

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD



Índice

1-Introducción.....	pág. 3
2-Misión del programa.....	pág. 5
3-Objetivos.....	pág. 6
4-Definición de términos.....	pág. 7
5-Población diana.....	pág. 10
6-Criterios de inclusión.....	pág. 11
7-Criterios diagnósticos.....	pág. 13
8-Pronóstico.....	pág. 16
9-Procedimiento de Atención Coordinación y Seguimiento.....	pág. 17
10-Recomendaciones.....	pág. 35
11-Evaluación.....	pág. 40
12-Anexos.....	pág. 42
13-Bibliografía.....	pág. 60



1-INTRODUCCIÓN

A. Justificación

La importancia de la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia justifica la necesidad del desarrollo de dispositivos específicos en las Áreas de Salud para proporcionar la asistencia más adecuada a las características de esta población, aún así es importante trabajar en el desarrollo de programas específicos sobre las necesidades más decisivas en este campo en cada Área de Salud.

La necesidad de prestar atención a la salud mental en la población Infanto-juvenil no sólo se justifica por su carácter asistencial sino también por el preventivo. La etapa de la infancia-adolescencia es fundamental en el desarrollo de la estructura y conformación de la personalidad adulta. La relación y dinámica familiar al igual que el resto de las relaciones sociales influyen en el desarrollo global del menor y en gran medida en las alteraciones psicopatológicas que surgen en estas etapas. Por todo ello la prevención en salud mental de la población, ha de integrar una atención a la infancia-juventud de calidad y no sólo en aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también en otros aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria.

Destacamos tres motivos que fundamentan esta necesidad:

- Importancia de las actuaciones a favor de la salud mental en las edades tempranas, como determinantes de la calidad de vida posterior de las personas.
- Las peculiaridades de la asistencia sanitaria en el ámbito de los menores de edad, tanto en función de las distintas terapias como para las exigencias normativas existentes; y
- Los requerimientos de coordinación institucional entre los dispositivos de asistencia sanitaria y educativa.

B. Aproximación al Trastorno

- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno que implica una problemática a nivel del sistema nervioso central y de la conducta del menor.
- El Diagnóstico es clínico, no existe ninguna prueba, ningún marcador biológico, que determine qué menores lo sufren. Hay que observar aquellas conductas que se acompañan de falta de atención, un exceso de actividad e impulsividad.
- El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia, constituyendo uno de los motivos más habituales en la población infantil y juvenil de remisión a los profesionales sanitarios. La tasa de prevalencia del TDAH más citada (DSM IV-TR) entre los niños en edad escolar oscila entre el 3 y el 5%, aunque la bibliografía refiere tasas entre el 4 y 17%. En el caso de las niñas, la prevalencia es menor, por cada dos niños, una niña padece el trastorno. En Castilla y León observamos un 6.6% de prevalencia, mediante un estudio epidemiológico en doble fase psicométrica – clínica (Rodríguez, López- Villalobos, Garrido, Sacristán, Martínez y Ruiz, 2009).

Los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico del trastorno hiperactivo son más restrictivos que para el diagnóstico del TDAH según el DSM IV-TR, y en consecuencia, la prevalencia aparente con este último sería mayor que con la del primero. Además la CIE-10 no diferen-



cia subtipos específicos con la DSMIV-TR. Por último la DSM IV-TR puede permitir una mayor comorbilidad.

- Es un cuadro con un alto componente hereditario. Hasta en un 90% de los casos, existe el antecedente de un miembro de la misma familia afectado por el trastorno. En familias donde uno de los menores tiene TDAH el riesgo para los hermanos sube del 5 % de la población general hasta un 30 al 40 %. También se eleva el riesgo si uno de los padres tiene TDAH (se multiplica el riesgo por 8).
- Curso:
 - Casi siempre debutan antes de los 7 años.
 - Se detectan entre los 3 y 6 años sobre todo los hiperactivos e impulsivos.
 - Los que presentan sólo déficit de atención se detectan más tarde, cuando fracasan escolarmente ante mayores exigencias académicas.
 - Se mantienen en la edad escolar con comportamientos equivalentes a niños cronológicamente dos años menores.
 - En la adolescencia predomina el déficit de atención y regresión del comportamiento impulsivo.
 - Los síntomas pueden persistir mucho tiempo. Un número importante de adolescentes mantienen el diagnóstico de TDAH en la edad adulta.

C. Importancia

- Hasta un 10% de los fracasos escolares se deben al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo, INECSE).
- Se necesita un triple abordaje: sanitario, familiar y educativo. Estas intervenciones son mutuamente complementarias. Ninguna es suficiente por si misma por lo que es preciso actuar de manera coordinada.



2. MISIÓN DEL PROGRAMA

El programa de atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad pretende establecer criterios homogéneos de actuación en la red asistencial de nuestra Comunidad incluyendo objetivos comunes que se desarrollarán a través de las correspondientes actividades. El fin es proporcionar una asistencia sanitaria a las personas que lo sufren con el máximo nivel de calidad reduciendo al mínimo la variabilidad en la asistencia. Aún así, y debido a las peculiaridades y diferencias de cada área de Salud, éstas realizarán una adaptación para determinar cual /es son los problemas de mayor trascendencia por su frecuencia o gravedad, priorizando estos y estableciendo líneas de trabajo para abordarlos a través del diseño de las actividades correspondientes, adaptándolas a su situación particular.

El Programa de Atención al TDAH tiene como objetivo principal diseñar un conjunto de actividades organizativas y de coordinación que permitan un abordaje integral del Trastorno a través de los distintos niveles asistenciales sanitarios y el nivel educativo. El resultado final está encaminado a lograr la cobertura de la población a la que va dirigido garantizando la identificación precoz del trastorno, la instauración de las medidas psicoterapéuticas y educativas oportunas, el seguimiento y atención a lo largo de la duración del proceso y la detección de las oportunidades de mejora.



3. OBJETIVOS

Los objetivos del Programa de Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se centran en los siguientes puntos:

3-1 Garantizar la atención psiquiátrica y coordinación asistencial en la Red de Asistencia Psiquiátrica de todos los pacientes derivados desde el nivel de Atención Primaria y / o desde el nivel de Atención Especializada:

3-1.1 Desde el nivel de Atención Primaria (médicos de familia y pediatras) se fomentará la detección, diagnóstico y tratamiento de nuevos casos, y derivación al nivel especializado cuando se cumplan criterios de derivación. En este sentido, la coordinación entre los niveles asistenciales juega un papel decisivo en el éxito de las intervenciones. El Programa establece un Protocolo de coordinación básico en el que se definen las actuaciones e intervenciones de cada nivel asistencial así como su conexión con los servicios educativos. El Área de Salud adaptará los mecanismos de coordinación de modo que estos se lleven a cabo utilizando los recursos propios del Área y se facilite la comunicación de los profesionales (sistema de interconsultas, reuniones periódicas, sesiones clínicas, etc...)

3-1.2 El nivel de Atención Especializada (psiquiatras y psicólogos Infanto-juveniles) se convierte en el punto de referencia para el resto de profesionales y estructuras organizativas implicadas en el proceso de atención al TDAH. Los Equipos de Salud Mental Infanto-juveniles realizan la confirmación diagnóstica y/ o el seguimiento clínico del TDAH, incluyendo los casos diagnosticados en el Programa de Atención al TDAH y elaborando un Plan de Intervención individualizado para cada paciente.

El papel de los profesionales sanitarios requiere la actualización permanente de los conocimientos adquiridos mediante la formación continuada, el aprovechamiento de los estudios e investigaciones desarrolladas en este campo y la medicina basada en la evidencia.

3-2 La coordinación con los Centros educativos es fundamental y podrá articularse por diferentes vías, recogidas en el Protocolo de Coordinación establecido entre los servicios sanitarios y educativos:

3-2.1 A través de los padres,

3-2.2 Remitiendo cuestionarios y tests psicológicos para su cumplimentación por los maestros.

3-2.3 mediante contacto telefónico.

3-2.4 A través de reuniones entre los profesionales de los ESM Infanto-juveniles los Equipos de Orientación Educativa o Departamentos de Orientación del Centro escolar, etc.

3-3 Asesoría familiar; no debemos olvidar el papel de los padres, fundamental en la detección temprana y su implicación a lo largo del Plan de Intervención Individualizado, colaborando tanto con los servicios sanitarios como con los educativos.



4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

4-1 Ámbitos

El hogar, la escuela o colegio, o el ámbito sanitario-asistencial. No debe confundirse, aunque en ocasiones se solapan con el eje IV "Problemas psicosociales y ambientales" del DSM IV-TR de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), que pueden afectar tanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico del TDAH como a los problemas derivados del estilo de vida personal y al manejo de la vida del paciente, y que suelen codificarse con las categorías seleccionadas al caso del capítulo Z y otros códigos específicos de las citadas clasificaciones.

4-2 Actividad asistencial

Conjunto de actuaciones encaminadas a prestar atención sanitaria a los pacientes con el objeto de restablecer la salud física y psíquica restaurándose el estado premórbido.

4-3 Asesoría Familiar

Atención y orientación prestada a los familiares del paciente y a sus educadores para apoyar y facilitar la comprensión del Trastorno y las distintas opciones de tratamiento e intervenciones a llevar a cabo.

4-4 Competencia curricular

Es el conjunto de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que posee el alumno respecto al currículo ordinario.

4-5 Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica

Son equipos de carácter interdisciplinar. De forma genérica su función es prestar un servicio de asesoramiento y apoyo a la comunidad educativa especialmente en los niveles de Educación Infantil y de Educación Primaria.

Se estructuran en:

- Equipos de Orientación Educativa de carácter generalista.
- Equipos de Orientación Educativa de carácter específico, cuyo ámbito de actuación se concentra en determinadas necesidades educativas especiales y comprende:
 - Equipos de Orientación Educativa Específicos para la Discapacidad Motora.
 - Equipos de Orientación Educativa Específicos para la Discapacidad Auditiva.
- Equipos de Orientación Educativa de carácter especializado, delimitados por determinadas necesidades educativas específicas de apoyo educativo, teniendo entre sus características diferenciadoras el asesoramiento y la intervención directa con alumnos a través de programas concretos; que comprenden:
 - Equipos de Atención al Alumnado con Superdotación Intelectual.
 - Equipo de Atención al Alumnado con Trastornos de Conducta.

4-6 Consultoría

Medio de coordinación que permite a través del contacto entre profesionales/ niveles asistenciales la solución a un problema concreto, el conocimiento de una situación, el seguimiento de un proceso, etc. redundando en una mejora en la atención prestada al paciente.



4-7 Informe Psicopedagógico

Es un documento realizado por los especialistas de Orientación Educativa y que refleja de forma clara y completa la situación evolutiva y educativa actual del alumno en los diferentes contextos de desarrollo o enseñanza, concreta su necesidad específica de apoyo educativo, si la tuviera, y por último, orienta la propuesta organizativa y curricular del centro y para el alumno, así como el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso.

4-8 Orientador Educativo

Es un profesional de la educación del cuerpo de Profesores de Enseñanza Secundaria de la Especialidad de Orientación Educativa. Entre las funciones que tiene encomendadas se encuentra la valoración de las necesidades específicas de apoyo educativo y la elaboración del Informe Psicopedagógico y, en su caso, el dictamen de escolarización.

4-9 Plan de Coordinación y Seguimiento

Conjunto de actividades desarrolladas por los distintos agentes que intervienen en el proceso de atención al TDAH, familia, servicios educativos y servicios sanitarios, encaminadas a facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo del proceso.

4-10 Plan de Acción Individualizado

Plan sanitario efectuado desde el nivel de Atención Primaria en el que se incorporan intervenciones psicofarmacológicas, psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales, con el fin de proporcionar una atención integral e integrada para cada caso.

4-11 Plan de Intervención Educativa:

Plan de intervención educativo para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos. Éste incluye actividades de intervención, coordinación y seguimiento con alumno, familia, profesorado y centro.

4-12 Plan de Intervención Individualizado:

Plan sanitario efectuado desde el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil, en el que se efectúa una intervención global sobre el paciente abarcando aspectos: farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales, psicoeducativos y familiares, cuyo objetivo principal es proporcionar una atención integral e integrada con la participación de todos los sujetos activos del proceso asistencial, pacientes, profesionales del Equipo de Salud Mental, maestros, Equipos Psicopedagógicos, y familiares.¹

4-13 Psicoeducación sanitaria

La psicoeducación sanitaria tiene por objeto favorecer el conocimiento del trastorno, proporcionar información al paciente y su familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontar distintas situaciones mejorando su calidad de vida.

¹ El Plan de Acción Individualizado y el Plan de Intervención Individualizado, son planes sanitarios destinados a realizar una intervención global sobre el menor con TDAH, tienen el mismo objetivo radican su diferencia en el nivel de realización (Atención Primaria / Atención Especializada) y en la especificidad de algunas intervenciones como es el abordaje psicoterapéutico que es exclusivo del nivel de Atención Especializada.



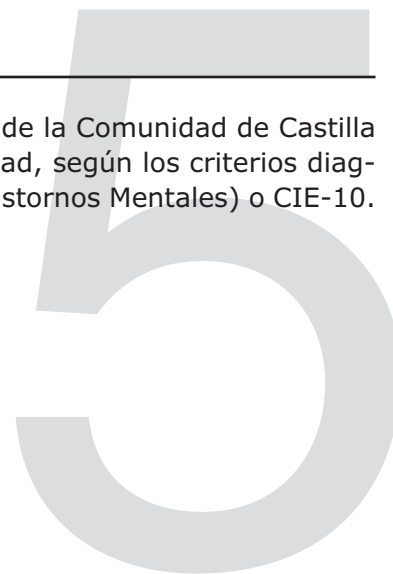
4-14 Sesiones clínicas educativas

Reuniones participativas e interactivas del Equipo multidisciplinar con fines didácticos en las que se exponen casos clínicos, se diseñan líneas de actuación, abordaje de conflictos y resolución de problemas, debatiendo y consensuando las opciones presentadas.



5. POBLACIÓN DIANA

El Programa está dirigido a la población menor de 18 años de edad de la Comunidad de Castilla y León que sufre un trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, según los criterios diagnósticos de la DSMIV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales) o CIE-10. (Tablas 1 y 3).





6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Serán susceptibles de beneficiarse del Programa los menores de 18 años que cumplan algunos de los criterios de presunción de los siguientes apartados (criterios de presunción distribuidos por edades y áreas sintomatológicas) que ocasionen dificultades en la realización de las actividades cotidianas (relaciones familiares, rendimiento académico, dificultades comportamentales, etc.):

1. Menores de 6 años.

a) Hiperactividad:

- Inquietud motora excesiva (no permanece sentado, corretea, trepa, salta, hace ruidos, etc.).
- Dificultades en la inhibición y autorregulación interna de la conducta.

b) Déficit de Atención:

- Escasa duración en las actividades habituales (un juego, ficha escolar, etc.).
- Dificultades de organización y distraibilidad permanente.
- Cambios continuos de actividad.

c) Impulsividad:

- Anticipación en las respuestas.
- Interrupciones permanentes (en la clase, en conversaciones etc.).
- Locuaz, falta de consideración hacia el resto.

d) Otros síntomas asociados:

- Conductas oposicionistas y desafiantes.
- Irritabilidad.
- Alteración del sueño.
- Alteración del lenguaje.
- Problemas relacionales (familiares, entre iguales, etc.).
- Dificultades escolares, etc.

2. Menores de 7 a 14 años

a) Hiperactividad:

- Hiperactividad motora y verbal.
- Inquietud psicomotora.
- Dificultad para permanecer sentado y seguir tareas.

b) Déficit de Atención:

- Dificultad para mantener la atención y fácil distraibilidad.
- Interrupciones e intrusiones frecuentes.

c) Impulsividad:

- Dificultad en esperar.
- Incremento de accidentes.
- Falta de precauciones en situaciones de riesgo o peligro.
- Desinhibición en las situaciones sociales.

d) Otros síntomas asociados:

- Oposicionismo y desobediencia.
- Agresividad y rabietas frecuentes.
- Labilidad afectiva, cambios de humor, escasa tolerancia a la frustración.
- Bajo rendimiento académico.



- Dificultades de interacción social.
- Disminución de la función ejecutiva, alteraciones visoperceptivas, etc.

3. Adolescentes de 14 a 18 años

a) Hiperactividad:

- Disminuye considerablemente la hiperactividad en esta etapa manifestándose con síntomas y signos más discretos (movimientos de manos y pies, dificultad para permanecer sentado largo tiempo etc.).

b) Déficit de Atención:

- Dificultad para mantener la atención y concentración, fácil distraibilidad.
- Dificultades para la organización de tareas.

c) Impulsividad:

- Participación en actividades de riesgo.
- Falta de precauciones en situaciones de peligro.

d) Otros síntomas asociados:

- Problemas de autorregulación adaptativa de su conducta (mentiras frecuentes, desobediencia, etc.).
- Incremento de la autoconciencia del trastorno y secundariamente trastornos afectivos asociados.
- Dificultades académicas y bajo rendimiento.
- Dificultad para planificar y organizar, desadaptación a los cambios de su entorno.

Ante la detección o sospecha, bien en el ámbito familiar o escolar, se contactará con los Servicios de Salud de Atención Primaria (Pediatra o M.A.P) y si procede, estos derivarán al Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil para su posible inclusión en el Programa de TDAH.



7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico. Existen tres síntomas nucleares, el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. En las Tablas 1 y 3 se recogen los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Americana DSM IV-TR y por la CIE-10 respectivamente.

La APA (Asociación Americana de Psiquiatría) ha acordado que se pueden distinguir dentro de los menores hiperactivos tres subgrupos o tipologías:

- Con predominio de los síntomas de inatención.
- Con predominio de los síntomas de hiperactividad e impulsividad.
- Tipo combinado (inatención, hiperactividad e impulsividad).

A su vez cada una de estas tipologías se subclasifican en leve, moderada o grave.

Tabla 1 - Criterios diagnósticos DSM IV-TR del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

A. (1) o (2)

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos, u obligaciones en le centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios APRA tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

- (a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej.: se entromete en las conversaciones o juegos)



- B. Algunos síntomas de hiperactividad –impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.**
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela o en el trabajo y en casa)**
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.**
- E. Algunos síntomas de hiperactividad –impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.**
- F. Los síntomas no transcurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)**

Tabla.2 - Variantes del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Variantes del TDAH: (Códigos basados en el tipo)

- F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses
- F 90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Tabla 3 - CIE-10 de la OMS, 1992, criterios diagnósticos del TDAH

1. Inatención. Al menos 6 síntomas de inatención han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares, el trabajo y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Imposibilidad persistente de cumplimentar el trabajo escolar asignado u otras tareas (no debido a conducta de oposición o fallo en comprender las instrucciones).
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde objetos necesarios para tareas o actividades, tales como material escolar, lapiceros, libros, juguetes o herramientas.
- Se distrae fácilmente ante estímulos externos.
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

2. Hiperactividad. Al menos 3 síntomas de hiperactividad han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
- Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes y adultos pueden solo estar presente sentimientos de impaciencia).
- Es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Exhibe persistentemente un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.



3. Impulsividad. Al menos 1 de los siguientes síntomas de impulsividad han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (conversaciones, juegos).
- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.

5. Los criterios deben cumplirse en más de una situación (p.ej., la combinación de inatención e hiperactividad debe estar presente en casa y escuela, o en escuela y otro ambiente donde el niño sea observado, como en la consulta (se requiere información de más de una fuente)).

6. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

7. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad. ICD-10: Classification Of Mental and Behavioral Disorders. Organización Mundial de la Salud. 1992

A modo de resumen, se sugieren también algunas precisiones de interés diagnóstico:

- Inicio precoz: algunos síntomas pueden estar presentes antes de los 7 años (como considera la CIE-10).
- Duración de los síntomas: es necesario que los síntomas estén presentes de forma continua, al menos durante 6 meses.
- Generalización de los síntomas: es necesario que los síntomas sean evidentes en, al menos, dos entornos o ámbitos distintos; en el caso de los menores niños normalmente en el centro escolar y el domicilio familiar y tener siempre en cuenta el criterio de referencia de normalidad en cada caso.
- Anormalidad de los síntomas: son claramente inadecuados para la edad de desarrollo del menor y son desadaptativos para su funcionamiento en los diversos ámbitos, situaciones y dominios (familiar, escolar, amigos, etc.).



8. PRONÓSTICO

La evolución y pronóstico del TDAH, están en estrecha relación con un diagnóstico y tratamiento correcto y la persistencia de diversos factores individuales y sociales.

Se pueden esquematizar los siguientes rasgos de mayor riesgo para una psicopatología posterior:

- Mayor número de síntomas.
- Más baja autoestima (depresión/ansiedad).
- Mayor aislamiento social y/o menores habilidades sociales.
- Mayor frecuencia de accidentes de coches (lesiones).
- Menor nivel académico y sociolaboral.

El TDAH es un síndrome multifactorial en el que intervienen causas tanto endógenas como exógenas, genéticas como ambientales, prenatales y postnatales, etc. Así, factores como la carga hereditaria familiar, el sufrimiento fetal, bajo peso al nacer, los problemas deficitarios psico-socio-culturales, el consumo de alcohol, drogas o tabaco por parte de la madre durante el embarazo, etc., multiplican el riesgo de padecer el trastorno. A todos ellos hay que añadir otros factores de mantenimiento a lo largo de la vida.

Podemos distinguir de forma muy esquemática dos formas básicas de continuidad en el TDAH: (Fig. 1)

1. Continuidad homotípica

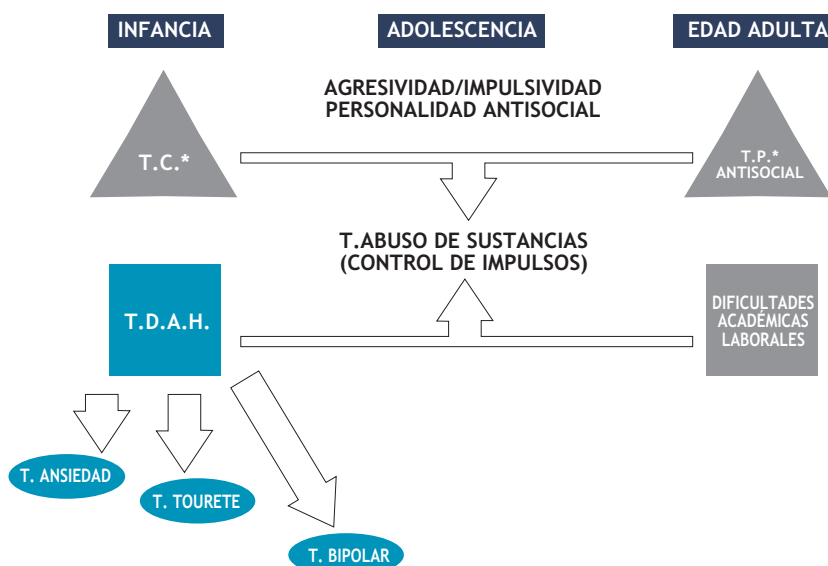
- Persiste el síndrome completo a los 18 años (30%).
- Persiste el síndrome completo a los 25 años (10-20%).
- Persiste uno o más síntomas nucleares en la vida adulta (60%).

2. Continuidad heterotípica

- Trastorno de la personalidad antisocial y conductas delictivas (20%)*

* El riesgo es mayor para los menores con TDAH asociados a Trastornos del Comportamiento.

Figura 1 - FORMAS BÁSICAS DE CONTINUIDAD Y COMORBILIDAD DEL TDAH



*T.C. -Trastorno del Comportamiento*T.P. - Trastorno de la Personalidad



9. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN, COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO

El procedimiento diseñado para la Atención de este Trastorno debe tener en cuenta todas las áreas afectadas (atención, actividad e impulsividad) mediante la realización de una evaluación adecuada y un diagnóstico correcto, constituyendo el primer paso a la hora de implementar un abordaje multimodal y multidisciplinar. Resultará esencial la prestación de atención coordinada y continuada tanto desde el nivel sanitario como del familiar y educativo.

Abordaje multimodal:

El tratamiento para abordar los TDAH debe plantearse desde una perspectiva multimodal incluyendo tanto aspectos farmacológicos como psicoterapéuticos. Para ello, es fundamental el contacto y comunicación entre los distintos profesionales, médicos, psicólogos y profesores, así como facilitar pautas psicoeducativas a los familiares del menor y personas del entorno cercano, además de al propio menor.

Antes de realizar una correcta planificación del tratamiento se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Considerar al TDAH como un trastorno que habitualmente se presenta de forma crónica.
- Valorar e identificar la comorbilidad existente con otros trastornos.
- Plantear los tratamientos más eficaces y su evidencia.
- Abordaje multidisciplinar y coordinado en la intervención.
- Considerar las preferencias de los pacientes y sus familias.
- Seguimiento, revisión continua y modificación del Plan de Intervención Individualizado si fuese necesario.

Abordaje multidisciplinar:

El abordaje multidisciplinar del Trastorno implica la participación del Equipo psicoterapéutico de forma completa de modo que las intervenciones realizadas por los distintos profesionales sean coordinadas y diseñadas de forma conjunta. Ello se traduce en una correcta comunicación interna del equipo psicoterapéutico que se consigue mediante los instrumentos y herramientas de gestión y planificación del propio Servicio (reuniones de equipo, de planificación, consultoría, sesiones clínicas, etc.)

Igualmente es fundamental la comunicación con la familia y con el medio escolar, favoreciendo intervenciones coordinadas en los distintos ámbitos de relación y trabajo del paciente (familia y escuela). Con ello se logrará unificar las directrices de actuación evitando actuaciones contradictorias e ineficaces.

Así pues, las diferentes actuaciones que se ponen en marcha, tras la detección y confirmación diagnóstica del trastorno, no pueden dirigirse de manera unidireccional abordando exclusivamente una determinada faceta del trastorno (alteración de la conducta, distraibilidad, etc.) o un determinado ámbito (familia, escuela, trabajo) deben plantearse conjuntamente para garantizar una mejor efectividad. De este modo se establece un Protocolo de Atención, Coordinación y Seguimiento entre los tres ámbitos familiar, educativo y sanitario con objeto de favorecer la comunicación e integrar las diferentes medidas adoptadas a lo largo del proceso.

El Protocolo se divide en tres fases:

1. Fase de Detección Temprana.
2. Fase de Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria.
3. Fase de Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada.



Primera Fase: Detección Temprana de TDAH (Algoritmo.1)

1. Ámbitos de detección

La finalidad de esta primera fase es la detección temprana de posibles menores con TDAH. Los ámbitos próximos al menor, familia, profesorado, médico de atención primaria (MAP) o cualquier otro miembro del centro educativo constituyen los puntos de referencia inmediata para la detección temprana.

Es básica la referencia por parte de los padres/ tutores legales y profesorado de la presencia ó no, de alteraciones en las tres dimensiones que se ven afectadas en el TDAH: la atención, el nivel de actividad y el grado de impulsividad.

El principal motivo de preocupación de los padres es las alteraciones conductuales del menor en el hogar, no acata normas, no escucha ni presta atención a lo que se le dice, etc.

El ámbito escolar es otro núcleo importante de detección, en muchos casos, y debido a la escolarización temprana (guarderías), concurre casi de forma paralela al núcleo familiar. Frecuentemente las conductas observadas por los padres en el medio familiar, son confirmadas por el educador dentro de la escuela (aula, recreo, otras actividades escolares, etc.).

2. Equipo Directivo/Tutor del Centro escolar:

Los padres por iniciativa propia o por recomendación del pediatra, médico de atención primaria (MAP), y/ o el profesor pueden poner en conocimiento del orientador del Centro Educativo las alteraciones detectadas, y si lo considera necesario iniciará el procedimiento establecido en la normativa vigente².

3. Equipo de Orientación Educativa o Departamento de Orientación:

Pre-evaluación

El Orientador, una vez recogida la demanda, realizará una pre-evaluación del alumno/a, a través de:

- Escalas de evaluación específica de TDAH (elección opcional):
 - Escala de Conners para padres y profesores
 - Escala DU PAUL para padres y profesores
 - SNAP IV
- Entrevista con la familia.
- Entrevista con los profesores.
- Observación del alumno/a en el aula.

Evaluación del Orientador Educativo

Si del resultado de la pre-evaluación se infiere la sospecha de un posible TDAH, el orientador realizará un informe de derivación a los Servicios Sanitarios, (anexo I) que incluirá:

² ORDEN EDU/1603/2009, de 20 de julio, por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el del dictamen de escolarización.



- Nivel de competencia curricular.
- Capacidad Cognitiva (Escala WISC-IV)³
- Estilo de aprendizaje.
- Rendimiento académico.
- Adaptación y relación social.

Informe de Derivación

Si el resultado de la evaluación del orientador educativo apunta a un posible TDAH, éste solicitará la autorización la familia⁴ para realizar el traslado del informe de derivación a los Servicios Sanitarios⁵: Pediatría/Médico de Atención Primaria/Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Coordinación y Seguimiento

El orientador que atiende al Centro Educativo, una vez confirmado el diagnóstico valorará las necesidades educativas que pueda tener y elaborará el informe psicopedagógico; propondrá la intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia y profesorado (tutorías, agenda escolar, etc.) y participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto a los servicios sanitarios.

Si el alumno con TDAH no presentase necesidades específicas de apoyo educativo, se informará y dará orientaciones a la familia y al profesorado realizando un seguimiento.

Cuando no se objetive el cumplimiento de criterios de TDAH, valorará la existencia de otras posibles problemáticas, estudiando las necesidades individuales de cada caso y llevando a cabo su seguimiento en el Centro Escolar (valoración de apoyo educativo, orientaciones a familia y profesorado, etc.)

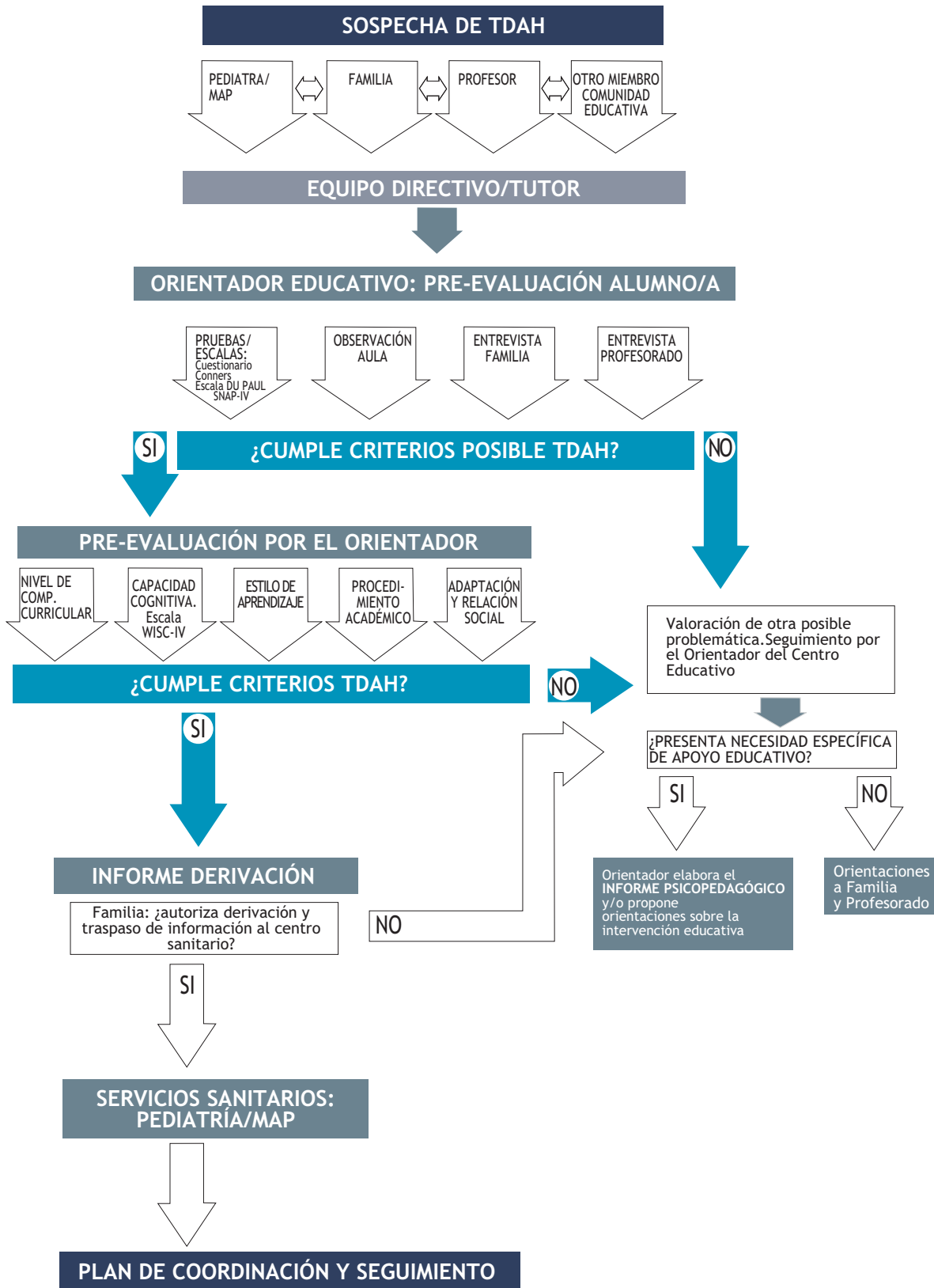
³ Versión actualizada y renovada de las anteriores escalas de Weschler para niños (WISC, WISC-R y WISC_III)

⁴ Anexo V Autorización de traspaso de información a Servicios Sanitarios/ Educativos

⁵ Mediante los Anexos III y IV se garantiza la respuesta de los Servicios Sanitarios a los Servicios Educativos.



Primera Fase: DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH (Algoritmo 1)





Segunda Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria (Algoritmo.2)

La finalidad de esta fase es la de realizar el diagnóstico en los casos que han sido detectados en la fase anterior, descartar otras patologías orgánicas que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa.

1. Acceso a los Servicios Sanitarios

Consulta médica

Puede ser:

1. Consulta de revisión programada⁶
2. Consulta solicitada por los padres a iniciativa propia
3. Consulta solicitada por los padres por recomendación del Centro Escolar⁷.

En el caso de las consultas 1 y 2, el Médico de Atención primaria (MAP) o Pediatra, solicitará al Centro Escolar, a través de los padres, un informe de evaluación elaborado por el orientador que atiende al centro educativo. (Anexo II)

2. Pediatra / MAP:

Evaluación:

Incluye entrevista con la familia, examen general de salud del menor, exploraciones complementarias y el informe del orientador que atiende al centro educativo, previa solicitud de información.

El pediatra / MAP realizará una valoración completa del menor:

1. Apertura de la historia clínica

- Fuentes
 - Entrevista con los padres/ familiares del menor.
 - Informe psicopedagógico del Centro escolar.
- Contenido
 - Antecedentes de interés: familiares y personales (médicos y quirúrgicos, hospitalizaciones).
 - Historia del trastorno actual: evaluar síntomas de sospecha de TDAH según criterios DSM-IV/ CIE-10^a:
 - Síntomas.
 - Edad de aparición.
 - Duración.
 - Aparición en varios ambientes.
 - Impedimento funcional.

⁶ Servicio de Revisión del Niño Sano de 2 a 5 años y de 6 a 14 años. En ambos se incluye de forma protocolizada la valoración psicopatológica del niño, teniendo entre otros objetivos, descartar síntomas de hiperactividad en esta población, a través de la observación directa del menor y/o la información aportada por los padres, incluidos los informes del centro escolar

⁷ Si la consulta se lleva a cabo por recomendación del Centro Escolar se aportará el Informe elaborado por el Equipo de Orientación Educativo. Anexo I



2. Examen de Salud- Exploración Médica

Se realizará una exploración general del menor, descartando trastornos que cursen con síntomas comunes al TDAH y trastornos que coexistan junto al TDAH.

– Contenido:

- General: determinación de peso y talla, constantes vitales.
- Condiciones biomédicas: visuales y auditivas.
- Problemas emocionales/ psiquiátricos.
- Patología neurológica: crisis de ausencias, Sdme del Cromosoma X frágil...
- Trastornos de lenguaje.
- Problemas de aprendizaje.

Diagnóstico y Tratamiento

Si la evaluación realizada por el Pediatra / MAP descarta el cumplimiento de criterios para el TDAH se valorará el diagnóstico de otras alteraciones que cursan con síntomas comunes a este trastorno, derivando, si procede, a los servicios sanitarios especializados correspondientes (ORL, neurología, oftalmología, etc.).

Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDAH, se diseñará el Plan de Acción Individualizado (PAI) desde el nivel de Atención Primaria, en él se incorporarán las distintas intervenciones y medidas planificadas para cada caso: medidas psicofarmacológicas, medidas psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales.

Seguimiento y Coordinación

- Se establecerá una pauta de seguimiento y control del tratamiento desde el nivel de Atención Primaria / Pediatría, para valorar la respuesta a las medidas adoptadas en cada caso. Las principales actividades de esta fase serán:
 - Respuesta a las medidas terapéuticas adoptadas (farmacológicas/no farmacológicas)
 - Valoración de efectos secundarios del tratamiento farmacológico (anorexia, pérdida de peso, insomnio, etc).
 - Resistencia terapéutica.
 - Adherencia terapéutica (dificultades en la administración posológica, rechazo del tratamiento etc.).
 - El seguimiento también incluirá la realización de los cuestionarios de de detección cumplimentados por los padres y los profesores, para poder compararlos con los previos al inicio del tratamiento.
- El resultado del tratamiento será considerado favorable cuando se consiga el control adecuado de las manifestaciones cardinales del TDAH (hiperactividad, impulsividad, falta de atención), se logren parcial o totalmente los objetivos individuales fijados al inicio y no se produzcan efectos adversos importantes.
- Se derivará a Servicios Especializados, con el consentimiento previo de los padres, ante los siguientes criterios*:
 - Si se precisa realizar un diagnóstico diferencial o si el pediatra no tiene seguridad en el diagnóstico.
 - Cuando aparecen problemas médicos, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico.
 - Asociación con problemas comórbidos que complican el tratamiento.
 - Si precisan psicoterapia.



- Cuando no hay respuesta al tratamiento. Se considera fallo verdadero del tratamiento la falta de respuesta a la medicación administrada a dosis máxima sin efectos secundarios o a cualquier dosis con efectos secundarios intolerables.
- Si requieren dosis muy elevadas o combinación de medicaciones.
- Si existen problemas familiares y falta de colaboración.

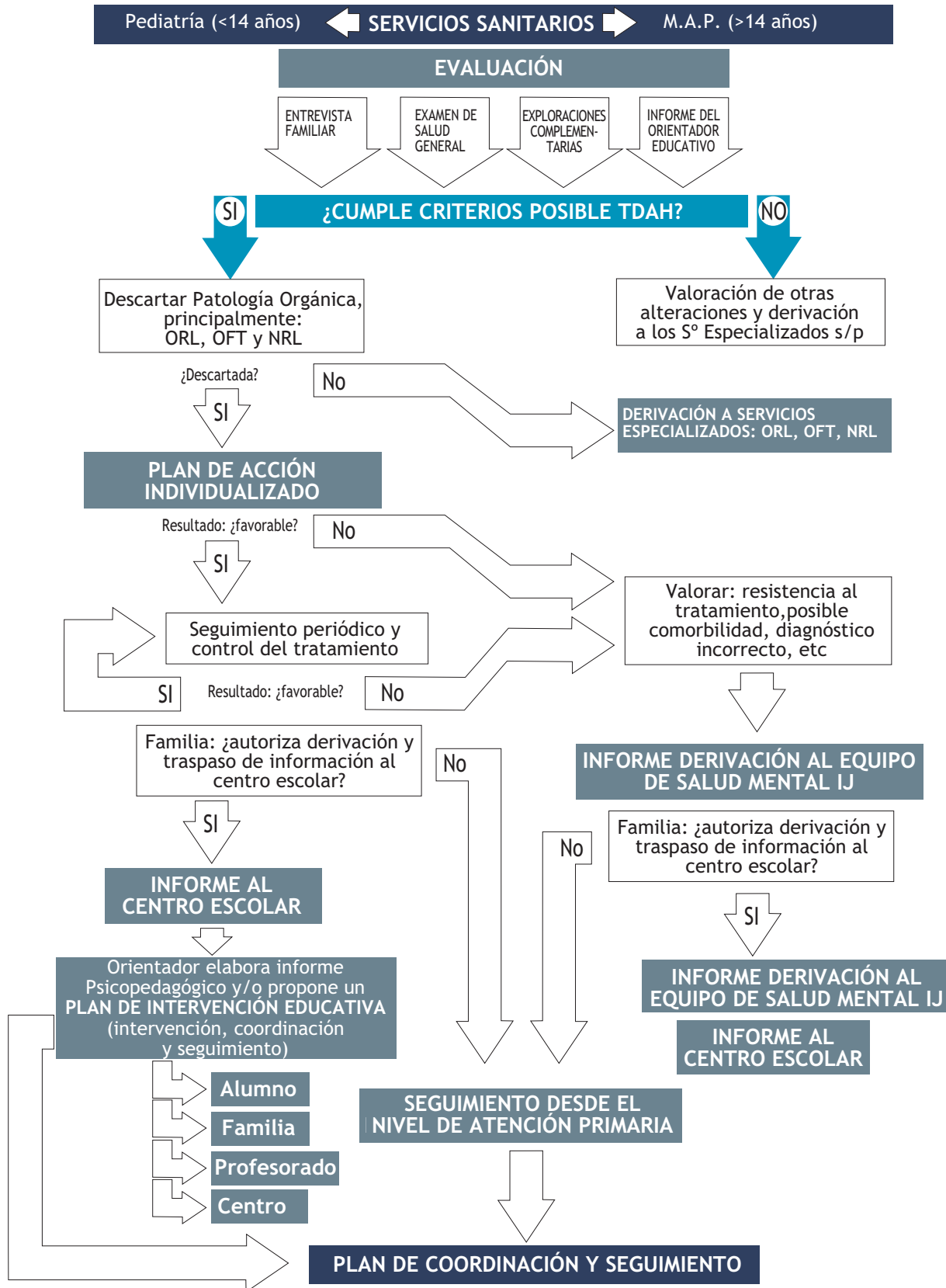
* En todos los supuestos indicados se remitirá informe⁸ clínico protocolizado al orientador que atiende al Centro Escolar (anexo III) previa solicitud de autorización a los padres del menor (anexo V). El informe incluirá orientaciones a la familia y al profesorado si se considera necesario con objeto de facilitar la coordinación entre los servicios sanitarios / educativos para el correcto desarrollo del Plan de Seguimiento y Coordinación.

- En aquellos casos en los que los padres o tutores legales del menor no autoricen la derivación al nivel sanitario especializado, se continuará el seguimiento desde el nivel de Atención Primaria (MAP/ Pediatra).
- Se mantendrá contacto con todos los casos derivados al nivel asistencial especializado (ESM infanto-juvenil/ otras especialidades), a través de la respuesta a los informes de derivación establecidos entre los dos niveles asistenciales, garantizando así el seguimiento del paciente.

⁸ Informe clínico protocolizado del Pediatra/ MAP dirigido a los Servicios de Orientación Educativa, que entregarán los padres en el Centro Educativo con la finalidad de optimizar la respuesta educativa que precisa el menor. Anexo III



Segunda Fase: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN A. PRIMARIA Algoritmo 2





Tercera Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada. (Algoritmo.3)

La finalidad de esta fase es la confirmación diagnóstica y/o seguimiento clínico del TDAH por parte del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Los casos diagnosticados se incluirán en el Programa de Atención al TDAH, elaborando un Plan de Intervención Individualizado para cada paciente. El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto al resto de agentes implicados en el proceso (servicios educativos, servicios sanitarios y la familia).

1. Acceso al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil

Derivación

- Pediatra/Médico de Atención Primaria (según la edad).
- Interconsulta de otras especialidades médicas.

Valoración

El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil realizará una valoración completa del menor mediante:

1. Apertura de la historia clínica y exploraciones basales

- Historia Clínica
 - Fuentes:
 - Entrevista con los padres/ familiares del menor.
 - Informe de derivación del pediatra.
 - Informe de evaluación del orientador del Centro Escolar.
 - Contenido: (lo mas exhaustivo posible)
 - Psicobiografía personal (desarrollo psicosomático, escolaridad, formación profesional, situación laboral, dinámica y apoyo sociofamiliar, acontecimientos vitales, pérdidas, hábitos tóxicos, etc.).
 - Antecedentes:
 - Familiares: de interés especial síntomas de TDAH en padres.
 - Personales: (médicos y quirúrgicos, hospitalizaciones, psiquiátricos, sociales, laborales, legales).
 - Historia del trastorno actual: síntomas propios del TDAH, asociados o de trastornos comórbidos. Repercusión en áreas familiar, escolar y social/ laboral. Variables socioambientales. Insistir en los siguientes aspectos:
 - Presencia, duración, intensidad, gravedad y frecuencia de los síntomas.
 - Edad de inicio o de comienzo y circunstancias.
 - Interferencias evolutivas.
 - Ambientes en los que ocurren provocando deterioro en el funcionamiento global o específico del paciente, objetivándose claramente la presencia de los síntomas.
 - Dominios referidos a las consecuencias funcionales de los síntomas y signos del TDAH: cuidado personal y evaluación de riesgos para el paciente, funcionamiento escolar, ocupacional, durante el ocio y en compañía, en la familia, en el contexto social general, así como el grado o nivel de gravedad o intensidad de los síntomas o del deterioro.
 - Repasar y reseñar con los padres o cuidadores otros síntomas de otros trastornos frecuentemente asociados y de desajuste o desadaptación psicopatológica: trastornos del comportamiento, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante, dependencia y abuso de sustancias, psicosis, tics, etc.



- Examen físico (complementa el examen de salud del pediatra).
 - Contenido:
 - determinación de peso y talla.
 - toma de constantes vitales.
 - signos neurológicos y físicos menores.
 - otras anomalías somáticas.

- Exploración Psicológica: abarcando aspectos neuropsicológicos y psicodiagnósticos. Tabla 4 y 5
 - Contenido:
 - Psicometría: Weschler (adaptado a la edad del menor).
 - Test específicos para valorar atención / concentración.
 - Cuestionarios / Escala de evaluación conductual.
 - Generales (Achenbach/ Goodman).
 - Específicos (Conners, SNAP-IV, Du Paul).

Tabla 4. Algunas Entrevistas. Cuestionarios. Escalas y Pruebas Psicológicas generales utilizables en el TDAH

Entrevistas estructuradas:

- DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children. Shaffer y cols 2006.
- DICA: Diagnostic Interview for Children and Adolescent. Reich, 2000.

Entrevistas semiestructuradas

- PACS: Parental Account Children Syntoms. Taylor 1986 (específica para el TDAH hiperactivo).
- K-SADS: Schedule for Affective Disorder Schizophrenia for School Age. Kaulman y cols 1997.

Cuestionarios

- Cuestionario biográfico infantil para padres.
- CBCL: Child Behavior Checklist. Achenbach y Rescor 2001.

Escalas:

- CGI-S.
- Escala de signos neurológicos menores (SNM).

Otras Pruebas

- Bender.
- Figura compleja Rey.
- Prueba lateralidad.

Tabla 5 - Entrevistas clínicas y Escalas de evaluación específica del TDAH

Prueba de Conners

- Para padres: Revised Conners Parents Rating Scale. Conners, 1997. (CPRS-R).
- Para profesores: Revised Conners Teacher Rating Scale. Conners, 1997. (CTRS-R).

Lowa CTRS.

SNAP-IV.

ADHD-RS-IV.

EDAH.

Batería de inteligencia de Wechsler.

- Para niños - revisada. (WISC-R).
- Para niños - tercera edición (WISC-III).
- WISC-IV.

Test de colores y palabras de Stroop (STROOP).

Test de trazados o rastreo (TRAIL MAKING TEST; TMT).

Test de ejecución continuada de Conners (CCPT).

Test de variable de la atención (TOVA).

Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST).

Test de la Torre de Londres.

Dígitos directos e inversos.



– Exploraciones complementarias:

• Contenido:

- Consulta con otras especialidades, neuropediatría, ORL, Oftalmología: si a lo largo del curso evolutivo se considera necesario.
- EEG: no es necesario para el diagnóstico. Se solicitará si en la anamnesis o clínica se detectan alteraciones que lo justifiquen.
- ECG: se realiza previamente al inicio del tratamiento, si el paciente presentara síntomas o signos que precisaran probar la normalidad cardiológica antes de prescribir alguno de los tratamientos específicos.
- Determinación del Cromosoma X frágil: si concurren síntomas clínicos y signos somáticos (alteraciones neurológicas menores).
- Logopedia: ante la presencia de alteraciones del lenguaje.

2. Valoración psicopatológica y aproximación diagnóstica

El siguiente paso es la valoración psicopatológica que incluye la exploración de cada una de las áreas afectadas en el trastorno: atención, concentración, actividad psicomotora. Se puede efectuar de forma directa a través de la entrevista clínica utilizando como apoyo las pruebas y exploraciones psicológicas y complementarias necesarias para cada caso.

3. Diagnóstico

– De confirmación

Una vez realizada la anamnesis y las exploraciones mencionadas (psicopatológicas, físicas y complementarias) se realiza el diagnóstico del trastorno conforme a los criterios diagnósticos de la DSM IV- TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE-10. (Ver Tablas.1-3).

– Diagnóstico diferencial:

Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con los trastornos incluidos en la Tabla 6.

Tabla 6 - Diagnóstico Diferencial del TDAH

Trastorno	Similitudes	Diferencia con TDAH puro
Inteligencia límite y Retraso Mental.(F70-79)	El comportamiento puede ser más activo, impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica.	Los niños con inteligencia límite suelen pasar desapercibidos si no se realiza una batería de pruebas de inteligencia fiable. En general la inteligencia de los niños con TDAH tiene las mismas variaciones que en la población general.
T. negativista u opositor desafiante.(F 91.3)	Disminución de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo, inadaptación escolar.	El TDAH no se niega a cumplir órdenes como desafío del adulto. No es hostil, provocador, resentido, con baja tolerancia a la frustración, etc.
T. de la Conducta o del Comportamiento.(F 91.0-3)	Comportamiento disruptivo, impulsividad, agresiones, inadaptación escolar.	El TDAH no tiene ideas ni comportamientos retadores, agresivos o antisociales. No es hostil ni cruel. Siente remordimiento por sus actos violentos, es afectivo.
T. de ansiedad de separación en la infancia.(F 93.0)	Hiperactividad, falta de atención, inadaptación o bajo rendimiento escolar.	El TDAH no tiene un miedo anormal a separarse de los padres o figuras paternas.
T. Obsesivo compulsivo.(F 42)	Problemas de atención y concentración derivados de su TOC, bajo rendimiento escolar.	El TDAH no tiene ideas obsesivas ni compulsiones. Sus síntomas están presentes desde la primera infancia.
Depresión.(F30-39)	Irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar.	El TDAH no tiene sentimientos persistentes de infelicidad, anhedonia o tristeza patológica. Los síntomas depresivos en el TDAH son, en general, comprensibles.
T. Bipolar(episodio maníaco)(F30)	Los episodios maníacos tienen síntomas similares a un TDAH grave aunque aparecen más tardíamente, como la distraibilidad, hipercinesia, irritabilidad, impulsividad, etc.	El TDAH no tiene una autoestima exagerada o expansiva. Los síntomas del TDAH están presentes desde la 1ª infancia. No tienen evolución fásica, ni otros síntomas endógenos o neurobiológicos.
T. por Tics.(F 95)	Dificultades de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar.	Los tics a veces pasan desapercibidos para el observador o los padres en sus formas más ligeras.
Abuso de alcohol, cannabis y otras drogas. (F10,12 y 15)	Problemas de atención, concentración, impulsividad, mal rendimiento o fracaso escolar	El TDAH presenta menos comportamientos manipulativos o de ocultación. En el uso y abuso de sustancias revierten los síntomas al dejar de consumir.
Trastornos del lenguaje y del aprendizaje	Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención, baja autoestima. Comportamiento perturbador en clase. Negativa a realizar las tareas escolares.	El TDAH no tiene desarrollo lento del lenguaje. Aún con CI normal el rendimiento intelectual del TDAH es inferior a lo normal. En T. de aprendizaje bajo rendimiento y comportamiento anormal sólo en el contexto académico.



– Diagnóstico de comorbilidad:

La comorbilidad en el TDAH es muy frecuente y en ocasiones conduce a diagnósticos erróneos. Para reducir al mínimo esta posibilidad, las evaluaciones estructuradas son una herramienta fundamental para separar los grupos de síntomas complejos y a veces solapados.

La presencia de otros trastornos concomitantes puede enmascarar la sintomatología del TDAH, ocasionando retrasos en el diagnóstico definitivo. Por otro lado la comorbilidad empeora el pronóstico y complica la evolución del paciente dificultando el abordaje y la respuesta terapéutica. (tabla 7)

Tabla 7 - Trastornos Comórbidos en el TDAH

T. Negativista desafiante.
 T. Disocial.
 T. de ansiedad.
 T. Depresivo.
 T. Tics y T. de Tourette.
 T. Específicos de aprendizaje.
 T. Específicos de la coordinación motriz.
 T. por abuso de sustancias.
 T. Bipolar.
 * * * *
 Retraso Mental
 T. Autista.

El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no criterios diagnósticos para TDAH, utilizando las clasificaciones CIE-10 y/ o DSM IV-TR.

- En caso afirmativo se incluirá en el Programa de Atención al TDAH.
- En caso negativo y si el paciente presenta otro trastorno psicopatológico el Equipo de Salud Mental prestará la atención correspondiente (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, etc).

2. Programa de Atención y Seguimiento al Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad

Elaboración de un Plan de Intervención Individualización (PII)

Una vez incluido el paciente en el Programa de TDAH se elaborará un Plan de intervención individualizado que incluye el abordaje psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducación sanitaria, psicosocial y ambiental.

1. Consideraciones generales

- Es un Plan de Intervención global sobre el paciente que abarca distintos aspectos: farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales, psicoeducación sanitaria y familiares.
- El objeto del mismo es proporcionar una atención integral e integrada de todas las fases del proceso con la participación de todos los sujetos activos del mismo: pacientes, profesionales del Equipo de Salud Mental, pediatras, MAP, maestros, Equipos Psicopedagógicos, y familiares.



- Solamente realizando intervenciones conjuntas, coordinadas y consensuadas se podrá garantizar el éxito de las mismas.
- Es muy importante conocer las expectativas del paciente, su familia y su contexto, y establecer claramente unos objetivos terapéuticos progresivos y realistas, tanto a corto como a largo plazo.
- El Plan de Intervención Individualizado debe diseñarse tan pronto se haya valorado el estado psicopatológico del paciente y se haya efectuado el diagnóstico. El Plan se ha de adaptar a las necesidades y requerimientos del paciente, es un plan activo susceptible de modificar conforme evolucione el proceso y las circunstancias que le acompañan (relaciones familiares, escolares, sociales etc.). Y además es un Plan consensuado no sólo por el equipo profesional sino por el propio paciente/ familia, de modo que todos los sujetos participan en él.

2. Equipo terapéutico: Tareas específicas y compartidas

Psiquiatra Infanto-juvenil:

- Diagnóstico de confirmación y diagnóstico diferencial médico.
- Participación en la elaboración del PII.
- Valoración de la necesidad de interconsulta y derivación a otros servicios médicos.
- Valoración de la necesidad y solicitud de pruebas complementarias.
- Abordaje terapéutico.
- Coordinación con el orientador del Centro educativo.
- Formación e Investigación en TDAH.

Psicólogo Infanto-juvenil

- Diagnóstico
- Participación en la elaboración del PII.
- Valoración de la necesidad de interconsulta.
- Valoración de la necesidad y solicitud de pruebas complementarias.
- Aplicación de técnicas psicodiagnósticas:
 - Psicométricas.
 - Subjetivas.
 - Proyectivas, etc.
- Abordaje terapéutico.
- Coordinación con el Orientador del Centro Educativo.
- Formación e Investigación e TDAH.

Enfermería Infanto-juvenil

- Participación en la elaboración del PII.
- Actividades de gestión y organización: coordinación de las derivaciones, gestión de agendas compartidas, etc.
- Apertura de la historia clínica.
- Actividades de psicoeducación sanitaria dirigidas a padres y/ o cuidadores.
- Educación sanitaria grupal.
- Formación e Investigación en TDAH.

3. Contenido del Plan de Intervención Individualizado (PII):

3.1. Abordaje psicofarmacológico

- Principios generales

- El tratamiento farmacológico aislado raramente resulta eficaz.
- La seguridad es fundamental en la terapéutica clínica.
- Información precisa sobre efectos adversos y revisión periódica de la aparición de los mismos.
- Evitar la polifarmacia, buscando una utilización racional de la farmacoterapia combinada.



– Psicofármacos

- Autorizados por la FDA (Food and Drug Administration):
 - Dextroanfetamina y anfetaminas (a partir de los 3 años de edad).
 - Metilfenidato (a partir de los 6 años de edad).
 - Atomoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina).
- Avances recientes:
 - Formulaciones de liberación prolongada de metilfenidato y anfetaminas, así como un inhibidor de la recaptación de noradrenalina. Se ha introducido un sistema de eliminación transdérmica. Todos estos nuevos fármacos son de acción prolongada y administración potencial una vez al día, reducen las dificultades para su administración en el colegio, reducen al mínimo los estigmas y pueden mejorar el cumplimiento terapéutico.
 - Hay disponibles formulaciones líquidas y masticables de psicoestimulantes (metilfenidato y una formulación de anfetamina). Son opciones de tratamiento útiles para niños más pequeños o pacientes con dificultad para deglutir comprimidos.
- Esquema de elección:
 - 1ª elección: psicoestimulantes: metilfenidato⁹
 - 2ª elección: Atomoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina).
 - 3ª elección: otros fármacos empleados no psicoestimulantes: ATC (antidepr. tricíclicos), Bupropion, Agonistas @2 (clonidina), IMAO.

3.2. Abordaje psicoterapéutico

Diversas intervenciones psicosociales resultan útiles para apoyar al paciente y a sus familiares y para paliar algunos problemas que se asocian previsiblemente al trastorno.

Principios generales

- Se considera como tratamiento inicial si:
 - Este tratamiento es preferido por la familia.
 - Los síntomas causan escasa afectación o deterioro.
 - El diagnóstico presenta cierta incertidumbre.
 - Hay un marcado desacuerdo sobre el diagnóstico entre los padres ó padres y maestros.
 - Hay presencia de trastornos comórbidos u otros problemas que responden a tratamientos psicoterapéuticos; por ejemplo, el trastorno disocial, el negativista desafiante, de ansiedad, de depresión, de uso y abuso de sustancias, etc.
- Se utiliza para abordar trastornos asociados en relación con disfunciones familiares, por ej: depresión parental, problemas maritales, uso o abuso de sustancias.

Terapias

Psicoterapia Cognoscitiva- Comportamental Grupal para niños y adolescentes

Las intervenciones cognitivo- conductuales están encaminadas a:

- Controlar la impulsividad.
- El autocontrol global: conducta, sentimientos, emociones.
- Implantar hábitos y estilos de vida.
- Mejorar las formas comunicativas y simbólicas.
- Desarrollar habilidades sociales.
- Identificar y cuestionar pensamientos negativos y poco realistas.
- Crear estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Favorecer el ejercicio de atención, concentración, memoria, etc.

⁹ Guía Terapéutica de Sacyl.o compuestos anfetamínicos



Psicoterapia familiar individual y grupal

- Las familias deben aprender como trabajar con el menor, qué expectativas existen en cada medida terapéutica tomada, y en que consisten los diferentes tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos). Su apoyo es esencial para el triunfo del abordaje.
- Objetivos:
 - Proporcionar información general sobre el TDAH.
 - Implicar a la familia en el manejo cotidiano del TDAH.
 - Fomentar la autoestima, la autonomía y la extinción de conductas perturbadoras.
 - Desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.
 - Evitar el rechazo y la estigmatización, al igual que los sentimientos de culpa.

3.3. Abordaje psicoeducativo (Psicoeducación sanitaria).

Principios generales

- Esta orientado a la maduración de la capacidad de autocontrol, de la atención y de la impulsividad cognitivo-comportamental.
- Complementa al resto de intervenciones.
- Debe iniciarse lo más tempranamente posible.

Contenido:

Debe comprender los siguientes aspectos:

- Información general sobre el TDAH.
- Formación en técnicas de modificación de conducta (técnicas para incrementar comportamientos adecuados y técnicas para disminuir comportamientos inadecuados).
- Formación en el uso de estrategias para la organización y autodirección del comportamiento (autoinstrucciones, autoevaluación reforzada).

3.4. Abordaje psicosocial y ambiental

Principios generales

Los factores sociales y ambientales inciden de forma decisoria en las manifestaciones y evolución clínica del trastorno. Las intervenciones realizadas en este ámbito con el objeto de controlar las variables psicosociales y ambientales que inciden de forma negativa facilitaran la obtención de resultados óptimos dentro de la aplicación de un tratamiento multimodal.

Contenidos

- El control de la estimulación sensorial procedente de fuentes externas reduce la sobreestimulación mejorando la impulsividad y la agresividad lo cual proporciona un sentido de control y una base para la autoestima. Para ello:
 - Crear ambientes neutros (mobiliario, decoración).
 - Reducir estímulos externos (lumínicos, sonoros...) y distracciones.
 - Evitar transmitir nerviosismo e impaciencia.
 - Crear hábitos y rutinas intercalando periodos de descanso.
- Trabajo sobre el núcleo familiar:
 - estudio de la dinámica familiar y distribución de roles.
 - adaptación y adecuación del menor a su papel dentro de la familia.



- conflictos familiares.
- Utilizar el tiempo de descanso u ocio de manera diferente y adecuada a las necesidades familiares.

Coordinación y seguimiento: A tres niveles

Familia

La coordinación con la familia se llevará a efecto a través de las entrevistas clínicas y mediante la participación en el Plan de Intervención Individualizado (PII) del menor.

Servicios Sanitarios

El Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil establecerá un plan de seguimiento que podrá incluir los siguientes elementos:

- Visitas periódicas programadas, reguladas en función de la estabilidad y la evolución del cuadro clínico.
- Contacto periódico con el centro escolar (equipos psicopedagógicos, cuestionarios etc.).
- Elaboración de un Plan de intervención en crisis adaptado a la familia y escuelas que incluye la consulta urgente (ESM Infanto-juvenil y servicio de urgencias hospitalarias) y el ingreso hospitalario (casos graves).
- Reevaluación periódica: en algunos casos se presentan resistencias al tratamiento, que hacen necesario la reevaluación bien del diagnóstico, bien del tratamiento o ambas:
 - Replanteamiento del diagnóstico: descartar patología concomitante que puede estar:
 - enmascarando la clínica del TDAH.
 - agravando la evolución del TDAH.
 - Replanteamiento del tratamiento:
 - confirmación del cumplimiento terapéutico,
 - abandonos terapéuticos,
 - interacciones farmacológicas,
 - adecuación de las dosis, etc.
- Se remitirá informe clínico protocolizado al pediatra/ MAP derivante. Se establecerán mecanismos que faciliten la comunicación interniveles, por ejemplo: consultorías telefónicas, sesiones clínicas docente asistenciales, etc.

Servicios Educativos

Se remitirá informe clínico protocolizado¹⁰ al centro escolar previa autorización de los padres/ tutores legales, incluyendo, si existe, el diagnóstico de trastornos comórbidos, con especial interés por los Trastornos del Comportamiento debido a su repercusión en el ámbito educativo. Anexo IV.

Se establecerán mecanismos de comunicación y coordinación a través de consultorías, reuniones periódicas con los orientador del centro educativo etc.

En general en el proceso de coordinación y seguimiento se utilizarán los medios y herramientas adaptados a las circunstancias de cada caso, siendo el profesional quien establezca su elección, uso y periodicidad. Entre otros cabe destacar:

- Inteconsultoría telefónica.
- Sesiones clínicas docente asistenciales.
- Entrevistas directas.

¹⁰ Informe clínico protocolizado del ESM-Infantojuvenil dirigido a los Servicios de Orientación Educativa, que entregarán los padres en el Centro Educativo Anexo IV.



- Documentación escrita: Cuestionarios e informes.
- Reuniones de Coordinación con los Equipos de Orientación Psicopedagógicos, etc.

Alta en el programa

Los motivos de alta del Programa pueden ser:

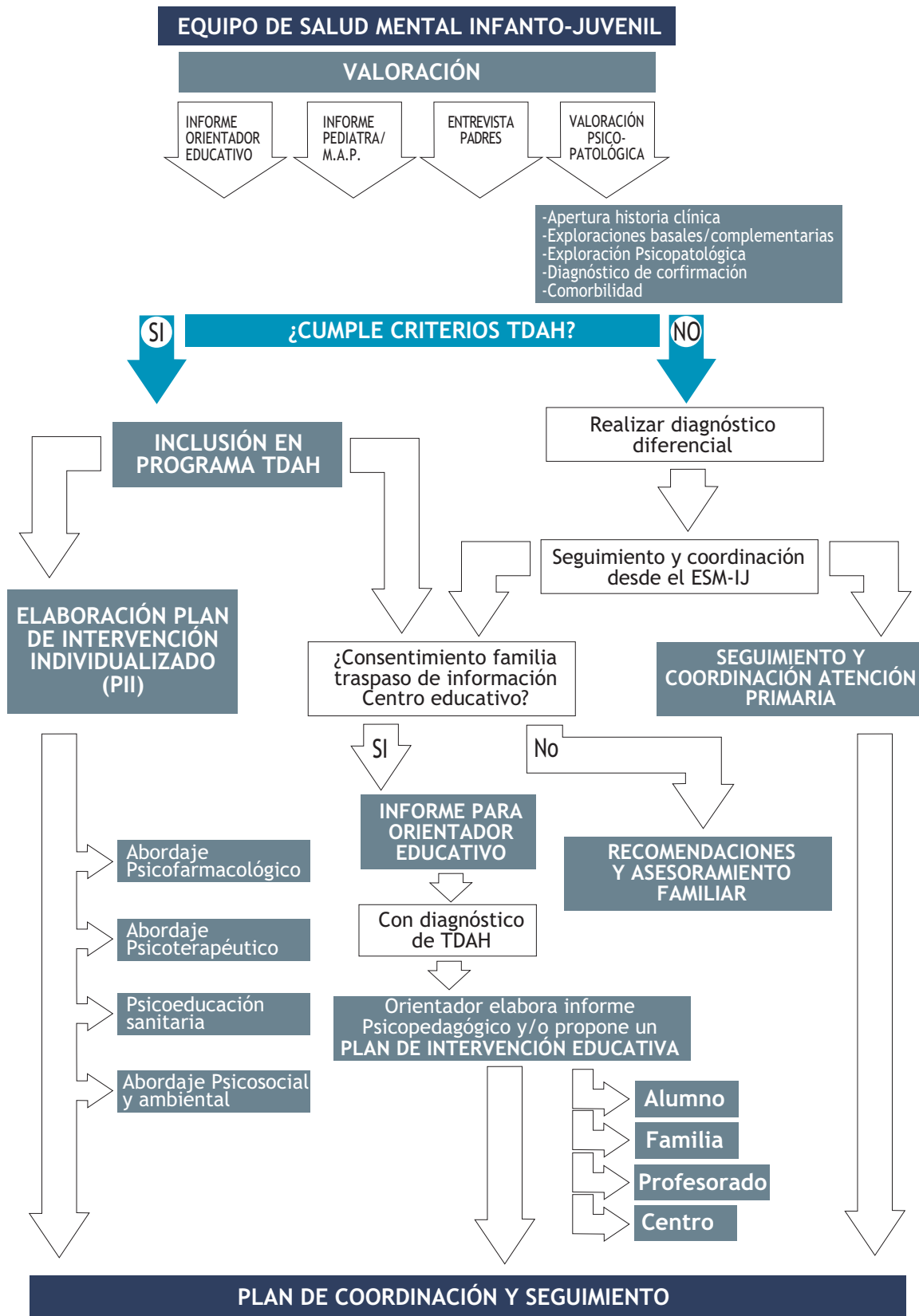
- Edad: cumplidos los 18 años, se garantizará la continuidad asistencial del paciente a través de la derivación al ESM de adultos.
- Curación/ Mejoría.

3. Programa de intervención educativa

Una vez que hay una confirmación diagnóstica y se han detectado necesidades específicas de apoyo educativo se incluye al alumno en el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado "Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas" de la Consejería de Educación y se elaborará un Plan de Intervención Educativa para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos. El Plan incluye actuaciones de intervención, coordinación y seguimiento del alumno, familia, profesorado y del Centro escolar.



Tercera Fase: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (Algoritmo.3)





10 - RECOMENDACIONES:

1. Terapéuticas Generales

En general, debe iniciarse el programa terapéutico con medidas ambientales, psicopedagógicas, psicoterapéuticas individuales y grupales.

Psicofarmacológicas

- El tratamiento debe ser individualizado.
- Elección del psicofármaco:
 - Se iniciará con medicación aprobada por las Agencias Europea y Española del Medicamento. (Metilfenidato/Atomoxetina).
 - Se recomienda evitar la polifarmacia, buscando una utilización racional de una farmacoterapia combinada.
 - Para seleccionar el tratamiento tener en cuenta:
 - la asociación de trastornos comórbidos.
 - Tolerancia, seguridad y efectos adversos posibles.
 - Aceptación y preferencias del paciente y la familia.
- Posología:
 - se inicia con dosis bajas, aumentándolas semanalmente, al menos hasta que los síntomas remitan o la aparición de efectos secundarios indique su supresión.
 - Una vez alcanzada la dosis adecuada se recomienda repetir las escalas/ cuestionarios de comportamiento por padres y maestros.
- Resistencia al tratamiento:
 - Revisar periódicamente las pautas posológicas y su eficacia. En caso de falta de respuesta o respuesta inadecuada replantear el diagnóstico de TDAH.
 - Considerar la asociación de psicoterapia antes de iniciar tratamiento con otro fármaco.
 - Atención a diagnósticos comórbidos (p.ej. afectivos, ansiosos, alteraciones del desarrollo) como problemas primarios que afecten la atención y el control de los impulsos.
- Efectos adversos de la medicación:
 - Síntomas digestivos (anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal):
 - Administrar las dosis con las comidas.
 - Proporcionar un desayuno con alto contenido calórico y lo mismo a la hora de la merienda y la cena.
 - Limitar los estimulantes a las necesidades más prioritarias.
 - Considerar la derivación a un dietista.
 - Insomnio:
 - Ambiente tranquilo a la hora de acostarse, sin estímulos distractores (TV, videoconsolas, música...).
 - Evitar estimulantes (cacao, chocolate, Cola...) por las tardes.
 - Administrar la dosis por la mañana temprano, evitar la dosis del medio día o tarde si es posible.
 - Cambio de forma farmacéutica a un preparado de acción corta o intermedia.
 - Cefalea:
 - Reducir la dosis con retorno gradual a la dosis optima.
 - Ensayar preparados de larga acción.
 - Considerar tratamiento alternativo.
 - Irritabilidad, disforia generalizada, agitación:
 - Considerar una posible comorbilidad.
 - Considerar derivar a especialista.
 - Reducir o cambiar a preparados de larga duración.



- Tics Simples:
 - Sopesar beneficios/riesgos.
 - Considerar tratamiento alternativo.
 - Considerar derivar a especialista.

Psicoterapéuticas

- Considerarla como tratamiento inicial si:
 - Los síntomas de los pacientes son de intensidad leve, con escaso deterioro funcional.
 - El diagnóstico de TDAH no es seguro (incierto) no especificado.
 - Se observan marcadas diferencias acerca de los síntomas informados entre ambos padres o entre estos y los maestros.
 - Dirigida a la disfunción familiar (p.ej: depresión parental, problemas maritales, abuso de sustancias, etc.).
- Tratar a algunos de los padres afectados por síntomas de TDAH.

2. Para los Padres

Recomendaciones para la familia

- Ser coherentes. Hay que actuar siempre de la misma forma para no confundir al menor manteniendo ambos padres la misma línea de actuación. Conviene establecer hábitos regulares (horarios estables en comida, sueño, juego...).
- Deben establecerse unas normas en el hogar, que sean pocas, claras y bien definidas; el menor tiene que saber qué es exactamente lo que se espera de él.
- Tener en cuenta los efectos del aprendizaje social. Los menores observan lo que ocurre a su alrededor y después reproducen los comportamientos aprendidos.
- Utilizar preferentemente refuerzos positivos, reforzando de forma inmediata toda conducta positiva. Felicitar al niño/a inmediatamente después de que haya hecho algo bueno.
- Modificar lo antes posible cualquier conducta negativa. Se explicará con claridad lo que ha hecho mal y que otras cosas buenas podía haber hecho.
- Las instrucciones y respuestas verbales deben ser concretas, sencillas y expresadas como afirmación (“recoge el juguete de tu cuarto”) más que como petición o favor (“¿Quieres recoger el juguete de tu cuarto?”). No son eficaces los reproches y discusiones permanentes.
- Es importante estimular la autonomía del menor mediante el desempeño de actividades propias para su edad (lavarse solo, vestirse, recoger su cuarto...).
- Planificar de antemano las situaciones conflictivas y las consecuencias tanto de las conductas no deseadas como las de las conductas aprobadas.
- Ser persistentes e intentar transmitir al menor ánimo para no decaer ante los pequeños fracasos. Para evitar experiencias de fracaso que puedan mermar la autoestima es recomendable comenzar el aprendizaje con tareas simples y fáciles, que puede resolver correctamente y garantizar de este modo las experiencias de éxito.



Psicoeducación

- Instruir a los padres y pacientes acerca de la naturaleza del TDAH ayudando a prever y anticipar los desafíos y cambios difíciles para los pacientes.
- Proveer orientaciones a los padres y pacientes para ayudar a mejorar el funcionamiento académico y comportamental en los diferentes ámbitos del menor.
- Aprender a responder adaptativamente a los trastornos y quejas del menor.
- En relación con la actitud paterna se debe intentar fortalecer las relaciones positivas y adaptativas con el hijo, establecer normas claras y estables, con consecuencias positivas y negativas, así como prever o intervenir precozmente en los problemas que puedan surgir.

Asesoría Familiar

- Se recomienda trabajar sobre el ambiente familiar desarrollando un clima afectivo adecuado y estable, evitando las contradicciones en presencia del menor.
- Se recomienda realizar orientaciones conductuales sobre:
 - El modelado de conducta: las conductas modelo deben ser desarrolladas con corrección por los padres para poder exigir las al menor.
 - Los estímulos conductuales aplicados en el ámbito familiar: establecer registros de conducta, recompensas, economía de fichas, etc.
- Atención a las necesidades personales de los padres y a las de los hermanos del menor con TDAH.
- Información sobre las medidas adoptadas en el Plan de Intervención Individualizado facilitando la implicación y participación de la familia en el desarrollo del programa.
- Resolución de problemas.
- Favorecer la implicación y las actuaciones de coordinación de la familia a lo largo del proceso, con los servicios sanitarios y el centro escolar.

3. Para el Centro Educativo:

Modificaciones en el ambiente del aula

- Proporcionar ambientes estructurados que posibiliten los aprendizajes eliminando los objetos innecesarios y distractores.
- Establecer normas escritas claras y sencillas de comportamiento y de aula.
- Reservar un espacio visible y accesible en el aula para poner la información, llamando la atención del alumnado cuando haya novedades.
- La necesidad de moverse que manifiesta el alumnado con TDAH debe ser considerada como un aspecto relevante en la planificación de actividades y en la utilización de los espacios del aula, siendo necesario establecer tiempos que les permitan moverse.



- Cuando sea posible se han de ajustar los horarios en función del índice de fatiga, de rendimiento escolar o de toma/ efecto de la medicación (si está medicado).
- Se le reservará un tiempo para que ordene su mesa y materiales (libros, cuadernos), diciéndole cómo debe hacerlo y supervisándolo hasta que se convierta en un hábito.
- La ubicación del alumno/a se realizará en un lugar dónde se evite el máximo de distracciones, pero no se le aislará o separará de forma significativa. La proximidad al profesorado puede favorecer el contacto visual y la supervisión de tareas. El sentarlo al lado de un compañero que pueda servirle como modelo positivo será de gran utilidad.
- La utilización de medios técnicos e informáticos favorecerá su atención y motivación.

Actuación del profesorado

- Actitud positiva, capacidad para solucionar los problemas de forma organizada.
- Tener en cuenta que el menor no se comporta así porque quiere sino porque tiene un trastorno de etiología neurológica.
- Para asegurar y mantener la estructura del aula no vacile en proporcionar listados de las reglas básicas y/o colocar recordatorios a la vista del menor (tarjetas visuales, cartel, póster...).
- Proporcione instrucciones breves, simples y claras, por muchos y variados canales de comunicación, auditiva, visual, manipulativa (multisensorial).
- Adaptaciones metodológicas: situar al alumno en la primera fila del aula, lejos de ventanas o elementos que puedan llamar su atención, asegurar la comprensión de las explicaciones o de las instrucciones para realizar las tareas, permitir al alumno que realice algún desplazamiento por el aula a intervalos periódicos, adaptar el tiempo de realización de las tareas, así como la cantidad de las mismas, facilitar estrategias atencionales, priorizar los objetivos fundamentales, cambiar la temporalización, simplificar los objetivos, realizar una evaluación diferente, modificar el tiempo de evaluación y la cantidad de preguntas, ejercicios o cuestiones.
- Disposición para la coordinación a través de los padres y de los profesionales educativos y sanitarios.
- Formación y conocimiento en TDAH.
- Establecer estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.
- Valoración de la diversidad de estilos de aprendizaje y fomento de las habilidades sociales del alumno/a.
- Creación de ambientes estructurados y predecibles (rutinas, descansos, horarios, agendas...).

Técnicas de modificación de conducta

- Entrenamiento en relajación.



- Técnicas para potenciar o reducir conductas. Economía de fichas - Contrato conductual o de contingencia.
- Técnicas para enseñar nuevas conductas: Modelado o imitación - Encadenamiento - Representación de papeles o roles.
- Técnicas para potenciar y/o mantener conductas. Reforzamiento positivo - Reforzamiento negativo.
- Otras técnicas.



11 - EVALUACIÓN

Los elementos del programa son evaluados en función de los indicadores y/ o criterios determinados previamente. Los indicadores son las herramientas de medición del proceso, sirven para analizar la situación del proceso, establecer objetivos y evaluar el trabajo de las personas/ equipo implicados. Deben ser pocos muy representativos y fiables.

En la fase de Evaluación del proceso es muy importante determinar en que etapa nos encontramos, ésta es la resultante del análisis de las diferencias entre lo planificado y las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados.

La evaluación del programa se llevará a cabo mediante el análisis de la actividad realizada anualmente que inicialmente contendrá la siguiente información recogida por los diferentes servicios implicados.

INFORME DE RECOGIDA DE DATOS ANUALES DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE TDAH

SERVICIOS EDUCATIVOS	
1	Nº de alumnos derivados a los Servicios Sanitarios por cumplir criterios de TDAH.
2	Nº de alumnos NO DERIVADOS a los Servicios Sanitarios, que cumplen criterios de TDAH, por falta de autorización familiar.
3	Nº de reuniones de los orientadores que atienden a los centros educativos con los Servicios Sanitarios.
4	Nº de pacientes incluidos en el Programa TDAH que precisan intervención del orientador que atiende el centro educativo.
5	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:
6	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:

INFORME DE RECOGIDA DE DATOS ANUALES DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE TDAH

SERVICIOS sanitarios: A.P./pediatría	
1	Nº de pacientes con tratamiento y seguimiento de TDAH en Atención Primaria.
2	Nº de pacientes tratados inicialmente en Atención Primaria por TDAH que son derivados al ESM Infanto-Juvenil para valoración.
3	Nº de reuniones de los Servicios Sanitarios con orientadores que atienden el centro educativo.
4	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:
5	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:



INFORME DE RECOGIDA DE DATOS ANUALES DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE TDAH

SERVICIOS sanitarios: e.s.m. infantojuvenil		
1	Nº de pacientes totales evaluados para su posible inclusión en el Programa TDAH.	
2	Nº pacientes que son incluidos en el Programa.	
3	Nº de reuniones de los Servicios Sanitarios con los orientadores que atienden el centro educativo.	
4	Nº de pacientes incluidos en el Programa TDAH que precisan intervención del orientador que atiende el centro educativo.	
5	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:	
6	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:	

Introducción de mejoras

La mejora de la calidad se puede entender como el establecimiento de cuál debe ser, en cada momento, la práctica correcta en base a la evidencia científica, compararla con la práctica actual, identificando las fortalezas y debilidades, analizando si existen problemas y sus motivos, planteando oportunidades de mejora que introduzcan los cambios necesarios y finalmente evaluar la eficacia y eficiencia de los mismos.

Para mejorar la calidad del programa de Atención al Déficit de Atención e Hiperactividad el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil realizará una Memoria que recoja la actividad desarrollada, constituyendo el instrumento de trabajo que nos permita, a través de su estudio y análisis, obtener unas conclusiones sobre las que poder efectuar la introducción de mejoras. Con este proceso se pretende tener una visión de conjunto de la calidad de la aplicación del programa y actuar en los casos en que se presenten desviaciones, identificando problemas o situaciones mejorables.

Así pues, la Memoria de actividad deberá incluir la información que al menos permita recoger los datos señalados anteriormente, sin perjuicio de que en base a los resultados y a la propia evolución del desarrollo del Programa se introduzcan modificaciones periódicas y se actualice la información mínima que deba contener.



12-ANEXOS

- Anexo I: Informe de derivación del Orientador Educativo para el Servicio Sanitario.
- Anexo II: Solicitud de información a Servicios Educativos.
- Anexo III: Informe del Centro de Salud: Pediatra/ Médico de Atención Primaria para los Servicios Educativos.
- Anexo IV: Informe del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para los Servicios Educativos.
- Anexo V: Autorización Traspaso de información a Servicios Sanitarios / Educativos.
- Anexo VI: Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada).
- Anexo VII: Cuestionario de conducta de CONNERS para Profesores.
- Anexo VIII: Escala DU PAUL de padres.
- Anexo IX: Escala DU PAUL de profesores.
- Anexo X: Asociaciones de Familiares de afectados por TDAH Castilla y León.



ANEXO I: INFORME DE DERIVACIÓN DEL ORIENTADOR EDUCATIVO PARA EL SERVICIO SANITARIO (Pediatría /MAP)

(Posible alumno/a con TDAH)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
CENTRO EDUCATIVO			
	Etapa educativa		Curso

DATOS DEL ORIENTADOR EDUCATIVO:

Orientador/a			
Dirección		Población	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	Correo electrónico

DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA FAMILIAR, ESCOLAR, CONDICIONES PERSONALES DE SALUD Y OTROS FACTORES DE RIESGO DEL ALUMNO:

--

TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN	RESULTADO
Escala Conners Escala Du Pau para padres y profesores SNAP-IV		
Escala WISC-IV		



IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA:
Necesidades de tipo personal
Aspectos cognitivos
Equilibrio personal o afectivo-emocional
Relación interpersonal y adaptación social
Desarrollo Psicomotor
Desarrollo comunicativo-lingüístico
Necesidades de tipo curricular
Aspectos de tipo socio - familiar a considerar

ACTUACIONES REALIZADAS CON EL ALUMNO/A:

En el contexto escolar
En el contexto socio - familiar

En a de de 20

Sello
del EOE/Centro

Firma del orientador/a



ANEXO II: SOLICITUD DE INFORMACIÓN A SERVICIOS EDUCATIVOS (Orientador que atiende al Centro educativo)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD:			
Dr. _____			
Dirección _____			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

SOLICITUD:

Evaluación o Informe realizado por el Orientador educativo del Centro Escolar.

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a



APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO:

CONCLUSIONES

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a



ANEXO IV: INFORME DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS (Orientador que atiende el Centro educativo)

(Posible paciente con TDAH)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL:

Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	RESULTADO

DIAGNÓSTICO (indicar, en su caso, otros trastornos comórbidos¹⁰):

--

¹⁰ Especial interés en trastornos del comportamiento por su repercusión en el ámbito escolar.



TRATAMIENTO:

MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO:

CONCLUSIONES

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a

**ANEXO V: AUTORIZACIÓN TRASPASO INFORMACIÓN A SERVICIOS SANITARIOS/EDUCATIVOS**

D/Dña.:

D/Dña.:

en calidad de padre / madre / tutor o tutora (táchese lo que no proceda) del alumno/a

Manifiestan:

Dar el consentimiento

No dar consentimiento

para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/hija/tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios/educativos (*tachar lo que no proceda*) que van a intervenir en el proceso de atención del mismo.

Los datos serán usados únicamente por los profesionales de estos servicios con fines educativos y sanitarios, y mantendrán el régimen de protección de datos que dispone la legislación vigente

En a de de 20

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal



ANEXO VI. Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)

Nombre:.....

Sexo: Edad..... Curso escolar..... Etnia.....

Para el maestro.

Encuesta contestada por.....

Número de alumnos en la clase..... Teléfono de contacto.....

Hora de contacto recomendada.....

Para los padres.

Encuesta contestada por.....

¿Conviven ambos padres en el hogar?

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente).....

Periodo considerado para esta evaluación:

- Semana previa Mes previo Año previo Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin puntuar.**

- Cero significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
 Uno que de forma leve o sólo a veces.
 Dos que un poco más o bastantes veces.
 Tres que mucho o muchas veces.

Déficit de atención

1. A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.
2. Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.
3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
4. Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.
5. A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.
6. En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. juguetes, lápices o libros).
8. Con frecuencia se distrae por estímulos externos.
9. Olvida actividades diarias.

**Hiperactividad /Impulsividad**

10. Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.
11. A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.
12. Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.
13. Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.
14. A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.
15. Suele hablar en exceso.
16. A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.
17. Tiene dificultades para esperar su turno.
18. Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).

Interpretación de la escala SNAP-IV (para el profesional):

1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres



ANEXO VII. Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

INDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	nada	poco	bastante	mucho
Tiene excesiva inquietud motora				
Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Molesta frecuentemente a otros niños				
Tiene aspecto enfadado, huraño				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
Intranquilo, siempre en movimiento.				
Es impulsivo e irritable				
No termina las tareas que empieza				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
 - NADA = 0 Puntos.
 - POCO = 1 Punto.
 - BASTANTE = 2 Puntos.
 - MUCHO = 3 Puntos
- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:
 - Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de TDAH
 - Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de TDAH



ANEXO VIII. ESCALA DE VALORACION DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL HOGAR. Escala DU PAUL de padres

Nombre del niño:

Persona que evalúa: Fecha:

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su hijo/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses, de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado.		
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento		
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego		
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado		
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente		
6	Trepas o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo		
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado		
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada		
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo		
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"		
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental		
12	Habla en exceso		
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades		
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas		
15	Se distrae fácilmente		
16	Tiene dificultad para esperar su turno		
17	Es olvidadizo en las actividades diarias		
18	Interrumpe a los demás o es entrometido		



INTERPRETACION ESCALA DU PAUL PADRES

Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario contestado por los padres (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17)

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por los padres

Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por los padres

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL HOME VERSION

TDAH-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	15	11
8-10 AÑOS	13	8
11-13 AÑOS	14	8
14-18 AÑOS	10	8
TDAH-INATENTO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	13	10
8-10 AÑOS	14	10
11-13 AÑOS	18	11
14-18 AÑOS	14	11
TDAH-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	29	20
8-10 AÑOS	25	16
11-13 AÑOS	31	18
14-18 AÑOS	23	19



ANEXO IX. ESCALA DE VALORACION DE LA HIPERACTIVIDAD EN LA ESCUELA. Escala DU PAUL de profesores

Nombre del niño:

El tutor (o persona que evalúa):Fecha:

Desde cuando conoce al niño (X): un año o más. 6 meses o más. menos de 6 meses

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su alumno/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses (o desde que usted ha empezado a trabajar con el niño si es un tiempo inferior), de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado	
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego	
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado	
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente	
6	Trepa o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo	
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental	
12	Habla en exceso	
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades	
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas	
15	Se distrae fácilmente	
16	Tiene dificultad para esperar su turno	
17	Es olvidadizo en las actividades diarias	
18	Interrumpe a los demás o es entrometido	



INTERPRETACION ESCALA DU PAUL ESCUELA

Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) contestado por el profesor.

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por el profesor

Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por el profesor.

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL SCHOLL VERSION

TDAH-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	20	19
8-10 AÑOS	22	12
11-13 AÑOS	17	11
14-18 AÑOS	13	8
TDAH-INATENTO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	21	19
8-10 AÑOS	24	19
11-13 AÑOS	23	17
14-18 AÑOS	20	13
TDAH-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	39	36
8-10 AÑOS	44	30
11-13 AÑOS	36	27
14-18 AÑOS	31	18



ANEXO X. ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE AFECTADOS POR TDAH CASTILLA Y LEÓN ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE AFECTADOS POR TDAH CASTILLA Y LEÓN

Federación de Asociaciones de C/L – TDAH

FACyL-TDAH
C/ Pío del Río Hortega, 2 bajo local 17
47013 Valladolid
E-mail: romanbreton@hotmail.com

Fundación de Ayuda a la Infancia de C/L

FUNDAICYL
C/ Domingo Martínez, 19 local
47007 Valladolid
Tfno. 983 221 889, 630 951 900.

Asociación Burgalesa de personas afectadas por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad

ABUDAH
Centro Socio-Sanitario "Graciliano Urbaneja"
Pº Comendadores, s/n
09001 Burgos
Tfno 646 254 333, 609 938 721
E-mail: asociacion_abudah@yahoo.es

Asociación Arandina de TDAH y TGD

Centro Comercial Isilla, 3 - 3ª planta Of. G
09400 Aranda de Duero – Burgos
Tfno 638 023 816, 680 455 269
E-mail: a.a.tdh@orangemail.es

Asociación Leonesa de afectados por el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad

ALENHI
C/ Cardenal Lorenzana, 1 - 1ªA
24008 León
Tfno 987 248 177, 669 867 949
E-mail: info@alenzi.org

Asociación de afectados por el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad

ADAHIAS
Plz. San Miguel, 4 -CEAS-
24700 Astorga – León
Tfno. 673 526 008
E-mail: adahias@gmail.com

Asociación de déficit de atención con o sin hiperactividad de El Bierzo

ADAHBI
C/ San Fructuoso, 28 - 3ªA
24400 Ponferrada – León
Tfno. 686 025 035
E-mail: adahbierzo@gmail.com, maracha@hotmail.com



Asociación Palentina de afectados por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Centro Social "Pan y Guindas"
C/ Quito, s/n
34003 Palencia
Tfno. 979 110 330, 663 803 898
E-mail: info@tdah-palencia.org

Asociación Salmantina de niños hiperactivos

ASANHI
C/ La Bañeza, 7
37006 Salamanca
Tfno. 671 487 316, 664 844 058
E- mail: info@asanhi.org, carrocenasm@telefonica.net

Asociación Vallisoletana de familiares y afectados por déficit de atención con o sin hiperactividad

AVATDAH
C/ Pío del Río Hortega, 2 bajo local 17
47013 Valladolid
Tfno. 983 115 786, 645 195 936
E- mail: info@avatdah.org



13-BIBLIOGRARÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 894-921.
- American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, texto revisado (DSM- IV- TR).
- Análisis de contexto familiar en niños con TDAH. Tesis doctoral. María Dolores Grau Sevilla. Universidad de Valencia. Año 2007.
- Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo. Bonet T, Soriano Y y Solano C., Thomson Paraninfo. 2006.
- Cómo vivir con un niño/a hiperactivo/a. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Narcea. 2005.
- Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Francisco Montañés-Rada, Xavier Gastaminza-Pérez, Miguel A. Catalá, Francisco Ruiz Sanz, Pedro M. Ruiz-Lázaro. Oscar herreros-Rodríguez, Marta García-Giral, Juan Ortiz-Guerra, José A. Alda-Díez, Dolores Mojarro-Práxedes, Tomás Cantó-Díez, María J. Mardomingo-Sanz, Jordi Sasot-Llevadot, Monserrat Pàmias, Francisco Rey-Sánchez; Grupo Especial de interés en el TDAH (GEITDAH).
- Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. Orjales Villar, I. CEPE. 2006.
- Didáctica escolar para alumnos con TDAH. Casajús Lacosta A., Horsori monográficos. 2009.
- Escolares con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). Orientaciones para el Profesorado. Editado por la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa del Gobierno de Canarias. 2006.
- Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rodríguez Molinero, López Villalobos J.A, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera M T, Ruiz Sanz F. *Rev. Pediatría Aten. Primaria* v.11 n.42 Madrid abr.-jun. 2009.
- Guía Clínica de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Castilla la Mancha (SESCAM).
- Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH, transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Ureña E. STILL. 2007.
- Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. MENA B., Nicolau P. y otros. Ediciones Mayo. 2006.
- Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDA-H. FUNDAICYL. Junta de Castilla y León.
- La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Fernández M, Hidalgo I, Lora A, Sánchez L, Rodríguez L, Eddy LS, García JM, Casas J, Cardo E, Royo J, López-Villalobos JA, Cañete B y Gonzalvo C.



- NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and Management of ADHD in children, Young people and adults. London NICE: 2008.
- Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales. Barkley, Russell A. Paidos Iberica. 1999.
- OMS. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research". 1992.
- Programa de entrenamiento en planificación. De Miguel Durán M., CEPE. 2007.
- Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Orjales Villar, I., Polaina A., CEPE. 2006.
- Testimonios de Madres con hijos hiperactivos. Acebes I., Alcaraz MJ.- J deJ editores. 2005.