

# PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE VALLADOLID ESTE



---

**Universidad de Valladolid**

TRABAJO FIN DE GRADO  
MEDICINA



**Autor:** Carmen Sánchez García

**Tutor:** Rosario Bachiller Luque

**UVa**

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT  
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA  
DE VALLADOLID ESTE

**FACULTAD DE MEDICINA**

Departamento de Pediatría, Inmunología,  
Ginecología-Obstetricia, Nutrición-Bromatología, Psiquiatría  
e Historia de la Ciencia

Valladolid, 25 de mayo de 2017

# **ÍNDICE**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
----------------------	----------

## **INTRODUCCIÓN**

1. Definición .....	2
2. TDAH en adultos .....	2
3. Etiopatogenia .....	3
4. Epidemiología .....	4
5. Clínica y diagnóstico.....	5
5.1 DSM-V .....	5
5.2 CIE 10 .....	7
6. Tratamiento .....	8

<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
-----------------------	-----------

<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
--------------------------------	-----------

<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>13</b>
------------------------------------	-----------

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>17</b>
--------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>18</b>
--------------------------	-----------

## **RESUMEN**

### **PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE VALLADOLID ESTE**

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la población en el Área de Valladolid Este y estudiar algunos datos epidemiológicos.

**Metodología:** se realiza un estudio transversal mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados con TDAH en el sistema informático del Área Valladolid Este "Medora".

**Resultados:** desde julio 2014 a julio del 2016 la prevalencia de TDAH en la población general es de un 0,423 % y en < de 14 años de un 2,424 %.  
La prevalencia de TDAH en el adulto ( $\geq$  de 14 años) en el Área Este de Valladolid es de un 0,165%.  
La relación de varones y mujeres es de 3,25:1 respectivamente.  
El diagnóstico pediátrico en la zona urbana supone un 62,26% del total de diagnósticos y en la zona rural un 37,74%, siendo las prevalencias medias del TDAH del 2,6% en zona urbana y del 2% en zona rural.

**Conclusiones:** La prevalencia del proceso clínico TDAH en el Área Este en niños < de 14 años (2.42 %) y en adultos, son muy inferiores a lo observado en otros estudios. Observamos una gran variabilidad de este diagnóstico entre los distintos centros de salud. Se objetiva una mayor prevalencia en el varón y en los usuarios que viven en zona urbana.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), prevalencia, Área de salud Valladolid Este, epidemiología.

# **INTRODUCCIÓN**

## **1. DEFINICIÓN**

Según el DSM-V, el TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) es un trastorno o desorden neurobiológico que afecta tanto a adultos como a niños que se describe como un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o del desarrollo típico<sup>1</sup>

Los síntomas afectan al funcionamiento cognitivo, académico, emocional, social y al comportamiento. Los individuos con TDAH pueden experimentar dificultades para mantener la atención, la función ejecutiva y la memoria de trabajo. En el DSM-IV TR<sup>2</sup>, se clasificaba al TDAH en “subtipos” que se han modificado en el DSM-V<sup>1</sup>, clasificándose actualmente en 3 “presentaciones clínicas”: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado (inatento e hiperactivo-impulsivo). Además, estas presentaciones clínicas pueden variar en el transcurso de la vida. Esta modificación describe de mejor manera el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital. Un individuo con TDAH puede padecer TDAH en grado leve, moderado o severo de acuerdo con el número de síntomas que la persona experimenta y con cuán dificultosa hacen la vida cotidiana dichos síntomas.

## **2. TDAH EN ADULTOS**

Durante muchos años, recordemos el síndrome de disfunción cerebral mínima descrito por Still en el siglo XX, era exclusivamente a los niños a quienes se les diagnosticaba este trastorno. Los adolescentes y adultos que padecían síntomas del trastorno no podían ser diagnosticados formalmente. El DSM-V<sup>1</sup> ha permitido el diagnóstico formal en adultos y adolescentes.

El DSM-V determina que basta con cumplir cinco criterios en mayores de 17 años, a diferencia de en los niños en los que deben cumplirse seis criterios o más (ver página nº 7).

Para el diagnóstico del TDAH en adultos ha de examinarse la infancia desde la etapa escolar para poder trazar el momento de aparición de los síntomas ya

que es preciso que los síntomas hayan estado presentes desde la infancia para realizar el diagnóstico formal.

### **3. ETIOPATOGENIA**

Aunque la causa no está completamente aclarada, está demostrado que se trata de un trastorno multifactorial con un elevado peso genético pero muy influenciado por factores ambientales.

Existen varias hipótesis sobre su etiología:

- Genética conductual. Estudios de gemelos han determinado una concordancia en los síntomas del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos. El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91.
- Genética molecular. Predice que alrededor de un 70% de los TDAH se deben a trastornos poligénicos. Los genes asociados codifican para los transportadores y receptores de la dopamina (DA) y de la noradrenalina (NA).
- Factores biológicos adquiridos. El TDAH puede adquirirse o modularse por factores adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal como exposición intrauterina a alcohol, nicotina, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, la prematuridad, el bajo peso al nacimiento, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos, hipoxia, hipoglucemia y exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana.
- Factores neuroanatómicos. Existe una implicación del córtex prefrontal y de los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Estudios de Castellanos<sup>3</sup> con RM han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales: reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo. Estas diferencias volumétricas se manifiestan precozmente y se correlacionan con la gravedad del TDAH.
- Factores neuroquímicos. La NA y la DA son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH, ambos implicados en la función atencional. Se ha observado afectación de las regiones ricas en DA (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en NA (región posterior de la flexibilidad cognitiva).

- Factores neurofisiológicos. Se ha observado una reducción del flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo, o aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensoromotora, activación de otras redes neuronales y un déficit en la focalización neuronal.
- Factores psicosociales. Pueden influir en la severidad y expresión de los síntomas. Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones, adopciones y bajo nivel socioeconómico.

#### **4. EPIDEMIOLOGÍA**

Según el DSM-V<sup>1</sup>, la prevalencia del TDAH es de aproximadamente un 5% en niños en edad escolar y de un 2,5% en adultos.

El TDAH de tipo inatento es el más común en la población, sin embargo, el tipo combinado es el más común en los servicios clínicos por la gran repercusión que conlleva sobre las actividades diarias.

Ensayos clínicos muestran que la incidencia del TDAH ha sufrido un importante aumento en las últimas décadas, siendo mayor en zonas más densamente pobladas. La variabilidad en la prevalencia entre distintas zonas geográficas y los diferentes estudios parece estar explicada por las propias características metodológicas de los estudios, no existiendo variaciones significativas entre países/regiones<sup>4</sup>.

En función de los criterios diagnósticos y la población estudiada podemos encontrar un rango de prevalencia en los diferentes ensayos clínicos que va desde un 2 hasta un 17/18% en niños<sup>5,6</sup>, observándose una prevalencia superior en el rango de edad de 11 a 14 años. Esto convierte al TDAH en uno de los desórdenes más comunes de la infancia.

Un importante meta-análisis que abarca 175 estudios<sup>7</sup>, la mayoría realizados en niños en edad escolar, determina una prevalencia general agrupada de TDAH de un 7,2% (IC 95%: 6.7- 7.8). Los estudios eran de una distribución geográfica amplia (Europa, Asia, Norte América).

En adultos jóvenes (18-44 años), los estudios estiman una prevalencia del 4,4-5 % (tesis doctoral Uva, Marta Celorrio).

Múltiples ensayos clínicos demuestran que el TDAH es más común en niños que en niñas<sup>8</sup>, con un ratio 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo predominantemente inatento, siendo la prevalencia por sexo del 11,3-15,1% en varones y del 5,4-6,7 % en mujeres.

## **5. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO**

### **5.1. DSM-V**

De acuerdo con el DSM-V<sup>1</sup>, han de cumplirse los siguientes criterios (A-E) para el diagnóstico del TDAH:

**A)** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por:

#### **I. Inatención**

Seis o más de los síntomas mencionados se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido comete errores en las tareas escolares, el trabajo o durante otras actividades.
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.



## II. Hiperactividad e impulsividad

Seis o más de los síntomas mencionados se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

### Hiperactividad:

1. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
5. Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor`.
6. Con frecuencia habla excesivamente.

### Impulsividad:

1. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
2. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
3. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

\* Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

\*\* Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones.

**B)** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

**C)** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos o ambientes (en casa, en el colegio, en el trabajo, etc.).

**D)** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

**E)** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (ejemplos: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de personalidad, intoxicación ó abstinencia).

En función de los resultados se pueden clasificar las siguientes presentaciones:

- Presentación combinada: Si se cumplen el criterio A1 (para inatención) y el criterio A2 (para hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

## **5.2. CIE-10**

### Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en tareas o en juegos.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

## Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

## Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en colas u otras situaciones grupales
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse en situaciones sociales.

La CIE-10<sup>9</sup> establece que para realizar el diagnóstico han de cumplirse:

- 6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”
- 3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”
- 1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”

\* Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), y afectar negativamente a su calidad de vida. Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

## **6. TRATAMIENTO**

El tratamiento ha de ser multimodal e individualizado. El objetivo es la disminución de los síntomas nucleares (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) y de las complicaciones derivadas en la vida de los pacientes y en las distintas áreas de su entorno (académica, familiar, neuropsicológica y social).

El "Estudio de Tratamiento Multimodal de niños/as con TDAH" (MTA)<sup>10</sup> publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. mostró que el tratamiento farmacológico reduce significativamente más la sintomatología nuclear que un tratamiento psicoterapéutico o intervención psicosocial. Sin embargo, la combinación de terapia farmacológica y de intervención psicológica obtuvo mejores resultados que aquellos tratados sólo con farmacoterapia.

Los resultados positivos se reflejaron en una mejoría de la sintomatología y de aspectos como la autoestima, conducta social, trastornos asociados (ansiedad, oposición desafiante, comportamiento) y el rendimiento académico<sup>11</sup>. Por tanto, el uso combinado de fármacos y terapia se muestra como la alternativa terapéutica más eficaz.

El tratamiento multimodal del TDAH engloba tres tipos de intervenciones:

#### **A) Tratamiento farmacológico**

Existen varios tipos de fármacos para el tratamiento del TDAH. Estos medicamentos actúan sobre los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, cuya producción irregular genera los síntomas de este trastorno. Dichos fármacos pueden ser estimulantes o no estimulantes.

El Metilfenidato, la Atomoxetina y la Lisdexanfetamina son los fármacos recomendados en la actualidad para tratar el TDAH en niños y adolescentes por su eficacia y seguridad a las dosis recomendadas<sup>12</sup>.

##### ➤ **Fármacos psicoestimulantes**

Los medicamentos estimulantes son los psicofármacos más seguros y eficaces disponibles hoy en día. Destacan el Metilfenidato (MPH), la Lisdexanfetamina y la Dextroanfetamina.

El MPH es el primer tratamiento de elección<sup>13</sup>. Mejora la hiperactividad y la inatención en niños con TDAH. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica, modulando su actividad en el núcleo estriado y accumbens.

##### ➤ **Fármacos no estimulantes**

Los más importantes son la Atomoxetina, la Guanfacina XR (antihipertensivo alfa-agonista) y los antidepresivos tricíclicos.

La *Atomoxetina* es el medicamento no derivado anfetamínico de primera elección en pacientes con TDAH en España. Su efecto positivo dura todo el día y puede administrarse en una sola toma. Beneficios que presenta frente a los psicoestimulantes: no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad, no empeora los tics y su efecto se mantiene constante entre tomas, lo cual no supone un descenso del principio al olvido de una toma.

### **B) Tratamiento cognitivo-conductual**

Implica enseñar a los niños estrategias de autoinstrucción, autoevaluación y resolución de problemas, además de auto-refuerzo para modificar la conducta. Consiste en enseñar al niño una serie de instrucciones auto-dirigidas que deben seguir al realizar una tarea. Estas instrucciones incluyen definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una solución y evaluar el desempeño<sup>14</sup>. También incluye la enseñanza a los padres de tácticas de manejo de la conducta del niño, tales como la aplicación contingente del reforzamiento o del castigo a consecuencia de conductas adecuadas o inadecuadas.

Los resultados muestran su eficacia en mejoría de la atención, autonomía, disminución de conductas disruptivas y aumento en el rendimiento escolar.

### **C) Tratamiento psicoeducativo**

El abordaje psicoeducativo ha demostrado ser de ayuda en el tratamiento de individuos con TDAH y sus familias<sup>11</sup>. Consiste en enseñar al paciente y su familia en qué consiste el trastorno, sus características y qué hacer para mejorarlo, permitiéndoles reinterpretar sus síntomas. También atiende a pensamientos y creencias irracionales con respecto al trastorno y plantea el problema de una perspectiva real.

La psicoeducación suele realizarse por el profesional encargado de llevar a cabo el tratamiento. Se debe adecuar al nivel de comprensión, sociocultural y del desarrollo del paciente y su familia, a las características del trastorno e información previa que poseen. Se puede realizar de forma individualizada o mediante grupos psicoeducacionales.

La psicoeducación aporta beneficios a nivel de autoestima, aceptación activa del trastorno y sus limitaciones y mejora la motivación y compromiso terapéutico.

## OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia del TDAH, general y en la edad pediátrica, en el Área Este de Valladolid en el periodo 2014-2016.
2. Estudiar las diferencias entre sexo y zona de vivienda.
3. Analizar la variabilidad del diagnóstico entre las zonas básicas de salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal de pacientes diagnosticados de TDAH desde Julio de 2014 a Julio de 2015. Los datos han sido obtenidos a través de la plataforma “Medora” del sistema informático de Atención Primaria del Sistema Público de Sanidad de Castilla y León (Sacyl).

The screenshot shows the 'Explotación - Procesos clínicos - Numeral' interface in the Medora system. The browser address bar shows the URL: http://menu.sacyl.es/Medora4/Administrativa/Informes/wfrmInformeProcesoClinico.aspx?ORIGEN=NUM - Internet Explorer. The interface includes a navigation menu with options like 'Consulta', 'Agenda', 'Pacientes', 'Personal', 'Informes', 'Configuración', and 'Herramientas'. The main content area is titled 'Explotación - Procesos clínicos - Numeral' and includes a dropdown for 'C. S. PILARICA'. The interface is divided into several sections for filtering and reporting:

- Listado por:** Radio buttons for 'CIAS' (selected) and 'Profesional'.
- Consultorios:** Radio buttons for 'Todo' (selected) and 'Seleccione', with a location dropdown set to '-Seleccione ubicación-'.
- Categoría:** Dropdown menu set to 'PEDIATRIA'.
- Profesionales:** Dropdown menu set to 'BACHILLER LUQUE, ROSARIO'.
- Tipo paciente:** Radio buttons for 'Tarjeta' (selected), 'Otros', and 'Global'.
- Incluir histórico:** Radio buttons for 'SI' (selected) and 'No'.
- Fecha nac:** Radio button for 'Fecha nac'.
- Edad:** Radio button for 'Edad' (selected).
- Desde:** Date pickers for 'Desde' (18/01/2017) and 'Hasta' (18/01/2017).
- Sexo:** Dropdown menu set to 'Ambos'.
- Estado actual del proceso clínico:** Radio buttons for 'Abiertos' (selected), 'Cerrados', and 'Todos'.
- Desde:** Date pickers for 'Desde' (18/01/2017) and 'Hasta' (18/01/2017).
- Prevalencia:** Radio button for 'Prevalencia' (selected).
- IMPRIMIR POR:** Radio buttons for 'Profesional' (selected) and 'Global'.
- ORIENTACIÓN:** Radio buttons for 'Apaisado' (selected), 'Vertical', and 'Visualizar'.
- Visualizar:** Check box.
- Sel. impresora:** Dropdown menu set to 'Cliente/GAPVE0910PCXP17#Lexmark Universal v2'.

At the bottom right, there are 'Aceptar' and 'Salir' buttons.

El estudio abarca datos pertenecientes a los centros de salud de toda el Área Este de Valladolid, agrupando la prevalencia de TDAH por centro de salud, sexo y edad de los pacientes.

**Tabla 1.** La siguiente tabla recoge la clasificación de los centros de salud del Área Valladolid Este según su pertenencia al área urbana o al área rural.

<b>CENTROS DE SALUD DEL ÁREA “VALLADOLID ESTE”</b>	
<b>ÁREA URBANA</b>	<b>ÁREA RURAL</b>
Barrio España	Cigales
Canterac	Íscar
Circular	Medina del Campo Rural
Circunvalación	Olmedo
Gamazo	Peñafiel
La Victoria	Portillo
Medina del Campo Urbano	Serrada
Pilarica	Tudela
Rondilla I	Valladolid Rural I
Rondilla II	
San Pablo	
Tórtola	

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se resumen en la siguiente tabla:

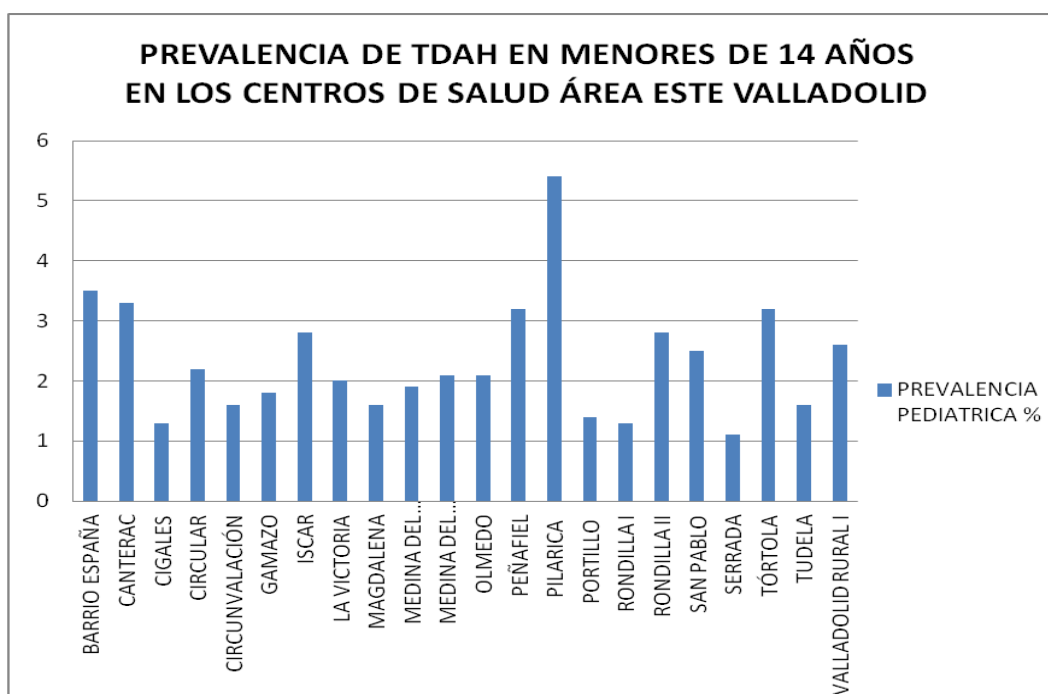
**Tabla 2.** La tabla recoge la población total, población < de 14 años, casos totales diagnosticados de TDAH y casos en < de 14 años por cada centro de salud.

CENTRO DE SALUD	POB. TOTAL	POB. < 14 AÑOS	TDAH 0-14 AÑOS	TDAH POB. TOTAL
BARRIO ESPAÑA	5964	844	30	46
CANTERAC	11844	1190	40	53
CIGALES	8193	1121	15	28
CIRCULAR	14142	1117	25	40
CIRCUNVALACIÓN	14777	2447	40	75
GAMAZO	18285	1862	34	69
ISCAR	11209	1401	40	67
LA VICTORIA	17714	2323	47	60
MAGDALENA	9655	801	13	32
MEDINA DEL CAMPO R.	9881	776	15	20
MEDINA DEL CAMPO U.	21427	2942	64	94
OLMEDO	5010	514	11	17
PEÑAFIEL	9736	1046	34	43
PILARICA	16957	1913	105	115
PORTILLO	11375	1526	22	44
RONDILLA I	9689	873	12	22
RONDILLA II	14651	1479	42	66
SAN PABLO	11444	815	21	45
SERRADA	6054	587	7	16
TÓRTOLA	14976	1617	52	75
TUDELA	11836	1659	27	41
VALLADOLID RURAL I	9803	1468	39	53
TOTAL	264622	30321	735	1121

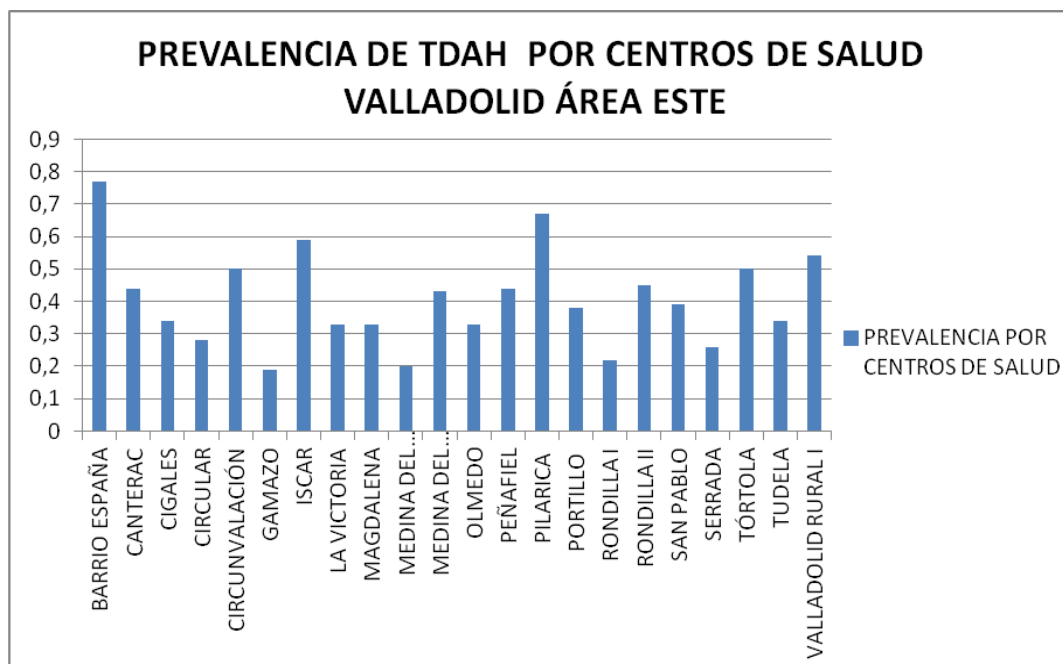
Con respecto a la prevalencia de TDAH, encontramos un número significativamente mayor de diagnósticos en la edad pediátrica, siendo la prevalencia del 2,424% en < de 14 años (Figura 1) frente a un 0,165% en el adulto ( $\geq$  de 14 años) y frente a un 0,423 % en la población general (Figura 2). Nuestra opinión es que se debe a la mayor sensibilidad de estos profesionales (los pediatras) al proceso y también a la propia evolución de la maduración neurológica del niño, diagnosticándose así una menor prevalencia de este proceso en adultos.



Sin embargo, nuestros datos indican una menor prevalencia de este trastorno tanto en adultos como en niños, puesto que los distintos trabajos indican unas cifras mucho mayores, oscilando en la edad pediátrica alrededor de un 7,2% (5% de acuerdo al DSM-V) y en el adulto alrededor de un 2,5%. En otras áreas de salud la prevalencia media en individuos en edad escolar oscila entre 5-6 %. Estos datos sugieren un infradiagnóstico del TDAH en nuestra área de salud, por lo que a partir de ellos deducimos que es necesaria una mayor formación de los profesionales sanitarios a cerca de esta patología, tanto del médico de familia como del pediatra.

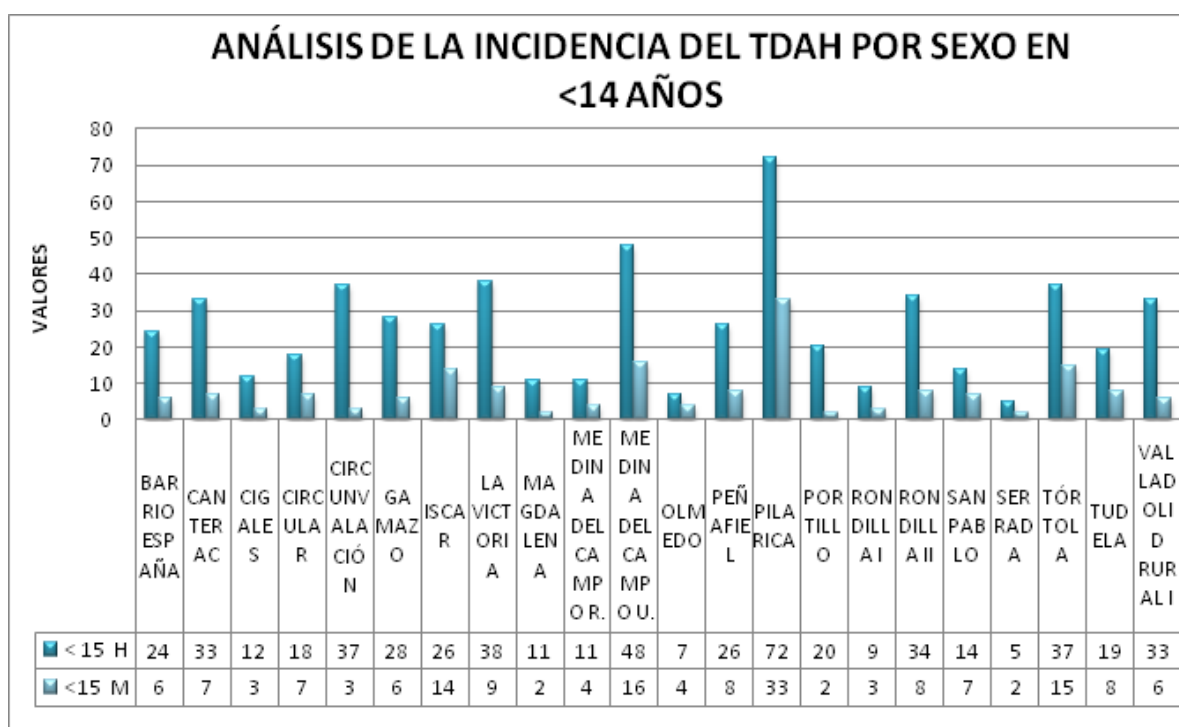


**Figura 1.** La gráfica recoge la prevalencia en porcentaje del TDAH en < de 14 años en los diferentes centros de salud del Área Este de Valladolid.



**Figura 2.** La gráfica recoge la prevalencia global en porcentaje del TDAH en los diferentes centros de salud del Área Este de Valladolid.

La relación entre varones (562) y mujeres (173) es de 3,25:1 respectivamente (Figura 3), como se refieren en los artículos revisados <sup>8,15,16</sup>.



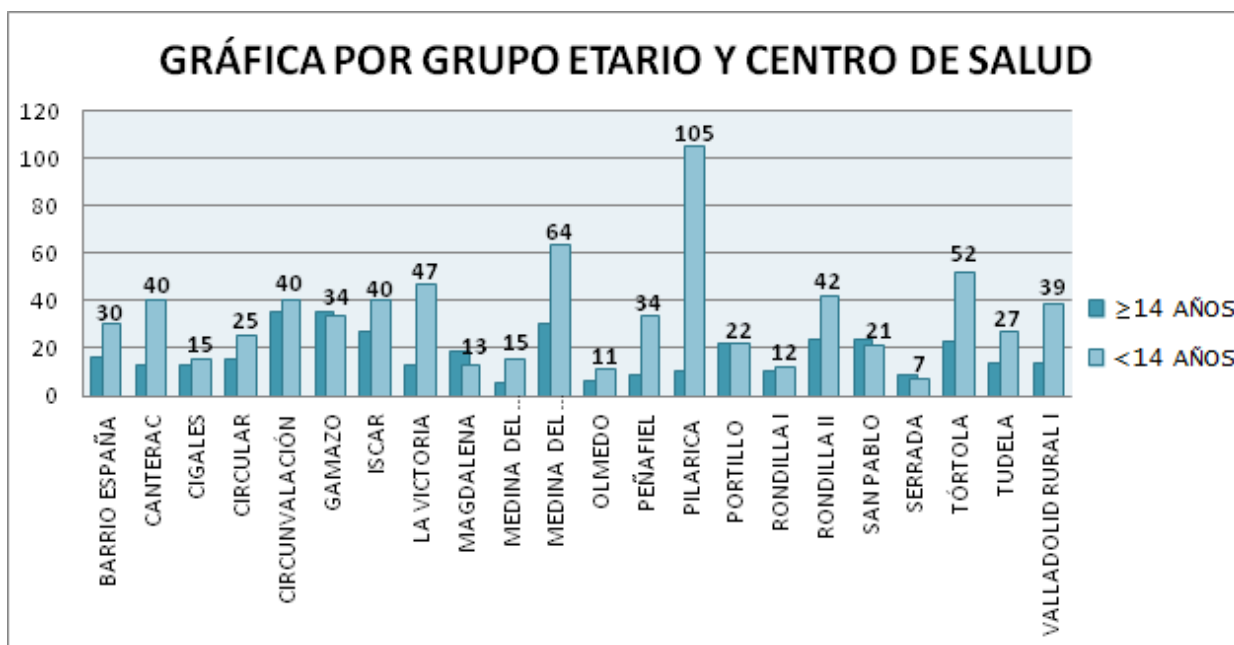
**Figura 3.** La gráfica recoge la incidencia de TDAH en función del género en < de 14 años en los diferentes centros de salud del Área Este de Valladolid.

Respecto a la prevalencia del diagnóstico de TDAH entre los diferentes centros de salud observamos una gran y significativa dispersión, debido probablemente a la diferente sensibilidad de los profesionales a este trastorno.

Del total de individuos diagnosticados de TDAH (1121), un 65,45% (735 individuos) pertenecen al grupo etario de < de 14 años y un 34,55% (386 individuos) al grupo  $\geq$  de 14 años (Figura 4), siendo la relación entre individuos <14 de años e individuos  $\geq$  de 14 años de 1,895:1 respectivamente (Figura 4).

Con respecto al lugar de residencia hemos encontrado en nuestro estudio un número de diagnósticos significativamente superior en la zona urbana ( $p > 0.01$ ), siendo la prevalencia del TDAH en < de 14 años de un 2.6% en la zona urbana frente a un 2% en la zona rural. El número de diagnósticos en la zona urbana supone un 62.26% del total, casi el doble que en zona rural (37,74%), (Figura 4).

La explicación a estos datos puede deberse al estilo de vida más tranquilo de las zonas rurales, ya que en el TDAH influyen también factores sociales y ambientales, o bien puede deberse a una posible menor sensibilidad del médico de la zona rural al diagnóstico de este trastorno.



**Figura 4.** La gráfica recoge la prevalencia del TDAH en los grupos de edad pediátrica (<14 años) y adultos ( $\geq 14$  años) en los centros de salud del Área Este de Valladolid.

## **CONCLUSIONES**

- 1) La prevalencia del TDAH en individuos en edad pediátrica (< de 14 años) en el Área Este de Valladolid es de un 2,424%, muy inferior a la observada en otros estudios y en otras áreas de salud.
- 2) La prevalencia del TDAH en el adulto ( $\geq$  de 14 años) en el Área Este de Valladolid es de un 0,165%, inferior a la observada en otros estudios y en otras áreas de salud.
- 3) La prevalencia global del TDAH en el Área Este de Valladolid es de un 0,423 %, muy inferior a la observada en otros estudios y en otras áreas de salud.
- 4) La relación de diagnósticos varón/mujer es de 3,25:1 respectivamente, al igual que en otros estudios y áreas de salud.
- 5) Se observa en la zona urbana un diagnóstico superior a la zona rural: la prevalencia del TDAH obtenida en niños en la zona urbana ha sido del 2,6%, frente al 2% de prevalencia obtenido en la zona rural.
- 6) Se objetiva una clara dispersión en el diagnóstico TDAH en los distintos centros de salud del Área Este de Valladolid.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A., 2000.
3. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, et al. *Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder*. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 607-16
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiatry. 2007 Jun [9 Oct 2016]; 164(6):942-8.
5. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. *The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view*. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2002 [12 Oct 2016]; 8:162–70.
6. Scahill L, Schwab-Stone M. *Epidemiology of ADHD in school-age children*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000 [12 Oct 2016]; 9:541–55.
7. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis*. Pediatrics 2015 [9 Oct 2016]; 135:e994.
8. Arnett AB, Pennington BF, Willcutt EG, DeFries JC, Olson RK. *Sex differences in ADHD symptom severity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56: 632–639.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y el comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Panamericana, 2001.
10. MTA Cooperative Group: *National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment*. Pediatrics 2004; 113:762-769.
11. Soutullo Esperón, C. y Díez Suárez, A. *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos aires: Médica Panamericana, 2007.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2009.
13. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Escuder G, Bosch R, Casas M. *Los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH*. En: Tomás J, Casas M. *TDAH:*

- Hiperactividad. Niños movidos e inquietos.* Barcelona: Editorial Laertes; 2004: 278-295.
14. Barkley RA, editor. *Attention-deficit hyperactivity disorder A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford; 2006.
  15. Stephen V Faraone, Joseph Sergeant, Christopher Gillberg, Joseph Biederman. *The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?* World Psychiatry. 2003 Jun [15 Oct 2016]; 2(2): 104–113.
  16. Barkley RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26. En: Barkley RA, editor. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment.* 3ªed. London: The Gilford Press; 2006. pp. 77-121.
  17. Cuffe SP, Moore CG, McKeown RE. *Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey.* J Atten Disord. 2005 [12 Oct 2016]; 9(2):392–401.
  18. Castroviejo, I. *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad. 4ª edición.* Madrid: Díaz se Santos, 2009.
  19. Rodríguez Molinero L, y cols. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria. Volumen XI. Número 42. Abril/junio 2009.*
  20. Kathrine Bang Madsen, Annette Kjær Ersbøll, Jørn Olsen, Erik Parner, Carsten Obel. *Geographic analysis of the variation in the incidence of ADHD in a country with free access to healthcare: a Danish cohort study.* Int J Health Geogr [Internet]. 2015 [8 Oct 2016]; 14:24.
  21. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. *The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System.* Medicine (Baltimore). 2016 Feb [8 Oct 2016]; 95(7): e2622.
  22. Merikangas KR, He JP, Brody D, et al. *Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES.* Pediatrics 2010 [8 Oct 2016]; 125:75.
  23. Martínez B. y Rico D. *Boletín Unidis N° 2, DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?* febrero 2013.
  24. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R. et al Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br Psychiatry* 2007 May; 190: 402-9.
  25. Willcutt EG. *The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review.* Neurotherapeutics 2012 [12 Oct 2016]; 9: 490-499.
  26. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry.* 2002 Jan; 159(1):36-42

27. Polanczyk G, Jensen P. *Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2008 [12 Oct 2016]; 17:245–60.
28. Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201.
29. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. *The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004 [12 Oct 2016]; 13:354–61.
30. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. *Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 [15 Oct 2016]; 161:857–64.
31. Benito-Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Dratt Editores, S.L.
32. Ford T, Goodman R, Meltzer H. *The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 [15 Oct 2016]; 42(10):1203–11.
33. Suren P, Bakken IJ, Lie KK, Schjølberg S, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, et al. *Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway*. Tidsskr Nor Laegeforen. 2013 [15 Oct 2016]; 133(18):1929–34.
34. Fulton BD, Scheffler RM, Hinshaw SP, Levine P, Stone S, Brown TT, et al. *National variation of ADHD diagnostic prevalence and medication use: health care providers and education policies*. Psychiatr Serv. 2009 [Oct 2016]; 60(8):1075–83.
35. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry 2006; 163: 716-23.
36. Arns M, van der Heijden KB, Arnold LE, Kenemans JL. *Geographic variation in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: the sunny perspective*. Biol Psychiatry. 2013 [15 Oct 2016]; 74(8):585–90.
37. Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. *The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence*. J Child Psychol Psychiatry. 2014 [15 Oct 2016]; 55(5):436–45.
38. Foreman DM, Foreman D, Prendergast M, Minty B. *Is clinic prevalence of ICD-10 hyperkinesia underestimated? Impact of increasing awareness by a questionnaire screen in an UK clinic*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2001 [15 Oct 2016]; 10(2):130–4.

# PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ÁREA DE VALLADOLID ESTE

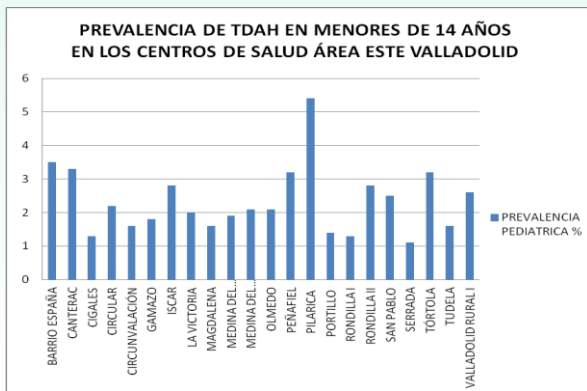


AUTOR: CARMEN SÁNCHEZ GARCÍA

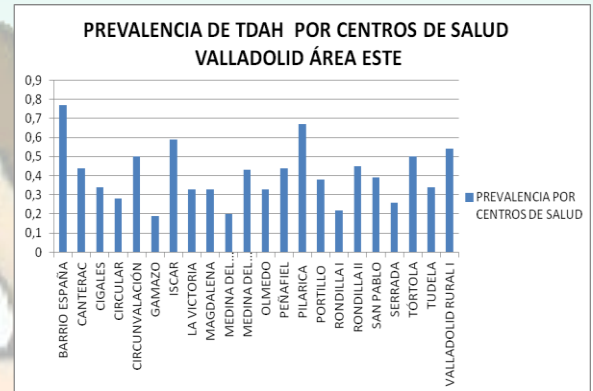
TUTOR: ROSARIO BACHILLER LUQUE

**INTRODUCCIÓN:** El TDAH es un problema de salud importante en Atención Primaria

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas en pacientes diagnosticados de TDAH y sus variantes a través de “Medora” durante el período de Julio de 2014 a Julio de 2016.

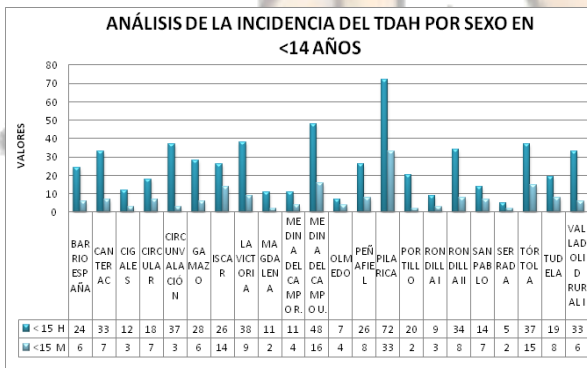


Prevalencia pediátrica media: **2,42%**

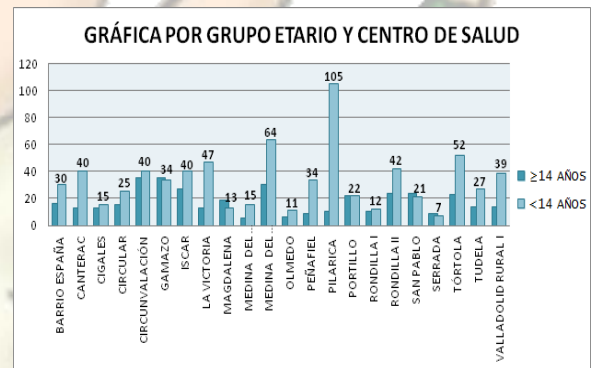


Prevalencia media población general: **0,423%**

**RESULTADOS**



Prevalencia media } ♂ **3.56%**  
 } ♀ **1.16%**  
 Relación ♂/♀: **3,25/1**



Prevalencia por zona: **2.6%** en Z. urbana y **2%** en Z. rural

**CONCLUSIONES**

- 1ª) La prevalencia de TDAH en <14 años es del 2.42%, muy inferior a lo observado en otros estudios
- 2ª) Variabilidad del diagnóstico entre centros estadísticamente significativa
- 3ª y 4ª) Prevalencia significativamente superior en el varón (x3) y en la zona urbana