

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: conocimientos y forma de proceder de los pediatras de Atención Primaria

B. Herranz Jordán

Pediatra, CS El Abajón, Las Rozas, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 4:S217-39

Benjamín Herranz Jordán, bherranz@telefonica.net

Resumen

Objetivos: determinar los conocimientos diagnósticos sobre trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un grupo de pediatras de Atención Primaria de varias áreas de salud de Madrid; su forma de proceder ante niños con sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad; si hay relación entre su forma de proceder y sus conocimientos diagnósticos, y, finalmente, si existen diferencias entre los pediatras de Atención Primaria de diferentes áreas de salud.

Métodos: se dirigió una encuesta a los 221 pediatras de Atención Primaria de las Áreas 6, 8 y 9 de Madrid en el año 2005. Consideramos que tenían un nivel suficiente de conocimientos diagnósticos sobre TDAH cuando utilizaban criterios diagnósticos estandarizados.

Resultados: respondieron 104 (47%). Hubo diferencias significativas entre las tres áreas por tipo de titulación (pediatra por vía MIR o pediatra por vía no MIR, o médico no especialista en Pediatría), pero no por tipo de contrato laboral (interino o fijo) o media de pacientes atendidos al día.

1. Conocimientos diagnósticos: el 86% conoce los tres síntomas fundamentales del TDAH. El 61% conoce los criterios diagnósticos DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) o CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades), pero sólo el 41% del total los usa. El 82% de los que usan criterios diagnósticos prefiere los DSM. No hubo diferencias entre áreas.
2. Forma de proceder: ante la sospecha diagnóstica, el 52% deriva a todos al neurólogo o psiquiatra. El 72% nunca inicia un tratamiento farmacológico sin consulta previa a estos especialistas. Se observó una clara diferencia ($p < 0,0071$) entre las áreas por lo que respecta a los médicos que ponen o no tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra: nunca lo hacen el 81% en las Áreas 6 y 9, frente al 42% en la 8. No se observaron diferencias significativas entre áreas en el control de la evolución de los niños con TDAH tratados con fármacos: el 17% se limita a hacer las recetas, el 61% los controla de forma no reglada y sólo un 22% los controla de forma más o menos reglada.
3. Forma de proceder según uso o no de criterios diagnósticos (DSM o CIE): los pediatras que usan estos criterios diagnósticos derivan menos al neurólogo o psiquiatra ($p < 0,0056$), administran más frecuentemente tratamiento farmacológico sin consulta

previa a dichos especialistas ($p < 0,0009$) y controlan de forma más reglada la evolución de los pacientes en tratamiento farmacológico ($p < 0,0005$) que los pediatras que no los usan.

Conclusiones

1. Solamente el 41% de los pediatras de Atención Primaria participantes tiene conocimientos diagnósticos suficientes sobre TDAH.
2. La mayoría deriva a todos o a bastantes niños con sospecha de TDAH al neurólogo o psiquiatra; no pone nunca o sólo a veces tratamiento farmacológico sin consulta previa a dichos especialistas y controla de forma no reglada a los niños que reciben tratamiento farmacológico.
3. Los que utilizan criterios diagnósticos DSM o CIE derivan menos al neurólogo o psiquiatra, inician con mayor frecuencia tratamiento farmacológico sin consulta previa a estos especialistas y controlan a los pacientes que reciben tratamiento farmacológico de forma más reglada que los que no usan criterios.
4. No hubo diferencias entre áreas sobre conocimientos diagnósticos, pero sí en la forma de proceder: En el Área 8 derivan menos veces y especialmente inician más veces un tratamiento farmacológico sin consulta previa que en la 6 o en la 9.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Atención Primaria, Niños, Encuesta.

Abstract

Objective: to determine the diagnosis knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in a group of Primary Care paediatricians from several Health Areas of Madrid; paediatricians way to proceed with children suspected to have ADHD; to determine if there is any association between paediatricians way to proceed and their knowledge of diagnosis; and if there are any differences between Primary Care paediatricians from different Health Areas of Madrid.

Methods: a survey was conducted among 221 Primary Care paediatricians from the Areas 6, 8 and 9 of Madrid, in 2005. We consider these paediatricians had enough level in the knowledge of diagnosis of ADHD when they used standardized diagnostic criteria.

Results: 104 paediatricians answered (47%). There were significant differences among the three areas in the type of professional qualification (MIR paediatrician or no MIR paediatrician or physician but not paediatrician), but not in the type of contract (temporary or permanent), or average of patients visited per day.

1. Knowledge of diagnosis: 86% have knowledge of three main symptoms of ADHD. 61% have knowledge of diagnostic criteria on DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) or ICE (International Classification of Disease), but only 41% of the participants use these criteria. 82% of the paediatricians that use diagnostic criteria prefer the DSM ones. There were no significant differences among the areas.
2. Way to proceed: when a suspected diagnosis, 52% of the participants send all patients to the neurologist or the psychiatrist. 72% never start medical treatment without previous consult to these specialists. To this respect a clear difference was found ($p < 0,0071$) among the three areas: in the Areas 6 and 9, 81% never treat patients before consulting specialists, but only 42% in the Area 8. There were no significant differences among the Areas in the control of the evolution of patients with ADHD treated with medication: 17% of the participants only prescribe the medication, 61% controls the patients unsystematically, and only 22% controls the patients systematically.

3. *Way to proceed according to the use or not of diagnostic criteria (DSM o ICE): Physicians using diagnostic criteria send less patients to the neurologist or the psychiatrist (p 0.0056), start with more frequency medical treatment without previous consult to these specialists (p 0.0009) and control patients under medical treatment more systematically (p 0.0005) than the physicians not using these criteria.*

Conclusions:

1. *Only 41% of the Primary Care participant paediatricians have enough knowledge of diagnosis on ADHD.*
2. *Most of them send all or a lot of patients suspected of ADHD to the neurologist or psychiatrist. Never or very few times start medical treatment without previous consult to these specialist, and control unsystematically patients under medical treatment.*
3. *Primary Care paediatricians using diagnostic criteria DSM or ICE send less patients to the neurologist or the psychiatrist, start more frequently medical treatment without previous consult to these specialists, and control patients under medical treatment more systematically than those not using these criteria.*
4. *There were no significant differences among the three areas respect of the knowledge of diagnosis. There was significant difference, however, in the way to act: in the Area 8, participants send fewer patients to the specialists and specially start medical treatment more often without previous consultation than paediatricians in the Areas 6 and 9.*

Key words: Attention-deficit/hyperactivity disorder, Primary Care, Children, Survey.

Introducción

Tenemos la impresión de que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) reciben una atención heterogénea y con frecuencia insuficiente por parte de los pediatras de Atención Primaria (PAP). Suponemos que uno de los principales motivos es su escasa formación. Es excepcional que un estudiante de Pediatría rote por Salud Mental Infantil, aunque la mayoría trabajará después en Atención Primaria, donde no son raras las consultas sobre problemas psicológicos, en especial los relacionados con la conducta o el comportamiento^{1,2}. Algunos problemas de conducta son leves y

se resuelven con facilidad, pero no es el caso del TDAH.

No hemos encontrado estudios publicados sobre los conocimientos y la forma de proceder de los PAP españoles ante niños con TDAH. Nuestros objetivos fueron determinar:

1. Los conocimientos diagnósticos sobre TDAH de un grupo de PAP de varias áreas de salud de Madrid.
2. Su forma de proceder ante niños con sospecha de TDAH (grado de implicación en el diagnóstico, tratamiento y control).
3. Si hay relación entre su forma de proceder y sus conocimientos diagnósticos.

4. Si existen diferencias entre los PAP de diferentes áreas de salud.

Material y métodos

Se diseñó una encuesta para responder a los objetivos previamente descritos (tabla I). En mayo de 2005 se distribuyó a un grupo de PAP de Madrid que acudió a una clase sobre TDAH dentro

de un curso de actualización en farmacoterapia para pediatría. A los que respondieron se les pidió que no volvieran a contestar si recibían la encuesta posteriormente en sus áreas de salud. Se comprobó en dicho grupo que las preguntas de la encuesta eran claras y no se introdujo ningún cambio. A este grupo lo denominamos "grupo piloto".

Tabla I. Encuesta anónima sobre TDAH (sólo para médicos, con o sin título de Pediatra, que ejerzan como PAP en Madrid)

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| Datos de filiación | | | |
| <input type="checkbox"/> Pediatra MIR | <input type="checkbox"/> Pediatra no MIR | <input type="checkbox"/> No pediatra | |
| <input type="checkbox"/> Interino | <input type="checkbox"/> Plaza en propiedad | | |
| Consulta media diaria (incluidas "urgencias" y programada): | | | |
| <input type="checkbox"/> Más de 40 | <input type="checkbox"/> 30 a 40 | <input type="checkbox"/> 20 a 30 | <input type="checkbox"/> Menos de 20 |
| ¿Sabes cuáles son los tres síntomas fundamentales del TDAH? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | |
| ¿Conoces los criterios diagnósticos DSM o CIE (CIAP)? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | |
| ¿Utilizas los criterios DSM o CIE (CIAP) para establecer el diagnóstico? | | | |
| <input type="checkbox"/> No, sólo obtengo una impresión diagnóstica por lo que me cuentan los padres | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí (en este caso, indica cuál de ellos usas): | | | |
| ¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivas al neurólogo o al psiquiatra? | | | |
| <input type="checkbox"/> A todos | <input type="checkbox"/> A bastantes | <input type="checkbox"/> Sólo a algunos | |
| ¿Pones tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o al psiquiatra? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia | |
| ¿Controlas la evolución de los TDAH que reciben tratamiento farmacológico, prescrito por ti o por especialistas? | | | |
| <input type="checkbox"/> No, sólo les hago las recetas | | | |
| <input type="checkbox"/> Los controlo de forma no reglada | | | |
| <input type="checkbox"/> Los controlo siguiendo un esquema más o menos reglado | | | |

La Comunidad de Madrid cuenta con 11 áreas de salud en las que en mayo de 2005 había unos 900 PAP. Se consideró innecesario encuestarlos a todos. Entre junio y septiembre de 2005 se envió la encuesta impresa, junto con una carta de presentación, a los de las áreas 6, 8 y 9. Aunque geográficamente vecinas (ocupan la zona oeste de la Comunidad de Madrid), desde el punto de vista organizativo son independientes entre sí (no comparten recursos de salud mental ni hospital de referencia). Este grupo de PAP de las tres áreas es el "grupo de estudio".

Consideramos que los PAP encuestados tenían un nivel suficiente de conocimientos diagnósticos sobre TDAH si utilizaban criterios diagnósticos estandarizados, bien DSM o bien CIE. Los criterios DSM son los propuestos por la American Psychiatric Association en su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, actualmente la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR). Los criterios CIE son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de las Enfermedades, actualmente la décima edición (CIE-10). Los criterios que utiliza la World Organization of Family Doctors (WONCA) en su segunda edición de la Clasificación Internacional de enfermedades en Atención Primaria (CIAP-2) son los CIE 10.

Las respuestas se codificaron en la base de datos Access® 2003 y el análisis estadístico se realizó con el programa SAS® v8.2. Además del análisis descriptivo, se compararon los resultados mediante la prueba de chi al cuadrado, o la prueba exacta de Fisher cuando en alguna de las celdas la frecuencia esperada fue menor del 5%.

Resultados

Contestaron 104 de los 221 PAP del grupo de estudio (47%). Por áreas: 42 de los 89 del Área 6 (47%), 24 de los 68 del Área 8 (35%) y 38 de los 64 del Área 9 (59%). Del grupo piloto contestaron 32 de 42 (76%). En total (grupo de estudio más grupo piloto) respondieron 136 de 263 (52,7%).

Datos relativos al médico y su puesto de trabajo

1. Grupo de estudio (tabla II): aunque en este artículo nos refiramos a todos los médicos encuestados como PAP, el 10,3% no tenía título de pediatra. Se apreció una diferencia significativa entre las tres áreas en lo que respecta a titulación; el Área 6 era la que tenía más pediatras por vía MIR (titulados tras un período de formación de cuatro años en un hospital acrédi-

Tabla II. Datos del médico y puesto de trabajo en el grupo de estudio

| Pregunta | Total | A6 | A8 | A9 | P-valor | |
|--|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|
| Titulación | Total | 97 | 36 | 24 | 37 | 0,0252 [†] |
| | Pediatra MIR | 76 (78,4%) | 32 (88,9%) | 20 (83,3%) | 24 (64,9%) | |
| | Pediatra no MIR | 11 (11,3%) | 4 (11,1%) | 2 (8,3%) | 5 (13,5%) | |
| | No pediatra | 10 (10,3%) | 0 | 2 (8,3%) | 8 (21,6%) | |
| Tipo de contrato | Total | 73 | 30 | 16 | 27 | 0,2440 [†] |
| | Interino | 40 (54,8%) | 19 (63,3%) | 6 (37,5%) | 15 (55,6%) | |
| | Plaza en propiedad | 33 (45,2%) | 11 (36,7%) | 10 (62,5%) | 12 (44,4%) | |
| Media de pacientes al día [‡] | Total | 101 | 39 | 24 | 38 | 0,3841 [†] |
| | Más de 40 | 19 (18,3%) | 8 (19,0%) | 3 (12,5%) | 8 (21,1%) | |
| | 30 a 40 | 46 (44,2%) | 15 (35,7%) | 13 (54,2%) | 18 (47,4%) | |
| | 20 a 30 | 32 (30,8%) | 14 (33,3%) | 6 (25,0%) | 12 (31,6%) | |
| | menos de 20 | 4 (3,8%) | 2 (4,8%) | 2 (8,3%) | | |

Porcentajes calculados sobre el total. El valor de P se refiere a la comparación entre áreas.
^{*} Prueba exacta de Fisher
[†] Test de chi al cuadrado
[‡] Incluyendo consulta a demanda, urgente y programada

tado del Sistema Público de Salud). No hubo diferencias significativas entre las áreas en lo que respecta al tipo de contrato laboral (interino o con plaza en propiedad). Tampoco se apreciaron diferencias significativas entre áreas en la cantidad de pacientes atendidos diariamente.

2. Grupo piloto: se observó un porcentaje algo menor de pediatras vía MIR (70%) y mayor de interinos (69,6%) que el en grupo de estudio.

Conocimientos diagnósticos sobre TDAH

1. Grupo de estudio (tabla III): una amplia mayoría dijo conocer los tres

Tabla III. Conocimientos básicos sobre TDAH en el grupo de estudio

| Pregunta | Total | A6 | A8 | A9 | P-valor | |
|--|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|
| ¿Sabes cuáles son los tres síntomas fundamentales del TDAH? | Total | 103 | 42 | 24 | 37 | 0,1866* |
| | Sí | 89 (86,4%) | 36 (85,7%) | 24 (100%) | 29 (78,4%) | |
| | No | 6 (5,8%) | 2 (4,8%) | | 4 (10,8%) | |
| | No estoy seguro | 8 (7,8%) | 4 (9,5%) | | 4 (10,8%) | |
| ¿Conoces los criterios diagnósticos DSM o CIE (CIAP)? | Total | 103 | 41 | 24 | 38 | 0,2808† |
| | Sí | 63 (61,2%) | 26 (63,4%) | 15 (62,5%) | 22 (57,9%) | |
| | No | 17 (16,5%) | 5 (12,2%) | 2 (8,3%) | 10 (26,3%) | |
| | No estoy seguro | 23 (22,3%) | 10 (24,4%) | 7 (29,2%) | 6 (15,8%) | |
| ¿Utilizas los criterios DSM o CIE (CIAP) para establecer el diagnóstico? | Total | 102 | 41 | 23 | 38 | 0,9526† |
| | No, sólo obtengo una impresión diagnóstica por lo que me cuentan los padres | 60 (58,8%) | 24 (58,5%) | 13 (56,5%) | 23 (60,5%) | |
| | Sí | 42 (41,2%) | 17 (41,5%) | 10 (43,5%) | 15 (39,5%) | |
| Si a la pregunta anterior respondiste "Sí", indica cuál de ellos usas‡ | Total | 34 | 14 | 9 | 11 | 0,8175* |
| | DSM | 28 (82,4%) | 11 (78,6%) | 8 (88,9%) | 9 (81,8%) | |
| | CONNERS | 3 (8,8%) | 2 (14,3%) | | 1 (9,1%) | |
| | CIE(CIAP) | 2 (5,9%) | 1 (7,1%) | | 1 (9,1%) | |
| | OTROS | 1 (2,9%) | | 1 (11,1%) | | |

Porcentajes calculados sobre el total. El valor de P se refiere a la comparación entre áreas.

* Prueba exacta de Fisher

† Test de chi al cuadrado

‡ La respuesta a esta pregunta debería haber sido o CIE o DSM, pero hubo cinco que contestaron "test de Connors" (las escalas de Connors no son test diagnósticos) y dos otros criterios.

síntomas fundamentales del TDAH (86,4% frente a un 13,6% que los desconocen o no están seguros). Dijeron conocer los criterios diagnósticos CIE o DSM el 61,2%, pero sólo el 41,2% (del total) los utilizan. De ellos, el 82,4% usa DSM. No se encontraron diferencias significativas entre las tres áreas.

2. Grupo piloto: un 78% conoce los síntomas fundamentales del TDAH y un 58% conoce los criterios diagnósticos DSM o CIE, aunque tan sólo el 27% los utiliza (de ellos, un 75% usa DSM).

Forma de proceder ante un paciente con sospecha de TDAH

1. Grupo de estudio (tabla IV): el 51,9% deriva a todos y el 27% a bastantes niños con sospecha de TDAH al neurólogo o psiquiatra. El 72,1% nunca inicia un tratamiento farmacológico sin consulta previa a estos especialistas y el 17,3% sólo a veces. Los encuestados de las Áreas 6 y 9 derivan al neurólogo o al psiquiatra a más pacientes que los del Área 8, aunque las diferencias apenas alcanzaron significación estadística (p 0,0486). Se observó una clara diferencia (p 0,0071) entre las áreas en lo que respecta a los médi-

cos que ponen o no tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra: nunca lo hace el 81% en las Áreas 6 y 9, frente al 41,7% en la 8. No se observaron diferencias significativas entre áreas en el control de la evolución de los niños con TDAH tratados con fármacos: el 17,3% se limita a hacer las recetas, el 60,6% los controla de forma no reglada y sólo un 22,1% los controla de forma más o menos reglada.

2. Grupo piloto: un 40% deriva todas las sospechas de TDAH al neurólogo o psiquiatra y un 67,7% nunca inicia tratamiento farmacológico sin consultarles.

Inicio del tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra según conocimiento de los tres síntomas nucleares del TDAH

1. Grupo de estudio (tabla V): de los médicos conocedores de los tres síntomas fundamentales del TDAH, una mayoría (72,1%) nunca pone en tratamiento farmacológico a sus pacientes sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra. Sólo un 10,6% dijo poner tratamiento sin consulta previa con frecuencia. No se observaron diferencias significativas (p

Tabla IV. Forma de proceder ante sospecha TDAH en el grupo de estudio

| Pregunta | | Total | A6 | A8 | A9 | P-valor |
|---|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|
| ¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivas al neurólogo o al psiquiatra? | Total | 104 | 42 | 24 | 38 | 0,0486* |
| | A todos | 54 (51,9%) | 23 (54,8%) | 7 (29,2%) | 24 (63,2%) | |
| | A bastantes | 27 (26,0%) | 13 (31,0%) | 8 (33,3%) | 6 (15,8%) | |
| | Sólo a algunos | 23 (22,1%) | 6 (14,3%) | 9 (37,5%) | 8 (21,1%) | |
| ¿Pones tratamiento farmacológico sin consultar al neurólogo o psiquiatra? | Total | 104 | 42 | 24 | 38 | 0,0071* |
| | Nunca | 75 (72,1%) | 34 (81,0%) | 10 (41,7%) | 31 (81,6%) | |
| | A veces | 18 (17,3%) | 5 (11,9%) | 9 (37,5%) | 4 (10,5%) | |
| | Con frecuencia | 11 (10,6%) | 3 (7,1%) | 5 (20,8%) | 3 (7,9%) | |
| ¿Controlas la evolución de los TDAH con tratamiento farmacológico prescrito por ti o por especialistas? | Total | 104 | 42 | 24 | 38 | 0,1300* |
| | No, sólo les hago las recetas | 18 (17,3%) | 10 (23,8%) | 1 (4,2%) | 7 (18,4%) | |
| | Los controlo de forma no reglada | 63 (60,6%) | 22 (52,4%) | 15 (62,5%) | 26 (68,4%) | |

Porcentajes calculados sobre el total. El valor de P se refiere a la comparación entre áreas.

* Test de chi al cuadrado

Tabla V. Tratamiento sin consulta previa según conocimiento de los tres síntomas nucleares del TDAH en el grupo de estudio

| Pregunta | | Total | Conoce síntomas | No conoce/ no está seguro | P-valor |
|---|----------------|---------------|-----------------|------------------------------|---------|
| ¿Pones tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra? | Total | 104 | 89 | 15 | 0,1905* |
| | Nunca | 75 (72,1%) | 61 (68,5%) | 14 (93,3%) | |
| | A veces | 18 (17,3%) | 17 (19,1%) | 1 (6,7%) | |
| | Con frecuencia | 11 (10,6%) | 11 (12,4%) | | |

Porcentajes calculados sobre el total

*Prueba exacta de Fisher

0,1905) en el inicio del tratamiento sin consulta previa por el hecho de conocer o no dichos síntomas. No se analizó por separado cada área por carecer de interés.

2. Grupo piloto: de los médicos conocedores de los tres síntomas TDAH, una mayoría (68,5%) nunca pone tratamiento farmacológico a sus pacientes sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra.

Forma de proceder según uso o no de criterios diagnósticos (DSM o CIE)

1. Grupo de estudio (tabla VI): se observaron diferencias significativas en lo que respecta al uso o no de criterios DSM o CIE, tanto en la cantidad de niños derivados al neurólogo o psiquiatra (p 0,0056), como en la decisión de administrar tratamiento farmacológico sin consulta a especialistas (p 0,0009), y en lo que respecta al control de la evolución de pacientes con tratamiento farmacológico (p 0,0005). Los médicos que utilizan criterios diagnósticos derivan menos al neurólogo o psiquiatra, inician con mayor frecuencia tratamiento farmacológico sin consulta previa a estos especialistas y controlan a los pacientes que reciben tratamiento

farmacológico de forma más reglada que los que no usan criterios diagnósticos. No se analizó por separado cada área por carecer de interés.

2. Grupo piloto (tabla VII): aunque se observan las mismas tendencias que en el grupo de estudio, no hubo diferencias estadísticamente significativas (tamaño de la muestra pequeño).

Discusión

La certidumbre (o incertidumbre) diagnóstica es uno de los principales dilemas del TDAH³. Dijeron conocer los tres síntomas nucleares (hiperactividad, impulsividad y falta de atención) el 86% de los encuestados, pero sólo el 61% conocía la existencia de criterios diagnósticos DSM o CIE y sólo el 41% dijo usar alguno de estos criterios estandarizados, que es lo que hemos considerado como nivel adecuado de conocimientos diagnósticos sobre TDAH. Este porcentaje es muy similar al 38,3% de médicos de asistencia primaria que utilizaban criterios DSM-IV en una encuesta realizada en EE.UU., Puerto Rico y Canadá². Los autores de este trabajo concluyeron que el diagnóstico de los problemas de atención o hiperactividad en asistencia primaria carecía de estan-

Tabla VI. Forma de proceder según uso o no de criterios diagnósticos (DSM o CIE) en el grupo de estudio

| Pregunta | Total | No usa | Sí usa | P-valor | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------|
| | Total | 102 | 60 | 42 | |
| ¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivas al neurólogo o al psiquiatra? | A todos | 53 (52,0%) | 38 (63,3%) | 15 (35,7%) | 0,0056* |
| | A bastantes | 27 (26,5%) | 15 (25,0%) | 12 (28,6%) | |
| | Sólo a algunos | 22 (21,6%) | 7 (11,7%) | 15 (35,7%) | |
| | | | | | |
| | Total | 102 | 60 | 42 | |
| ¿Pones tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra? | Nunca | 73 (71,6%) | 51 (85,0%) | 22 (52,4%) | 0,0009* |
| | A veces | 18 (17,6%) | 7 (11,7%) | 11 (26,2%) | |
| | Con frecuencia | 11 (10,8%) | 2 (3,3%) | 9 (21,4%) | |
| | | | | | |
| | Total | 102 | 60 | 42 | |
| ¿Controlas la evolución de los TDAH que reciben tratamiento farmacológico, prescrito por ti o por especialistas? | No, sólo les hago las recetas | 18 (17,6%) | 12 (20,0%) | 6 (14,3%) | 0,0005* |
| | Los controlo de forma no reglada | 62 (60,8%) | 43 (71,7%) | 19 (45,2%) | |
| | Siguiendo un esquema más o menos reglado | 22 (21,6%) | 5 (8,3%) | 17 (40,5%) | |
| | | | | | |

Porcentajes calculados sobre el total
* Test de chi al cuadrado

darización. No hemos encontrado estudios similares en España.

La primera sospecha de que el comportamiento de un niño con TDAH no es normal la suelen tener los padres o profesores. En los más pequeños el motivo de consulta suelen ser los problemas de comportamiento derivados de la

hiperactividad e impulsividad, a los que posteriormente se añaden los derivados de la falta de atención (fracaso escolar), la baja autoestima, etc. Aunque con frecuencia consultan en primer lugar a un psicólogo o psicopedagogo, el diagnóstico de TDAH, como el de cualquier enfermedad, sólo puede realizarlo un mé-

Tabla VII. Forma de proceder según uso de criterios diagnósticos DSM o CIE en el grupo piloto

| Pregunta | Total | No usa | Sí usa | P-valor | |
|--|---|---------------|---------------|--------------|---------|
| ¿A cuántos niños con sospecha de TDAH derivas al neurólogo o al psiquiatra? | Total | 28 | 20 | 8 | 0,2544* |
| | A todos | 10 (35,7%) | 8 (40,0%) | 2 (25,0%) | |
| | A bastantes | 8 (28,6%) | 7 (35,0%) | 1 (12,5%) | |
| | Sólo a algunos | 10 (35,7%) | 5 (25,0%) | 5 (62,5%) | |
| | <hr/> | | | | |
| ¿Pones tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra? | Total | 29 | 21 | 8 | 0,1114* |
| | Nunca | 19 (65,5%) | 16 (76,2%) | 3 (37,5%) | |
| | A veces | 7 (24,1%) | 4 (19,0%) | 3 (37,5%) | |
| | Con frecuencia | 3 (10,3%) | 1 (4,8%) | 2 (25,0%) | |
| | <hr/> | | | | |
| ¿Controlas la evolución de los TDAH que reciben tratamiento farmacológico, prescrito por ti o por especialistas? | Total | 27 | 19 | 8 | 0,1368* |
| | No, sólo hago las recetas | 5 (18,5%) | 5 (26,3%) | | |
| | Los controlo de forma no reglada | 15 (55,6%) | 11 (57,9%) | 4 (50,0%) | |
| | Los controlo siguiendo un esquema más o menos reglado | 7 (25,9%) | 3 (15,8%) | 4 (50,0%) | |
| | <hr/> | | | | |

Porcentajes calculados sobre el total
* Prueba exacta de Fisher

dico. Consideramos que el primer médico de referencia debería ser el PAP por varios motivos:

1. Porque, según la estructura sanitaria pública española, el primer nivel asistencial debe ser la puerta de entrada habitual al sistema sanitario.

Pese a ello, en una reciente revisión⁴ de 35 pacientes con sospecha de TDAH remitidos a un centro de salud mental, 21 fueron derivados directamente por los equipos de orientación psicopedagógica escolares, cinco por neuropediatras y

cuatro por pediatras. Pese a su pequeña muestra y representatividad, este estudio ha tenido una repercusión mediática importante, probablemente porque concluye que "Existe un sobrediagnóstico de TDAH en la población estudiada".

2. Por ser una enfermedad infantil crónica y frecuente, cuyo diagnóstico, tratamiento y control puede ser asumido en buena medida por el PAP⁶⁻⁹.
3. Porque, dada su prevalencia, es utópico pretender que todos los TDAH y, por extensión, todos los problemas relacionados con la salud mental sean asumidos por especialistas, sobre todo si pertenecen al sistema público de salud: lejos de aumentar los recursos públicos para salud mental, un reciente documento de la OMS¹⁰ señala la tendencia casi universal a su privatización.

El diagnóstico se basa en la evaluación del comportamiento del niño a lo largo del tiempo y en diferentes ambientes. El médico debe obtener esta información de varios adultos que le conozcan bien: obligatoriamente de padres y profesor (si está escolarizado), y opcionalmente de otros. La impresión diagnóstica basada en una entrevista

rápida con uno de los padres, o en la sojera observación del comportamiento del niño en la consulta, puede conducir a importantes errores, tanto por defecto (menospreciar el problema y no tratar casos que lo necesitan), como por exceso (derivaciones e incluso tratamientos farmacológicos innecesarios).

El proceso diagnóstico habitual consta de dos entrevistas. En la primera, que es cuando los padres nos consultan o cuando en una revisión se detecta que existe un problema (mediante preguntas de despistaje específicas, como las propuestas por la Asociación Americana de Pediatría⁶), además de una primera entrevista rápida se entregan copias para ambos padres y para el profesor-tutor de alguna escala de cuantificación de los síntomas nucleares del TDAH. Las escalas son herramientas muy valiosas que aportan objetividad y apenas consumen tiempo. Antes de la segunda entrevista valoramos el resultado de las escalas y posiblemente el caso quedará enmarcado en una de estas dos opciones:

1. Puede haber problemas de conducta (o de otro tipo) que requieran o no alguna intervención posterior, pero no es un TDAH.
2. Probable TDAH. La segunda entrevista se orientará según nuestros

conocimientos y disponibilidad de tiempo entre dos posibles modelos:

- Consulta de corta duración para exposición de la sospecha diagnóstica a los padres y derivar al especialista.
- Consulta de larga duración para proseguir con el proceso diagnóstico, que consiste en una entrevista semiestructurada, preferiblemente con ambos padres, como parte de la cual se debe confirmar o descartar TDAH mediante unos criterios estandarizados (generalmente DSM o CIE). Si se confirma y no parece haber otros problemas comórbidos importantes, es un caso que puede ser tratado por el PAP sin recurrir al psiquiatra ni al neuropediatra.

Siguiendo los criterios propuestos en el DSM-IV-TR, que son los más utilizados por los pediatras encuestados y los recomendados por el Grupo de Trabajo TDAH de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria⁹, para el diagnóstico se exige cumplir cinco criterios:

1. Respuesta afirmativa a seis de nueve preguntas específicas sobre déficit de atención y/o seis de nueve preguntas sobre hiperactividad-impulsividad. Estas preguntas están

validadas para un rango de edad de 5 a 13 años, aproximadamente, lo que limita su uso a otras edades. Para que la respuesta sea afirmativa, el adulto que contesta debe considerar que los síntomas que expresan estas preguntas han persistido más de seis meses y que tienen una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración propio de su edad.

2. Que algunos síntomas estén presentes desde antes de los 7 años de edad.
3. Que algunas alteraciones producidas por los síntomas se presenten en dos o más ambientes (por tanto, al menos en casa y en el colegio).
4. Que existan pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de su actividad social o académica.
5. Que los síntomas no ocurren o no se explican mejor por otra enfermedad mental.

El mismo documento ya mencionado de la OMS¹⁰ dice: "Somos conscientes del riesgo inherente a la 'medicalización' de cualquier discusión de problemas de salud mental de los niños y adolescentes – o peor, la 'psiquiatrización' – de problemas de la vida normal y del normal desarrollo psicosocial". Estamos totalmente de acuerdo con esta frase,

pero no es aplicable a los niños en los que se ha seguido un riguroso proceso diagnóstico. En ellos, las únicas dudas pueden ser las derivadas de:

1. La subjetividad en la evaluación de los síntomas y, en especial, de la disfunción que producen (¿hasta qué punto "impide la adaptación", "no es acorde con el nivel de maduración" o hay un "deterioro clínicamente significativo de la actividad social o académica"?).
2. También, al menos para el PAP, las derivadas de la exclusión de otros trastornos mentales.

Con respecto a la subjetividad en la evaluación, existen varios aspectos problemáticos: uno de ellos es la posible disparidad de criterios entre los adultos que nos informan. No es raro cierto grado de discrepancia, pero sólo de forma excepcional es tan llamativo que parecen estar evaluando a niños distintos. Estos casos pueden remitirse a salud mental. Otro aspecto problemático es la evaluación del grado de repercusión, ya que depende mucho de las expectativas del adulto (el padre que creía que su hijo era poco menos que superdotado a los 2 años aceptará muy mal sus primeros suspensos).

En cuanto al diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales, es muy

raro que uno diferente simule de tal forma un TDAH que se confunda con él. Sin embargo, es frecuente que el TDAH coexista con otros trastornos mentales (comorbilidad). Esto no quiere decir que el PAP necesite conocer a la perfección todos los posibles para estar seguro de no confundirse. Basta con saber algunos aspectos diferenciales simples, como los mencionados en la tabla VIII, y derivar al psiquiatra o al neurólogo los casos especialmente sintomáticos o abigarrados.

Incluso cumpliendo criterios diagnósticos, muchos expertos nos piden que reflexionemos sobre las repercusiones conductuales de cierto modelo educativo y social, quizás injustamente llamado "occidental"¹¹, demasiado permisivo, de recompensa inmediata al mínimo esfuerzo, etc. La hipótesis es que da lugar a niños y adolescentes irrespetuosos, poco motivados para el esfuerzo, consumidores (entre otras cosas de drogas) y con muy baja tolerancia a la frustración. Modelos educativos muy anormales o ambientes familiares y sociales muy desestructurados podrían ser capaces de generar comportamientos que nos hagan diagnosticar TDAH en niños que quizá no tienen un sustrato biológico anormal (y, por tanto, no necesitarían tratamiento con estimulantes). Un

Tabla VIII. Principales enfermedades mentales que coexisten o simulan TDAH (modificado de Rapley²⁷)

| Trastorno | Similitudes | Diferencias con un TDAH puro |
|---|--|---|
| Inteligencia límite y retraso mental leve | El comportamiento puede ser más activo, impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica | Los niños con inteligencia límite pueden pasar desapercibidos si no se realiza un test de inteligencia fiable. La inteligencia de niños con TDAH tiene las mismas variaciones que en la población no TDAH |
| Trastorno negativista desafiante | Falta de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo, inadaptación escolar | El TDAH no se niega a cumplir órdenes como desafío del adulto. No es quisquilloso ni resentido |
| Trastorno de la conducta o disocial | Comportamiento disruptivo, impulsividad, agresiones, inadaptación escolar | El TDAH no tiene ideas agresivas o antisociales. No es hostil ni cruel. Siente remordimiento por sus actos violentos |
| Trastorno de ansiedad por separación | Hiperactividad, falta de atención, inadaptación o bajo rendimiento escolar | El TDAH no tiene un miedo anormal a separarse de los padres |
| Trastorno obsesivo compulsivo | Problemas de atención, bajo rendimiento escolar | El TDAH no tiene ideas obsesivas ni compulsiones. Sus síntomas están presentes desde la primera infancia |
| Depresión | Impulsividad, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar | El TDAH no tiene sentimientos persistentes de infelicidad o tristeza sin causa. Los síntomas depresivos en el TDAH son, en principio, secundarios a sus múltiples fracasos |
| Trastorno bipolar (episodio maniaco) | Los episodios maníacos tienen síntomas muy similares a un TDAH grave | El TDAH no tiene una autoestima exagerada. Los síntomas de TDAH están presentes desde la primera infancia. No hay oscilación periódica (de la depresión a la manía) |
| Trastornos del lenguaje y del aprendizaje | Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención, baja autoestima | El TDAH no tiene un desarrollo lento del lenguaje. Si no entiende lo leído, es porque no prestó atención o no lo recuerda. Tiene mala caligrafía por poca coordinación motora fina. Cierto grado de dificultad con las matemáticas es también atribuible a su propia enfermedad |

(.../...)

(.../...)

| | | |
|---|--|--|
| Tics | Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar | Los tics a veces pasan desapercibidos para el observador o los padres |
| Abuso de alcohol, marihuana o anfetaminas | Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar | El TDAH no se esconde, no tiene una doble vida. Reversión de los síntomas al dejar de consumir |

pediatra juicioso difícilmente caerá en el error de no valorar el componente educativo o ambiental de estos casos poco comunes. Lo que seguramente es frecuente es la mezcla de factores educativo-ambientales y biológicos, ya que los primeros determinarán la expresión clínica de las alteraciones biológicas subyacentes. Por otra parte, la disfunción que produce un comportamiento depende mucho del entorno: el mismo niño podría tener problemas muy importantes en una familia de alto nivel, muy disciplinada y que vive en una gran ciudad, y muy pocos en una familia humilde de un pequeño pueblo de un país pobre. Todas estas disquisiciones son pertinentes en algunos casos, pero no deberían impedir o retrasar injustificadamente el diagnóstico y el tratamiento de quien los necesita.

Hubo tres pediatras que dijeron emplear criterios diagnósticos DSM o CIE pero que, al especificar cuales, respondieron "Conners" (dos de ellos) y

"otros" (uno). El uso de escalas como las de Conners y otras similares (SNAP-IV, EDAH, etc.), generalmente basadas en criterios DSM, refleja un buen nivel de conocimientos diagnósticos, pero las escalas no son diagnósticas porque sólo evalúan el primer criterio DSM (las preguntas sobre síntomas) y además no las evalúan de la misma forma: en el DSM hay que responder sí o no (recordemos que "sí" significa que ese comportamiento persiste más de seis meses con una intensidad que impide la adaptación o no es acorde con el nivel de maduración propio de su edad), mientras que en una escala se cuantifica el grado de acuerdo con cada pregunta, normalmente en cuatro niveles (cero a tres puntos). En la escala, si la suma de puntos de las preguntas que evalúan, por ejemplo, la actividad/impulsividad supera el "punto de corte", estamos ante un niño estadísticamente anormal. Podría darse un caso teórico como el siguiente: de las nueve preguntas SNAP-

IV sobre actividad-impulsividad, el padre respondió con tres puntos a cuatro de ellas, con dos a una y con uno a las cuatro restantes. En total sumó 18 puntos, que dividido entre nueve preguntas da de media dos. El punto de corte (probabilidad de error 5%) de SNAP-IV para padres es de 1,44. Por tanto, según esta escala, el niño es hiperactivo-impulsivo. Ese mismo padre sólo respondió que sí a cuatro de las nueve presuntas del DSM-IV-TR sobre actividad/impulsividad (a las cuatro que puntuó como tres en SNAP-IV), no superando el punto de corte de estos criterios, que son seis o más respuestas afirmativas.

Un aspecto controvertido, muy relacionado con la conceptualización diagnóstica del TDAH, es su prevalencia. El documento de la OMS¹⁰ dice: "Presumible alta incidencia, grandemente influenciada por los medios y concienciación de las compañías farmacéuticas". Una encuesta realizada en el año 2003 a 102.353 padres o tutores de niños de 4 a 17 años de EE.UU. concluyó que el 7,8% (4,4 millones) había sido diagnosticado de TDAH, de los cuales el 56% (unos 2,5 millones) tomaba habitualmente medicación¹². Esta encuesta aporta una prevalencia de diagnóstico (no se confirmó si era o no correcto) que, en cifras abso-

lutas, resulta impresionante. El consumo de metilfenidato en niños de 6 a 18 años en España se quintuplicó entre 1992 y 2001, pasando de 0,13 a 0,63 DHD (estimación que significa que 0,63 niños de 6 a 18 años de cada 1.000 estaban siendo tratados ese año), pero aun así se situaba muy por debajo del consumo en otros países como Israel (14,5 DHD en 1999) o los Países Bajos (7,4 DHD en 1999)¹³. Desconocemos datos actuales. La prevalencia real es muy variable, más bien debido a diferencias metodológicas que a diferencias entre poblaciones^{11,14,15}. Depende de si la sospecha diagnóstica se establece sólo por escalas de síntomas; de si las escalas, entrevistas o pruebas diagnósticas usan puntos de corte de la normalidad situados en 1, 1,5 ó 2 desviaciones estándar; de si se obtiene o no información de diversas fuentes o sólo de padres o de profesores; de cómo se evalúa el grado de disfunción que los síntomas producen; de si se emplean los criterios diagnósticos CIE o DSM; de si estos últimos son los de la versión DSM-III o IV; de si se usan sólo estos criterios o se añaden otros¹⁶; de la edad (el grupo de edad de mayor prevalencia está entre los 6 a 9 años); de si la población tiene menor o mayor nivel socioeconómico, etc. Usando criterios CIE-10 está en torno al 2 ó 3%. Con DSM-IV alrededor

del 5%^{11,14}, pero son muchos los trabajos que arrojan porcentajes mayores, del 8 a 12%¹⁴. Varios estudios metodológicamente correctos realizados en pequeños núcleos de España^{7,15,17,18} encontraron prevalencias del 5 al 10%. Sería deseable un estudio riguroso que pudiera reflejar la prevalencia poblacional en España.

La gran mayoría de los pediatras encuestados deriva a todos o a bastantes niños con sospecha de TDAH al neurólogo o al psiquiatra. La gran mayoría no pone nunca o sólo a veces tratamiento farmacológico sin consulta previa a éstos. No hubo diferencias significativas entre áreas, pero sí una tendencia en la 8 a derivar menos, tratar más y controlar mejor. Esta peculiaridad del Área 8 no se correlacionó con un mayor uso de criterios diagnósticos estandarizados. Una posible explicación es que en el Área 8 hay más pediatras vía MIR que en la 9, y menos interinos, menos presión asistencial y más conocimiento de los tres síntomas de TDAH que en la 6 y 9, pero ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

La pregunta de la encuesta que creemos que mejor expresa la independencia de criterio del pediatra es si se pone o no tratamiento sin consulta previa. A este respecto, no hubo diferencias entre

los PAP que conocían y los que no conocían o no estaban seguros de cuáles son los tres síntomas fundamentales del TDAH. Sin embargo, utilizar criterios diagnósticos DSM o CIE se relacionó claramente con una mayor implicación de los PAP encuestados, que se manifiesta por derivar menos, por tratar más sin consulta previa y por realizar un control evolutivo más reglado.

Algunos PAP se muestran reticentes a tratar con fármacos a los niños con TDAH. Citaremos de nuevo el documento de la OMS¹⁰ donde dice: "Altamente tratable a un coste relativamente bajo cuando el diagnóstico se ha realizado adecuadamente". El punto clave, lo dice la OMS, es el diagnóstico correcto. Los tres tópicos para evitar el tratamiento farmacológico suelen ser éstos:

1. Que el TDAH no es una verdadera enfermedad, sino una consecuencia del modelo social y educativo.
2. Que, se considere enfermedad o no, con un poco de apoyo las consecuencias son leves.
3. Que con la edad casi siempre se curan.

El primer tópico ya ha sido discutido anteriormente. En cuanto al segundo, el impacto del TDAH sobre la calidad de vida del niño (y de sus padres) es importante^{19,20}, tanto mayor cuantos más in-

tensos son los síntomas o mayor comorbilidad²¹. En cuanto al tercero, el pronóstico a largo plazo del TDAH no es en absoluto benigno. Múltiples estudios^{22,23} han concluido que la mayoría de los casos no se cura en la pubertad. Se pueden establecer tres grupos evolutivos: un 10-15% acaba desarrollando en su juventud graves problemas psiquiátricos o sociales, tales como depresión profunda, que puede conducir al suicidio (impacto personal y familiar) y conductas delictivas, casi siempre con abuso y venta de drogas (impacto social). Un 50-60% son adultos con importantes problemas de concentración e impulsividad, lo que da lugar a más trastornos mentales que en la población no TDAH, como ansiedad o depresión, mayor consumo de drogas, más conductas de riesgo (accidentes de tráfico y laborales), desempleo y despidos, peores relaciones sociales y de pareja (frecuentes divorcios), y actividades sexuales de riesgo. El restante 30% (sólo 1 de cada 3) son adultos indiferenciables del resto. De forma congruente con este dato, la prevalencia del TDAH en adultos se estima en alrededor del 4%, algo inferior a la pediátrica²⁴.

Un reciente documento de la Asociación Española de Psiquiatría Infantojuvenil²⁵ resume de manera elocuente el TDAH con esta frase: "El TDAH es un

trastorno grave que afecta negativamente al desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes, y para el que existen tratamientos eficaces". El abordaje diagnóstico y terapéutico es multidisciplinario porque implica a médicos, psicólogos, pedagogos, profesores y padres y familiares. Sería importante delimitar el campo del que cada profesional puede o debe hacerse responsable, uniformar criterios diagnósticos y terapéuticos, y controlar los resultados de éste. En otras palabras, la intervención de los diversos profesionales, al menos dentro de un Sistema Público de Salud, debería protocolizarse. El impacto de un protocolo es mayor si está incluido dentro de la Cartera de Servicios²⁶. Varias comunidades autónomas, entre ellas Madrid y Asturias, están valorando o han valorado recientemente la inclusión del TDAH en la Cartera de Servicios de sus PAP, tal como propone el Grupo de Trabajo para TDAH de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria^{6,9}.

Conclusiones

1. El 41% de los encuestados tiene conocimientos diagnósticos suficientes sobre TDAH.
2. La mayoría deriva a todos o a bastantes niños con sospecha de TDAH

al neurólogo o psiquiatra, no pone nunca o sólo a veces tratamiento farmacológico sin consulta previa a dichos especialistas y controla de forma no reglada a los niños que reciben tratamiento farmacológico.

3. Los médicos que utilizan criterios diagnósticos derivan menos al neurólogo o psiquiatra, inician con mayor frecuencia tratamiento farmacológico sin consulta previa a estos especialistas y controlan a los pacientes que reciben tratamiento farmacológico de forma más reglada que los que no usan criterios diagnósticos.

4. No hubo diferencias entre áreas sobre conocimientos diagnósticos, pero sí en la forma de proceder: en el Área 8 se deriva menos veces y, sobre todo, se inicia más veces un tratamiento farmacológico sin consulta previa al neurólogo o psiquiatra que en la 6 o la 9. La diferencia no pudo atribuirse a las variables estudiadas.

Agradecimientos

A las pediatras María Jesús Esparza Olcina y Mar Duelo Marcos por su colaboración en la distribución y recepción de las encuestas en sus áreas. A los laboratorios Janssen-Cilag, por su colaboración en el análisis estadístico.

Bibliografía

1. Capa García L, Bercedo Sanz A, Redondo Figuro C, González-Alciturri MA. Valoración de la conducta de los niños de Cantabria mediante el cuestionario de Eyberg. *An Esp Pediatr.* 2000;53:234-40.

2. Wasserman RC, Kelleher KJ, Bocian A, Baker A, Childs GE, Indacochea F, et al. Identification of attentional and hyperactivity problems in Primary Care: a report from pediatrics research in office settings and ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics.* 1999;103:e38-44.

3. Carey WB. Problemas en el diagnóstico de la atención y de la actividad. *Pediatrics (Ed. Esp.).* 1999;47:145-8.

4. Morán Sánchez A, de Concepción Salesa A, de la Cruz Recio MM, Moreno Gil P, Robles Sánchez F. TDAH: un trastorno de moda. *Interpsiquis* 2006. Disponible en www.psiquiatria.com/articulo/los/psicosis/24356

5. American Academy of Pediatrics. Committee on quality improvement and subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit /hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2000;105:1158-70.

6. Fernández Pérez M, López Benito MM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¡al abordaje! *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:421-32. Disponible en www.pap.es

7. García-Jiménez MC, López-Pisón, Blasco-Arellano MM. El pediatra de Atención Primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev Neurol.* 2005;41:75-80.
8. Ramos Fernández JM, Hernández Lorca MA, Vázquez Castro J, Aparicio Meix JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: puesta al día. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 1999;1:591-605. Disponible en www.pap.es
9. Grupo de trabajo Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Disponible en: www.aepap.org/atencion/index.htm
10. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Geneva, 2003. Disponible en: www.who.int/mentalhealth/media/en/785.pdf.
11. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol.* 2001;32:229-31.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003. *MMWR.* 2005; 54: 842-847.
13. Criado-Álvarez JJ, Romo-Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol.* 2003;37:806-10.
14. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005;366:237-48.
15. Cardo E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol.* 2005;40 (Supl 1):S11-5.
16. Katusic SK, Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJ. Case definition in epidemiologic studies of AD/HD. *Ann Epidemiol.* 2005;15:430-7.
17. Eddy LS. Estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Prevalencia, factores de riesgo y factores asociados. *Arch Ped.* 1997;48:37-48.
18. Benjumea-Pino P, Mojarro-Práxedes MA. Trastornos hiperkinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatría.* 1993;9:306-11.
19. Presentación-Herrero MJ, García-Castellar R, Miranda-Casas A, Siegenthaler-Hierro R, Jara-Jiménez P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol.* 2006;42:137-43.
20. García-Castellar R, Presentación-Herrero MJ, Siegenthaler-Hierro R, Miranda-Casas A. Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Rev Neurol.* 2006;42 (Supl 2):S13-8.
21. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004;114:e541-7.
22. Hechtman L. Elementos anticipatorios del pronóstico a largo plazo de los niños con síndrome de perturbación de atención/hiperactividad. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica.* 1999;5:1107-23.
23. Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, Evans SW, Gottlieb EM, Knight JR, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics.* 2005;115:1734-46.
24. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Gimenez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol.* 2006;42:600-6.

25. Asociación Española de Psiquiatría Infantojuvenil. Comunicado oficial sobre el tratamiento con metilfenidato de los niños y adolescentes que sufren trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Febrero de 2006. Disponible en www.aepij.com/documentos/Comunicado_MTF.pdf
26. Guarga Rojas A, Marquet Palomer R, Jovell Fernández A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt, 1999; p. 292-310.
27. Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med.* 2005;165-73.

