

H Closa Castells¹, FJ Acosta Artiles^{2,*}, MA García-Bello³, JL Hernández Fleita⁴

1. Psicóloga clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

2. Psiquiatra. Programa de Investigación en Salud Mental. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Las Palmas de Gran Canaria.

3. Psicólogo. Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

4. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Las Palmas de Gran Canaria.

Correpondencia:

Francisco J. Acosta Artiles

Email: fjacostaartiles@hotmail.com / facoart@gobiernodecanarias.org
Programa de Investigación en Salud Mental. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Consejería de Sanidad. 3ª planta.

C/ Pérez del Toro (Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1)

35.004. Las Palmas de Gran Canaria.

Tlf: 928 302895

Validez diagnóstica y calidad de las derivaciones desde Atención Primaria a Unidades de Salud Mental en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Diagnostic validity and referrals quality from Primary Health Care to Mental Health Units in patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue la evaluación de la validez diagnóstica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria (AP), como elemento básico para los correctos tratamiento inicial y derivación a dispositivos especializados.

Metodología: Se incluyeron 100 pacientes derivados desde AP a la Unidad de Salud Mental (USM) de Canalejas, en Gran Canaria. La evaluación fue retrospectiva e incluyó las variables edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico del médico remitente, diagnóstico en la USM y calidad de las derivaciones.

Resultados: El índice kappa para la concordancia de los diagnósticos de TDAH entre AP y USM fue de 0,26, encuadrada según los puntos de corte establecidos como 'baja'. La sensibilidad fue del 100%, la especificidad del 73%, el valor predictivo positivo del 20% y el negativo del 100%. La calidad de los informes de derivación fue deficiente.

Conclusiones: La concordancia global entre los diagnósticos de TDAH realizados en Atención Primaria y Salud Mental es baja. La capacidad de detección del TDAH es excelente, pero a expensas de un sobrediagnóstico de este trastorno. Se precisan acciones que permitan una

mayor validez diagnóstica en Atención Primaria, y una mejora en la calidad de las derivaciones.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; Validez diagnóstica; Concordancia; Calidad; Atención Primaria.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to evaluate the diagnostic validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Primary Health Care Services (PHCS), since it constitutes a crucial element in order to allow a proper initial treatment and an adequate referral to specialized services.

Methodology: 100 patients referred from Primary Health Care to Canalejas Mental Health Unit (MHU), in Gran Canaria, Spain, were included. Evaluation was retrospective and included the following variables: age, sex, reason of consultation, diagnosis from referring doctor (PHCS), diagnosis from MHU, and quality of the referrals of general practitioners.

Results: Kappa index for concordance of ADHD diagnoses between PHCS and MHU was low (0,26) according to cut-off point. Sensibility was 100%, specificity was 73%, predictive positive value was 20% and predic-

tive negative value was 100%. The quality of referrals was poor.

Conclusions: Global concordance between ADHD diagnoses realized in PHCS and MHC is low. ADHD detection ability is excellent; nevertheless the results reveal an overdiagnosis of this disorder. Actions are required in order to increase diagnostic validity from PHCS doctors and improve referrals to MHU.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Diagnostic Validity; Concordance; Quality; Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del comportamiento más comunes en la infancia y adolescencia. Los dos elementos básicos que lo definen son el déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad⁴.

Las estimaciones de la prevalencia del TDAH son heterogéneas. Los factores que han influido en ello incluyen, entre otros, la variación de los criterios diagnósticos, la subjetividad de los informadores, y la influencia de las características socio-culturales en lo que es considerado como desviado de la norma^{20,21}. Un metaanálisis reciente ha estimado una prevalencia del 5,29%²¹.

El diagnóstico de TDAH entraña ciertas dificultades. Los síntomas son como 'rasgos' en cuanto a su naturaleza, en el sentido de que no son episódicos y pueden haber estado presentes desde la infancia temprana. Además, habitualmente los criterios deben establecerse en función de la información proporcionada por los padres y profesores, y sólo los niños mayores y adultos son capaces de referir sus experiencias subjetivas. Por último, no existen marcadores biológicos y su diagnóstico debe ser clínico¹⁹.

El diagnóstico correcto es básico para un tratamiento adecuado y pronóstico favorables. Un diagnóstico erróneo de TDAH conlleva un tratamiento que puede producir efectos adversos y repercusiones en el desarrollo físico del niño, como un menor crecimiento y menor peso⁶. Por otra parte, se considera que el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado del trastorno influyen de forma determinadamente positiva en su evolución¹¹. Además, el TDAH puede continuar en la adolescencia y la edad adulta³. Así, hasta el 65% de los niños afectados sigue presentando sintomatología clínicamente significativa a los 25 años⁸. Tras la sospecha diagnóstica, un informe

de derivación clínica con información incompleta y/o incorrecta puede inducir a una evaluación no preferente en la Unidad de Salud Mental (USM) y, por tanto, a un diagnóstico y tratamiento más tardíos.

Por tanto, una estrategia básica para la mejora del pronóstico de los pacientes con TDAH es la mejora del diagnóstico. Como paso previo a tal intervención, es indispensable el conocimiento de la validez diagnóstica actual de los médicos que constituyen la primera línea de valoración de estos pacientes. A pesar de su importancia, los estudios con este objetivo son excepcionales en la literatura nacional e internacional^{13,17}. En este contexto, este estudio tuvo los siguientes objetivos:

1. Evaluar la validez diagnóstica realizada por médicos no especialistas en psiquiatría en relación al TDAH.
2. Evaluar la calidad de los informes de derivación de pacientes con TDAH a las Unidades de Salud Mental (USM).
3. Evaluar la proporción de la población infanto-juvenil derivada a las USM, con diagnóstico de TDAH.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes y Procedimiento

Se realizó un estudio observacional de carácter retrospectivo sobre las interconsultas de población infanto-juvenil realizadas desde Atención Primaria a la USM. En nuestra Comunidad Autónoma los pacientes con TDAH son tratados en las USM por equipos multidisciplinares especializados, siendo derivados mayoritariamente desde Atención Primaria (AP). La detección inicial de alteraciones y solicitud de evaluación por el médico de AP puede realizarse por parte de los padres, los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) y el propio médico de AP. Se incluyeron todas las interconsultas recibidas entre el 1 de Enero y el 30 de Junio de 2008 en la USM de Canalejas, en Gran Canaria. La USM es la referencia de siete Centros de Salud de Atención Primaria y seis EOEP. La muestra quedó constituida por 100 pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Los criterios diagnósticos utilizados fueron los de la CIE-10.

Para cada paciente derivado fueron evaluadas las variables edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico del médico remitente, diagnóstico en la USM y calidad de

las derivaciones. Los motivos de consulta fueron clasificados en alguna de las múltiples categorías previamente establecidas y recomendadas² (Tabla 1). Para la evaluación de los diagnósticos de presunción, en caso de constar dos o más se determinó de forma consensuada entre los evaluadores un diagnóstico principal. La calidad de la derivación fue estimada de forma consensuada por dos evaluadores, a partir del informe de derivación, tomando como referencia los tres criterios establecidos en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Canarias². En éste se establece que la información adecuada debe incluir los datos de filiación del paciente, las características del cuadro clínico y las circunstancias bio-psico-sociales en las que aparece y se desarrolla, y las intervenciones terapéuticas realizadas.

La evaluación diagnóstica en la USM fue realizada en todos los pacientes por el psicólogo clínico, mediante entrevista clínica, entrevista familiar y reunión con los EOEP. El diagnóstico se basó en los criterios CIE-10. Si se estimaba necesario, se usaron las escalas psicométricas que se consideraron adecuadas, o se realizó evaluación psiquiátrica complementaria. En tal caso, el diagnóstico fue consensuado entre psicólogo clínico y psiquiatra. La información clínica fue recabada de la valoración clínica, entrevista con los padres, e información proporcionada por profesores a través de informes, o con entrevista cuando se estimaba necesario.

Análisis de los datos

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante la prueba de χ^2 a través del programa

Tabla 1. Señales de alerta remitidas y grupo de diagnóstico final* Los datos son frecuencias absolutas y (%). Porcentajes calculados sobre la N que ha acudido a USM

Señales de alerta psicológica	N	Acuden a USM	Ausencia de trastorno mental	Trastornos del humor	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	Retraso mental	Trastornos del desarrollo psicológico	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
Trastorno del comportamiento	42	38(90.5)	9(23.7)	1(2.6)	13(34.2)	0	1(2.6)	14(36.8)
Hipercinesia	29	27(93.1)	7(25.9)	0	6(22.2)	0	3(11.1)	11(40.7)
Trastorno de ansiedad	18	15(83.3)	3(20)	0	6(40)	1(6.7)	0	5(33.3)
Fracaso escolar	17	16(94.1)	5(31.3)	0	5(31.3)	2(12.5)	0	4(25)
Síntomas depresivos	10	7(70)	1(14.3)	0	5(71.4)	0	0	1(14.3)
Trastorno comunicación-relación	8	7(87.5)	1(14.3)	0	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)	2(28.6)
Trastorno del control de esfínteres	7	6(85.7)	2(33.3)	0	0	0	0	4(66.7)
Disarmonías evolutivas	6	5(83.3)	0	0	0	2(40)	3(60)	0
Trastorno de la alimentación	2	2(100)	0	0	1(50)	0	0	1(50)
Trastornos motores	1	1(100)	0	0	0	1(100)	0	0

a Señales de alerta psicopatológica establecidas en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de Canarias (2006)

* Los datos son frecuencias absolutas y (%). Porcentajes calculados sobre la N que ha acudido a USM

SPSS versión 15.0. Respecto a los parámetros de concordancia, la estimación por intervalos se realizó por medio del método exacto de Wilson, empleando el paquete bin-Group del software de código abierto R (R Development Core Team 2006, Vienna, Austria).

El grado de concordancia se evaluó utilizando el estadístico kappa (κ). De acuerdo con Landis y Koch¹⁴ hemos considerado que la concordancia es “Muy mala” (<0), “Mala” (0-0,2), “Baja” (0,21-0,40), “Moderada” (0,41-0,60), “Buena” (0,61-0,80) o “Muy buena” (0,81-1) cuando κ se encuentra incluida en los márgenes indicados entre paréntesis.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra quedó constituida por 100 pacientes, de los que 66 eran varones. La edad media de los varones fue de $8,8 \pm 3,7$ años, con un rango entre 2 y 17 años, mientras que la edad media de las mujeres fue de $9,41 \pm 3,4$ años y un rango entre 4 y 16, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos.

Para la evaluación de la validez del diagnóstico de TDAH la muestra quedó establecida en 89 pacientes, ya que 11 pacientes no acudieron a la primera consulta. El motivo de consulta de síntomas depresivos fue el que con más frecuencia se asoció a no acudir a la primera consulta, frente a fracaso escolar e hipercinesia con la menor frecuencia (30% vs. 6% y 7%, respectivamente).

La evaluación de la calidad del informe de derivación pudo ser realizada en los 100 pacientes.

Diagnósticos

El 30% de los pacientes fueron diagnosticados de TDAH por el médico remitente. De éstos ($n=30$), el 20% tuvieron confirmación diagnóstica, en el 26,7% no se evidenció trastorno mental y el 53,3% recibió otro diagnóstico (Tabla 2).

En los pacientes remitidos con diagnóstico de TDAH, la hipercinesia fue el signo de alerta psicopatológica mayoritario (93%), mientras que ésta sólo representó al 3% de los pacientes remitidos con otros diagnósticos.

En un 22.5% ($n = 20$) de los pacientes se estimó que no existía trastorno mental. El sexo femenino se asoció a una mayor probabilidad de no recibir diagnóstico de trastorno mental (40% vs. 13.6%; $p = 0.007$).

El diagnóstico más prevalente en la USM fue el de Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43), siendo mayor en varones que en féminas (29% vs. 10%; $p = 0.044$). Para el resto de diagnósticos no se hallaron diferencias significativas. Los diagnósticos según sexo se muestran en la Figura 1.

Las señales de alerta psicopatológica o motivos de consulta se muestran en la Tabla 1. Las más frecuentes fueron los trastornos de comportamiento (42%). La hipercinesia como motivo de derivación fue más frecuente en los varones (33% vs. 18%; $p = 0.098$), mientras que el fracaso escolar lo fue en las féminas (26% vs. 12%; p

Diagnóstico CIE-10	N (%)
Episodios Depresivos	1(3,3)
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	6(20)
Trastornos específicos del aprendizaje escolar	1(3,3)
Trastornos generalizados del desarrollos	2(6,7)
Trastornos hipercinéticos	6(20)
Trastornos disociales	3(10)
Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	1(3,3)
Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1(3,3)
Ausencia de trastorno mental	8(26,7)
No acude	1(3,3)

Tabla 2. Diagnóstico en USM de las interconsultas específicas por TDAH (N=30)

= 0.070), sin diferencias significativas, si bien ambas con tendencia a la significación.

Sin embargo, de los que acudieron a consulta sólo un 14% de los que recibieron la alerta de signos depresivos quedaron sin diagnóstico de trastorno mental, por un 31% de los que vinieron con la indicación de fracaso escolar.

Concordancia entre diagnósticos de AP y USM en el TDAH

En cuanto a la validez del diagnóstico de TDAH, la sensibilidad hallada fue del 100%, y la especificidad, del 73%. El valor predictivo positivo fue del 20% y el valor predictivo negativo del 100% (Tabla 3).

El índice kappa fue de 0,26 (IC95% 0.00-0.521), que

se encuadra como una 'baja concordancia'¹².

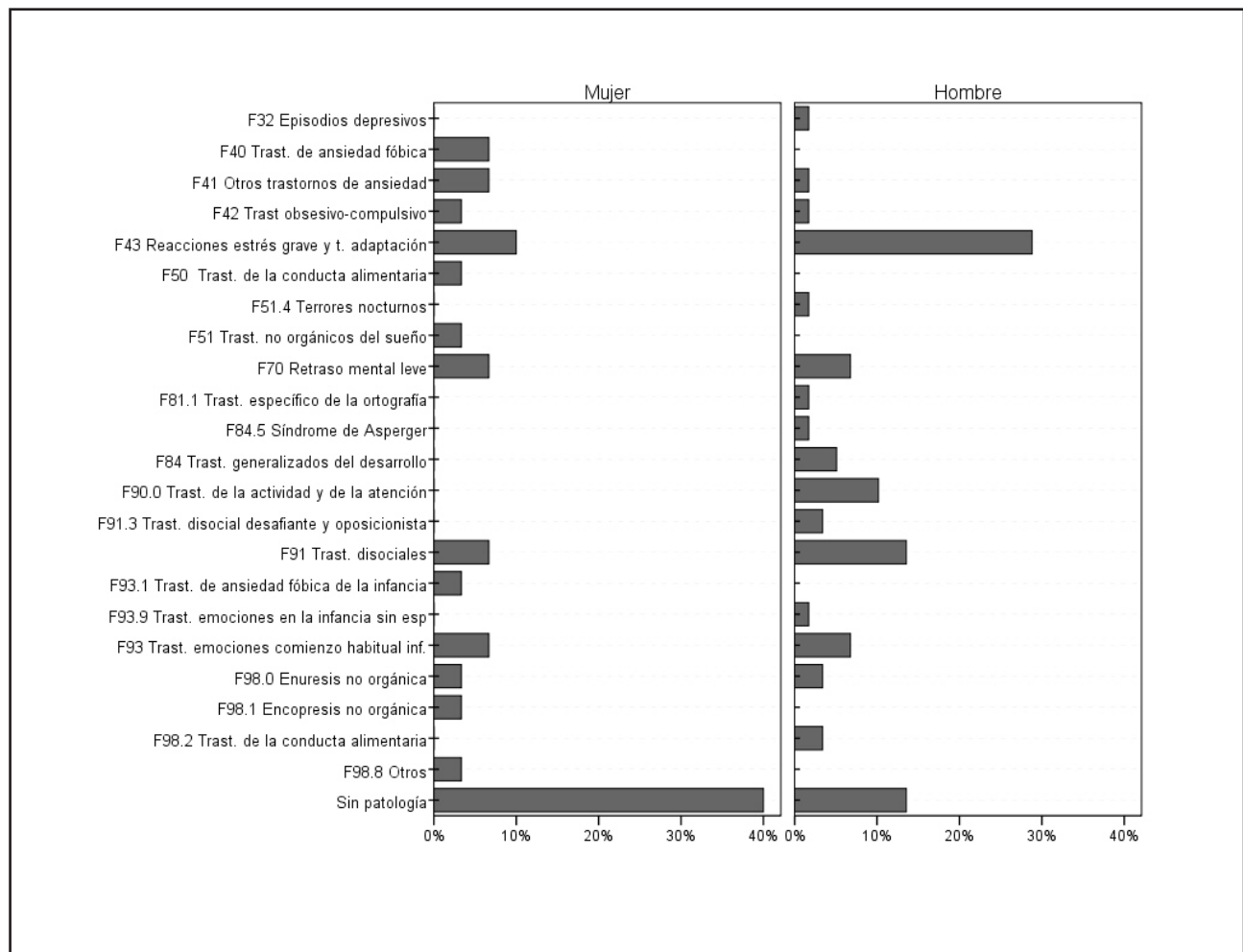
Calidad de los informes de derivación

El 97% de los informes de derivación contenían datos de filiación incompletos, en el 41% no se exponían las circunstancias biopsicosociales en las que apareció y se desarrolló el cuadro, y en el 61% no se ofrecía información sobre las medidas terapéuticas tomadas.

DISCUSIÓN

Uno de los principales hallazgos de este estudio ha sido la baja concordancia entre los diagnósticos de TDAH realizados en AP y la USM. En los únicos estudios previos de características similares, se había hallado una concordancia moderada¹⁷ o buena¹³.

Figura 1: Frecuencia de diagnósticos realizados en la USM, clasificados según sexo



La excelente sensibilidad hallada (100%) en el diagnóstico desde Atención Primaria está en la línea de otras cifras excelentes en otros estudios, con un 86,7%⁹ y 83%¹³. Sin embargo, ésta estuvo influida por un sobrediagnóstico del TDAH. Así, el valor predictivo positivo de este diagnóstico inicial fue bajo (20,7%). De hecho, entre los pacientes derivados con diagnóstico de TDAH, el diagnóstico final más habitual fue la ausencia de trastorno mental (26,7%), seguido del trastorno adaptativo y el propio TDAH, ambos con la misma frecuencia (20%). En otros estudios la confirmación diagnóstica del TDAH ha sido mayor, con un 36%¹⁷ y 69%¹³.

Por su parte, el valor predictivo negativo fue excelente (100%) y la especificidad alta (73%), esta última superior al 54,9% hallado en otro estudio¹⁷.

Por tanto, los médicos no especialistas muestran buenos porcentajes de éxito en la detección y en el descarte del TDAH, si bien existe un sobrediagnóstico de este trastorno por parte de los médicos no especialistas en psiquiatría.

Este fenómeno del sobrediagnóstico se ha señalado en otro estudio previo similar, en el que también se halló alta sensibilidad (86,7%) y valor predictivo positivo bajo (36,1%)⁹. Diversos factores pueden influir en el sobrediagnóstico de TDAH, como el alto nivel de presión asistencial en AP²², el tiempo disponible para cada consulta, y los conocimientos deficitarios sobre el TDAH. En este sentido, en un estudio realizado en España se halló que sólo el 41% de los pediatras de Atención Primaria tenía conocimientos diagnósticos suficientes sobre TDAH¹².

El síntoma más frecuentemente referido en los informes de derivación con diagnóstico de TDAH fue la hipercinesia (93%), síntoma apenas referido en aquellos con otros diagnósticos de presunción (3%). El elevado porcentaje de hipercinesia como alerta psicopatológica en relación

al TDAH en las interconsultas recibidas sugiere que los médicos no especialistas la consideran de forma errónea un factor suficiente y representativo, sin atender al resto de criterios establecidos en el diagnóstico^{4,7}. La hipercinesia puede estar presente en otros trastornos mentales, o no corresponderse con trastorno mental alguno. Así, se ha señalado que la presencia de hiperactividad como síntoma puede darse en depresión infantil, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos generalizados del desarrollo y niños con un apego inseguro⁵. A diferencia del TDAH, en los trastornos adaptativos la hiperactividad y la inquietud aparecen como respuesta a acontecimientos vitales, de forma pasajera y no se acompañan de problemas atencionales ni impulsividad⁵.

Un hallazgo llamativo ha sido que el diagnóstico más frecuente entre los derivados por TDAH fue la ausencia de trastorno mental, constituyendo una cuarta parte del total. Este hallazgo sugiere la dificultad de los médicos de AP de diferenciar la hipercinesia presente en el TDAH de aquella propia de los niños sin trastorno mental. Otros autores han señalado el riesgo de favorecer un fenómeno de “patologización” de la infancia²³. Para minimizar dicho riesgo, las conductas del niño deben valorarse teniendo en cuenta el contexto de sus circunstancias biopsicosociales particulares¹⁰, incluyendo aspectos como su periodo evolutivo, el estilo de crianza recibido, y el sistema educativo. Así, se ha señalado que en el sistema educativo del actual “modelo social occidental” los niños obtienen refuerzos externos inmediatos y carecen de entrenamiento en atención sostenida, demora de respuesta y estrategias reflexivas¹⁸, y las expectativas asociadas al desempeño y al comportamiento adecuado varían según el país²⁰.

En cuanto a las diferencias entre género, nuestros resultados indican que el sexo femenino tiene una mayor

				Concordancia	Cuántía (IC95%)
				USM	
				Sensibilidad	100% (59 -100)
				Especificidad	73% (62 - 81)
Servicio remitente	TDAH	6	23	VPP	20,7% (9 - 39)
	No TDAH	0	60	VPN	100% (94 -100)

* Calculado sobre los pacientes que acudieron a consulta (N=89)

Tabla 3. Concordancia de diagnóstico de TDAH

probabilidad de no recibir diagnóstico de trastorno mental. Este hallazgo está en la línea del hallazgo de una mayor tasa de varones en las muestras clínicas de estudios previos, que se ha relacionado con una expresión de los trastornos más disfuncional en los niños y manifestaciones sintomáticas más adaptativas en las niñas¹. La inexistencia de niñas diagnosticadas de TDAH en la muestra podría ser explicada además por los criterios diagnósticos de la CIE-104, que no contempla el subtipo inatento, descrito en el DSM-IV⁷ y frecuentemente asociado al sexo femenino¹⁶.

La no asistencia a la primera consulta fue muy baja en los pacientes derivados por hiperactividad (4%) en comparación con la de otros síntomas de alerta, como los síntomas depresivos (30%). Este hecho puede estar relacionado con la creciente preocupación social por este trastorno y su amplia difusión en los medios de comunicación, ya señalada por diversos autores^{9,17,24}.

Una importante proporción (30%) de la población infanto-juvenil derivada a las Unidades de Salud Mental tiene un diagnóstico de presunción de TDAH. Esta cifra es similar al 26,5% hallado previamente¹³ y se sitúa entre el 15%⁹ y el 54,5%¹⁷ halladas en otros estudios.

Por su parte, el diagnóstico final de TDAH representó el 8,7% de todos los diagnósticos positivos, situándose entre el 4,2%¹ y el 22,7%¹⁷ y 28,6%¹³ de otros estudios.

Por último, la calidad de los informes de derivación fue deficiente. Así, un porcentaje importante fueron incompletos y no proporcionaron la información requerida según el protocolo establecido. Nuestros hallazgos coinciden con estudios previos que señalan que la cumplimentación de la hoja de interconsulta es deficitaria^{15,22}. Es probable que este aspecto esté influenciado por el conocimiento limitado del trastorno¹² y por la alta presión asistencial, con poco tiempo para las consultas²². La información deficiente puede favorecer que se produzca el no reconocimiento de la preferencia o urgencia de las derivaciones, la asignación imprecisa a psicólogo clínico o psiquiatra en la primera valoración, y/o problemas en la prescripción de tratamientos por desconocimiento del indicado previamente.

Este estudio tiene algunas limitaciones. La muestra de diagnósticos iniciales y finales de TDAH fue pequeña. Por otra parte, los pacientes que conforman la muestra son aquellos que han sido remitidos a las USM. Si bien en nuestra Comunidad los equipos de atención Infanto-

juvenil de las USM son la referencia establecida para el tratamiento de los trastornos mentales en este grupo de edad, un grupo de pacientes son tratados desde Atención Primaria o Neurología, por lo que no podemos asegurar que éstos sean representativos de todos los pacientes de la población adscrita a la USM. Es necesario mencionar también que para el diagnóstico en la USM no se incluyeron entrevistas estructuradas validadas, que presumiblemente podrían mejorar la validez del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, la concordancia global entre los diagnósticos de TDAH realizados en Atención Primaria y Salud Mental es baja. La capacidad de detección del TDAH es excelente, pero a expensas de un sobrediagnóstico de este trastorno. La calidad de los informes de derivación a las Unidades de Salud Mental es deficiente. Se precisan acciones que permitan una mayor validez diagnóstica por parte de los médicos en Atención Primaria, y una mejora en la calidad de las derivaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000;12(4):525-53.
2. Beneyto CL (coord.). Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias. Gobierno de Canarias; 2006.
3. Brassett-Harknett A, Burnett N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review* 2007;27:188-210.
4. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
5. Díaz, J. La hiperactividad en otras enfermedades. En: Manual sobre Hiperactividad Infantil. Almería: Asociación andaluza de psiquiatría y psicología infanto-juvenil; 2003. p. 27-30.
6. Diller L. Why controversy over ADHD won't go away. En: McBurnett K, Pfiffner L, editors. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, controversies, new directions. Medical Psychiatry Series. New York: Informa Healthcare; 2008. p. 323-9. 21.

7. DSM-IV. López-Ibor (Ed.). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
8. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36:159-165.
9. Gaillard F, Quartier V, Besozzi G. Más allá de la hiperactividad: un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2004;2:15-25.
10. Gorga, M. ¿Es necesario un nuevo paradigma sobre los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)? *Arch Neurol Neurocog Neuropsiquiatr* 2007;14(1):48-62.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica del SNS: AATRM N° 2007/xx.
12. Herranz B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: conocimientos y forma de proceder de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8 Supl 4:S217-39.
13. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, López-Goñi JJ. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *An Sist Sanit Nava* 2009;32(2):161-168.
14. Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
15. Maldonado I, Gea MT, Bellón N, Megías ME, Benítez A, Torres M. Estudio de la adecuación de las derivaciones médicas a una unidad de salud mental. *Medicina de Familia (And)* 2002;2:88-91.
16. Mikami AY, Hinshaw SP. ADHD in girls. En: McBurnett K, Pfiffner L, editors. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, controversies, new directions. Medical Psychiatry Series*. New York: Informa Healthcare; 2008. p. 359-72.
17. Morán I, Navarro-Mateu F, Robles F, Concepción A. Validez del diagnóstico clínico del TDAH en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria* 2008;40:29-33.
18. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001;32:229-31.
19. NICE. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE Clinical Guideline 72;2009.
20. Peña JA, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol* 2003;36(2):173-9.
21. Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-8.
22. Risco MP. Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (P.I.C) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003;85:125-135.
23. Taborda A, Díaz HD. ¿Estamos frente a un incremento del trastorno de déficit atencional o a criterios que llevan a la patologización y sobremedicación de la infancia? En: Triolo Moya F, Giordano, MF (comp). *La cultura actual. Su impacto en distintos campos disciplinares*. San Luis: LAE; 2007. p. 179-202.
24. Timimi S, Taylor E. ADHD is best understood as a cultural construct. *Br J Psychiatry* 2004;184:8-9.