

Central de Resultats

Estat de situació del TDAH a Catalunya, tendència i variabilitat territorial

Resum executiu

- L'1,3% de les nenes i el 3,7% dels nens de 6 a 17 anys residents a Catalunya han consumit algun fàrmac pel trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) durant el 2015. Aquesta proporció és d'1,9% i de 5,5% en les nenes i nens de 12 a 15 anys, respectivament, que és el grup amb més consum.
- En el període 2006-2015, el percentatge de persones d'entre 6 i 17 anys consumidores de fàrmacs pel TDAH s'ha incrementat el 145,5% en nenes i el 81,3% en nens, i la despesa pública en medicació per aquest trastorn, per a totes les edats, ha passat de 2,7 a 7,9 milions d'euros.
- Les nenes i els nens nascuts en els darrers mesos de l'any tenen més probabilitat de diagnòstic i de tractament pel TDAH.
- La variabilitat territorial és elevada: la població de 6 a 17 anys consumidora de fàrmacs pel TDAH oscil·la entre el 0,6% i el 3,7% en les nenes i entre l'1,8% i el 8,0% en els nens, dependent del territori de residència. En el grup d'edat de 12 a 15 anys, algun territori assoleix el 5,4% de les nenes i l'11,2% dels nens medicats.
- Els fills de famílies de menor nivell socioeconòmic consumeixen amb més proporció fàrmacs pel TDAH, però a partir dels 12 anys aquest gradient s'inverteix.

Introducció

El trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDA o TDAH) és un dels trastorns mentals més freqüents a la infància.

El trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDA o TDAH) és un dels trastorns mentals més freqüents a la infància. Caracteritzat per dèficit d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat, pot implicar conseqüències en el funcionament social, acadèmic i ocupacional dels afectats. Les taxes de diagnòstic i d'infants tractats amb fàrmacs pel TDAH han crescut en els darrers anys generant un debat sobre les causes, la validesa diagnòstica i les teràpies més adients.

L'objectiu d'aquest monogràfic és descriure les tendències i situació actual a Catalunya del TDAH, així com la variabilitat territorial en el seu abordatge.

El TDAH a Catalunya

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) en el període 2014 - 2015, el 4,3 % de la població de menys de 15 anys pateix un trastorn de la conducta, hiperactivitat o dèficit d'atenció.

En el grup de 12 a 15 anys, la població medicada va ser de l'1,9% de les nenes i del 5,5% dels nens.

Durant el 2015, el sistema sanitari públic va atendre per TDAH l'1,5% de les nenes i el 4,2% dels nens de Catalunya d'entre 6 i 17 anys. En el grup de 12 a 15 anys, el de més prevalença, la població atesa va ser del 1,9% de les nenes i 5,6% dels nens. El 62,7% de les nenes i el 64,7% dels nens atesos han estat visitats almenys una vegada a l'any en un centre de salut mental (CSM); la resta exclusivament en l'atenció primària. El 53,0% de les nenes i els nens atesos en un CSM ha realitzat al menys una visita de tractament familiar.

Pel que fa a la medicació, l'1,3% de les nenes i el 3,7% dels nens d'entre 6 a 17 anys van retirar de la farmàcia com a mínim un fàrmac pel TDAH durant el 2015. En el grup de 12 a 15 anys, la població medicada va ser de l'1,9% de les nenes i del 5,5% dels nens. Tot i això, ni tota la població de 6 a 17 anys atesa pel sistema sanitari públic amb un diagnòstic de TDAH durant el 2015 prenia medicació per a aquesta condició (ho feia un 63,0%), ni tota la població medicada va ser visitada durant l'any per part d'un centre de salut mental (CSM) o d'un centre d'atenció primària (era visitada un 71,8%).

Val a dir que les dades analitzades en aquest informe no inclouen ni el diagnòstic ni la medicació privada. Per tant, el volum real de població diagnosticada i tractada pel TDAH a Catalunya és superior.

Les dades analitzades en aquest informe no inclouen ni el diagnòstic ni la medicació privada.

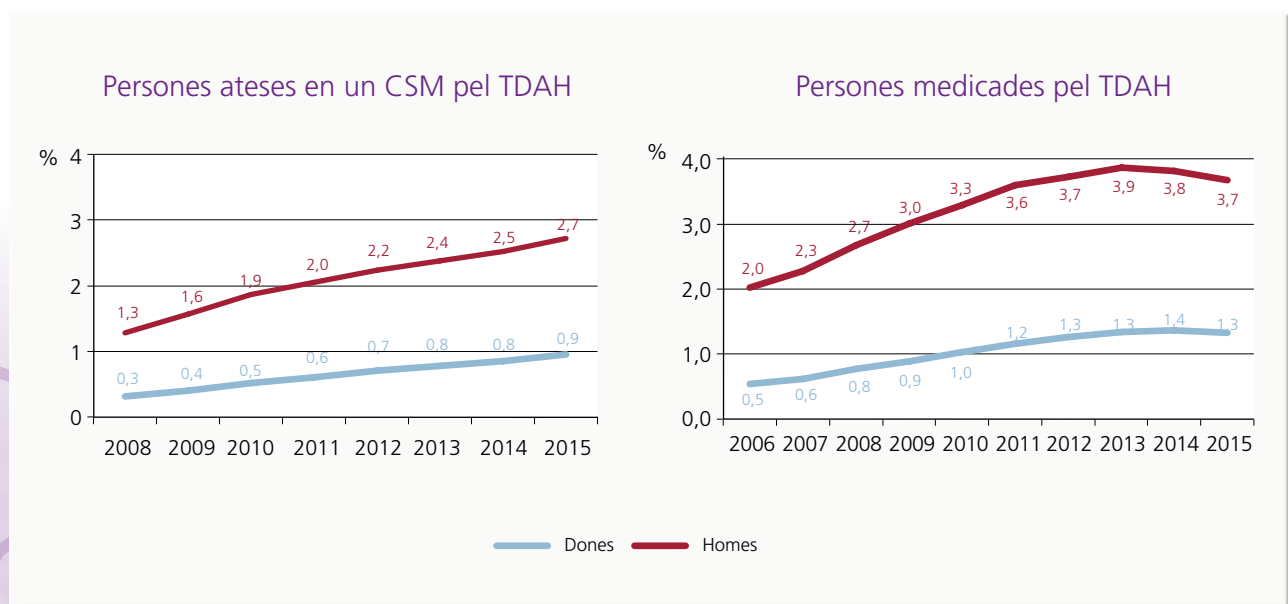
Prevalença creixent

El percentatge de persones ateses en CSM amb diagnòstic de TDAH es va incrementar el 191,7% en nenes i el 110,7% en nens durant el període 2008-2015. No es pot conèixer l'evolució de pacients atesos en l'atenció primària ja que no es disposa de dades anteriors a 2012. L'evolució també s'ha d'interpretar amb cautela ja que part de l'increment pot deure's a una millora de la qualitat del registre de l'activitat dels CSM.

El percentatge de persones ateses en CSM amb diagnòstic de TDAH es va incrementar el 191,7% en nenes i el 110,7% en nens durant el període 2008-2015.

El percentatge de persones medicades es va incrementar el 145,5% en nenes i el 81,3% en nens durant el període 2006-2015. La despesa pública en medicació del TDAH, per a totes les edats, va passar de 2,7 a 7,9 milions d'euros en el mateix període.

Percentatge de persones ateses en un centre de salut mental amb diagnòstic de TDAH i de persones consumidores de fàrmacs pel TDAH. Catalunya, 2006-2015

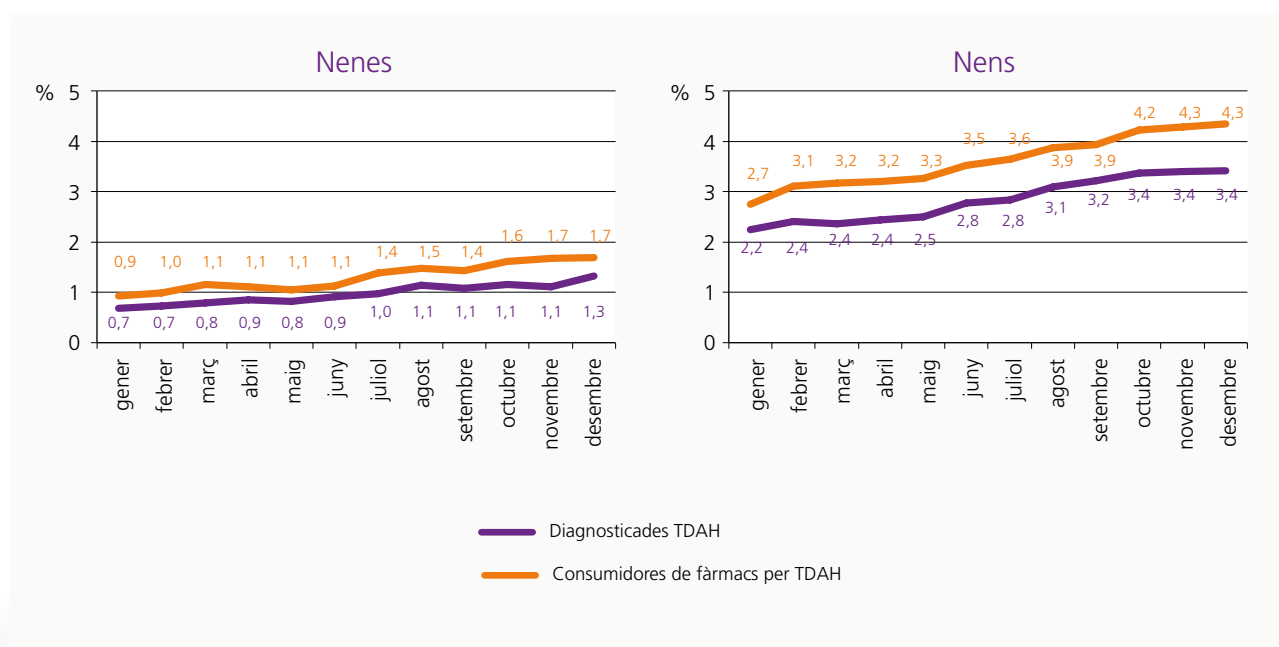


Hi ha una major probabilitat de diagnòstic i de tractament per TDAH en els infants nascuts en els darrers mesos de l'any

Edat relativa d'escolars i risc de diagnòstic i tractament per TDAH

Hi ha una major probabilitat de diagnòstic i de tractament per TDAH en els infants nascuts en els darrers mesos de l'any. S'explica pel punt de tall d'inici de l'escolarització establert al nostre país en tots aquells infants que compleixin 6 anys abans del 31 de desembre. És a dir, l'1 de gener defineix l'inici de cada cohort acadèmica i el mes de setembre entren a la mateixa classe infants amb una important diferència relativa d'edat. En el cas de Catalunya, les dades estan en la mateixa línia tant per nenes com per nens.

Percentatge de persones diagnosticades i tractades per TDAH segons mes de naixement. Catalunya, 2015



Variabilitat en l'abordatge segons territori i agent

En el grup d'edat de 12 a 15 anys, el percentatge de menors medicats assoleix el 5,4% de les nenes i l'11,2% dels nens en algun territori.

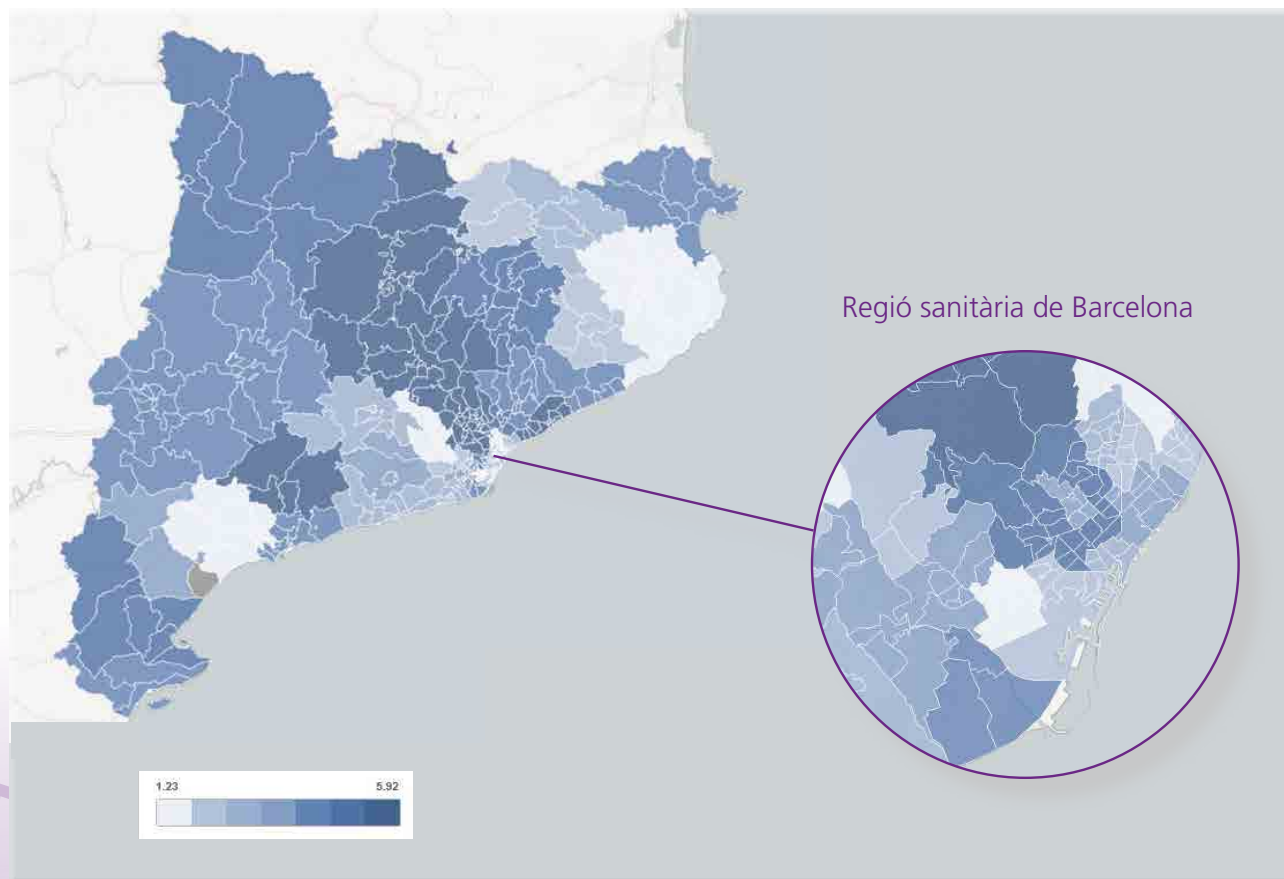
El percentatge de persones a 6 a 17 anys ateses per TDAH en un CSM oscil·la, segons territoris, entre el 0,2% i el 3,1% de les nenes i entre el 0,4% i el 7,4% dels nens. El quocient interquartílic (p75/25) és proper a 3, per ambdós sexes.

Aquesta variabilitat també s'observa amb relació a la població medicada de la mateixa edat, que oscil·la del 0,6% al 3,7% de les nenes i de l'1,8% al 8,0% dels nens. En el grup d'edat de 12 a 15 anys, el percentatge de menors medicats assoleix el 5,4% de les nenes i l'11,2% dels nens en algun territori.

En relació amb la població medicada, aquest informe no diferencia si la prescripció l'ha realitzat un CSM o un centre d'atenció primària o si és prescripció induïda. Els territoris on els CSM atenen per TDAH percentatges més elevats de la població també tenen nombres més elevats de població consumidora. El coeficient de correlació d'aquests dos indicadors és del 0,75. La influència del CSM en l'abordatge terapèutic predominant en el territori és innegable, amb patrons per territori i per entitat proveïdora. Tanmateix, el major o menor consum no pot associar-se únicament a un agent: cal tenir en compte altres agents públics i privats del territori, tant del sistema sanitari com de l'educatiu, així com l'entorn de la nena o el nen.

La influència del CSM en l'abordatge terapèutic predominant en el territori és innegable, amb patrons per territori i per entitat proveïdora.

Percentatge de població de 6 a 17 anys consumidora de fàrmacs pel TDAH. Catalunya, 2015



La mitjana de visites per pacient amb TDAH l'any 2015 als CSM va ser de 6,3 en nenes i de 6,4 en nens, sent també molt variable: entre les 3 i les 14,1 en les nenes, i entre les 3,5 i les 13,1 en nens. En alguns centres coincideix un baix nombre de visites amb una elevada població atesa i un volum elevat de població medicada.

Persones de 6 a 17 anys i de 12 a 15 anys ateses en un CSM per TDAH, visites per pacient i percentatge de població amb medicació. Catalunya, 2015

Centre de salut mental	Entitat proveïdora	Persones de 6 a 17 anys						Persones de 12 a 15 anys					
		Pacients atesos en CSM (%)		Visites CSM per pacient		Consumidors de fàrmacs TDAH (%)		Pacients atesos en CSM (%)		Visites CSM per pacient		Consumidors de fàrmacs TDAH (%)	
		Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens
CSMIJ Manresa	Althaia Xarxa Assist.	3,1	7,4	5,0	4,8	2,5	6,4	3,8	10,2	5,3	4,6	3,4	9,9
CSMIJ Terrassa	Mútua de Terrassa	2,3	6,0	4,5	4,3	2,3	6,2	3,1	9,1	4,8	4,2	3,4	9,8
CSMIJ Tortosa	F. Pere Mata	2,1	5,3	9,9	9,5	1,6	4,1	2,6	6,6	9,0	9,2	2,2	6,2
CSMIJ Sant Cugat Vallès	Mútua de Terrassa	2,2	5,2	3,6	3,5	2,9	6,3	2,7	6,5	3,3	3,2	4,8	9,4
CSMIJ Sabadell	CS Parc Taulí	2,1	4,6	5,3	5,2	3,7	8,0	3,1	6,5	5,3	5,0	5,4	11,2
CSMIJ Valls	I. Pere Mata	1,3	4,3	6,8	5,7	1,7	4,7	1,6	5,2	7,3	6,0	2,1	7,3
CSMIJ Pallars	St. Joan de Déu de Lleida	1,9	3,7	6,1	5,8	1,6	4,0	1,8	5,5	3,7	6,4	1,6	6,1
CSMIJ Amposta	F. Pere Mata	1,6	3,9	9,4	7,4	1,5	3,4	2,7	4,6	8,8	7,3	2,0	5,1
CSMIJ Lleida	St. Joan de Déu de Lleida	1,3	3,8	6,3	5,7	1,2	3,5	1,6	4,9	6,9	6,1	1,7	4,8
CSMIJ Osona	CH de Vic	1,1	3,9	6,0	5,8	1,2	4,0	1,7	5,5	5,8	5,7	1,8	6,1
CSMIJ Rubí	CS de Terrassa	1,4	3,7	8,7	8,0	1,9	5,7	1,7	5,9	9,5	8,1	2,9	8,9
CSMIJ El Prat	C. Higiene Mental Orienta	1,2	3,6	7,2	7,6	1,4	3,4	1,2	3,7	8,2	6,1	1,5	4,1
CSMIJ Tarragona	I. Pere Mata	1,3	3,3	5,4	5,6	1,1	3,4	1,5	4,5	5,7	5,5	1,7	5,3
CSMIJ El Garraf	Hosp. Sant Joan de Déu	1,0	3,6	6,3	7,5	1,0	3,0	1,3	4,6	6,1	6,8	1,4	4,4
CSMIJ Alt Penedès	Hosp. Sant Joan de Déu	0,8	3,6	5,1	4,9	0,8	3,6	1,2	6,0	5,2	5,1	1,2	6,1
CSMIJ Mollet del Vallès	Hosp. Sant Joan de Déu	1,1	3,4	6,8	8,0	1,6	4,5	1,3	4,6	7,0	8,0	2,2	6,6
CSMIJ Eixample	Hosp. Clínic de Barcelona	1,1	3,1	9,8	9,1	1,4	4,1	1,1	4,4	9,3	8,6	1,8	6,1
CSMIJ Móra d'Ebre	F. Pere Mata	0,8	3,3	5,9	7,8	1,3	2,8	0,8	4,5		8,5	1,8	4,2
CSMIJ Mataró	CS Maresme	0,9	3,0	4,6	4,3	1,7	4,7	1,1	3,7	5,0	4,5	2,4	7,0
CSMIJ Ciutat Vella	Parc de Salut de Barcelona	1,0	2,8	11,6	12,9	0,9	2,6	1,5	2,6	11,5	14,7	1,2	3,1
CSMIJ Horta-Guinardó	Hosp. Sant Rafael	0,8	2,8	6,9	8,8	1,3	3,8	1,1	3,0	6,4	9,0	2,0	5,0
CSMIJ Cerdanyola-Ripollet	CS Parc Taulí	0,8	2,6	6,2	6,3	2,1	5,7	1,0	3,8	8,2	6,7	2,4	8,1
CSMIJ Sant Martí Sud	Parc de Salut de Barcelona	0,7	2,5	10,0	10,0	1,3	2,9	0,9	3,2	12,5	9,6	2,0	4,3
CSMIJ El Vendrell	I. Pere Mata	1,1	2,2	5,3	6,1	0,9	2,7	1,1	2,6	5,6	6,6	1,7	4,2
CSMIJ Sant Martí Nord	Parc de Salut de Barcelona	0,8	2,4	9,1	9,0	1,0	3,2	0,8	2,9	10,2	9,1	1,2	4,6
CSMIJ Cornellà Llobreg.	Hosp. Sant Joan de Déu	0,7	2,2	8,1	7,4	1,1	3,2	0,9	2,9	6,7	7,1	1,6	4,5
CSMIJ St. Boi Llobregat	C. Higiene Mental Orienta	0,5	2,2	7,5	7,7	0,9	3,5	0,7	3,5	6,3	6,7	1,2	5,5
CSMIJ Reus	I. Pere Mata	0,6	2,1	5,7	6,4	0,7	2,2	0,6	2,3	6,2	6,7	1,1	3,4
CSMIJ Montcada i Reixac	F. Eulàlia Torras de Beà	0,6	2,0	10,2	13,1	0,8	1,9	0,6	2,2	8,8	13,7	1,4	3,2
CSMIJ Granollers	Hosp. Sant Joan de Déu	0,6	1,9	5,6	6,0	1,2	3,6	0,8	3,2	5,4	5,8	1,6	5,6
CSMIJ Badalona 2 Oest	IM S. Personals Aj. Badalona	0,6	1,9	9,0	7,1	0,8	2,3	0,6	2,3	9,9	7,2	0,9	3,1
CSMIJ Gavà	C. Higiene Mental Orienta	0,5	1,8	7,0	7,2	1,1	2,6	0,8	2,4	6,9	7,1	1,6	4,3
CSMIJ Ripollès	IAS	0,3	1,9	3,0	4,8	0,7	2,7	0,0	3,5		5,1	0,7	5,0
CSMIJ La Selva Interior	IAS	0,4	1,6	4,3	4,8	0,7	2,3	0,6	2,3	3,9	5,0	1,1	3,4
CSMIJ Santa Coloma Gnet	F. Cardenal Vidal i Barraquer	0,3	1,6	9,6	8,4	0,6	2,2	0,4	1,4	7,9	8,4	1,0	3,3
CSMIJ Sants-Montjuïc	F. Hosp. Sant Pere Claver	0,3	1,5	7,4	8,3	0,8	2,6	0,6	2,3	7,7	8,5	1,2	3,4
CSMIJ Garrotxa	IAS	0,4	1,5	3,5	4,5	0,6	2,9	0,6	2,2	4,0	3,8	0,9	4,2
CSMIJ Nou Barris	F. Nou Barris SM, FP	0,4	1,4	6,3	7,9	0,9	3,0	0,5	1,5	5,2	8,4	1,5	4,0
CSMIJ Gironès-Pla de l'Estany	IAS	0,4	1,3	6,9	5,8	0,7	2,2	0,5	1,8	7,0	6,4	0,9	3,3
CSMIJ Castelldefels	C. Higiene Mental Orienta	0,3	1,3	8,8	8,0	0,8	2,5	0,7	1,9	9,2	7,9	1,2	4,1
CSMIJ Gràcia	F. Eulàlia Torras de Beà	0,2	1,4	7,7	10,1	1,1	3,1	0,3	2,0	7,8	10,6	1,5	5,0
CSMIJ Corts-Sarrià-St. Gervasi	C. Higiene Mental Les Corts	0,4	1,2	13,0	11,9	1,7	4,0	0,7	1,8	12,4	13,0	2,4	6,0
CSMIJ Calella	CT Maresme SSM,SCCL	0,4	1,2	9,5	9,4	1,1	3,8	0,4	1,6	8,1	7,8	1,8	5,5
CSMIJ Sant Andreu	F. Eulàlia Torras de Beà	0,4	1,2	6,8	10,1	0,8	2,5	0,8	1,2	6,0	10,6	1,3	3,9
CSMIJ Martorell	Sagrat Cor - HHSCJ	0,3	1,2	6,6	6,8	0,6	2,1	0,4	1,7	5,4	6,5	0,9	3,3
CSMIJ Baix Empordà	IAS	0,3	1,0	4,5	4,1	0,7	1,9	0,4	1,1	4,9	3,9	0,9	2,8
CSMIJ Antena Selva Marítima	IAS	0,4	1,0	5,5	5,8	0,6	1,8	0,5	1,4	6,8	4,8	0,9	2,7
CSMIJ Badalona 1 Est J. Obiols	IM S. Personals Aj. Badalona	0,3	0,9	5,7	7,5	1,0	2,9	0,4	1,3	5,7	7,5	1,4	4,4
CSMIJ Hospitalet Llob.	C. Higiene Mental Orienta	0,2	0,9	8,3	9,2	0,7	2,1	0,2	1,1	11,7	8,0	0,8	3,0
CSMIJ Anoia	Sagrat Cor - HHSCJ	0,3	0,8	6,3	9,1	0,9	2,8	0,2	1,2	5,4	11,3	1,5	5,0
CSMIJ Alt Empordà	IAS	0,2	0,7	6,2	5,2	1,2	3,5	0,1	1,1	8,8	5,9	1,7	5,9
CSMIJ Molins de Rei	Sagrat Cor - HHSCJ	0,2	0,4	14,1	9,0	1,1	2,3	0,4	0,6	14,7	10,7	1,9	3,3
Total		0,9	2,7	6,3	6,4	1,3	3,7	1,2	3,6	6,4	6,3	1,9	5,5

■ Els cinc valors superiors ■ Els cinc valors inferiors

El nivell socioeconòmic

L'informe de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població recentment publicat mostra un gradient socioeconòmic en les nenes i els nens de 6 a 11 anys, de manera que els fills de famílies de menor nivell socioeconòmic consumeixen amb més proporció fàrmacs pel TDAH, gradient que s'inverteix en el grup de 12 a 15 anys, sent a partir d'aleshores els fills de famílies més benestants els que presenten més proporció de població consumidora.

Els fills de famílies de menor nivell socioeconòmic consumeixen amb més proporció fàrmacs pel TDAH, gradient que s'inverteix en el grup de 12 a 15 anys.

Comentaris

Els estudis de prevalença del TDAH mostren diferències que s'expliquen per factors sociodemogràfics, geogràfics (variabilitat entre països i dins d'un mateix país), socioculturals, però també en funció dels criteris utilitzats per al seu diagnòstic on es poden aplicar els criteris de la Classificació Internacional de Malalties que són més restrictius o bé els del Diagnostic & Statistical Manual (DSM) de l'Associació Americana de Psiquiatria que s'han ampliat al llarg dels anys. Això explicaria la prevalença creixent del TDAH en les darreres dècades i tot sembla indicar que, com va passar amb el pas de la DSM-III-R a la DSM-IV, s'espera un nou increment amb la utilització de la DSM-V. S'ha de considerar, també, les campanyes de la indústria farmacèutica a través d'altres organitzacions i webs (pròpies, i de les associacions de pacients i familiars), el paper dels ensenyants (amb webs dirigides cap a ells), el ressò que els mitjans de comunicació donen a aquesta mena de trastorns, les mateixes pressions de mares i pares i mestres atribolats per controlar segons quins infants, els serveis addicionals escolars que s'ofereixen per a infants amb trastorns i, no s'ha d'amar, l'abús persistent d'estimulants cognitius per augmentar el rendiment o per a finalitats recreatives.

S'haurien d'explorar estratègies més flexibles d'incorporació a l'escolarització obligatòria i els clínics haurien d'extremar la prudència en etiquetar i tractar com a TDAH als infants de 6 a 9 anys nascuts els darrers mesos de l'any.

Els estudis que han examinat la relació entre mes de naixement i probabilitat de diagnòstic i medicació per TDAH han trobat aquesta associació (EUA, Canadà, Islàndia, Suècia, Espanya), excepte en el cas de Dinamarca que s'interpreta per la baixa proporció d'infants tractats en aquest país (inferior a l'1%) i la

major discrecionalitat de les mares i pares en la incorporació dels fills/filles al col·legi. El fet que els infants amb menor edat relativa que els seus companys de classe tinguin més probabilitat de rebre el diagnòstic i la medicació per TDAH s'explica perquè aquests infants més immadurs afronten exigències escolars massa altes en els primers anys d'escolarització i això afavoreix comportaments pròxims als del TDAH o bé que el professorat interpreta com a típics d'aquest trastorn. S'haurien d'explorar estratègies més flexibles d'incorporació a l'escolarització obligatòria i els clínics haurien d'extremar la prudència en etiquetar i tractar com a TDAH als infants de 6 a 9 anys nascuts els darrers mesos de l'any.

El diagnòstic primerenc s'ha de fer amb cura, ja que els símptomes poden ser transitoris per immaduresa.

El TDAH és una entitat controvertida que genera debat entre posicions diverses: la perspectiva completament biològica (alteració neuroquímica i/o estructural); una altra on la causa primària és exclusivament ambiental o de l'entorn; els que pensen en una combinació de factors biològics i socials; i aquelles persones completament escèptiques de l'existència d'aquest trastorn. Qualsevol d'aquestes posicions pot estar present entre els diferents agents que hi intervenen: progenitors, professors, metges, psicòlegs, investigadors, reguladors, sociòlegs, etc. Com en altres trastorns mentals, la manca d'un test diagnòstic inequívoc suposa que el diagnòstic s'ha de basar en l'avaluació dels símptomes conductuals. En el nostre context aquesta disparitat de visions s'ha fet ben present, arribant fins i tot al Síndic de greuges.

Les guies de pràctica clínica estableixen que el diagnòstic de TDAH no pot sustentar-se sols en dades observacionals o escales simptomàtiques, malgrat que tinguin la seva utilitat. Les guies recomanen una avaluació mèdica, psicosocial i de desenvolupament. Els símptomes centrals d'aquest trastorn (hiperactivitat, impulsivitat, inatenció), en menor o major grau, no deixen de formar part de l'espectre de conducta dels infants i adolescents. Hi ha, doncs, una qüestió de nivell i cal que els símptomes estiguin presents en diferents entorns i dominis. El diagnòstic primerenc s'ha de fer amb cura, ja que els símptomes poden ser transitoris per immaduresa. Els casos greus de TDAH no semblen plantejar dubtes, sinó que el problema està en aquells considerats lleus o moderats, que constitueixen la major part de pacients, i on poden haver-hi opinions divergents

entre clínics. S'afegeix el fet que poden coexistir altres trastorns mentals, per la qual cosa l'avaluació diagnòstica del TDAH l'haurien de realitzar professionals experts en salut mental.

La terapèutica de primera elecció hauria de ser els programes de formació i entrenament dels progenitors i el tractament cognitivoconductual i psicoterapèutic que contempli el cercle relacional de l'infant (família i escola, principalment). En tot cas, el tractament farmacològic en infants i adolescents amb TDAH ha de formar part d'un pla de tractament multimodal que inclogui assessorament i intervencions a nivell psicològic, conductual i educatiu.

L'avaluació diagnòstica del TDAH l'haurien de realitzar professionals experts en salut mental.

Metodologia

Les fonts emprades per a la realització d'aquest estudi han estat:

- El conjunt mínim bàsic de dades d'atenció ambulatoria a la salut mental (CMBD SMA) i el CMBD de l'atenció primària (CMBD AP) per obtenir dades de població atesa en el SSP amb diagnòstic de TDAH i el nombre de visites.
- La base de dades de facturació de farmàcia per obtenir les dades de consum de fàrmacs.
- El registre central d'assegurats (RCA) per a la informació de població de referència

Es considera que una persona ha estat atesa pel diagnòstic de TDAH si durant l'any d'estudi té com a mínim una visita amb el diagnòstic de la CIM-9-MC 314.XX, en qualsevol posició diagnòstica.

Es considera que una persona ha rebut medicació pel TDAH si durant l'any d'estudi ha retirat de la farmàcia almenys una recepta de metilfenidat (N06BA04), atomoxetina (N06BA09) o lisdexamfetamina (N06BA12).

Bibliografia

- Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/inici/>
- Cunill R, Castells X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Med Clin (Barc). 2015;144(8):370-5.
- Phillips CB. Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. PLoS Med. 2006;3(4):e182.
- Hinshaw SP, Scheffler RM. The ADHD explosion. Myths, medication, money and today's push for performance. Oxford University Press; 2014.
- Libro J, Izquierdo-María R, García-Gil M, Peiró S. Edad relativa de los niños en clase y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Estudio poblacional en un departamento de salud. Med Clin (Barc). 2015;145(11): 471-6.
- Singh I. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. Nat Rev Neurosci. 2008;9(12):957-64.
- Resolució dels expedients Q-08963/2015 i Q- 9824/2014 relatives a les queixes que s'han rebut a aquesta institució amb relació a l'atenció de casos de trastorn per déficit d'atenció amb o sense hiperactivitat d'infants i adolescents a Catalunya. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya; 2016. Disponible a: http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4118/R_157_2016.pdf
- Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London (United Kingdom): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); September 2008, last modified: March 2013. NICE clinical guideline 72. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>

Aquest document ha estat realitzat per:

Cristina Colls i Joan MV Pons

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel.93 551 39 00

Fax.93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Colls C i Pons JMV. Estat de situació del TDAH a Catalunya, tendència i variabilitat territorial. Monogràfics de la Central de Resultats, núm. 26. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 3888

Fax: 93 551 7510

<http://observatorisalut.gencat.cat>

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) Primera edició: Barcelona, maig 2017

Disseny: Joana López-Cordiente

Correcció: AQuAS

Alguns drets reservats:

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement - NoComercial - SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>