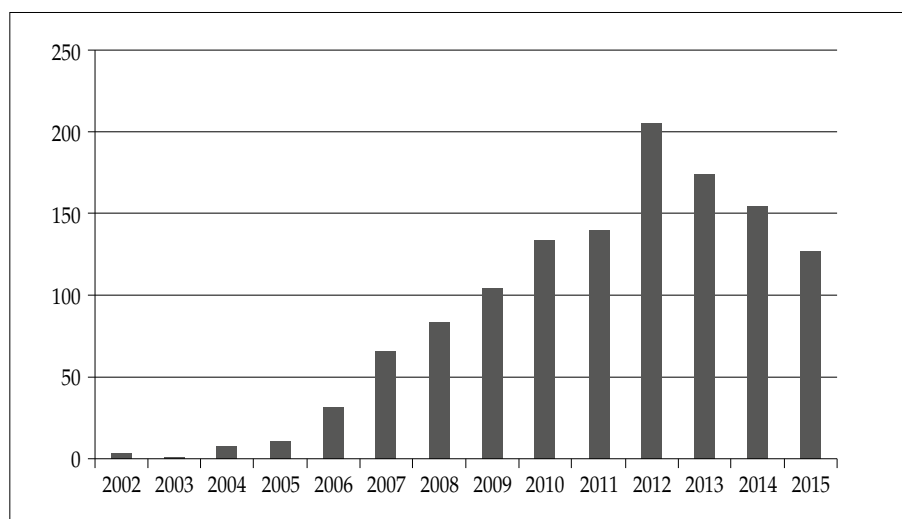
## METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico descriptivo para caracterización de persona (sexo y edad) y tiempo (periodo analizado 2002-2015).

La fuente de información utilizada ha sido el registro informatizado de Atención Primaria (AP) obtenida de la base de datos Osabide-AP. Para calcular la incidencia se ha recogido la primera consulta con diagnóstico de TDH/A (códigos de la CIE9: 314, 314.1, 314.2, 314.8 y 34.9) con las siguientes variables: diagnóstico, fecha de nacimiento, sexo, fecha del episodio.



**Figura 2.** Porcentaje de niños y niñas de entre 6 y 13 años de la CAPV con prescripción de metilfenidato y atomoxetina, en función del mes de nacimiento (Datos procedentes de la Historia Clínica osabide y de Historial Farmacoterapéutico. Osakidetza. 2013. INFAC)<sup>(2)</sup>.



**Figura 3.** Nº de consultas por TDA/H en AP. Periodo 2002-2015. OSI Donostialdea.

Para estudiar la prevalencia se ha recogido una única consulta por niño realizada en el periodo de estudio. Se estimaron tasas de incidencia para el periodo 2013-2015. Para el cálculo de tasas se ha utilizado la población menor de 15 años a partir de los censos del EUSTAT. La prevalencia se expresa en porcentajes.

Los datos han sido gestionados en una base excell y el análisis de la información con el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

La población media menor de 15 años en el periodo 2013-2015 en la OSI Donostialdea era de 55.672 lo que supone el 53% de todo el territorio de Gipuzkoa.

En el periodo 2002 a 2015, 1.247 niños tuvieron una consulta en pediatría de AP por un TDH/A. La mediana de edad en el momento de la consulta fue de 8 años; el 73,3% eran hombres y el 26,7% mujeres.

El máximo número de consultas se realizó en 2012 con 206, para luego ir disminuyendo (véase Fig. 3).

En el periodo 2013-2015, la tasa más elevada ha sido en los escolares de 7 años (5,11 x 1.000 niños/año) (Fig. 4). El 58% de las consultas por TDH/A agrupan a los escolares de 6 a 10 años, disminuyendo posteriormente.

La prevalencia en 2015 de TDH/A en niños entre 6 y 14 años es del 2,7%.

## DISCUSIÓN

En el abordaje del TDA/H existen problemas tanto en la forma de realizar el diagnóstico como en la incidencia y prevalencia del mismo, e incluso algunos autores indican que el TDH/A puede ser considerado una enfermedad mercantilizada. Aunque los tres aspectos están muy unidos realizaremos un análisis diferenciado de ellos.

### Problemas diagnósticos

El aumento progresivo de la incidencia de TDH/A hace sospechar la presencia de un sobrediagnóstico. Ese título empleaba el documento del INFAC referido en la introducción y ese mismo término lo utilizan otros autores al referirse al TDH/A.

Así, por ejemplo, el título de un editorial de la revista "Evidencias en Pediatría" se preguntaba eso: ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?<sup>(4)</sup>. Hablando sobre el diagnóstico en general, dice que es un problema importante porque convierte a las personas en "enfermos" sin necesidad de serlo y conduce a tratamientos que pueden causar daño, al no aportar ningún beneficio a la salud, y no es inocuo ni para el sujeto ni para la sociedad por los costes añadidos que implican para el sistema sanitario. Y centrándose en los aspectos del posible sobrediagnóstico del TDH/A, dice que ese incremento explosivo de la incidencia puede ser debido a uno de estos tres factores:

1. Mayor conocimiento del trastorno por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y pedagogos).

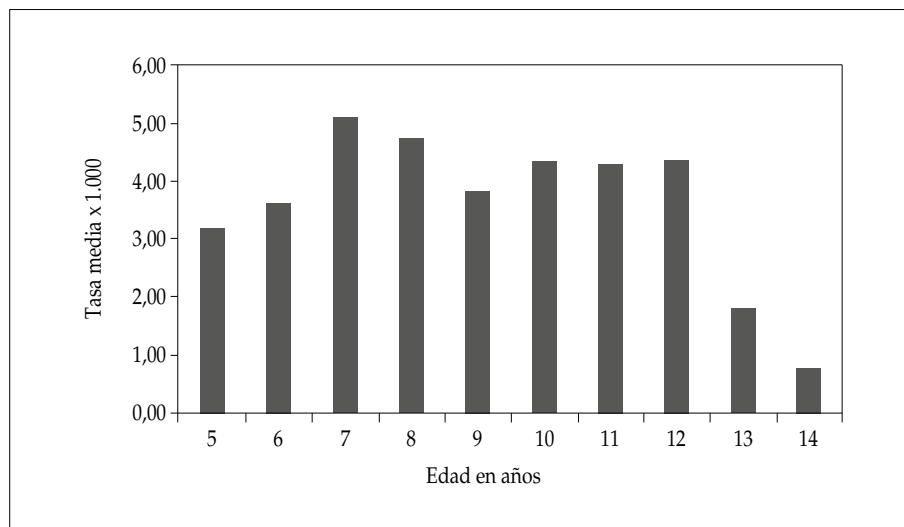


Figura 4. Tasa media de consultas por TDA/H y edad en AP. Periodo 2013-2015. OSI Donostialdea.

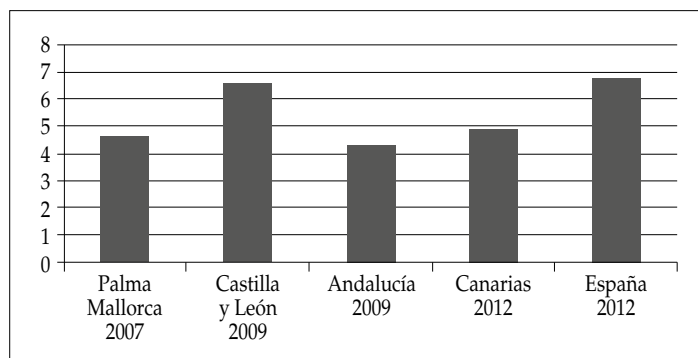


Figura 5. Prevalencia en los diferentes estudios españoles.

- Mejoría de la información que los padres reciben sobre esta patología.
- Ineficacia parcial de los instrumentos de diagnóstico, de forma que se etiquetan como TDH/A niños que no lo son. Este último es el mayor problema.

Un dato que va a favor de esta última afirmación es que, como ya hemos referido en el informe del INFAC, los niños que nacen en la última parte del año son tratados con medicamentos para el TDH/A en mayor proporción que los nacidos en la primera parte del año, situación que se confirma en varias revisiones del tema<sup>(5,6)</sup>. En un estudio realizado en Valencia en 2015, sobre 20.377 niños de los que un 1,73% recibía tratamiento para el TDH/A observaron que la prevalencia de tratamiento en los niños más jóvenes (nacidos entre los meses de agosto a diciembre) fue 2,5 a 3 veces mayor que los nacidos a principio del año

(nacidos el mes de enero) (OR: 2,81; IC 95%: 1,53-5,16) y la prevalencia de tratamiento pasa del 0,79% en el mes de enero al 2,24 para los nacidos en diciembre ( $p < 0,0001$  en la prueba de tendencia)<sup>(7)</sup>. Se supone, que esto sucede porque los niños son más inmaduros que el promedio de la clase y que para afrontar las exigencias escolares, demasiado altas por la diferencia de edad con los niños nacidos a principio de año es interpretado como el comportamiento de los niños con TDAH. Por ello, los autores de este trabajo recomiendan ser muy prudentes con el etiquetado y tratamiento de los niños de 6 a 9 años que han nacido en los últimos meses del año.

El problema fundamental por el que ocurre esto, como dice la guía de práctica clínica del TDH/A<sup>(8)</sup>, es que el diagnóstico del TDH/A es exclusivamente clínico. Añade que debe estar sustentado en los síntomas característicos del

trastorno, respaldado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social y se debe hacer tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada.

Y esto causa un problema adicional, porque en un estudio que se ha comparado la concordancia entre la valoración de los padres y de los tutores (mediante la escala de Conners) y han observado que los padres y madres evalúan de manera parecida a niños y niñas pero los tutores consideran a los niños más inatentos y más hiperactivos/impulsivos que las niñas<sup>(9)</sup>, lo que hace más dificultoso el diagnóstico.

#### Datos de prevalencia

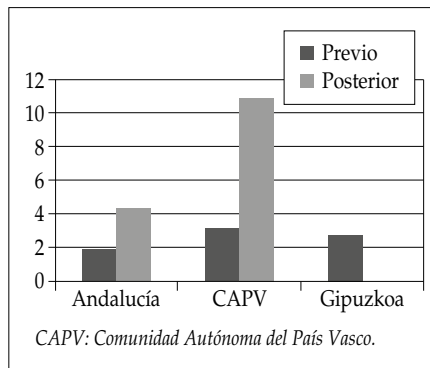
Los datos de prevalencia son dispares entre unos y otros estudios.

En un estudio realizado en Castilla y León, entre 6 y 16 años, en el que se realizó una primera fase psicométrica (por medio del *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV* para padres y profesores) y una segunda fase de confirmación clínica según criterios DSM-IV. La comorbilidad se estudió mediante el *Child Symptom Inventory* y confirmación clínica DSM-IV. La prevalencia observada es del 6,66% (IC 95%: 5,1-8,1%), siendo la prevalencia en el sexo masculino (8,97%) significativamente superior a la del sexo femenino (4,17%)<sup>(10)</sup>.

Un estudio realizado en Palma de Mallorca utilizando las *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV* (ADHD RS-IV) para padres y maestros encuentra una tasa de prevalencia 4,6% (intervalo de confianza al 99%: 3,0-5,8%)<sup>(11)</sup>.

En un estudio realizado en Canarias, con la misma metodología obtienen una prevalencia del TDAH en niños entre 6 y 12 años del 4,9%<sup>(12)</sup>.

Según un estudio realizado en Andalucía en 2009, la prevalencia de TDH/A entre 6 y 14 años, de los niños que estaban diagnosticados antes de la realización del estudio era del 1,9% y tras la realización de los cuestionarios en los centros escolares, se obtuvo una prevalencia del 4,3%<sup>(13)</sup>, llama la atención que tras la realización del estudio se doblaba la incidencia.



**Figura 6.** Prevalencia conocida antes de realizar el estudio de intervención y después de realizar estudios a la población general en centros escolares.

Finalmente, una revisión sistemática de los estudios españoles realizada en 2012 indica que la prevalencia en menores de 18 años en España es del 6,8% [IC 95% 4,9-8,8%]<sup>(14)</sup>.

Vistos estos resultados, la prevalencia de nuestro estudio es bastante inferior (2,7%). Hay que tener en cuenta que en estos estudios se ha realizado una búsqueda activa de los casos de TDH/A mediante cuestionarios a la población escolar y que el estudio de Andalucía ha mostrado que la incidencia previa al estudio se multiplica por dos en la búsqueda activa, y lo mismo se observa en el estudio realizado en la CAPV por García Cruz y cols., por lo que nuestro resultado 2,7% está al nivel de los resultados que se obtienen en población general sin la realización sistemática de pruebas psicotécnicas. Una imagen gráfica del cambio de la prevalencia previo a la realización de un estudio de campo y posterior al mismo se puede ver en la figura 6.

En las tasas de prevalencia también influye el criterio diagnóstico utilizado. Un estudio que compara la tasa de prevalencia de TDH/A en función del método diagnóstico empleado, aunque todas las tasas de prevalencia se encuentran dentro del rango esperado, son mayores si se utiliza la ADHD RS-IV (*Attention Deficit-Hiperactivity Disorder Rating Scale*) con punto de corte del percentil 90: 4,6%; seguido de la utilización de la escala SNAO-IV (escala de Swanson, Nolan y Pelham): 4,11%; después del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) 3,6% y la prevalencia más baja es la que se obtiene

con el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades): 1,2%<sup>(15)</sup>.

En la actualidad se emplean los criterios del DSM-V y/o CIE-10 y en el artículo que se ha comentado la prueba de comparación era el DMS-IV ya que es anterior a la publicación del DSM-V, pero lo que hemos querido mostrar es la influencia que las referencias diagnósticas utilizadas tienen en la incidencia de THDA.

### ¿Porqué hay tal aumento de tratamientos farmacológicos para el TDH/A?

Nadie duda de la existencia del TDH/A y que una de las piezas fundamentales de su tratamiento es el farmacológico.

Pero es reconocido de forma general que el tratamiento del TDH/A no puede ser únicamente "farmacológico". El tratamiento farmacológico aislado y el abordaje exclusivamente psicológico y/o psicopedagógico sin medicación, cualquiera de los dos, son siempre insuficientes y están abocados al fracaso a medio o largo plazo. Además del tratamiento farmacológico hay que implicar al paciente y a sus familiares en los planes de intervención, en los que juegan un papel trascendental, no solo el pediatra de atención primaria, como coordinador, por su proximidad a las familias, de todo el abordaje y seguimiento del TDH/A, sino también otros profesionales del ámbito escolar, las unidades de salud mental, los neuropediatras, los psicopedagogos y las asociaciones de padres de pacientes con TDH/A. Cuantos más profesionales se sumen en el abordaje terapéutico del TDH/A, más posibilidades de tener éxito tendremos<sup>(16)</sup>.

Consideramos que en relación al tratamiento del TDH/A hay preguntas por responder por no ser comprensible el aumento de su consumo de fármacos en los últimos años.

Manuel Isorna, en un análisis completo sobre el TDH/A y una reflexión sobre el aumento del consumo de metilfenidato, que en España es de un 8% anual, dice no es atribuible a un incremento de la incidencia de la enfermedad, sino, a una búsqueda activa de casos o a la prescripción de dicho medicamento en casos menos graves que antes no recibían el fármaco<sup>(17)</sup>.

Es más, en un estudio realizado en Aragón en 2008 (N=98.873) se comparó el uso de metilfenidato entre inmigrantes y nacidos en España. La DHD fue de 18,49 en los niños españoles y de 2,70 para los inmigrantes, y en el caso de las niñas, en españolas fue de 5,48 y en inmigrantes de 0,83, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ )<sup>(18)</sup>. ¿No pueden incidir las diferencias culturales en el uso de los medicamentos para el TDH/A más que el propio trastorno?

La influencia del contexto y del estilo de crianza es incuestionable. Hemos visto que los inmigrantes son tratados en menor proporción que los autóctonos en España, pero lo mismo ocurre en otras partes del mundo. La incidencia en EE.UU. con modelos educativos hiperestimulantes es mayor que en Holanda con estilos educativos más tranquilos. Incluso, ante los informes presentados por España por la creciente prescripción de psicoestimulantes a niños diagnosticados de THD/A, el Comité de Seguimiento de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha expresado su preocupación por estos datos<sup>(19,20)</sup>.

El psiquiatra infantil profesor tutor en la UNED y de la Unidad de Trastornos Mentales de Infancia, de la Clínica La Luz, José Luis Pedreira Massa, en una entrevista en una revista generalista, dice que entre el 50-60% de los niños diagnosticados de TDH/A no lo tienen. Hay conductas normales en niños de determinada edad que a veces están muy exageradas y que producen síntomas desagradables de adaptación, pero no todo niño que responde a esto tiene TDA/H. Con certeza, se puede decir que 1 de cada 3 niños diagnosticados sufre esta enfermedad. Por ejemplo, en una clase de 30 niños, no debería haber más que un caso, y resulta que hay 4, 5 o 6 que toman fármacos<sup>(21)</sup>.

Hay varios artículos que incluyen el TDH/A en los casos sobre mercantilización de las enfermedades.

La industria farmacéutica tiene un papel muy importante en la medicalización de la vida, provocando la transformación de situaciones normales en patológicas. M<sup>a</sup> Elisa Morell Sixto y cols.<sup>(22)</sup> ponen como ejemplo de esta situación el espectacular incremento del diagnóstico y tratamiento del TDH/A tras

la aparición de nuevos fármacos y, en sentido contrario, la disminución del diagnóstico de reflujo gastroesofágico, en paralelo a la desaparición de la principal alternativa terapéutica.

Esta misma autora, en otro trabajo insiste en los peligros del sobrediagnóstico y sus posibles daños potenciales, máxime cuando la fuerza de la evidencia científica de efectividad/riesgos de los fármacos a largo plazo es baja, e insiste en que debemos plantearnos cuáles son los límites actuales y reales de los diagnósticos de TDH/A, es decir, ¿están todos los que son? y, sobre todo, ¿son todos los que están?<sup>(23)</sup>.

En el momento actual, estamos tratando a miles de niños en nuestras consultas, pero, ¿qué es lo que conseguimos evitar? No lo sabemos. El Dr. Joaquín Peña opina que habría que clarificar los riesgos a largo plazo de los niños cuyos problemas no han sido reconocidos ni tratados, para ello habría que realizar estudios longitudinales en muestras comunitarias<sup>24</sup>. Eso es difícil de realizar, requeriría un seguimiento muy largo, pero sería el estudio que más información nos aportaría.

La revisión que hemos realizado constata que en los últimos años está disminuyendo el número de primeras consultas de TDAH en atención primaria, lo que contrasta con la tendencia ascendente previa.

Esta constatación podría indicar una mayor sensibilización hacia el sobrediagnóstico de este trastorno en AP. Sin embargo, los niños en los que hay más tratamientos de TDH/A en esta serie es en los niños menores de 10 años, siendo precisamente, los niños entre 6 y 9 años, los que tienen una mayor incidencia de que su inmadurez, por el efecto relativo de la edad (diferencias entre los nacidos en los primeros y últimos meses del año), nos podamos confundir en el diagnóstico de TDH/A con mayor facilidad.

Por todo ello y ante la ausencia de criterios diagnósticos y terapéuticos claros, entre los diferentes profesionales, habría que realizar un estudio prospectivo con pediatras de AP, psiquiatras, psicólogos y profesionales de la enseñanza que permitiese consensuar el abordaje de este trastorno.

#### SARRERA ETA HELBURUAK

*Arreta galeragatiko asaldura, hiperaktibitatearekin edo gabe (AGHA), haurtzaroko alterazio psikiatrikoetan prebalentzia handiena duena da, eta pazientearengan eragiten dituen ondorio desiragaitzak direla eta, kontsulta kopuru gehien eragiten dituen arrazoietakoa bat da.*

*Gure autonomia erkidegoan AGHA-ari buruz, aurrez eginiko ikerketek, bai osasun teknologien ebaluaketari dagozkionak (Osteba 2010)<sup>(1)</sup>, baita medikamenduen preskripzioari dagozkionak ere (INFAC 2013)<sup>(2)</sup>, patologia honen areagotzeaz ohartarazten zuten.*

*Lehenak, inzidentzia (2001. urtetik 2007. urtera hirukoiztuz) eta medikamenduen kontsumoaren igoera isladatzen zuten, Euskal Herriko Osasun Mental Jubenilaren Zerbitzuek proportzionatutako datuak ikusita.*

*Inzidentziari dagokionez, hiru bider biderkatzen da (53 kasu berri 2001 urtean, 143 kasu berriz 2007 urtean). Prebalentzia aldez, bi bider biderkatzen da (292 kasu 2001ean eta 609 kasu 2007 urtean). Prebalentzia globala 6-18 urte bitartean %0,27koa zen 2007 urtean.*

*Ikerketa berean, farmakoen kontsumoa aztertuz, metilfenidatoren kontsumoa areagotzen zela ikusi zen, eguneko dosi definitiboaz aztertuz (Rubifen<sup>®</sup> eta Concerta<sup>®</sup>), Euskal Herriko gobernuak emandako datuen arabera (2001 eta 2007 urteen artean).*

*Hazkunde handiena 2004 urtetik aurreara ikusi zen, Concerta<sup>®</sup> merkaturatu zenetik. Concerta askatasun luzeko presentazioek (18,36,54), Rubifen<sup>®</sup> (5, 10, 20mg) baino dosi altuagoak dauzka. 2001etik 2004ra progresio lineala ikusi zen (hiru bider biderkatzen), 2004tik 2007ra 18 bider biderkatzen da, 1. irudian ikusi daitekeen bezala.*

*Datu hauek aztertuz, metilfenidatoaren preskripzioaren igoera, kasu gehienetean, medikazioaren erantzuna lehenatasunezkoa edo eskusiboa dela pentsarazten du.*

*Lehen mailako arretako pediatren eta osasun mental profesionalen AGHAr buruzko iritziz ikusi ahal izateko, inkesta bat egin zen. Bertan, iritziez berdinak zituztela ondorioztatu zen. Pediatrek, AGHaren etiologiaren %42a biokimika zerebralar ari zegoziola zioten, eta psikologo/psikiatreek berriz %9a erlazionatzen zuten biokimika*

*zerebralarrekin eta aldiz, % 80 a kausa multipleekin erlazionatzen zuten.*

*Pediatrek, %30ean metilfenidato aukeratzten zuten lehenengo aukera bezala eta %39an era sistematikoan erabiltzeko aldekoak ziren. Osasunmentaleko profesionalak berriz, % 49an bigarren aukerako indikazioaz elaste zuten eta aukeratutako kasuetan bakarrik erabili behar dela defendatzen zuten (%26an).*

*Bigarren ikerketak, 2005. urtetik 2012. urtera preskripzio kopuruaren areagotzeaz ohartarazten zuten, 2004 eta 2007ren urte artean establezita goigoera, 2007 eta 2012 urte artean mantentzen zuten, 5,55 BED (Biztanleko Eguneko Dosis). 6 eta 13 urte bitarteko umeak kontuan hartuta, zifra 15,85 BEDra igotzen da; honek 3-13 urte bitarteko 1000 urteetatik, 16 umek hartuko lukete metilfenidato edo atomoxetina, egunero.*

*Ikerketa horrek agerian jartzen du adin erlatibo baxuagoko haurrek (uztaila eta abuztua bitartean jaiotako haurrak) AGHArako tratamendua jasotzeko probabilitate handiagoa dutela eta joera hori nabarmenagoa da mutiletan nesketan baino. (ikusi 2. irudia).*

*Azkenik, 2010. Urtean eskola mailan egindako populazio mailako ikerketa baten<sup>(3)</sup>, baheketan fasean, galdetegi bitartez, 6-12 urte bitarteko aurretan ikusi zen prebalentzia %18 izan zen. Galdeketen bidez gaixotasuna pairatzeko arriskua zuten haurrei elkarrizketa klinikoa egin zitzaie eta honen ondoren prebalentzia %10,81 jeitsi zen.*

*Egileek beste ikerketekin alderatuz, prebalentzia handiagoa zela ikusi zuten eta hori partaidetza tasa %38,4koa izatearen ondorioztat hartu zuten. Eskolan arazorik ez zuten haurrek ez zutela ikerketan parte hartu susmatzen zuten eta horiek parte hartu ez zuten %61,6a osatuko zutela. Parte hartzea onartu zutenak ordea, eskola arazoak, arazo sozialak eta famili arazoak zituzten haurrak ziren proportzio nabarmenago batean.*

*Egindako ikerketa hauek guztiek osasun profesional eta osasun kudeatzaileek gaixotasun honen inguruan duten ardura adierazten dute. Gaixotasun honen intzidentziara eta prebalentziara gerturatzeko, Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratuko Lehen Mailako Arreta Zentruetan egindako kontsultak monitorizatu egin dira.*

## METODOA

Pertsonaren ezaugarriak (sexua eta adina) eta denboraren (2002-2015 arteko denbora ikertua) ikasketa epidemiologiko deskriptiboa.

Erabili den informazio-iturria Lehen Mailako Arretaren erregistro informatizatua izan da, Osabide-APren datu-basetik aterata.

Inzidentzia kalkulatzeko, AGHA diagnostikoren lehen kontsulta jaso da (CIE9 kodeak: 314, 314.1, 314.2, 314.8 y 34.9), honako aldagai hauekin: diagnostikoa, jaiotze-data, sexua, episodio-data.

Prebalentzia ikertzeko ikasketa-denboraldian egindako haur bakoitzeko kontsulta bakar bat jaso da. 2013-2015 denboraldirako inzidentzia-tasak kontutan hartu ziren. Tasak kalkulatzeko EUSTATen erroldetan agertzen ziren 15 urte baino biztanleri gazteago erabili da. Prebalentzia ehunekotan ematen da.

Datuak excell base batean erabili dira eta informazio-analisisa SPSS multzo estatistikoan.

## EMAITZAK

1.247 kontsulta erregistratu ziren AGHA diagnostikoaz. Adin tarte 0-17 urte. Mediana 8. Kasuen %73,3 gizonezkoak eta %26,7a emakumezkoak.

Kontsulta kopuru handiena 2012. urtean izan zen 206 kasurekin, gero beherakada izan zen (3. irudi ikus dezakezu).

2012-2015 urteen bitartean, indize maila altuena 7 ureko haurretan izan zen (5,11 x 1000 haur/urteko). AGHA kontsulten %58a 6-10 urteko haurrei dagokie, ondoren, maiztasuna jaitsi egiten da. (4. irudi).

2015ean AGHA prebalentzia 6-14 urteko aurren artean %2,7koa da.

## EZTABAIDA

AGHA abordaian arazoak agertzen dira bai diagnostikoa egiteko eran eta baita intzidentzian eta prebalentzian ere. Autore batzuk diote HAGA gaixotasun merkantilizatua kontsidera daitekeela. Nahiz eta hiru alderdiak oso lotuta egon banakako analisisa egingo dugu.

## Diagnostikorako arazoak

AGHaren intzidentziaren gorakada progresiboak gain-diagnostikoa dagoenaren susmoa pizten du. Izenburu hori dauka sarreran aipatutako INFAC dokumentuak eta terminu bera erabiltzen dute beste autore batzuek ere AGHari buruz zuzentzeko orduan.

Horrela, adibidez, "Evidencias de Pediatría" aldizkariko argitalpen bateko editorialean zera galdetzen ziren "¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?"<sup>(4)</sup>. Diagnostikoari buruz hitz egitean, orokorrean, arazo garrantzitsua dela esaten da, pertsona osasuntsua pertsona "gaixo" bilakatzen baitu, "gaixo" izateko beharrik gabe. Horrek kaltea eragin dezaketen tratamenduetara bultzatzen du eta tratamendu horiek osasunean ez dute mesederik eragiten. Horrez gain, gizartearen ere osasun sistemarentzat kostu gehigarriak dira.

AGHA gain-diagnostikoarekin jarraituz, badirudi intzidentziaren gorakada hori 3 faktore hauen menpe egon daitekeela:

1. Asaldura honen inguruko jakintza areagotu egin da profesionalen artean. (medikuak, irakasleak, pedagogoak).
2. Gurasoek haur hauei buruz jasotzen duten informazioa hobetu egin da.
3. Diagnostikorako balibideak ez direlako erabat eraginkorrak eta batzuetan AGHA gisa etiketatzen direlako etiketatu beharko ez liratekeen haurrak. Hori da, diagnostikorako erabili ohi diren tresnak ez direlako guztiz efikazak, eta AGHA balute bezala sailkatzen dira, berez ez duten haurrak.

Hau da arazorik haundiena.

Azken baieztapen honen alde egiten duen datu bat da, aurretik INFAC-en informean esan bezala, urte bukaeran jaiotzen diren haurrak gehiago tratatu ohi direla AGHA-arentzat erabiltzen diren sendagaiekin, urte hasieran jaiotzen direnak baino<sup>(5,6)</sup>. Valentzian 2015ean egindako estudio batean, non 20377 umetik 1.73%-ak AGHA-arentzat tratamendua jasotzen zuen, haur gazteenetan (abuztu eta abendu artean jaiotakoetan) tratamenduen prebalentzia 2,5-3 aldiz haundiagoa izan zela ikusi zuten, urte hasieran jaiotakoekin konparatuz (urtarrilan jaiotakoak) (OR: 2.81; UC: 95%; 1.53-5.16) eta tratamenduen prebalentziaurtarrilan jaiotako

haurretan 0.79% izatetik, abenduan jaiotakoetan 2.24 izatera pasatzen zela ( $p < 0.0001$  joera frogan)<sup>(7)</sup>. Honen arrazoia urte amaieran jaiotako haurrak klaseko promedia baino heldugabeagoak direla omen da, baita eskolako eskakizunei aurre egiteko, zeinak altuegiak diren urte hasieran jaiotako aurrekiko desberditansuna dela eta; hau guztia AGHA-a duten umeen jarrera gisa interpretatzen da. Horregatik, lan honen egileak, urte amaieran jaiotako haurren kasuan, AGHA-ren diagnostikoa eta tratamendua ezartzeko erabakia era zuhurrean eta kontu handiz egitea gomendatzen dute.

Guzti hau gertatzearen arrazoi nagusia, AGHaren Praktika Klinikoko Gidak<sup>(8)</sup> dioen bezala, AGHaren diagnostikoa guztiz klinikoa izatea da. Gainera, asalduraren sintoma bereizgarrietan oinarrituta egon behar duela dio, eragin garbi batez indarturik eremu pertsonal, familiar, akademiko eta sozialean; eta sintomatologia hori justifikatu dezaketen beste asaldura edo arazoak baztertu ondoren.

Eta honek arazo gehigarri bat sortzen du, izan ere gurasoen eta tutoreen balorazioa (Connors eskalaren bidez) konparatzen dituen estudio batean ikusi da, aitek eta amek era antzekoan ebaluatzen dituztela mutilak eta neskek, tutoreen arabera mutilak arreta gutxiagokoak dira eta hiperaktiboagoak/inpulsiboagoak, neskek baino<sup>9</sup>, eta honek are zailagoa egiten du diagnostikoa.

## Prebalentziari buruzko datuak

Prebalentziari buruzko datuak aldatu egiten dira estudio batetik bestera.

Gaztela eta Leoi-en egindako estudio batean, 6 eta 16 urte bitartean, lehenengo fase pikometriko bat (Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Rating Scales IV gurasoentzat eta irakasleentzat) eta DSM-IV-ko irizpideen arabera berrespen klinikorako bigarren fase bat egin ziren. Komorbilidadea Child Symptom Inventory bidez aztertu zen eta DMS-IVren arabera egin zen berrespen klinikoa. Aurkitutako prebalentzia 6,66%koa izan zen (95% KI: 5.1-8.1%), mutilengan prebalentzia (8.97%), nesengan baino altuagoa izanik esanguratsuki (4.17%)<sup>(10)</sup>.

Palma de Mallorca-n egindako estudio batean, non Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD-RS-IV) erabili zen guraso eta irakasleentzat, %4,6ko prebalentzia tasa aurkitu zen (99% KI: 3.0-5.8%)<sup>(11)</sup>.

Kanarietan egindako estudio batean, metodologia beraerabiliaz, AGHA-ren %4,9%ko prebalentzia aurkituz uten 6 eta 12 urteko haurretan<sup>(12)</sup>.

2009an Andaluzian egindako estudio batean 6 eta 14 urteko umeen artean AGHA-aren prebalentzia, estudioa egin aurretik diagnostikaturik zeuden umeetan %1,9koa zen, eta eskoletan galdeketa egin ondoren, %4,3 prebalentzia lortu zen<sup>(13)</sup>. Arreta deitzen du estudioa egin ondoren intzidentzia bikoiztu izanak.

Azkenik, 2012an egindako berrikuste sistematiko batek dio Espainian 18 urtetik berako umeetan prebalentzia %6,8koa dela [95% KI: 4.9-8.8%]<sup>(14)</sup>.

Emaitza hauek ikusirik, gure estudioaren prebalentzia txikiagoa da, %2,7koa baita. Kontuan izan behar da estudio hauetan AGHA kasuen bilaketa aktiboa egin dela, eskola-biztanleriari galdeketa eginez, eta Andaluziako estudio akerak utsi duela intzidentzia bikoiztu egiten dela bilaketa aktiboa baldin bada, eta hori bera ikusten da Euskadin García Cruz eta lag.-ek egindako estudioan<sup>(5)</sup>. Beraz, guk lorturiko %2,7ko emaitza, biztanleria orokorrean lortzen diren emaitzen mailan dago, froga psikoteknikoen burutze sistematikorik gabe.

Prebalentzia tasatan diagnostikorako erabilitako kriterioek ere eragina dute. Azterlan batek, erabilitako diagnostiko metodoaren arabera lortutako AGHA prebalentzia tasak konparatu ditu. Bertan jasotako tasa guztiak esperotako tartean egon arren, metodo diagnostikoen arabera emaitzak desberdinak direla ikusi da. Tasa altuena ADHD RS-IV (Attention Deficit Hiperactivity Disorder Rating Scale) erabiliz izan da, %4,6 (abiapuntua 90 pertzentila izanik). Jarraian SNAO IV (Swanson, Nolan eta Pelhamen eskala) %4,11, ondoren DSM IV (gaixotasun mentalen diagnostico eta estadistika eskuliburua) %3,6 eta azkenik tasa baxuenak CIE 10-rekin (Clasificación Internacional de las Enfermedades) izanik, %1,2<sup>(15)</sup>.

Gaur egun, DSM IV edota CIE10 irizpideak erabiltzen dira AGHAren diagnostikorako, artikulo honetan konparazioa DSM IV-rekin egin delarik. Erakutsi nahi izan duguna, diagnostiko metodo desberdinek AGHA-ren inzidentzian duten eragina da.

### Zergatik dago AGHA-ren tratamendu farmakologikoen erabileraren halako areagotzea

Inork ez du AGHAren existentzia dudan jartzen, ez eta honen tratamienduaren zati garrantzitsutako bat farmakologikoa denik.

Baina, AGHAren tratamenduak ezin duela "farmakologikoa" soilik izan ere argi dago. Tratamendu farmakologiko soila bai eta medikazio gabeko abordatze psikologiko/psikopedagogikoa, ez dira nahikoa eta epe ertain edo luzerako tratamienduaren hutsegitea dakarte. Tratamendu farmakologikoaz gain, pazientea eta bere familia interbentzioa planetan sartu behar dira. Plan hauetan oso garrantzitsua izango da lehen mailako arretako Pediatrak, familiekiko duen gertutasunagatik, AGHAren abordatze eta jarripenaren koordinatze lanak egitea, baita eskolako profesionalak, osasun mentaleko unitateak, neuropediatra, psikopedagogoak eta AGHA duten pazienteen guraso elkarteak ere.

Zenbat eta profesional gehiago izan AGHAren abordatze terapeutikoan, orduan eta aukera gehiago izango dira emaitza arrakatsutsuak izateko<sup>(16)</sup>.

AGHAren tratamenduari dagokionez, erantzun gabeko galderak daudela uste dugu, ez baita ulertzen gaitz hau tratatzeko farmakoen kontsumo areagotzea azken urteetan.

Manuel Isornak, AGHAren inguruan egindako analisi batean, metilfenidatoaren kontsumoaren areagotzaren (gaur engun Espainian urteko %8ko igoera) inguruan egindako hausnarketa batean dio; ez dela gaixotasunaren intzidentziaren handitzeari egozgarria; kasuen bilaketa aktibagoa egiteari edota farmakoaren preskripzioa AGHA kasu arinagoetan (lehen tratamendu farmakologikorik jasotzen ez zutenak) egiteari baizik<sup>(17)</sup>.

Are gehiago, 2008an Aragoien egindako ikerketa batean (n=98.873) metilfenidatoaren erabilera haur etorkin eta Espainian jaiotako haurren artean konparatu zen. Mutil espainiarretan DHD 18.49 izan zen, etorkinen kasuan 2.7koa izanik. Neska espainiarren kasuan 5.48 eta etorkien kasuan 0.83; desberdintasun hauek estatistikoki esanguratsuak izan ziren ( $p < 0.01$ )<sup>(18)</sup>. Ez al du kultura desberdintasunek gehiago eragiten AGHAren medikazioaren erabileran gaixotasun berak baino?

Heziketa kontestu eta estiloak duen eraginaren dudarik ere ez dago. Ikusi da, tratamendua jasotzen duten etorkinen proportzioa bertakoen baino

txikiagoa dela eta munduko beste leku batzuetan ere berdin agertatzen dela. AEBtan heziketa eredu hiperestimulantea izanik, intzidentzia Holandan, non eredu lasaia goak jasotzen dituzten, baino altuagoa dela ikusi da. Nazio Batuen Umeen Eskubideen Jarraipenerako Batzordeak ere kezka azaldu du, Espainiak aurkeztutako datuen aurrean, psikoestimulatuzaileen preskripzioaren areagotzea dela eta<sup>(19,20)</sup>.

José Luis Pedreira Massa, haur psikiatra, UNED eta Haurtzaroko Gaixotasun Mentalen Unitateko (Clinica La Luz) irakasle eta tutoreak, aldizkari "generalista" batean eginiko elkarrizketan dio, AGHAaz diagnostikaturiko haurren %50-60k ez dutela gaitza. Adin jakin batzuetan badaude jarrera normalak, batzutan oso "exageratuta" egon da adaptazio sintoma desatseginak eman ditzaketanak, baina honelako sintomak dituzte ume orokez du AGHA. Ziurtasunez esan daiteke diagnostikatutako 3 haurretik 1ek jasaten duela gaixotasuna. Adibidez, 30 haur dauden ikasgela batean, ez litzake kasu bat baino gehiago egon beharko eta, aldiz, ikusten da 4,5 edota 6 haur daudela tratamendu farmakologikoa hartzen<sup>(21)</sup>.

Artikulu asko daude AGHA, gaixotasunen merkaturatzearen barne sartze dutenak.

Industria farmazeutikoak, bizitzaren medikalizazioan paper oso garrantzitsua betetzen du; egoera normalak patologiko bihurtzea lagunduz. M<sup>a</sup> Elisa Morell Sixto eta laguntzaileak<sup>(22)</sup> egoeran honen adibide bezala honakoa jartzen dute: AGHAren diagnostiko eta tratamenduaren areagotze harrigarria botika berrien agerpenarenostean. Kontrako aldetik, urdail-hestegorrierrefluxu diagnostikoaren gutxitzea, honen aukera terapeutiko nagusia desagertzearekin batera.

Autore berdinak, beste lan batean, gain-diagnostikoaren eta honek izan ditzakeen ondorio kaltegarrien arriskua azpimarratzen du. Batez ere, ebidentzia zientifikoaren eraginkortasun/arrisku indarra ahula denean. Gaur egungo benetako AGHAren diagnostikorako mugak zein diren argi eduki behar direla nabarmentzen dute. Hau da, diren guztiak al daude? Edota dauden guztiak al dira?<sup>(23)</sup>.

Gaur egun, milaka haur ari gara tratatzen gure kontsultatan, baina, zer da saiestea lortzen duguna? Ez dakigu. Joaquín Peña Medikoa, uste du euren arazoak ezagutu eta tratatu ez diren haurrek



epe luzera dituzten arriskuak argitu beharko liratekela. Honetarako populazio laginetan ikerketa longitudinalak egitea beharrezkoa izanik<sup>(24)</sup>. Nahiz eta informazio gehien emango liguken ikerketa mota izan, berau egin ahal izatea zaila da jarraipen oso luzea egitea beharrezkoa delako.

Guk egindako berrikustean ikusten da azken urteetan, lehen mailako arreta zerbitzuan egiten diren AGHAgatik lehen kontsulten zenbakia jaitsi egin dela, hau aurretik aipatutako goranzko tendentziaren desberdina izanik.

Honek, lehen mailako arretan gain-diagnostikoarekiko sentsibilizazio handiagoa dagoela adieraz dezake. Hala ere, tratamendu gehien jasotzen dituzten haurrak serie honetan, 10 urtetik beherakoak dira. Hain zuzen ere, 6 eta 9 urte bitarteko haurretan, beren helgugabetasunak AGHaren diagnostikoan eragin handiagoa izan dezakelarik. Hau da, adin tarte honetako haurretan okerreko diagnostikoa egitea errazagoa izanik.

Guzti hau dela eta, diagnostiko eta tratamendu irizpideen gabetasuna kontuan harturik; beharrezkoa iruditzen zaigu profesional desberdinen artean (Pediatria, Psikologo, Irakaskuntzako profesionalak) ikerketa prospektibo bat egitea, gaitz honen abordatze egokiena adostu ahal izateko.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lasa Zulueta A, Jorquera Cuevas C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm 2007/09. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. INFAC. 2013; 21(5). [Consultado 30/09/2017]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/INFAC\\_vol\\_21\\_n\\_5\\_TDAH.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_vol_21_n_5_TDAH.pdf)
- García Cruz JM, Txakartegi X, Bilbao A, Olondris A. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDH/A) en Euskadi. Estudio de prevalencia y variables sociofamiliares. Bol S Vasco-Nav Pediatr. 2010; 42: 5-12.
- García Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDHA)? Evid Pediatr. 2012; 8: 51.
- Cuello García CA, Pérez Gaxiola G. En un mismo curso académico los niños más pequeños tienen más riesgo de ser diagnosticados de TDHA. Evid Pediatr. 2012; 8: 56.
- Jullien S, Ochoa Sangrador C. Los niños con menor edad relativa tienen mayor probabilidad de recibir tratamiento para el TDH/A. Evid Pediatr. 2016; 12: 12.
- Librero J, Izquierdo-María R, García-Gil M, Peiró S. Edad relativa de los niños en clase y tratamiento farmacológico de los niños con déficit de atención/hiperactividad. Estudio poblacional de un departamento de salud. Med Clin (Barc). 2015. [Consultado 30/09/2017]. Disponible en: <http://dx.org/10.1016/j.medcli.2015.02.22>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA) en Niños y Adolescentes. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- Cáceres J, Herrero D. Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol. 2011; 52: 527-35.
- Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(42).
- Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. Rev Neurol. 2007;44:10-4.
- Jiménez JE, Rodríguez C, Camacho J, Afonso M, Artiles C. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias (España). Eur J Educ Psychol. 2012; 5: 13-26.
- Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ, Martínez Moral N, Prospet Gisbert A, Barea García J, González Sánchez M, Vicente Pintor A. Estudio de prevalencia (fase I) del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en niños de 6 a 14 años en Andalucía. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: Suplemento, 5ª Reunión Anual de la AEPap.
- Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry. 2012; 12: 168.
- Cardo E, Servera M, Vical C, de Azua B, Redondo M, Riutort L. Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. 2011; 52 (supl 1): S109-17.
- García Cruz JM, González Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). AEPap. 2016 [Consultado 30/09/2017]. Disponible en: [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)
- Isorna Folgar M. El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y tratamiento del TDH. Innovación Educativa. 2016; 26: 181-200.
- Macipe-Costa RM, García-Campayo J, Gimeno-Feliu LA, Magayón-Botaya R, Armesto-Gómez J. Differences in Methylphenidate Use Between Immigrants and Spaniards in the Child Population of Aragon, Spain. J Chil Neurology. 2011; 26.
- Martínez González C. ¿Diagnósticos o etiquetas? Form Act Aten Prim. 2011; 4: 214-16.
- Naciones Unidas. Committee on the Rights of the child. 2010. [Consultado 30/09/2017]. Disponible en: [www2.ohch.org/englis/bidies/crc/crcs55.htm](http://www2.ohch.org/englis/bidies/crc/crcs55.htm)
- García I. Entrevista con el Psiquiatra José Luis Pedreira: Entre el 50 y el 60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tiene. Nueva tribuna. es. 01 de Febrero de 2017.
- Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Cómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de las enfermedades. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 491-512.
- Morell Sixto ME, Ortega González C. ¿Quo vadis Pediatría? Disease mongering. En: AEPap, ed. Curso de Actualización en Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 85-92.
- Peña J, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención: ¿mito o realidad? Rev Neurol. 2003; 36: 173-9.