

**EFFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL CON UN
RANGO DE EDAD ENTRE 4 Y 12 AÑOS POR EL SOBREDIAGNÓSTICO DEL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

Leidy Córdoba, María José Guanumen, Lina Henao y Susana Orozco

Escuela de posgrados, Universidad Católica Luis Amigo

ENITG02: Trabajo de grado

Daniel Alfredo Landinez Martínez

27 de mayo de 2022

Tabla de Contenido

Planteamiento del Problema	3
Justificación	9
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Marco Teórico	11
Capítulo 1: Sobrediagnóstico en el TDAH	11
Capítulo 2: Efectos del sobrediagnóstico del TDAH en la Calidad de Vida	18
Marco Metodológico	24
Criterios de Inclusión	25
Criterios de Exclusión	25
Resultados	26
Inconsistencias en el Diagnóstico y Prevalencia del TDAH como una Explicación de su Posible Sobrediagnóstico	26
Factores que Influyen en el Sobrediagnóstico del TDAH y sus Efectos	32
Argumentos a Favor y en Contra del Sobrediagnóstico de TDAH	39
Discusión	43
Referencias Bibliográficas	47

Planteamiento del Problema

El sobrediagnóstico es un fenómeno cuyo reconocimiento comenzó desde la segunda mitad del siglo XX a consecuencia de la detección generalizada de cánceres. Sin embargo, es a partir del siglo XXI, cuando este empieza a ser foco de atención por parte de los proveedores de atención médica y de los encargados de formular políticas (Singh et al., 2018). Autores como Franco, Zarazaga, y Culebras (2019), en su interés en torno al sobrediagnóstico han afirmado que este:

Consiste en ser diagnosticado y tratado por una entidad que no produce síntomas y que probablemente nunca se hubiese manifestado ni causado la muerte del paciente. Por tanto, si se decide tratar, no aportará ningún beneficio real y lo más probable es que el paciente lo que tenga sean perjuicios derivados de tratamientos muchas veces agresivos (p. 965).

En ese mismo orden de ideas, Brodersen et al. (2018) se refieren al sobrediagnóstico en términos de “convertir a las personas en pacientes innecesariamente, identificando problemas que nunca iban a causar daño o medicalizando las experiencias de la vida cotidiana a través de definiciones ampliadas de enfermedades” (p.1). En consonancia con ello, autores como Bulliard y Chiolerio (2015) además de atribuir el sobrediagnóstico al uso de pruebas de detección y diagnóstico cada vez más sensibles y a las definiciones ampliadas de afecciones que requieren una intervención, hacen énfasis en que este fenómeno es abiertamente reconocido como un problema de salud pública creciente, aunque en gran medida incomprendido.

La revisión bibliográfica permite evidenciar que el sobrediagnóstico es un tema ampliamente conceptualizado, sin embargo, autores como Jenniskens et al. (2017) destacan la

falta de consenso en su definición. Así mismo, los autores también enfatizan en su carácter universal, pues el sobrediagnóstico es un fenómeno discutido en múltiples contextos y prácticamente en todos los campos clínicos. En este orden de ideas, es importante mencionar que la naturaleza misma del sobrediagnóstico dificulta conocer con exactitud su prevalencia, sin embargo, es frecuente encontrar estudios donde se pretende identificar este fenómeno en poblaciones diagnosticadas con diferentes patologías. Ahora bien, para los fines particulares, más que centrarse en la prevalencia, resulta más útil ilustrar los campos clínicos en los que se centra el interés investigativo en este fenómeno.

De este modo, la revisión sistemática de Jenniskens et al. (2017) permitió un acercamiento, encontrando que, de los 1851 estudios analizados en torno al sobrediagnóstico, el 50% se publicaron en el campo de la oncología, encontrando que el cáncer de mama, próstata y pulmón fueron los más estudiados, con porcentajes de 34%, 24% y 14% respectivamente. Así mismo, en otros campos clínicos se encontró un énfasis del 9% en los trastornos mentales, 8% en enfermedades infecciosas y 6% en enfermedades cardiovasculares. Es así como, haciendo énfasis en el campo clínico de los trastornos mentales expuesto por dichos investigadores, se evidencia que, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el cual hace parte de los trastornos del neurodesarrollo, es uno de los más ampliamente vinculados con el sobrediagnóstico. En torno a ello se encuentra que, estudios como el de Kazda et al. (2021) que parte del interés por identificar los factores subyacentes a los aumentos reportados en los diagnósticos del TDAH, establecen que hay evidencia para afirmar que el TDAH es sobrediagnosticado en niños y adolescentes, determinando que los daños asociados al diagnóstico, a menudo, superan los beneficios.

En consonancia con lo anterior, es importante exponer que el TDAH está clasificado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* como un trastorno del neurodesarrollo, que se caracteriza por un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (American Psychiatric Association, 2014, p. 59). Así mismo, es de anotar que, entre los criterios diagnósticos se encuentra que algunos de los síntomas, ya sean relacionados con la inatención o la hiperactividad – impulsividad, deben presentarse antes de los 12 años, además, a menudo, el TDAH puede persistir hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional (American Psychiatric Association, 2014). Al respecto, Kazda et al. (2021) en los hallazgos producto de su revisión sistemática sobre el tema, enfatizan en que las personas con un sobrediagnóstico de TDAH se ven también afectadas o perjudicadas por los efectos adversos de la medicación durante la infancia, la adolescencia e incluso la edad adulta.

Partiendo de lo anterior, y antes de ahondar en otros asuntos, es importante detenerse en las causas y consecuencias ligadas al fenómeno del sobrediagnóstico, tanto a nivel general como específicamente en el TDAH. En cuanto a las causas, autores como Santos y Toscas (2015) desde una mirada más general destacan que, la necesidad del personal médico de aumentar el número de atenciones disminuyendo el tiempo en consulta, las falencias en la formación médica, las políticas gubernamentales ineficientes y los intereses comerciales, son algunas de ellas. Así mismo, otros autores como Cova et al. (2017) quienes se enfocan en los trastornos mentales, afirman que, en este ámbito las causas van muy ligadas a que la patologización sobrepasa en gran medida a las categorías y criterios diagnósticos estipulados en los manuales imperantes. En esa misma línea, Merten et al. (2017) concluyen que, en el TDAH y en otros trastornos, asuntos como la tendencia de los diagnosticadores a recurrir a heurísticas, la descripción poco precisa de

los síntomas por parte de los cuidadores y los niños y las diferencias interpretativas en los criterios diagnósticos, constituyen algunas de las causas del sobrediagnóstico.

Con respecto a las consecuencias del sobrediagnóstico, ahondar en ellas posibilita hacer aún más explícito el problema investigativo de interés, al poner en evidencia cómo estas tienen incidencia a distintos niveles. Partiendo desde la generalidad, se observa como varios autores coinciden en nombrar el sobretratamiento como la consecuencia principal e incluso más grave del sobrediagnóstico, ya que, el tratamiento derivado de un diagnóstico innecesario no va a representar ningún beneficio en el paciente, pero, sí puede ocasionar daños colaterales en su salud, incluyendo afectaciones de tipo psicológico, conductual y social relacionados estrechamente con el etiquetado innecesario del diagnóstico (Bulliard y Chiolero, 2015; Singh et al., 2018; Coll et al., 2018). Por otro lado, también entran en juego las consecuencias de tipo económico, que repercuten en el individuo, en su familia y también a nivel sanitario contemplándose sobrecostos y desperdicio de recursos (Bulliard y Chiolero, 2015; Singh et al., 2018, Kazda et al., 2021).

Siguiendo esta línea, Coll et al. (2018) exponen que el sobrediagnóstico no solo tiene un impacto directo en el individuo o paciente, sino también en la sociedad y en el mismo funcionamiento del sistema sanitario. Dichos autores afirman que “el sobrediagnóstico constituye un problema social, ya que pequeños cambios en los límites de las definiciones de enfermedad implican que grandes proporciones de población pasen a ser etiquetadas como enfermas” (p. 87). Además, consideran que, la evolución de las diferentes formas de abordar la práctica médica, que han cimentado el actual desempeño de los sistemas sanitarios, a veces contribuye a generar intervenciones inapropiadas que acarrear consecuencias que tienen un evidente impacto sobre el sistema de salud. Recopilando lo expuesto, se puede observar como el

sobrediagnóstico tiene incidencia en diferentes ámbitos o niveles, poniendo de manifiesto las afectaciones en la persona que lo recibe, que pueden, además, influir en su percepción respecto a su calidad de vida (CV). Para abordar esta idea, es necesario, en primera instancia, desarrollar el concepto de CV.

Según la OMS (1996) cuando se habla del concepto de CV, este puede contemplarse desde diferentes esferas o facetas, como lo es la física, la psicológica, el grado de independencia, las relaciones sociales, el entorno y lo espiritual del individuo. Por otro lado, autores como Urzúa y Caqueo (2012) retoman el concepto y exponen que, la percepción que tiene un individuo sobre su CV está atravesada por una diversidad de valoraciones, lo cual alude a que el concepto implica tanto un abordaje multidimensional como una apreciación personal del sujeto, ya sea desde el malestar o el bienestar. Así mismo, en la revisión bibliográfica surge el concepto de CV relacionado con la salud, encontrándose que, en el artículo de Cáceres, Parra y Pico (2018) la CVRS se dirige a la impresión sobre la salud y las capacidades que tiene el individuo, aunque se puede discernir entre el criterio de un profesional y la representación que tiene el sujeto sobre lo que es considerado como una buena vida. Siendo así, la CVRS se presenta como un indicador del estado de salud.

Partiendo de lo anterior, se expondrán algunos efectos que el sobrediagnóstico puede tener en la CV de quien lo recibe. Kazda et al. (2021) afirman que los efectos del sobrediagnóstico para el paciente pueden ser muy graves, ya que no solo se pueden presentar afectaciones en la salud derivadas del tratamiento, como se ha nombrado en líneas anteriores, sino que el etiquetado incorrecto de las personas como pacientes puede generar estigmatización, lo que a su vez se asocia con sentimientos de aislamiento, exclusión y vergüenza, esto en su conjunto tiene repercusiones negativas en el bienestar psicológico del individuo. Además de los

efectos sociales y psicológicos ya nombrados al recibir la etiqueta, los autores al evaluar el balance entre los beneficios y los daños en jóvenes que recibieron el diagnóstico de TDAH a pesar de presentar síntomas muy leves también encontraron efectos adversos de la etiqueta a nivel académico, al realizar la comparación con niños y jóvenes que a pesar de tener comportamientos similares no fueron diagnosticados. Todo esto, según los autores, representa un deterioro significativo de la CV del individuo.

Por otro lado, autores como Hernandez et al. (2017) plantean como resultado de su estudio que, recibir el diagnóstico de TDAH generó, según los mismos pacientes, afectaciones principalmente en tres esferas: la escuela, la familia y el bienestar psicológico. Estas afectaciones repercutieron en la percepción de la CV de los pacientes, siendo la escuela la dimensión con resultados más negativos. Al respecto puede decirse que, si bien estos son efectos percibidos por personas con un diagnóstico real de TDAH, no habrá una variación significativa en personas con un sobrediagnóstico de TDAH, puesto que, como enuncian Coll et al. (2018) los impactos o consecuencias del diagnóstico y el sobrediagnóstico en los pacientes son similares, ya que, un paciente sobrediagnosticado no tendrá una percepción diferente a la de cualquier otro paciente diagnosticado, en otras palabras, un caso de sobrediagnóstico no siempre tendrá un impacto personal diferente al de un diagnóstico simplemente por el posible hecho de ser un diagnóstico innecesario.

Adicional a lo expuesto, en un análisis sobre la CV relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad realizado por López et al. (2018), se concluyó que, los estudios que contemplan medir la variable bienestar en las personas y la evaluación del impacto de la CV han sido escasos, lo cual invita a la generación de nuevas investigaciones respecto al tema. Adicional a esta necesidad, las repercusiones o efectos en la

CV hasta el momento evidenciadas en las personas que reciben un sobrediagnóstico, genera un interés particular por conocer más ampliamente estos efectos en la población infantil a raíz de un sobrediagnóstico de TDAH, es por ello que, se plantea la siguiente pregunta de investigación: *En población infantil con un rango de edad entre 4 y 12 años ¿cuáles son los efectos sobre la calidad de vida del sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?*

Justificación

La población infantil es una de las más vulnerables en la actualidad; se estima que “El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología psiquiátrica que padece entre un 2 y un 5% de la población infantil” (Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad [FEAADAH], 2021). Así mismo, “El TDAH es crónico y comienza a revelarse antes de los 7 años. Se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta” (FEAADAH). Esta condición podría afectar de manera fuerte la calidad de vida del infante; puesto que, sus síntomas y signos hacen que desarrolle una serie de condiciones que no le permiten su libre desarrollo y formación en la sociedad. En algunos casos se ve como una enfermedad multifactorial; lo cual también puede repercutir en la vida de las personas a su alrededor.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, esta revisión sistemática y los estudios de la misma son importantes porque después de comprender las elevadas cifras frente a las causas y consecuencias en el sobrediagnóstico del TDAH permite la consolidación de nuevos saberes en los que se pueda evidenciar cómo este fenómeno puede afectar la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta las posibles patologías psicológicas que afectan sus procesos de relación y

sociabilidad con los demás.; puesto que, es posible la existencia de una serie de elementos que afecten la comprensión y la realidad de vida del infante. A lo cual Hernández et al (2017) señalan que:

Los niños con TDAH recién diagnosticados tienen una peor percepción de su calidad de vida en relación con el grupo de niños sin TDAH. En todas las dimensiones analizadas se demuestran diferencias significativas entre los dos grupos. Puede afirmarse que globalmente los pacientes afectados por TDAH tienen una percepción propia de su estado vital algo peor que los niños sin TDAH.
(p.31)

De otro lado, la pertinencia en el estudio del sobrediagnóstico en niños con TDAH podría dar luz a la generación de nuevos conocimientos relacionados con este fenómeno y en ese sentido aportará a una cuestión desde la ética profesional para la comprensión del mismo, lo cual influirá en la sensibilización y concientización de las alteraciones y/o afectaciones que puede producir el sobrediagnóstico en los pacientes y su ambiente. Por consiguiente, algunos autores afirman que, un diagnóstico descontextualizado de la realidad permeado por intereses (económicos y éticos) externos dentro del mismo, han contribuido al aumento del TDAH. Por lo cual es importante los aspectos éticos profesionales de los sectores e instituciones responsables de las emisiones diagnósticas para evitar cualquier irregularidad en estos procesos y que estos mismos sean dictaminados bajo estrictos parámetros médicos. (Trujillo et al., 2012).

Finalmente, la precedencia de este estudio aportaría a la deconstrucción de los paradigmas en los que se enmarca el sobrediagnóstico, impactando positivamente en la calidad de vida del niño desde los diferentes contextos,(familiar, escolar y social),impactando favorablemente los escenarios en el que este está inmerso liberándose de los estigmas y etiquetas

que han sido creadas bajo un imaginario social con un sentido excluyente, los cuales limitan su participación en los diferentes contextos sociales en donde la perspectiva con la que son percibidos condicionan su calidad de vida y su interacción con el medio.

Objetivos

Objetivo General

Describir los efectos sobre la calidad de vida en población infantil con un rango de edad entre 4 y 12 años, del sobrediagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad identificados en la literatura entre los años 2006 y 2021.

Objetivos Específicos

- Identificar la relación existente entre el sobrediagnóstico de TDAH y la calidad de vida
- Identificar la incidencia del sobrediagnóstico en el TDAH
- Identificar y describir las principales causas de sobrediagnóstico de TDAH

Marco Teórico

Capítulo 1: Sobrediagnóstico en el TDAH

A lo largo de esta investigación, se ha realizado un abordaje conceptual del Sobrediagnóstico y del TDAH. Con el fin de indagar a nivel teórico frente a cada uno de estos conceptos, se retoman planteamientos desde diferentes autores. Uno de los hallazgos sobre la conceptualización del sobrediagnóstico planteado por Martin y Tranche (2016) afirman que: “el

concepto de sobrediagnóstico fue descrito inicialmente en relación con el cribado del cáncer, y se popularizó el año 2011 con la publicación del libro *Overdiagnosed*”. (p.1). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede evidenciar que el sobrediagnóstico es un concepto “nuevo” ya que se empieza a visualizar a partir de la última década, haciendo referencia a un tema específicamente de salud y llamando la atención del campo científico.

Dado lo anterior, se puede continuar la discusión. las determinaciones de Novoa (2018) quien señala que “el sobrediagnóstico es un fenómeno emergente e inesperado en medicina. En términos de filosofía del conocimiento, es una anomalía del paradigma” (p.14). Por tal razón sería oportuno un amplio despliegue investigativo (que se interese en los factores y causales del sobrediagnóstico) que permita el reconocimiento de prácticas y patrones que desencadenan estas irregularidades, considerando los aspectos multifactoriales que dan pie a tal situación dentro del ámbito de la medicina; para que de alguna u otra forma permita contrarrestar las endebles que acarrea este fenómeno. También desde este punto, es considerable retomar la importancia de los aspectos éticos profesionales, que permitan actuar selectivamente y con precaución ante lo desconocido, es decir, que desde los fenómenos que se presente desde el campo de la medicina no se pretenda “experimentar” o llevar a cabo acciones que sean contraproducentes en la vida del paciente.

Por consiguiente, resulta oportuno clarificar y conceptualizar este fenómeno. Ante lo se cual determina que:

El término sobrediagnóstico se define como el diagnóstico de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de una persona y que, en cambio, el tratamiento y el seguimiento para tratar esta enfermedad ocasionarán daños y costos, sin aportar ningún beneficio. (Martin y Tranche 2016, p. 619)

Además de esto, es imprescindible considerar otras definiciones referentes al sobrediagnóstico para que así se posibilite vislumbrar ampliamente dicha información, por lo cual se retoman los aportes de algunos autores los cuales señalan que,

El sobrediagnóstico no es un problema de error diagnóstico, sino de pronóstico. Se produce cuando se identifican anomalías que no causarían daños, aunque existan, o medicalizando problemas de la vida al expandir la definición de enfermedades, reduciendo los umbrales diagnósticos, o definiendo como enfermedades lo que son consecuencias de problemas sociales (pobreza, duelo, desarraigo, soledad, etc.) (Galindo et al, 2018, p.1)

Dado lo anterior, es posible comprender las falencias médicas con relación a la delimitación sintomatológica en la detección de posibles enfermedades en pacientes, conllevando así a un aumento significativo del sobrediagnóstico y de otras patologías como es el sobretratamiento o las afecciones a nivel de salud. Ante lo cual, se podría establecer un requerimiento tanto a médicos como a directivas y al sistema de salud en general, de reflexionar frente a diagnóstico del trastorno.

Continuando con la conceptualización referente al sobrediagnóstico, se destacan los aportes que recalcan algunas inconsistencias en el manejo del diagnóstico del TDAH y según (Barkley 2009) observó ciertos problemas en la aplicación clínica de los criterios del DSM-IV; específicamente señaló dificultades con la extensión del listado de síntomas y con sus definiciones operacionales. Del mismo modo, estimó que las observaciones respecto a estas cuestiones podrían mejorar los criterios diagnósticos de cara a la publicación del DSM-5 cuestión que finalmente no ocurrió (p. 101). Por ello, es importante comprender cuáles son los parámetros establecidos para la detección del TDAH y desde dónde se da lugar a los mismos.

De acuerdo con la clasificación estipulada por el DSM – 5 “los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo” (APA, 2014, p. 31), los cuales suelen presentarse de manera precoz y se caracterizan por un déficit del desarrollo que ocasiona deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional; además, es de destacar que, estos trastornos son frecuentemente concurrentes. De este modo, dentro del grupo de los trastornos del neurodesarrollo se encuentra el *Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad*, el cual se caracteriza por un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (APA, 2014, p.61) Con base en ello, se precisa que, la *inatención* se evidencia en conductas como desviaciones en las tareas, poca persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización; la *hiperactividad*, por su parte, hace referencia a una actividad motora excesiva, mientras que la *impulsividad* se entiende como acciones apresuradas y sin reflexión.

Aunado a lo anterior, se hace énfasis en que el TDAH empieza en la infancia, siendo requisito que varios de los síntomas se presenten antes de los 12 años, además, se resalta que, a pesar de que muchos comportamientos sintomáticos se pueden observar desde la primera infancia, “los síntomas son difíciles de distinguir de los comportamientos normales, muy variables antes de los 4 años” (APA, 2014, p. 62). Por lo anterior, el TDAH suele identificarse durante la escuela primaria, cuando la inatención se hace más evidente y repercute en el rendimiento escolar. Por otro lado, es importante nombrar que este trastorno es relativamente estable durante la adolescencia, puesto que algunos síntomas llegan a ser menos obvios, sin embargo, otras dificultades pueden persistir incluso hasta la edad adulta. Por último, cabe destacar que, en cuanto a la prevalencia de este trastorno, “las encuestas de población sugieren

que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos” (APA, 2014, p. 61).

Con base en las líneas anteriores referentes a la prevalencia del TDAH, es preciso considerar la existencia de un posible sobrediagnóstico de este trastorno. Por ello es relevante revisar las cifras de los estudios que se han realizado en torno a esta situación. Ante lo cual se precisa que, en los últimos cinco años en los Estados Unidos el TDAH ha aumentado en un 22%, lo que quiere decir que 1 de cada 10 niños (10%) es diagnosticado con TDAH suponiendo casi un 5,4 millón de niños de 4 a 17 años en este país. (García y Dominguez, 2012). Así como ocurre en los EE.UU. en Latinoamérica también es notoria la prevalencia del diagnóstico con relación al TDAH. Autores como De la Peña, Palacio, & Barragán, (2010). destaca que, desde un discurso médico del TDAH, en el año 2010, un grupo de especialistas crea la “Declaración de Cartagena para el TDAH: rompiendo el estigma”, en el cual se indica la terrible problemática que es el poseer TDAH, la escalofriante prevalencia de treinta y seis millones de personas con este trastorno (ubicadas en América Latina) y las únicas medidas para su solución el tratamiento psicológico y farmacológico (p 98).

Sumado a esto casos, se retoman otros datos estadísticos en relación con las cifras de los niños y adolescentes que están diagnosticados con TDAH, como lo exponen Ñañez y Duque (2019) en su artículo sobrediagnóstico en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) “La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) hablan del “TDAH como una patología psiquiátrica que padece entre un 2 % y un 5 % de la población infantil. Así, se trata de uno de los trastornos más importantes de la psiquiatría infanto-juvenil, pues constituye cerca del 50 % de su población

clínica” (p 12). En un estudio realizado por Weiss et. al (2015) se encontró que la prevalencia de TDAH en niños escolares, en diferentes naciones del mundo, es de 5.29 %. (p.6)

En consonancia con lo anterior, el aumento en las cifras de prevalencia del TDAH conlleva a considerar la posible existencia de un presunto sobrediagnóstico. Dado esto, es necesario plantear de manera coherente argumentaciones teóricas que den sustento a esta hipótesis. En consonancia, hay quienes plantean que, el aumento puede deberse a dos posibles variables: la primera gira en torno a la producción de un contenido más sensible al TDAH para su diagnóstico; y la segunda apunta a que, debido a las inconsistencias que presentan las técnicas para reunir la información, estas mismas no delimitan con objetividad las averiguaciones o datos necesarios que determinan el diagnóstico del trastorno, por tanto puede conllevar a un sobrediagnóstico en el que se vea necesario un medicación que puede ser abordada desde intervenciones psicoterapéuticas sobre el niño (Posada y Ramírez 2016). Dado lo anterior, es imprescindible seguir esbozando acerca de un eventual sobrediagnóstico.

Por esa razón, se retoman las precisiones acerca del diagnóstico del TDAH de acuerdo con el DSM –5 y la contraposición de un diagnóstico con base en este. Algunas determinaciones apuntan a que, “Se debe tener presente que el DSM-5 clasifica los trastorno más no corresponde a un manual clínico de psicopatología, y aunque este puede ser útil presentan algunas restricciones y puede ser sesgado” (Padreira y González 2017, p 48). Según lo anterior, evaluar las causas y la posible condición de un Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de acuerdo a las prescripciones establecidas desde el DSM-5 sería una muestra precisa del sobrediagnóstico del trastorno. También se ha encontrado que hay algunos autores que cuestionan los parámetros con los que se ha diagnosticado Históricamente, como lo cita García de Vinuesa et al (2017) “Es justo afirmar, que no sólo los criterios diagnósticos del TDAH

carecen completamente de validez, sino que su carta de presentación histórica, al ser cuidadosamente analizada, se desmorona” (p 108).

Por otro lado, en revisión del artículo de Saiz (2018) en el cual afirma que, “en la práctica, estas herramientas solo se usan parcialmente. Un estudio reveló que el 64% de los neuropediatras y psiquiatras infantiles españoles iniciaban el tratamiento farmacológico teniendo en cuenta únicamente la sintomatología del niño. (p 306). Tenido en cuenta que, en la construcción, práctica y manejo de los criterios diagnósticos no se hacen con un enfoque riguroso (se desconocen otros factores que pueden incidir en la detección del TDAH) esto podría dar cuenta de posibles irregularidades y sobrediagnóstico del trastorno, por ejemplo, en primera instancia se suscita la cuestión de la que se hace hincapié a lo largo de este artículo, la cuestión ética y también a los intereses económicos con relación al tratamiento farmacológico y su industria.

Así mismo, de acuerdo con Kazda et al. (2019) se ha evidenciado un aumento en las tasas de prevalencia del TDAH, surgiendo una discusión acerca de si es un aumento real o este se debe a una mejor detección, un diagnóstico erróneo o quizás un sobrediagnóstico. Dichos autores también manifiestan que, el sobrediagnóstico del TDAH puede estar atribuido a diversos factores, entre ellos destaca tres: en primer lugar está la sobredefinición, que se refiere a ampliar la definición de la enfermedad de modo que cobije a personas con síntomas ambiguos o leves; en segundo lugar, está la sobredetección, ligada por ejemplo a examinar a niños muy pequeños para detectar problemas de conducta; y por último, se encuentra la medicalización de algunos patrones de conducta, por ejemplo, en los niños más pequeños de un grado escolar. Adicional a ello, también mencionan factores como los cambios formales en el umbral de diagnóstico de los manuales y la influencia de la industria farmacéutica.

A manera de síntesis, es importante decir que, desde la revisión bibliográfica y las estadísticas encontradas acerca de la población que presenta TDAH, se sugiere que existe un sobrediagnosticado de este trastorno. Sumado a esto, las evidencias en las malas prácticas para realizar su diagnóstico, lo cual podría presentarse por un desconocimiento en el mismo TDAH, su conceptualización o una generalización en la sociedad sobre las actitudes, conductas o comportamientos de los niños y niñas, que son consideradas inadecuadas, por consiguiente no acudir a los profesionales idóneos para realizar un diagnóstico adecuado, la falta de tiempo en la realización de las pruebas y continuidad en el proceso, como se ha mencionado anteriormente, son posibles causales predominantes en el sobrediagnóstico del TDAH.

Capítulo 2: Efectos del sobrediagnóstico del TDAH en la Calidad de Vida

El interés por precisar la noción de CV a lo largo de la historia ha sido amplio. Desde la antigua Grecia los filósofos ya se preocupaban por buscar el significado de la vida y definir las pautas que podrían ayudar a alcanzar un nivel superior de existencia, un ejemplo de ello es el análisis del concepto de “buena vida” en las obras de Platón y Aristóteles. Sin embargo, el concepto como tal de CV, fue utilizado por primera vez en 1920 por A.C. Pigou en su libro sobre el bienestar económico, siendo totalmente ignorado hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (Ruževičius, 2014). Fue en ese entonces cuando el término fue acuñado en los Estados Unidos, refiriéndose en sus inicios a aspectos relacionados únicamente con el consumo y la opulencia, para después evolucionar gradualmente e incluir aspectos como la satisfacción con la vida y la realización de las aspiraciones y necesidades, es decir, el concepto fue sufriendo una transformación paulatina del *tener* hacia el *ser* (Owczarek, 2010).

En consonancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (1996) propone una definición de la CV en función de:

La manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (p. 385).

Es importante precisar que, a partir de esta conceptualización surgieron otras propuestas que presentan similitud, como es el caso de la planteada por Ramírez (2007) en su revisión sistemática sobre la CV relacionada con la salud, en la cual define la CV como un concepto multidimensional y subjetivo que se construye por la “experiencia de cada persona considerando cada contexto de su cultura y sistema de valores en los que está introducido y evaluado por la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo, libre de juicios y valores externos a él” (p. 209). De acuerdo con esto, la CV proporciona un marco de referencia integrador para promover el bienestar individual, familiar, en la prestación de servicios y apoyos.

En ese orden de ideas, Ardila (2003) en su artículo *calidad de vida: una definición integradora*, afirma que la CV es un “estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social” (p. 163). En consonancia con ello, Casas et al. (2011) propone que, “la CV consiste en la percepción subjetiva del estado de salud, incluyendo la enfermedad y el tratamiento, sobre el funcionamiento físico, psicológico y social” (p. 119), En esa misma línea, otros autores reconocen la CV como un componente subjetivo e integral y de gran impacto en la población dado que, incluye elementos tanto internos como externos del individuo y como estos pueden llegar a incidir en su estado de salud (Danckaerts 2010; Ramírez 2007).

Con base en lo anterior puede decirse que, la CV es un concepto multifacético, además, responde a la transformación y desarrollo social. Partiendo de ello, autores como Quintero et al. (2021) plantean que, “la CV contempla aspectos físicos, emocionales y sociales. Sin embargo, su satisfacción depende de los recursos potenciales del individuo y del medio en el cual se desarrolla...” (p. 4). En virtud de lo anterior, es fundamental abordar el concepto de CV teniendo en cuenta la integralidad humana, donde convergen aspectos biológicos, psicológicos, sociales, éticos, políticos, culturales, históricos, económicos, espirituales y estéticos, entendiendo que, ninguno de estos aspectos puede ser más relevante que el otro (Galán 2012). Así mismo, es importante nombrar el término CVRS, autores como Hernández et al. (2017) la definen como la “autopercepción subjetiva e individual de los pacientes respecto a su salud, así como el grado de bienestar físico, social y psicológico respecto a la enfermedad y al tratamiento” (p. 31).

Con base en la exploración realizada y a modo de síntesis, se destaca que, si bien el concepto de CV puede ser controversial y en la literatura se encuentra una amplia gama tanto de definiciones como de dimensiones o criterios implicados en su valoración, puede decirse que, todas las definiciones, en mayor o menor medida, apuntan a que una percepción general de bienestar en un espectro amplio de dimensiones que posibilita un adecuado funcionamiento del individuo, puede considerarse como un estado ideal u óptimo de CV, además, se evidencia que, existe un consenso en los autores en torno a que la CV se ha convertido en un importante indicador de salud, y que considerar su evaluación permite determinar en gran medida la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Partiendo de lo anteriormente expuesto en cuanto al concepto de CV y a modo de interrelación con el trastorno de interés, es necesario exponer brevemente, antes de hablar de las afectaciones en la CV propiamente por el sobrediagnóstico de TDAH, cómo es la CV de los

infantes diagnosticados con TDAH. En primera instancia es importante considerar que, en el TDAH, según el DSM – 5, la gravedad del trastorno se determina de acuerdo con la cantidad de síntomas presentes y con el nivel de deterioro funcional producto de estos, estableciéndose para ello tres niveles: leve, moderado y grave (APA, 2014). De acuerdo con ello, puede formularse que, las afectaciones en la CV pudieran ser acordes a dichos niveles. Al respecto, Danckaerts et al. (2010) en su revisión sistemática, hacen hincapié en que la evidencia sugiere que a medida que aumenta la gravedad del trastorno, aumenta también el deterioro de la CV, sucediendo lo mismo cuando el trastorno se complica por la presencia de comorbilidad o factores psicosociales estresantes.

Por otro lado, en torno a la CV en los niños con este diagnóstico, se ha encontrado que, el TDAH genera afectaciones principalmente en tres ámbitos: la escuela, la familia y el bienestar psicológico, siendo la escuela la dimensión con resultados más negativos (Hernández, et al., 2017). En este último aspecto también coinciden autores como Naranjo et al. (2019), quienes sugieren además que, las limitaciones y dificultades a nivel escolar, pueden traducirse en una percepción más baja de la CV, debido a la alta probabilidad de que se generen situaciones de frustración y rechazo. Otro aspecto a considerar es que, cuando el TDAH está asociado con problemas de conducta, existe una relación negativa significativa con la satisfacción con la vida (Danckaerts et al., 2010; Casas et al., 2011), ya que, hay un mayor riesgo de sufrir rechazo por parte de los pares, bajo rendimiento académico y baja autoestima. Por su parte, autores como Danckaerts et al., 2010, entre otras cosas, exponen que, para los padres el TDAH compromete seriamente la CV de sus hijos, destacándose fuertes efectos negativos en los dominios psicosociales, de logros y de autoevaluación.

Detenerse en lo anteriormente expuesto cobra relevancia por dos razones: en primer lugar, porque algunos autores, como Coll et al. (2018) sugieren que los impactos o efectos del diagnóstico y el sobrediagnóstico son similares, ya que, un paciente sobrediagnosticado no tendrá una percepción respecto a su situación diferente a la de cualquier otro paciente diagnosticado, por ende puede decirse que, si un paciente diagnosticado con TDAH percibe afectaciones en su CV, un paciente sobrediagnosticado también lo hará; en segunda instancia, de acuerdo a los niveles de gravedad establecidos en el DSM - 5 para el TDAH, se puede hipotetizar que, los casos de sobrediagnóstico se ubican predominantemente en el nivel leve. En relación con ello, en EE.UU. por ejemplo, las tasas de prevalencia del TDAH han aumentado sustancialmente en los últimos años, encontrándose que la mayoría de los casos han sido notificados como formas leves y moderadas, ante lo cual se argumenta que muchos de ellos pueden representar un sobrediagnóstico (Kazda, et al., 2019). Siendo así, los niños sobrediagnosticados, pese a no presentar un gran nivel de deterioro, si padecerán los efectos de recibir un etiquetado innecesario.

Con base en lo sugerido, es pertinente explorar más a fondo cuáles serían esos efectos en la CV de los niños al recibir propiamente un sobrediagnóstico de TDAH. Según Coon et al. (2014) el sobrediagnóstico de enfermedades en adultos ha tenido un gran reconocimiento, a diferencia del sobrediagnóstico en niños. Explorar la posibilidad de sobrediagnóstico en pediatría es importante, ya que, este puede estar ligado a condiciones comúnmente diagnosticadas, como el TDAH. Al respecto se plantea que, en un grupo de niños pertenecientes a un determinado grado escolar, los niños más pequeños tienen significativamente más probabilidades que sus compañeros mayores de recibir un diagnóstico de TDAH, debido a su conducta inmadura, situación que podría catalogarse como un sobrediagnóstico, al representar una oportunidad poco

clara de beneficio. Así mismo, los autores en su interés por identificar los daños del sobrediagnóstico en población pediátrica recurren a una taxonomía que los enmarca en cuatro dominios: efectos físicos, efectos psicológicos, tensión financiera y costo de oportunidad.

En esa misma línea, autores como Kazda et al. (2021) afirman que, ante un sobrediagnóstico de TDAH, la salud general de los niños no mejora porque los daños del diagnóstico y el tratamiento superan los beneficios. Los autores presentan también una clasificación similar a la anteriormente expuesta, nombrando daños a nivel físico, psicosocial y financiero, que son experimentados directamente por los pacientes jóvenes y sus familias, pero, además, indican que el sistema de salud y la sociedad en general también se ven afectados, al sufrir los costos económicos y de oportunidad. Por su parte, Ford (2015) resalta la preocupación por el diagnóstico apropiado del TDAH, no solo por los importantes costos sociales y económicos derivados de un mal diagnóstico, sino también, porque los niños diagnosticados tienen un alto riesgo de presentar problemas en múltiples ámbitos y a largo plazo, lo cual incide en su bienestar. Adicionalmente, destaca que, el sobrediagnóstico seguido de medicalización innecesaria genera una preocupación significativa por el riesgo asociado de efectos secundarios.

Con base en lo anterior, Carter et al. (2015) enuncian que, intervenir a personas que no requieren intervención y etiquetarlas como enfermas, produce complicaciones que reducen su CV. En torno a ello y retomando la idea de un posible sobrediagnóstico en los casos más leves de TDAH, Kazda et al. (2021) encontraron una gran proporción de casos recién detectados con síntomas de TDAH más leves. En estos casos se destaca que, los beneficios pueden verse superados por los daños, puesto que, la etiqueta de diagnóstico puede producir efectos sociales, psicológicos y académicos adversos, en comparación con quienes a pesar de presentar comportamientos y síntomas similares no son diagnosticados. Adicionalmente, la

estigmatización generada a partir de un diagnóstico puede crear una identidad asociada a sentimientos de aislamiento, exclusión y vergüenza.

Partiendo de lo expuesto respecto a los efectos del sobrediagnóstico del TDAH y relacionándolo con el concepto de CV, puede decirse que, son múltiples las afectaciones ocasionadas a raíz del sobrediagnóstico, las cuales tienen incidencia en distintos dominios y en gran medida van a influir en la percepción que el infante tiene de su CV. El solo hecho de recibir un etiquetado innecesario, generará afectaciones de tipo psicológico, conductual y social (Bulliard y Chiolero, 2015; Singh et al., 2018; Coll et al., 2018). Adicional a ello, el sometimiento del niño a las diferentes intervenciones, incluyendo las de tipo farmacológico, puede producir secuelas o efectos secundarios incluso más graves que los síntomas por los cuales se le diagnosticó. Esto a su vez, conlleva afectaciones de tipo económico no solo para la familia del niño sobrediagnosticado, sino también para el sistema de salud, al invertir recursos en intervenciones innecesarias (Bulliard y Chiolero, 2015; Singh et al., 2018, Kazda et al., 2021).

Marco Metodológico

La presente propuesta de investigación se enmarca dentro de la metodología de la revisión sistemática, la cual permitirá, mediante el análisis de la evidencia científica disponible, dar respuesta a la pregunta de investigación formulada. De este modo, para lograr identificar la relación existente entre la variable dependiente “calidad de vida” y la variable independiente “sobrediagnóstico de TDAH”, se realizan dos tipos de análisis, uno cronológico y otro bibliométrico.

Mediante el análisis cronológico se pretende precisar la relevancia del tema investigativo, teniendo en cuenta autores, revistas e instituciones más importantes de la búsqueda realizada en la base de datos electrónica Scopus. Por su parte, dentro de la ecuación de búsqueda se utilizó el

operador booleano “AND” de la siguiente manera: "Attention-Deficit/Hyperactivity disorder" AND "overdiagnosis" AND "effects” con un resultado total de 347 artículos.

En cuanto al análisis bibliométrico, este permite revisar cuál ha sido el avance de los estudios de investigación entre los años 2006 y 2021, por medio del árbol de la ciencia, el cual posibilita el reconocimiento de los estudios de raíz, tronco y hojas. La raíz hace referencia a los artículos base; el tronco, indica cuales son los artículos que soportan el tema de investigación y finalmente, las hojas representan las nuevas perspectivas del tema de investigación. Para obtener como resultado el árbol de la ciencia, se tuvo en cuenta el uso de la herramienta de software libre “RStudio Cloud” que facilita el análisis de datos.

Criterios de Inclusión

- Estudios que incluyan un rango de edad (4-12 años)
- Estudios relacionados con el TDAH y el sobrediagnóstico
- Estudios relacionados con el sobrediagnóstico y la calidad de vida
- Estudios realizados entre los años 2006 y 2021
- Incluir sólo artículos de investigación de bases de datos científicas

Criterios de Exclusión

- Estudios que incluyan patologías neurológicas y psiquiátricas diferentes al TDAH
- Estudios que incluyan un rango de edad diferente de 4-12 años
- Estudios que superen el lapso de tiempo estipulado.
- Excluir artículos que no correspondan a investigaciones científicas

Finalmente, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la revisión contempló 53 artículos que cumplieran a cabalidad con los criterios establecidos.

Resultados

Inconsistencias en el Diagnóstico y Prevalencia del TDAH como una Explicación de su Posible Sobrediagnóstico

El TDAH es considerado como uno de los trastornos neuroconductuales infantiles más comúnmente diagnosticados (Pliszka, 2007; Polanczyk et al., 2007; Larson et al., 2011, Wolraich et al., 2011; Schellack & Meyer, 2012), siendo el foco de una gran cantidad de estudios científicos y clínicos al ser una condición que causa un deterioro significativo en los sujetos que lo padecen (Pliszka, 2007). Es así como la prevalencia del trastorno se constituye como un tema frecuente de interés entre los estudios, lo cual se evidencia en esta primera línea, haciendo énfasis particularmente en el reconocimiento de las discrepancias o variabilidad que existen en las estimaciones a nivel mundial. De acuerdo con Polanczyk et al. (2007), las razones de la variabilidad no están del todo claras, aunque los autores la suelen atribuir a diversos factores.

Esta variabilidad se evidencia en algunos estudios que determinaron la prevalencia del TDAH del 3, 4 y 5-7 % en niños (Thapar y Cooper, 2016; Schellack y Meyer 2016; Yadav et al., 2021). Hablando en términos locales, Colombia resulta ser el país con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población (Pineda et al., 2001). En consonancia con ello, otros autores como Vélez y Vildarte (2012) afirman que la prevalencia en Colombia es mayor que en otros países, sin embargo, también plantean que existe la necesidad de más estudios estructurados para unificar criterios y poder establecer una prevalencia real en el país, al encontrarse datos muy variados en diferentes estudios realizados en varias ciudades y con diferentes metodologías. Al respecto, Llanos et al. (2019) reafirman que, en Colombia la prevalencia se aleja de lo que está expuesto en las cifras a nivel mundial, encontrando en un estudio más reciente una prevalencia entre el 15 y el 17%.

Dando continuidad al asunto de la prevalencia del TDAH a nivel mundial, en algunos metaanálisis revisados (Polanczyk et al., 2007; Willcutt, 2012, Polanczyk et al., 2014; Thomas et al., 2015) se definieron estimaciones de 5,29%, 5,9 – 7,1 % y 7,2 % respectivamente, evidenciándose nuevamente una variabilidad. Aunque existen investigaciones que concluyen que se pueden dar diferencias significativas en la prevalencia según el género, la raza, la edad, el origen étnico, los problemas de salud crónicos y los ingresos económicos (Cuffe et al., 2005; Mwamba et al., 2019; Schellack y Meyer, 2016; Jain y Katic, 2016), los metaanálisis mencionados llegan a una conclusión común y es que la variabilidad encontrada parece explicarse principalmente por las características metodológicas de los estudios.

Entre las variables metodológicas que se encontraron significativamente asociadas se destacan: el requisito de deterioro para el diagnóstico, los criterios diagnósticos y la fuente de información. Respecto a ello, los resultados de la revisión de Polanczyk et al. (2007) destacan que, los estudios que no contaban con una definición de deterioro presentaban tasas de prevalencia de TDAH significativamente más altas que aquellos que sí contaban con una definición de deterioro. Así mismo, se halló que, los estudios basados en los criterios DSM- 3R o CIE-10, tuvieron tasas de prevalencia de TDAH significativamente más bajas que los que utilizaron los criterios del DSM-4. A partir de ello, se genera una controversia dado que, los criterios del CIE-10 y el DSM-4 a pesar de proporcionar un listado de síntomas muy similares, recomiendan diferentes formas de establecer un diagnóstico. Por su parte, los estudios que se basaron en la información proporcionada por los padres, los maestros o “la regla”, se asociaron con tasas de prevalencia de TDAH significativamente más altas que los que se basaron en un procedimiento de estimación óptimo.

Así mismo, las variaciones en las estimaciones han generado también un debate acerca de si el TDAH es diagnosticado de manera excesiva en los niños y los estudios médicos han encontrado una tendencia a un posible sobrediagnóstico (Bruchmüller et al., 2012, Thomas et al., 2015). Aunque todavía se desconocen las causas del aumento de la prevalencia del TDAH, investigaciones recientes plantean que, además de la heterogeneidad en los métodos de evaluación y los problemas relacionados con las diferencias metodológicas en los estudios, la falta de consenso entre los autores en relación al diagnóstico puede tener mucho que ver (Thapar y Cooper, 2016; Heidbreder, 2015; Kiely y Adelman, 2015). Aun así, se desconoce si verdaderamente las tasas en la prevalencia están aumentando o si este incremento se debe a un posible sobrediagnóstico (Jain y Katic, 2016).

Otros estudios demuestran, además, que los terapeutas no se adhieren estrictamente a los manuales, sino que, suelen ser frecuentemente influenciados por sesgos y reglas generales (heurística de representatividad) o, suelen basar sus diagnósticos en los criterios de síntomas más prominentes, lo cual puede conducir a un sobrediagnóstico (Bruchmüller et al., 2012). Así mismo, Willcutt (2012) concluyó que, cuando se aplicaron los criterios completos del DSM-IV en lugar de los criterios de síntomas solos, una proporción más pequeña de personas cumplió con los criterios para el TDAH, además, las medidas poco fiables de deterioro limitan inevitablemente la validez del diagnóstico y podrían conducir fácilmente a un sobrediagnóstico o infradiagnóstico de TDAH cuando se aplican los criterios completos del DSM-IV. Por su parte, Bruchmüller et al. (2012) concluyeron, además, que el sobrediagnóstico de TDAH frecuentemente condujo a la medicación, y teniendo en cuenta el riesgo de los efectos secundarios adversos de los estimulantes, quedó demostrando que los diagnósticos erróneos

pueden tener un impacto negativo no solo en los sujetos, sino en el sistema de atención médica y en la sociedad en su conjunto.

Cabe destacar que, los factores que están inmersos en el diagnóstico actual del TDAH están ligados principalmente a las evaluaciones basadas en la entrevista, según lo observado por padres, cuidadores o maestros, un sistema basado en los síntomas informados por el historial médico, el desarrollo temprano del paciente, y los criterios diagnósticos enumerados según el DSM- 5 (Yadav, 2021; Moden, 2015). A causa de esto, la confiabilidad y validez han sido cuestionadas por las diferencias en los diagnósticos emitidos para el TDAH. Adicionalmente, pese a que son múltiples los avances relacionados con el diagnóstico de trastornos neurológicos y psiquiátricos, en la actualidad, todavía representa un reto el diagnóstico preciso del TDAH, lo cual, a su vez, implica un riesgo de sobrediagnóstico de los síntomas (Kim, 2015).

Ante lo expuesto, se suman esfuerzos para que el proceso diagnóstico tenga un alto grado de objetividad, utilizando distintas herramientas para ello. Al respecto, Palacio et al., (2009) exponen que las evaluaciones de TDAH se fundamentan en la aplicación de escalas, las cuales se aplican de acuerdo con la edad de los pacientes. En escolares y adolescentes, por ejemplo, el uso de instrumentos estructurados de evaluación diagnóstica como el MINI-kid, o semiestructurados como el Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) o el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) puede apoyar el tamizaje para TDAH y permitir una mejor evaluación de la comorbilidad. Así mismo, para una evaluación objetiva de la gravedad sintomática es recomendable el uso de escalas validadas para el TDAH en escolares y adolescentes, como por ejemplo el SNAP-IV o el Cuestionario Latinoamericano para la Detección del TDAH. Adicional a lo anterior, los autores hacen énfasis en que no se cuenta actualmente con pruebas específicas para diagnosticar el TDAH, sino que, el diagnóstico se hace principalmente a través de la historia

clínica. Por su parte, las pruebas neuropsicológicas no son esenciales para el diagnóstico del TDAH, pero sí son un complemento útil que permite un seguimiento objetivo.

En lo referente al tratamiento o intervención de este trastorno, se resaltan los efectos positivos del tratamiento multimodal del TDAH para preescolares, escolares, adolescentes, dado que se propone el uso conjunto y racional de medidas psicosociales y tratamientos farmacológicos. En este sentido, la psicoeducación y el entrenamiento conductual para los padres también se consideran excelentes alternativas psicosociales en preescolares y escolares, mientras que, para la población de adultos y mayores, se recomienda la terapia cognitivo-conductual y la terapia grupal (Palacio et al., 2009).

Ahondando en el tratamiento farmacológico, Palacio et al. (2009) hacen referencia al metilfenidato como fármaco primario, seguido por la atomoxetina entendiendo las necesidades de la población escolar y adolescente con TDAH. Esta última surge como una de las nuevas alternativas de tratamiento, considerando su posible efectividad, eficiencia y que su costo, permite que sea asequible para la mayor parte de la población con este trastorno y sus diferentes comorbilidades.

Por tanto, se resalta la necesidad de incorporar diferentes métodos que permitan abordar el trastorno con estrategias innovadoras, una de ellas, son los biomarcadores para identificar objetivamente las condiciones mencionadas previamente y que, a su vez, contribuyan con la valoración cuantitativa de la evolución del paciente y la eficacia del tratamiento (Galiana, et al, 2020), mediante los estudios analizados por los autores, se identifica que los datos obtenidos mediante electroencefalografía cuantitativa (qEEG) pueden ser útiles para el diagnóstico y seguimiento del paciente con TDAH; pese a ello, no se aplica con frecuencia dado que muchos profesionales desconocen su potencial.

En esa misma línea, Güven et al. (2020) exponen el surgimiento de diversos métodos para discriminar a los pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y al grupo de control mediante la medición simultánea de electroencefalografía (EEG) y espectroscopia funcional de infrarrojo cercano (fNIRS), en donde a manera de conclusión, es un método bastante eficaz, en el sentido de que los parámetros de qEEG podrían aportar información relevante en el contexto del TDAH, sin embargo, está levemente limitado para complementar otros métodos de diagnóstico subjetivo y no a su reemplazo, pues los datos publicados son preliminares y se necesitan estudios más amplios y profundos. No obstante, el qEEG pretende abordar el TDAH de mejor manera, al tener en cuenta factores como su neurofisiología, caracterizar sus subtipos y así, avanzar hacia tratamientos e intervenciones más personalizadas y efectivas posibles, que respondan a las necesidades específicas de cada persona a partir de sus individualidades y particularidades (contexto y factores socioculturales, económicos, educativos, familiares).

Finalmente, Chow et al. (2020) plantean que, aunque el diagnóstico de este trastorno está basado en síntomas centrales con criterios de verificación, la implicación de la subjetividad del profesional evaluador puede conllevar a un sobrediagnóstico, es decir, se le atribuye el diagnóstico de TDAH a personas que no lo padecen, dado que algunas conductas se asemejan a los criterios del trastorno. De manera que el sobrediagnóstico del TDAH en niños se asocia tanto a la falta de evidencias clínicas como a la exigencia en la evaluación del profesional, además, se plantea que, también puede estar asociado a la influencia de intereses de la industria farmacológica, pues existe una pretensión de aumentar el consumo de medicamentos (García y Domínguez, 2012). Lo anterior cobra relevancia puesto que, puede estar vinculado con ciertas afecciones en los pacientes sobrediagnosticados, ya que el diagnóstico interfiere en los diferentes

escenarios de su vida generando problemas de autoestima, ansiedad, depresión, rechazo social y dificultades al momento de establecer relaciones interpersonales.

Factores que Influyen en el Sobrediagnóstico del TDAH y sus Efectos

Dentro del debate acerca de la prevalencia del TDAH, se han gestado especulaciones tanto en torno a la presencia de un posible sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno, como a la posibilidad de un infradiagnóstico e infratratamiento. Es así como en esta segunda línea se destaca como temática central, la relación existente entre ciertos factores y la posibilidad de un sobrediagnóstico con sus consecuentes efectos. Lo anterior propicia la reflexión acerca de cómo los diagnósticos inadecuados de TDAH no solo generan afectaciones en la salud de los niños que los reciben, sino que también imponen costos financieros sustanciales a las familias de los afectados, los proveedores de seguros y los contribuyentes (Elder, 2010). De acuerdo con ello, entre los factores que pueden tener relación con el sobrediagnóstico destacan, en primer lugar, la edad del niño en relación con sus compañeros de clase; en segunda instancia, la raza/etnia; y, por último, el sexo del paciente.

Varios estudios se han enfocado en determinar la influencia que la edad relativa de los niños en la escuela tiene sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. De acuerdo con Evans et al. (2010) la mayoría de las escuelas públicas en los Estados Unidos tienen una fecha oficial de edad de inicio que indica el momento en que un niño debe ingresar al jardín de infantes. Las leyes establecidas en los diferentes estados sobre la edad de inicio de la escuela generan una variación en la edad de los niños, donde los nacidos justo antes de la fecha de elegibilidad para el jardín de infantes pueden ingresar a la escuela en un año determinado, mientras que los niños nacidos solo unos días después deben esperar un año completo para comenzar la escuela. Es así

como los niños nacidos justo antes de la fecha límite son, en promedio, más jóvenes que sus compañeros de clase, ocasionando que su inmadurez se confunda con el TDAH.

Al respecto, Evans et al. (2010) en su estudio realizado en Estados Unidos, presentan resultados que concluyen que, en algunos niños, el diagnóstico de TDAH no se basa únicamente en las condiciones biológicas subyacentes, sino que, haber nacido justo antes o después de la fecha límite de elegibilidad para el jardín de infantes en su estado, es un factor significativo en la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH. En esa misma línea, Elder (2010) presenta evidencia de que los diagnósticos de TDAH se basan, en gran medida, en comparaciones subjetivas entre niños del mismo grado escolar, mostrando que los diagnósticos de TDAH entre los niños nacidos justo antes del límite de elegibilidad para el jardín de infancia de su estado son aproximadamente un 60% más frecuentes que entre los nacidos inmediatamente después. Así mismo, los niños más jóvenes son significativamente más propensos que sus compañeros mayores a usar estimulantes recetados que modifican el comportamiento.

Al respecto, autores como Vuori et al. (2020) coinciden al formular que los niños más pequeños en un salón de clases también corren un mayor riesgo de ser medicados para el TDAH, indicando dentro de sus hallazgos que, en Finlandia se evidencia un aumento de la probabilidad de uso de medicamentos para el TDAH ligado con la inmadurez relativa. Esta asociación es más pronunciada durante los primeros años escolares y devela la necesidad de una mayor conciencia de esta entre los médicos y los profesores. Otros estudios realizados en Canadá y Finlandia también llegan a la misma conclusión, afirmando que el efecto relativo de la edad incide tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del TDAH (Morrow, et al., 2012; Sayal, et al., 2017).

Lo anteriormente planteado respecto al fenómeno de la edad relativa, es importante en la medida que, como plantea Evans et al. (2010), proporciona una fuerte evidencia de que se están

produciendo diagnósticos y tratamientos médicamente inapropiados, donde no priman las condiciones biológicas subyacentes. Varios autores, sugieren que, tanto el sobrediagnóstico como el subdiagnóstico están teniendo lugar, sin embargo, la preocupación por el sobrediagnóstico relacionado con la inmadurez relativa es preponderante, pues se constituye como un asunto de salud pública, ya que, el consecuente tratamiento farmacológico innecesario o sobretratamiento genera efectos adversos en quienes lo reciben. Así mismo, también se plantea la preocupación por el infradiagnóstico que se puede estar presentando en los niños mayores de un grado escolar (Evans et al., 2010; Morrow et al., 2012).

Por otro lado, se han documentado disparidades raciales y étnicas en el diagnóstico del TDAH. Estudios han concluido que los niños afroamericanos, hispanos y de otras razas/grupos étnicos, tienen muchas menos probabilidades que los niños blancos de recibir un diagnóstico de TDAH durante la niñez temprana y media (Morgan et al., 2013; Froehlich et al., 2007; Coker et al., 2016). Así mismo, algunos estudios determinan que, las minorías raciales/étnicas también tienen menos probabilidades de usar medicamentos para tratar el trastorno (Morgan et al., 2013; Zuvekas y Vitiello, 2012; Coker et al., 2016), sin embargo, otros estudios, no encuentran una relación entre la raza/etnicidad con el uso de medicamentos (Froehlich et al., 2007). Estas disparidades en el diagnóstico y el tratamiento, generalmente se asocian con el diagnóstico y tratamiento insuficientes, sin embargo, los aumentos en la prevalencia del TDAH, ha llevado a los investigadores a considerar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento como otra posible explicación (Coker et al., 2016).

De acuerdo con las interpretaciones de Morgan et al. (2013), la direccionalidad de dichas disparidades apunta, efectivamente, a un subdiagnóstico para las minorías raciales/étnicas y comparativamente a un sobrediagnóstico para los niños blancos, sin embargo, exponen que, se

requiere investigación adicional para determinar la medida en que ambos se producen. Por su parte, Cocker et al. (2016) en sus hallazgos sugieren que, es más probable que las disparidades estén vinculadas con el subdiagnóstico y el subtratamiento de los niños pertenecientes a las minorías étnicas, en lugar del sobrediagnóstico y sobretratamiento de los niños blancos, sin embargo, al no contar en su estudio con una medida objetiva de la prevalencia del TDAH, esta cuestión no puede abordarse directamente. De acuerdo con lo anterior, se evidencia que la vinculación entre el sobrediagnóstico y la disparidad racial/étnica no es concluyente.

Respecto a la influencia del sexo del paciente en el diagnóstico del TDAH, se encuentra que, de acuerdo con los hallazgos de Bruchmüller et al. (2012) en su estudio realizado en Alemania, las probabilidades de que los médicos emitan un diagnóstico de TDAH en niños son más del doble que para las niñas. Así mismo, plantean que, a los niños se les sobrediagnostica TDAH más fácilmente que a las niñas, observándose que, si solo están presentes unos pocos síntomas de TDAH, pero, faltan varios criterios de diagnóstico, es mucho más probable que los niños sean diagnosticados con TDAH que las niñas, esto responde a un sesgo de representatividad. Por su parte, Beheshti et al. (2021) replican el anterior estudio, pero, en un contexto cultural diferente (Irán), concluyendo que, aunque el sobrediagnóstico ocurrió tanto en niños como en niñas, a los niños se les sobrediagnostica con el doble de frecuencia, así mismo, la aparición de sobrediagnósticos de TDAH estuvo significativamente ligada a la prescripción de psicoestimulantes, especialmente en los varones. Otros estudios afirman que, puede existir un reconocimiento insuficiente del TDAH femenino (Meyer et al., 2017), además, que el estereotipo de género podría contribuir al sobrediagnóstico de TDAH en los niños (Fresson et al., 2018).

Según lo anterior, es frecuente que un diagnóstico de TDAH conduzca a un tratamiento farmacológico, los estimulantes como el metilfenidato (MPH), se han mantenido como el pilar

del tratamiento del TDAH durante décadas con evidencia que respalda su uso. Sin embargo, en los últimos años han surgido nuevos fármacos y sistemas de administración de fármacos, como sistemas orales de liberación osmótica y parches transdérmicos, por mencionar algunos. (De Sousa y Kalra, 2012). Se observa evidencia de que, la farmacoterapia del TDAH en niños es eficaz, destacándose el uso del MPH y el ácido tranexámico (ATX). Aunado a lo anterior, surge también la reflexión acerca de la importancia del monitoreo de los efectos secundarios en los casos de un uso prolongado de los medicamentos.

En Brasil, por ejemplo, de acuerdo con Ortega y Müller (2020) se han generado debates en torno al uso de medicamentos para el TDAH, distinguiéndose tensiones entre quienes argumentan que la condición está infradiagnosticada e infratratada, y quienes afirman que hay un sobrediagnóstico y sobretratamiento y, por lo tanto, una medicalización de la infancia. Se problematiza la producción, prescripción y consumo de Metilfenidato y se critica la medicalización del TDAH en general. Al respecto, otros autores como Scholle et al. (2021) concluyen en su estudio que, en más del 10 % de los usuarios pediátricos con prescripción de medicamentos para el TDAH por primera vez, los prescriptores no se adherieron a las pautas de prescripción, lo cual indicó que, iniciar medicamentos para el TDAH sin un diagnóstico confirmado fue el más común de los tres criterios estudiados fuera de etiqueta.

Es evidente que existe una gran preocupación no solo por el sobrediagnóstico del TDAH sino por su consecuente sobretratamiento, que generalmente incluye el componente farmacológico. De acuerdo con Elder (2010) aproximadamente el 20% de los 2.5 millones de niños que usan estimulantes destinados a tratar el TDAH han sido mal diagnosticados, esto es preocupante debido a los impactos del uso de estimulantes a largo plazo en la salud de los niños. Varios autores destacan entre los efectos nocivos del uso de estimulantes, afectaciones en el

sistema cardiovascular, reducción drástica de las tasas de crecimiento (Elder, 2010; Scheffler et al., 2007; Morrow, et al., 2012), pensamientos suicidas (Scheffler et al., 2007) y efectos adversos sobre el sueño y el apetito (Morrow, et al., 2012). Estos riesgos potenciales pueden estar justificados por los efectos terapéuticos para los niños que tienen los marcadores biológicos del TDAH, pero, por ejemplo, aquellos que son diagnosticados simplemente por inmadurez transitoria pueden no experimentar ningún beneficio compensatorio (Elder, 2010).

Al respecto Miller (2009) destaca que el aumento de las tasas de uso de drogas estimulantes entre los niños ha estado acompañado por un fuerte debate, no solo a nivel social, sino también ético sobre el daño y los beneficios relativos de las drogas psicotrópicas. Abordar el aumento de la prevalencia de los diagnósticos de TDAH conduce directamente a abordar los efectos que están estrechamente relacionados con el aumento en los tratamientos de tipo farmacológico, como ejemplo de ello, las tasas de aumento en Estados Unidos que oscilan un 35,5% en los años entre 2008 y 2012. Según los autores no se conoce con precisión las causas que conllevan a dicho aumento, sin embargo, lo relacionan con una tendencia a un sobrediagnóstico y sobretratamiento (Graf, et al 2014; Thomas, Et al 2013). Conforme con lo anterior, los autores enmarcan tres razones que están inmersas en el aumento en la demanda, consumo y producción de medicamentos para el diagnóstico del TDAH, las cuales son: la incorporación del diagnóstico de TDAH a casos más leves, la comercialización de medicamentos por parte de la industria farmacéutica y el desvío ilegal de medicamentos controlados a consumidores que buscan estimulantes para un mejoramiento a nivel neuronal.

A raíz de las controversias sobre si la medicación psicoestimulante provoca dificultades que perduran en el crecimiento lineal en niños y adolescentes en edad escolar con TDAH. Se encontró que, los niños en edad escolar con TDAH que toman psicoestimulantes parecen tener

deficiencias modestas en el crecimiento lineal, al menos a corto plazo (Bernard, 2006; Graf, et al., 2014; Thomas, et al., 2013; Ahmed et al., 2013). La psicofarmacología pediátrica se ha desarrollado rápidamente en las últimas décadas, cuando se relaciona esto con el tema de interés, los efectos adversos que ocasiona el sobrediagnóstico se destacan que, la medicación puede causar reacciones adversas como la pérdida de peso y suprimir el crecimiento puberal, sin embargo, todavía no se conocen los efectos a largo plazo relacionados con el sobretratamiento del sobrediagnóstico del TDAH (Thomas et al, 2013). Aparte de las preocupaciones sobre los efectos secundarios, varios autores coinciden en que los medicamentos se usan como un medio de control para beneficiar a los padres en lugar de beneficiar a los propios niños (Ahmed et al. 2013; Ghosh et al, 2016).

En cuanto a los efectos de un sobrediagnóstico ligados con el TDAH, estos se asocian a daños psicológicos relacionados con la etiqueta del diagnóstico, la cual tiene una carga de valor y tiene potencial de causar daño. Dichas etiquetas contribuyen al desarrollo del estigma y pueden generar estereotipos, lo que paradójicamente, en vez de mejorar, incide en un aumento de los problemas relacionados con la salud mental. Así pues, los niños con TDAH han sido descritos como más perezosos, menos inteligentes y cariñosos y, también, tienen más probabilidades de ser estigmatizados y socialmente excluidos. A raíz de esto, tanto en docentes como en padres, las expectativas acerca del rendimiento académico también son bajas (Thomas et al, 2013; Thompson y Lefler, 2016). Por otro lado, los niños y adolescentes con diagnóstico presentan afectaciones negativas en torno a sus relaciones sociales, debido a los ya nombrados estigmas que se generan en torno al diagnóstico. En cuanto al estigma del sobrediagnóstico del TDAH, este provoca niveles más altos de preferencia por la distancia social (Thompson y Lefler, 2016).

Con base en lo anterior, se destaca que, entre los efectos que rodean el sobrediagnóstico del TDAH cobran relevancia los estigmas y las etiquetas que se perciben alrededor del diagnóstico.

Argumentos a Favor y en Contra del Sobrediagnóstico de TDAH

Partiendo de lo presentado en las subáreas anteriores puede decirse que, a pesar de que existe evidencia de una multiplicidad de factores vinculados con el sobrediagnóstico del TDAH, se observa que los estudios presentan opiniones divididas, encontrando que, a lo largo del tiempo prevalecen argumentos tanto a favor como en contra de la existencia del sobrediagnóstico en este trastorno. Presentar estos argumentos es relevante dada la existencia de una concepción común de que el TDAH es sobrediagnosticado en gran medida y teniendo en cuenta que, las percepciones públicas tienen importantes implicaciones para la salud pública. De este modo, una suposición infundada o prematura de que el TDAH se diagnostica en exceso puede tener consecuencias negativas pues puede influir tanto en la voluntad de los padres de buscar ayuda para sus hijos, como en decisiones de políticas más amplias relacionadas con la educación especial y los problemas de salud mental de los niños (Sciutto y Eisenberg, 2007). Es por ello que, el objetivo de esta subárea será presentar brevemente dichos argumentos.

En la revisión sistemática realizada por Merten et al. (2017) en torno al sobrediagnóstico de los trastornos mentales en niños y adolescentes, quedó en evidencia que, aunque la mayoría de los estudios revisados sugieren que se producen diagnósticos erróneos, sólo uno de ellos encontró pruebas significativas de sobrediagnóstico en el TDAH, destacando que, según los autores, la mayoría de estudios contemplados abordaban el TDAH, siendo el sobrediagnóstico y la sobremedicación de este un tema ampliamente investigado. Dicho estudio, realizado por Bruchmüller et al. (2012) arrojó en sus resultados más diagnósticos falsos positivos que falsos negativos, lo que puede interpretarse como una evidencia del sobrediagnóstico en el TDAH, sin

embargo, se destaca que, su metodología utilizó viñetas de caso, es decir, la evidencia no está sustentada en casos de la vida real, lo cual es mencionado también dentro de las limitaciones del estudio. Con base en ello, la revisión sistemática concluye que, actualmente no parece que exista evidencia suficiente para apoyar la percepción pública de que el TDAH se sobrediagnostica sistemáticamente.

Merten et al. (2017) también plantean la dificultad que engloba examinar la hipótesis del sobrediagnóstico en los trastornos mentales, ya que, a diferencia de los trastornos somáticos, los trastornos mentales, en su mayoría, no pueden detectarse mediante correlatos genéticos, neuronales o fisiológicos, sino que, se debe acudir a los manuales de diagnóstico. Por lo tanto, determinar el sobrediagnóstico como explicación del aumento de las tasas de prevalencia es complicado, pues es incierto si un diagnóstico dado es verdadero, solo se puede examinar si el diagnosticador se adhirió estrictamente a los criterios de diagnóstico. Es así como se establece que, para determinar la existencia del sobrediagnóstico, el número total de falsos positivos debe exceder sustancialmente el número total de falsos negativos (Sciutto y Eisenberg, 2007; Merten et al., 2017).

Autores como Sciutto y Eisenberg (2007) se interesan precisamente por exponer los argumentos a favor y en contra del sobrediagnóstico del TDAH y puntualizan que, para obtener una prueba directa de esta cuestión se requeriría de un estudio representativo a nivel nacional en el que los diagnósticos basados en evaluaciones estandarizadas y de múltiples métodos se comparen con los diagnósticos reales, en otras palabras, el problema del sobrediagnóstico se resolverá solo cuando se lleve a cabo una comparación de los diagnósticos que se dan en la práctica real con los diagnósticos que deberían haberse dado con base a evaluaciones integrales estandarizadas. Sin embargo, los autores plantean que, desafortunadamente, ese tipo de estudio

no se ha realizado hasta la fecha, aunque se puede explorar evidencia indirecta del sobrediagnóstico si existen inexactitudes sistemáticas en las tasas de prevalencia o en el proceso de diagnóstico, asunto que ya fue abordado más ampliamente en la primera subárea.

Otro estudio realizado por Bruchmüller y Schneider (2012) plantea que, la suposición generalizada de la existencia del sobrediagnóstico carece de fundamentos, por la notablemente pequeña cantidad de estudios empíricos sobre el tema y que sólo se puede hablar de sobrediagnóstico si se demuestra claramente que se diagnostica TDAH, aunque no se cumplan los criterios diagnósticos según la CIE-10 o el DSMIV. Los resultados del estudio arrojan una proporción de diagnósticos falsos positivos significativamente mayor que la proporción de falsos negativos, demostrando que el TDAH se diagnostica en muchos casos incluso cuando no se cumplen los criterios diagnósticos y la existencia de sesgos que se direccionan hacia el sobrediagnóstico. A pesar de ello, y teniendo en cuenta que los autores plantean que su estudio proporciona la primera evidencia empírica al respecto, se aprecia que, este estudio también fue realizado por medio de viñetas de caso, por lo que no está presente esa comparación entre los diagnósticos que se dan en la práctica real con los diagnósticos que deberían haberse dado con base a evaluaciones integrales estandarizadas que formulan Scituito y Eisenberg (2007) y que constituiría la prueba directa del sobrediagnóstico de TDAH.

De manera general puede decirse que, los estudios analizados en la revisión sistemática variaron en su capacidad para confirmar el sobrediagnóstico de TDAH, sin embargo, permitieron determinar que las tasas de prevalencia por sí solas brindan poca información sobre este tema, pero pueden reflejar tendencias consistentes con sesgos sistemáticos en el diagnóstico de TDAH (Scituito y Eisenberg, 2007). En torno a dichos sesgos, se ha demostrado que, el uso de heurísticas en el proceso de diagnóstico es frecuente, lo que lleva a que los diagnosticadores sean

propensos a cometer errores en el proceso de toma de decisiones, así mismo, el proceso de recopilación de información es propenso a errores pues los diversos informantes también pueden ser vulnerables a los sesgos y heurísticas. Adicional a lo anterior, entran en juego también cuestiones como las características del diagnosticador, características propias del niño como la edad, la superposición de síntomas entre trastornos comórbidos, los cambios en los criterios diagnósticos y el sistema de salud en cuestión (Merten et al., 2017).

En concordancia con Sciutto y Eisenberg (2007) no parece que actualmente exista evidencia suficiente para apoyar la percepción pública de que el TDAH se sobrediagnostica sistemáticamente. Así mismo, de acuerdo con algunos autores, todavía no se conocen los efectos a largo plazo relacionados con el sobretratamiento del TDAH (Thomas et al, 2013; Bruchmüller y Schneider, 2012) entendiendo este como la consecuencia primaria del sobrediagnóstico. Ante ello es importante puntualizar que, por su parte, los efectos del tratamiento farmacológico a largo plazo en niños con un diagnóstico confirmado de TDAH sí se discuten de manera muy controvertida entre el público y los expertos. Con base en lo anterior, se presume que, a falta de certeza acerca de la existencia del sobrediagnóstico en el TDAH, el interés investigativo no se ha enfocado particularmente en conocer sus efectos.

Adicional a lo expuesto, se enfatiza nuevamente en que un diagnóstico preciso es fundamental para elegir un curso de terapia adecuado para los pacientes. Así mismo, un proceso no estructurado en el diagnóstico de los trastornos mentales es altamente propenso a errores (Cwik y Margraf, 2017). Las herramientas de diagnóstico, como las entrevistas estructuradas, pueden ayudar a reducir los errores de diagnóstico y brindar confiabilidad (Bruchmüller y Schneider, 2012; Cwik, et al., 2016; Cwik y Margraf, 2017). De igual manera, las listas de verificación en el diagnóstico están vinculadas con una mayor precisión diagnóstica (Cwik, et al.,

2016). Otros instrumentos de evaluación estandarizada como el sistema de diagnóstico para trastornos mentales en niños y adolescentes según CIE-10 y DSM-IV (DISYPS-KJ, Döpfner y Lehmkuhl 2000), la entrevista diagnóstica para trastornos mentales en niños y adolescentes (Children-DIPS, Schneider et al. al. 2009) o la entrevista con los padres de Mannheim (Esser et al. 1989), posibilitan un diagnóstico confiable y basado en criterios, lo que a su vez reduce la posibilidad de sesgo. Los diagnósticos confiables pueden reducir significativamente la cantidad de diagnósticos incorrectos y, por lo tanto, de tratamientos incorrectos. Esto tiene un claro beneficio positivo para los afectados, pero también para los terapeutas y, por tanto, para la atención sanitaria en su conjunto (Bruchmüller & Schneider, 2012).

Discusión

La metodología utilizada permitió un acercamiento al objetivo principal de la investigación, a saber, describir los efectos sobre la calidad de vida en población infantil del sobrediagnóstico del TDAH. Como resultado del estudio se presentan tres perspectivas o líneas: inconsistencias en el diagnóstico y prevalencia del TDAH como una explicación de su posible sobrediagnóstico, factores que influyen en el sobrediagnóstico del TDAH y sus efectos y otros factores relacionados con el sobrediagnóstico del TDAH. A lo largo de las líneas planteadas, es común encontrar el asunto de la variabilidad existente en las estimaciones de la prevalencia del TDAH a nivel mundial, la cual frecuentemente es vinculada con un posible sobrediagnóstico. Dicha variabilidad parece explicarse principalmente por las características metodológicas de los estudios, encontrándose significativamente asociadas: el requisito de deterioro para el diagnóstico, los criterios diagnósticos y la fuente de información (Polanczyk et al., 2007; Willcutt, 2012, Thomas et al., 2015). Se destaca que, aún se desconoce si verdaderamente las

tasas en la prevalencia están aumentando o si este incremento se debe a un posible sobrediagnóstico (Jain y Katic, 2016).

Así mismo, varios estudios señalan la existencia de diversos factores que pueden tener relación con el sobrediagnóstico de TDAH o constituirse como posibles causales, entre ellos se destacan la edad (Evans et al., 2010; Elder, 2010; Vuori et al., 2020), la raza/etnia (Morgan et al., 2013; Froehlich et al., 2007; Coker et al., 2016) y el sexo del paciente (Bruchmüller et al., 2012; Beheshti et al. (2021). Por su parte, otros estudios enfocan su atención en ciertas inconsistencias que pueden surgir dentro del proceso diagnóstico y que, de igual manera, se constituyen como posibles causas del sobrediagnóstico del TDAH, destacándose aquí el uso de sesgos o heurísticas por parte de los profesionales (Bruchmüller et al., 2012; Beheshti et al., 2021). Cabe subrayar que, si bien diversos factores se han asociado a lo largo del tiempo como posibles causas del sobrediagnóstico de TDAH, aún existen argumentos tanto a favor como en contra de la existencia del sobrediagnóstico en este trastorno y no parece que actualmente exista evidencia suficiente para apoyar la percepción pública de que el TDAH se sobrediagnostica sistemáticamente (Sciutto y Eisenberg, 2007).

En consonancia con lo anterior puede decirse que, las investigaciones han centrado su interés en comprobar si existe un sobrediagnóstico del TDAH y sus causales, sin embargo, los estudios que abordan sus efectos son limitados. Se encontraron estudios que abordan el sobretratamiento enfatizando el componente farmacológico como la principal consecuencia del sobrediagnóstico. De acuerdo con Elder (2010) aproximadamente el 20% de los 2.5 millones de niños que usan estimulantes destinados a tratar el TDAH han sido mal diagnosticados, esto es preocupante debido a los impactos del uso de estimulantes a largo plazo en la salud de los niños. Por otro lado, se destacan otros efectos como daños psicológicos relacionados con la etiqueta del

diagnóstico que contribuye al desarrollo del estigma y pueden generar estereotipos (Thomas et al, 2013; Thompson y Lefler, 2016). Así mismo, se encontró que los efectos de los diagnósticos erróneos pueden tener un impacto negativo no solo en los sujetos, sino en el sistema de atención médica y en la sociedad en su conjunto (Bruchmüller et al., 2012).

Desde otra perspectiva, se pone sobre la mesa la discusión acerca si el TDAH en niños, niñas y adolescentes resulta sobredimensionado en su diagnóstico por profesionales de la salud que en múltiples ocasiones no se basan en los criterios diagnósticos de los manuales, aunque todavía se desconocen las causas del aumento de la prevalencia del TDAH, investigaciones recientes plantean que, además de la heterogeneidad en los métodos de evaluación y los problemas relacionados con las diferencias metodológicas en los estudios y la falta de consenso entre los autores en relación al diagnóstico pueden incidir de forma significativa en el sobrediagnóstico (Thapar y Cooper, 2016; Heidbreder, 2015; Kiely y Adesman, 2015). Lo anterior invita a plantear que el análisis de la investigación en TDAH se maneja desde marcos interpretativos amplios que permitan un acercamiento a las conclusiones obtenidas en estos procesos por parte de los sujetos, para que de esta forma se logre desmitificar esta problemática social toda vez, que los sujetos pueden obtener herramientas de abstracción concordantes con los elementos a tener en cuenta para un posible diagnóstico de TDAH.

Según autores como Sciutto y Eisenberg (2007), los estudios deberían enfocarse en obtener la prueba directa de la existencia del sobrediagnóstico por medio de estudios representativos a nivel nacional que comparen los diagnósticos basados en evaluaciones integrales estandarizadas. De igual manera, la revisión evidenció cómo con frecuencia se equiparán los efectos del diagnóstico del TDAH con los efectos de su sobrediagnóstico, futuras investigaciones deberían realizar una mayor discriminación y determinar cómo repercuten esos

efectos en la calidad de vida de quienes lo reciben. Por su parte, en cuanto a las limitaciones se destaca que, si bien el sobrediagnóstico del TDAH es un tema ampliamente investigado, esta revisión demuestra que, las investigaciones que abordan exclusivamente sus efectos sobre la calidad de vida son muy escasas.

Referencias Bibliográficas

- Ahmed, R., McCaffery, K., y Aslani, P. (2013). Factors influencing parental decision making about stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 23(3), 163–178. <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0087>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Panamericana
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2),161-164.
- Barkley, R. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V.
- Beheshti, A., Chavanon, L., Schneider, S. y Christiansen, H. (2021). ADHD overdiagnosis and the role of patient gender among iranian psychiatrists. *BMC Psychiatry*, 21(514), 1-13. DOI 10.1186/s12888-021-03525-3
- Bernard P. Dreyer (2006). *The Diagnosis and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children: The State of Our Knowledge and Practice.* , 36(1), 6–30. doi:10.1016/j.cppeds.2005.10.001
- Brodersen, J., Schwartz, L., Heneghan, C., O’Sullivan, J., Aronson, J., y Woloshin, S. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn’t. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23 (1), 1-3.
- Bruchmüller, K. y Schneider. S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom?: Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung

- (Misdiagnosis attention deficit hyperactivity disorder?: empirical findings concerning possible overdiagnosis). *Psychotherapeut*, 57(1), 77–89. DOI:10.1007/s00278-011-0883-7
- Bruchmüller, K., Margraf, J. y Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128-138. DOI: 10.1037/a0026582
- Bulliard, J. y Chiolero, A. (2015). Screening and overdiagnosis: public health implications. *Public Health Reviews*, 36 (8), 1-5. DOI 10.1186/s40985-015-0012-1
- Cáceres, F., Parra, L., y Pico, O. (2018). calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud pública*. 20(2), 147-154
- Carter, S., Rogers, W., Degeling, C., Doust, J. y Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*, 350, 1-5. doi: 10.1136 / bmj.h869
- Casas, A., Presentación, J., Colomer, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52(1), 119-126.
<https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010791>
- Chow, J., Ouyang, C., y Tsai, C. (2019). Análisis de electroencefalograma cuantitativo basado en entropía para diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niñas. *EEG Clínico y Neurociencia*, 50(3):172-179. doi: 10.1177/1550059418814983.

- Coker, R., Elliott, N., Toomey, L., Schwebel, D. C., Cuccaro, P., Tortolero, S., Davies, S., Visser, S. N. y Schuster, M. A. (2016). Racial and Ethnic Disparities in ADHD Diagnosis and Treatment. *PEDIATRICS*, 138(3), 1-9. DOI:10.1542/peds.2016-0407
- Coll, T., Bravo, R., Marcos, M. y Astier, M. (2018). Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Elsevier*, 50 (2), 86-96. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-sobrediagnostico-sobretratamiento-el-S0212656718305158>
- Coon, E., Quinonez, R., Moyer, V. y Schroeder, A. (2014). Overdiagnosis: How our compulsion for diagnosis may be harming children. *Pediatrics*, 134(5), 1-11. doi:10.1542/peds.2014-1778
- Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., Saldivia, S., y Vicente, B. (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva de Jerome Wakefieldx. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(3),186-194.
- Cuffe, S., Moore, C., y McKeown, R. (2005). Prevalence and Correlates of ADHD Symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 392–401. doi:10.1177/1087054705280413
- Cwik, J. C. y Margraf, J. (2017). Information order effects in clinical psychological diagnoses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–13. DOI:10.1002/cpp.2080
- Cwik, J. C., Papen, F., Lemke, J. E. y Margraf, J. (2016). An Investigation of Diagnostic Accuracy and Confidence Associated with Diagnostic Checklists as Well as Gender

Biases in Relation to Mental Disorders. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–10.

doi:10.3389/fpsyg.2016.01813

Danckaerts, M., Sonuga, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H., Taylor, E., Zuddas, A. y Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0046-3>

De la Peña, F., Palacio, J., y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1), 95-100.

De Sousa A, y Kalra G. (2012) Drug Therapy of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current trends. *Mens Sana Monogr*; 10 (1). 45-69.

Elder, T. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, 29(5), 641–656. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.06.003

Evans W, Morrill, S, y Parente, S. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics* 29(5), 657–673. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.07.005

Feaadah. (2021). *Datos y cifras*. feaadah.org. <https://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>

- Ford, P. (2015). Misdiagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: ‘Normal behaviour’ and relative maturity. *Paediatrics Child Health*, 20(4), 200-202.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443828/>
- Franco, Á., Zarazaga, A., y Culebras, J. (2019). Sobrediagnóstico: un fenómeno perjudicial para la salud. *JOURNAL OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS*, 4(10),964-967.
- Fresson, M., Meulemans, T., Dardenne, B. y Geurten, M. (2018). Overdiagnosis of ADHD in boys: Stereotype impact on neuropsychological assessment. *Applied Neuropsychology: Child*, 1–15. DOI:10.1080/21622965.2018.1430576
- Froehlich, T., Lanphear, B., Epstein, J., Barbaresi, W., Katusic, S. y Kahn, R. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9), 857– 264. DOI:10.1001/archpedi.161.9.857
- Galán, G. (2012) La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 129-137
- Galiana, S., Vecina, P., Sáncheza, P. y Vela, M. (2020). La electroencefalografía cuantitativa como herramienta para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. DOI: 10.33588/rn.7006.2019311. *Rev Neurol*.16 de marzo de 2020; 70 (6): 197-205. PMID: 32149379.
- García, J., y Domínguez, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evidencias En Pediatría.

Ghosh, M., Fisher, C., Preen, D., Holman, C. y Arcy J. (2016). “It has to be fixed”: a qualitative inquiry into perceived ADHD behaviour among affected individuals and parents in Western Australia. *BMC Health Services Research*, 16(1), 141–. doi:10.1186/s12913-016-1399-1

Graf, W., Miller, G., y Nagel, S. (2014). Addressing the problem of ADHD medication as neuroenhancements. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(5), 569–581.
doi:10.1586/14737175.2014.908707

Güven, A., Altinkaynak, M., Dolu, N. *et al.* (2020). Combinación de espectroscopia de infrarrojo cercano funcional y mediciones de EEG para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neural Comput & Applic* **32**, 8367–8380.

Heidbreder, R. (2015). *ADHD* symptomatology is best conceptualized as a spectrum: a dimensional versus unitary approach to diagnosis. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(4), 249–269. DOI:10.1007/s12402-015-0171-4
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.01.003>

Hernández, M., Pastor, N., Pastor, X., Boix, C., Y Sans, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria*, 19(73), 31-39. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000100005&lng=es&tlng=pt.

Hernández, M., Pastor, N., Pastor, X., Boix, C, y Sans, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria*, 19(73), 31-39.

- Jain, R., y Katic, A. (2016). Current and Investigational Medication Delivery Systems for Treating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(4), 10.4088/PCC.16r01979. <https://doi.org/10.4088/PCC.16r01979>
- Jennissen, K., A H de Groot, J., Reitsmas, J., Moons, K., Hooft, L., y Naaktgeboren, Christiana A. (2017). Overdiagnosis across medical disciplines: a scoping review. *BMJ OPEN*. 7(12), 1-9
- Kazda, L., Bell, K., Rae T., McGeechan K, Sims R, y Barratt A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA Netw Open*.4(4), 1-29
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K y Barratt, A. (2019). Evidence of potential overdiagnosis and overtreatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2019-032327
- Kiely, B. y Adesman, A. (2015). *What we do not know about ADHD... yet*. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(3), 395–404. doi:10.1097/mop.0000000000000229
- Kim, J., Lee, Y., Han, D., Min, K., Kim, D., Lee, C. (2015). The utility of quantitative electroencephalography and Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test as auxiliary tools for the attention deficit hyperactivity disorder diagnosis. *Clinical Neurophysiology*, 126(3), 532–540. Doi: 10.1016/j.clinph.2014.06.034

- Larson, K., Russ, S., Kahn, R., y Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127 (3), 462-470. DOI: 10.1542/peds.2010-0165
- Llanos, L., García, D., González, H., y Puentes, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108.
- Lopera, J (2020) Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(2):693-702
- López, J., Sacristán, A., Garrido, M., Martínez, M., López, M., Rodríguez, L., Camina, A. y Andrés de llano, J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *AN PEDIATR (BARC)*. 90 (5) 272-279
- Martin, R., y Tranche, S. (2016). Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan. *Atención Primaria* 48 (10), 619-620.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.001>
- Merten, C., Cwik, C., Y Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Mental Health*. 11(5) 1-11
- Merten, C., Cwik, C., Margraf, J. y Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 5-. DOI:10.1186/s13034-016-0140-5

- Meyer, J., Stevenson, J. y Sonuga-Barke., S. (2017). Sex Differences in the Meaning of Parent and Teacher Ratings of ADHD Behaviors: An Observational Study. *Journal of Attention Disorders*, 1-10. DOI:10.1177/1087054717723988
- Miller, G. (2009). Psychotropic drug use in children: The Case of Stimulants. *Pediatric Bioethics* 10.1017/CBO9780511642388(17), 231–244.doi:10.1017/cbo9780511642388.018
- Morgan, P., Staff, J., Hillemeier, M., Farkas, G. y Maczuga, S. (2013). Racial and Ethnic Disparities in ADHD Diagnosis from Kindergarten to Eighth Grade. *PEDIATRICS*, 132(1), 85–93. DOI:10.1542/peds.2012-2390
- Morrow, R., Garland, E., Wright, J., Maclure, M., Taylor, S. y Dormuth, C. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 184(7), 755–762.
DOI:10.1503/cmaj.111619
- Mwamba, M., Fourie, P., y van den Heever, D. (2019). PANDAS: Paediatric attention-deficit/hyperactivity disorder application software. *Applied Sciences*, 9(8), 1645.
- Naranjo, M., Salamanca, L., Jaramillo, R. y Estrada, P. (2019). Correlación entre discapacidad y calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 67(2), 293-298. DOI: 10.15446/revfacmed.v67n2.66795
- Novoa., A. (2018). Aspectos éticos del sobrediagnóstico: entre el utilitarismo y la ética de la responsabilidad. *Atención Primaria*, vol. 50 13-19.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.007>

- Ñañez, N., y Duque, N. (2019) Sobrediagnóstico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) (Tesis de especialización) Universidad Católica de Colombia, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud. Foro mundial de la salud. 17, 385-387
- Orrego, M., y Tamayo, O. (2016). Bases moleculares de la memoria y su relación con el aprendizaje. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2),467-484.
- Owczarek, K. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3).
https://www.researchgate.net/publication/289641702_The_concept_of_quality_of_life
- Palacio, J., De la Peña, F., Palacios, L., y Ortiz, S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (Supl. 1), 35-65.
- Pedreira, J., y González, J.(2017).Evidencias diagnósticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia.*Revista Pediatría Atención Primaria*.Recuperado de
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000500013
- Pineda, A., Lopera, F., Henao, C., Palacio, D. y Castellanos, X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(03), 217-222. DOI:10.33588/rn.3203.2000499

- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894-921. DOI: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- Polanczyk, V., De Lima, S., Horta, L., Biederman, J., y Rohde, L. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. (2007). *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942-948. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Polanczyk, V., Willcutt, G., Salum, A., Kieling, C. y Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. DOI:10.1093/ije/dyt261
- Posada, C., y Ramirez, M. (2016). Sobre-diagnóstico del TDAH: propuesta enfermera. (tesis maestría) Universidad Autónoma de Madrid, Madrid -España
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19467.08489>
- Quintero, D., Romero, E., y Hernández, J. (2021). Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinar desde la educación física y el trabajo social. *Ciencias De La Actividad Física UCM*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.29035/rcaf.22.1.1>
- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14(4), 207-222.
- Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6 (1), 226-253. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475848615011>

Rev Neurol, 48 (12), 101-106. <https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2009003>

Ruževičius, J. (2014). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research.

Engineering Economics. <https://www.researchgate.net/publication/26496151>

Saiz, C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 301-330

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265058335010>

Santana, P., Gatica, S. y Valdenegra, L. (2020). Evidencia de sobrediagnóstico en el TDAH en base a evaluación neuropsicológica: un estudio en escolares chilenos. *Psicogente* 23(44), 1-20. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3587>

Santos, F, y Toscas, F. (2015). Sobrediagnóstico e suas implicações na engenharia clínica.

Revista Bioética, 23(3),535-541.

Sayal, K., Chudal, R., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Joelsson, P. y Sourander, A. (2017). Relative age within the school year and diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 868–875.

DOI:10.1016/S2215-0366(17)30394-2

Scheffler, R., Hinshaw, S., Modrek, S. y Levine, P. (2007). The Global Market For ADHD Medications. *Health Affairs*, 26(2), 450–457. DOI:10.1377/hlthaff.26.2.450

Schellack, N., y Meyer, H. (2012). The management of attention deficit-hyperactivity disorder in children. *SA Pharmaceutical Journal*, 79 (10), 12-20.

- Schellack, N., y Meyer, J. (2016). The management of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children. *South African Pharmacy Journal*, 83 (4), 21-29
- Scholle, O, Kollhorst B, Riedel, O. y Bachmann, J. (2021) First-Time Users of ADHD Medication Among Children and Adolescents in Germany: An Evaluation of Adherence to
- Sciutto, J. y Eisenberg, M. (2007). Evaluating the Evidence For and Against the Overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 106–113.
DOI:10.1177/1087054707300094
- Singh, H., Dickinson, J., Thériault, G., Grad, R., Groulx, S., Wilson, B., Szafran, O. y Bell, N. (2018). Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Canadian Family Physician*, 64, 654-659. <https://www.researchgate.net/publication/327653288>
- Thapar, A., y Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 387(10024):1240-50. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00238-X.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J.; Beller, E., Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 135(4), 1–10. DOI:10.1542/peds.2014-3482
- Thomas, R., Mitchell, K., Batstra, L. (2013). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming?. BMJ*, 347(nov05 1), f6172–f6172. doi:10.1136/bmj.f6172
- Thompson, A., y Lefler, E. (2016). ADHD stigma among college students. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(1), 45–52. doi:10.1007/s12402-015-0179-9

- Trujullo, N., Ibáñez, A, y Pineda, D., (2012). Validez del diagnóstico de Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). *Revista neurología.com*, 54(6), 367-379. <https://www.neurologia.com/articulo/2011145>
- Vélez, C. y Vidarte, J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 113-128. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42225834010>
- Vuori, M., Martikainen, J., Koski, A., Sourander, A., Puustjärvi, A., Aronen, E., Chudal, R., y Saastamoinen, L.(2020). Children’s Relative Age and ADHD Medication Use: A Finnish Population-Based Study. *Pediatrics*.doi:10.1542/peds.2019-4046
- Willcutt, E. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 9(3), 490-499. DOI 10.1007/s13311-012-0135-8
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H., Ganiats, T., Kaplanek, B., Meyer, B., Perrin, J., Pierce, K., Reiff, M., Stein, M., Visser, S., Capers, M., y Davidson, C. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128 (5), 1007-1022. DOI: 10.1542/peds.2011-2654.
- Yadav, S., Bhat, A., Hashem, S., Nisar, S., Kamal, M., Syed, N., y Haris, M. (2021). *Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. Translational Psychiatry*, 11(1). doi:10.1038/s41398-021-01473-w

Zuvekas, S.H. y Vitiello, B. (2012). Stimulant Medication Use in Children: A 12-Year Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 160–166.

DOI:10.1176/appi.ajp.2011.11030387