



Consejería de Educación,  
Ciencia e Investigación  
Consejería de Sanidad  
**Región de Murcia**

# Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H



# **PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE ACTUACIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H**

## **ÍNDICE**

1. Introducción	3
2. Flujograma del protocolo	4
3. Descripción del protocolo	7
4. Anexo 1. Directorio de EOEP del Región	10
5. Anexo 2. Escala de Conners para Maestros	12
6. Anexo 3. Directorio de Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud	17
7. Anexo 4. Directorio de Centros de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud	25
8. Anexo 5. Información sobre el TDA-H y Autorización para el desarrollo del Protocolo de Coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDA-H	27
9. Anexo 6. Consenso multidisciplinar en TDAH. Infancia, adolescencia y adultos	31
10. Grupo de trabajo del protocolo	73



## INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno crónico muy frecuente ya que se estima que alrededor del 5% de los niños y adolescentes lo tienen. Se debe a múltiples factores provocando dificultades en la inhibición y el autocontrol, la planificación, la memoria de trabajo a corto plazo, fijar la atención en nuevos estímulos y en la elección de información relevante frente a la irrelevante.

Sus síntomas principales son inatención o dificultad para concentrarse, hiperactividad e impulsividad (parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar) inadecuados para su edad. Pueden manifestarse todos o predominar el déficit de atención o la hiperactividad-impulsividad.

Estos síntomas se manifiestan en varios entornos (familia, escuela, amigos) y, a veces, son lo suficientemente importantes como para afectar al aprendizaje y a las relaciones familiares y sociales.

El niño o adolescente con TDAH no tiene un problema de inteligencia o de razonamiento, sino de organización y de autocontrol de la atención, las emociones, la conducta y la relación social.

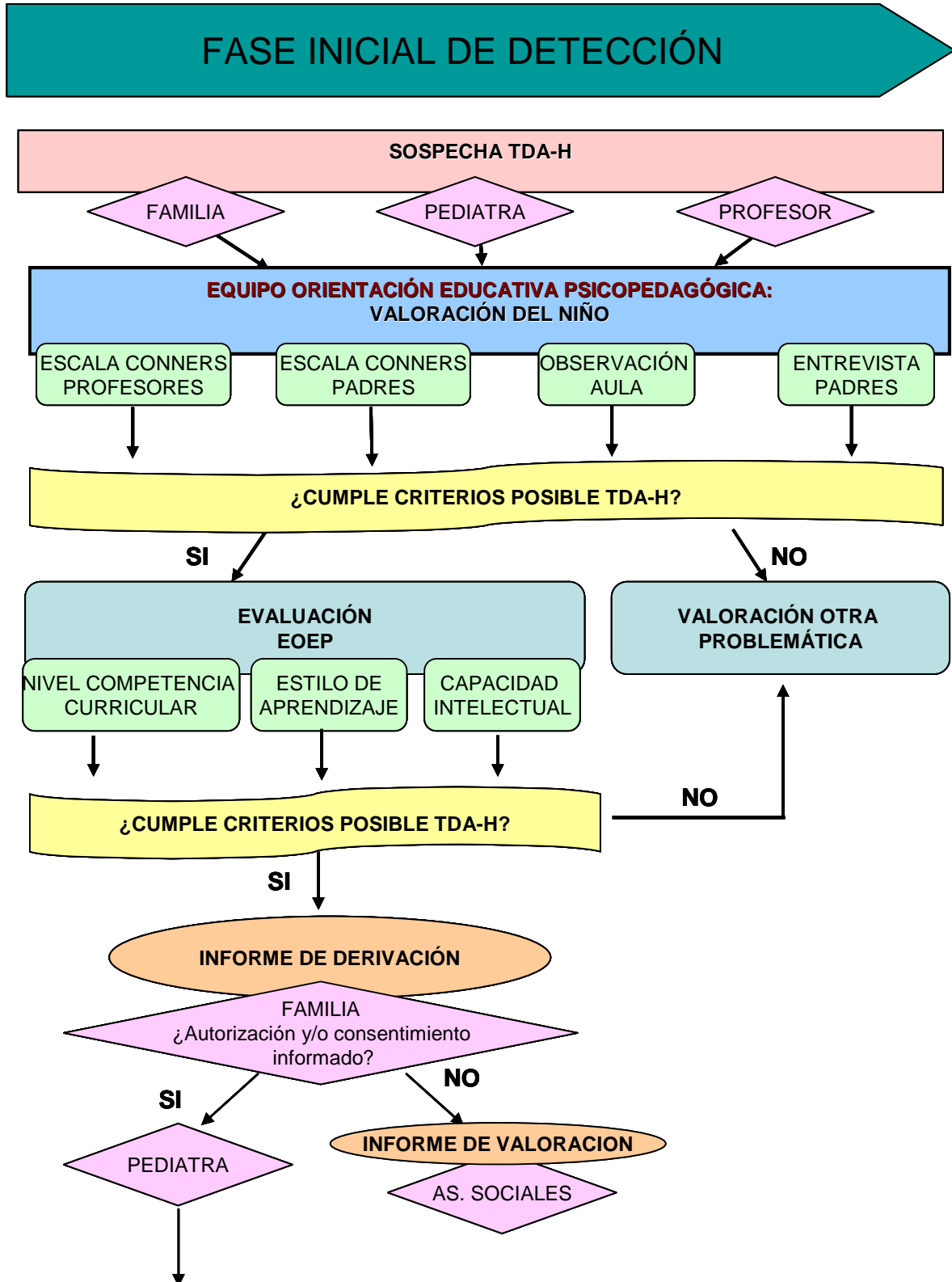
Por todo ello es fácilmente comprensible la importancia de un diagnóstico precoz y disponer de las medidas necesarias, farmacológicas y no farmacológicas, individualizadas para cada niño y familia, ya que se consigue mejoría hasta en el 80% de los casos. Con éstas medidas mejora la atención, se reduce la inquietud e impulsividad, y se ayuda a manejar la conducta, a mejorar la autoestima, las técnicas de estudio y las relaciones familiares y sociales.

La Consejería de Educación, Ciencia e Investigación y la Consejería de Sanidad ha elaborado este Protocolo de Coordinación para la Detección y Diagnóstico de este TDAH en niños en edad escolar que requiere de una serie de actuaciones de tramitación e interconsulta de información y documentación entre instituciones u organismos de dichas Consejerías, como Centros de Salud, Centros escolares, etc. y que contribuyen a la mejora de calidad de vida de los afectados y sus familias.

Este documento es fruto del trabajo interdisciplinar y colaborativo de profesionales sanitarios y educativos de ambas Consejerías con la intención de facilitar una respuesta integral a aquellas personas vinculadas a este trastorno.

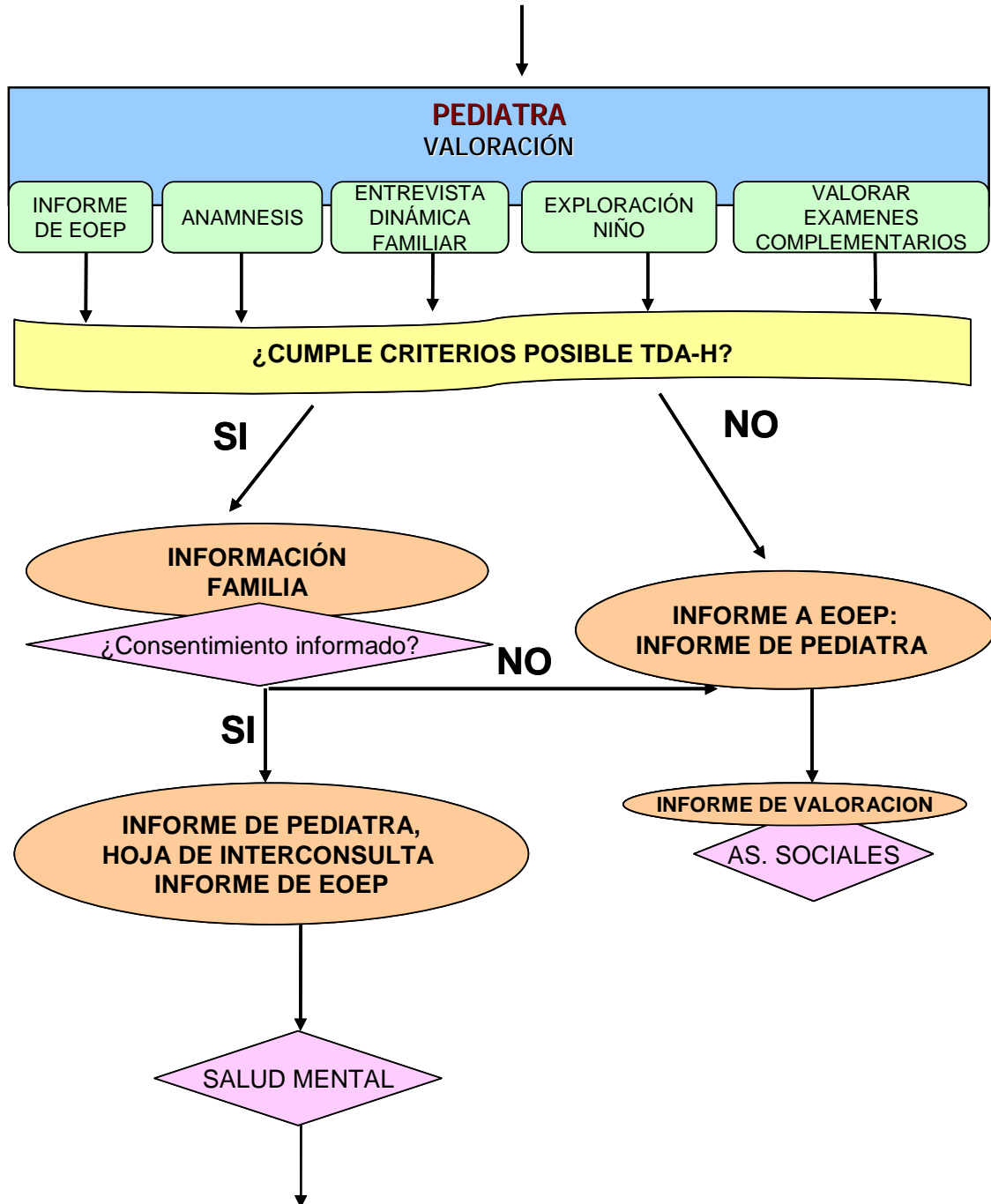


## FLUJOGRAMA DEL PROTOCOLO



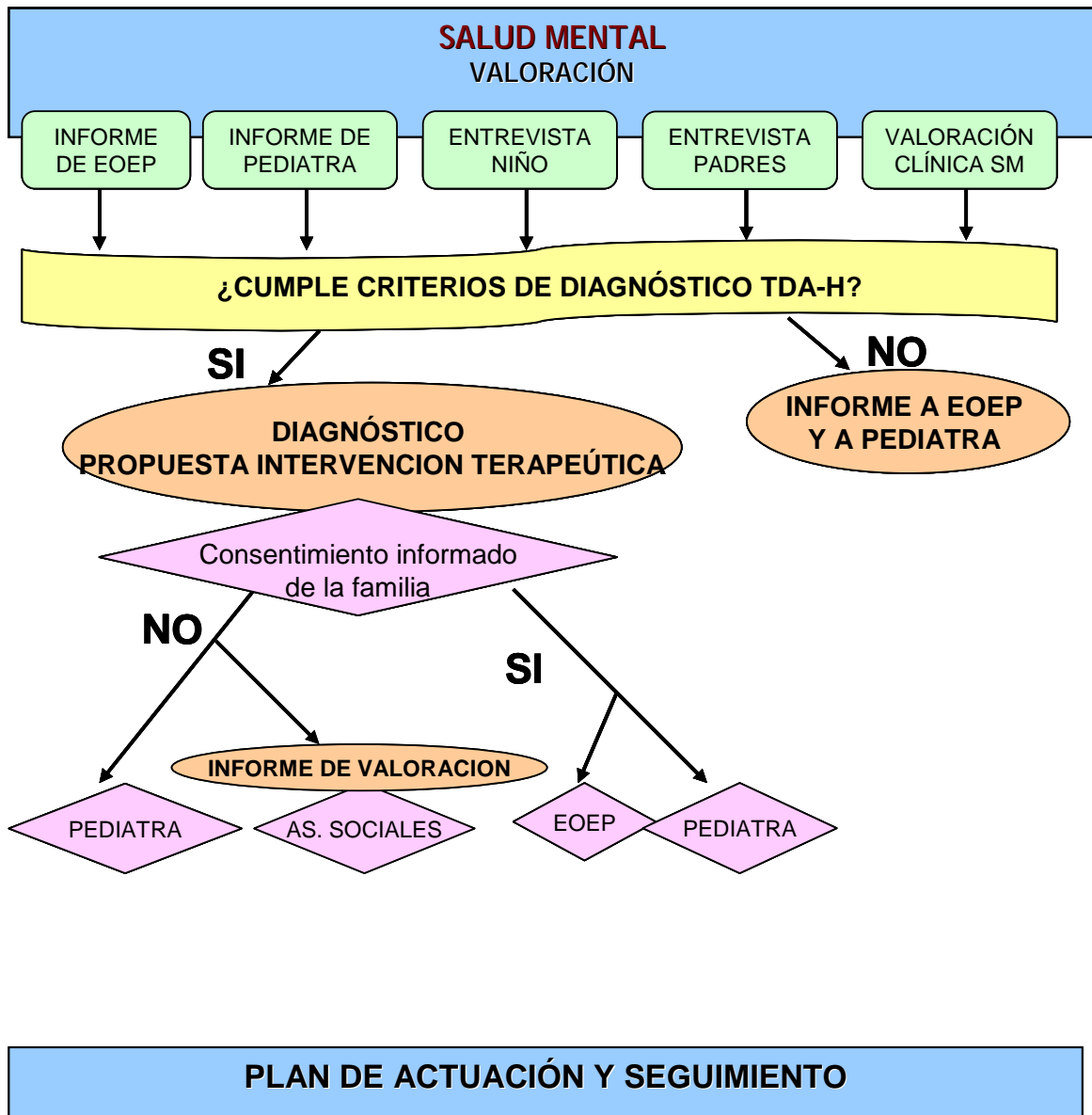


## FASE INTERMEDIA DE DETECCIÓN-IDENTIFICACIÓN





## FASE FINAL DE IDENTIFICACION Y VALORACION





## DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

### FASE INICIAL DE DETECCIÓN

El objetivo de esta fase inicial de detección es divisar a aquellos niños que pueden presentar la condición o característica de DA-H pues manifiestan comportamientos que podrían explicarse por el TxDA-H.

Esta detección no permite diagnosticar a quienes presentan TxDA-H, pero todos los niños con TxDA-H estarían incluidos en el grupo de detectados.

La detección parte de la sospecha de TxDA-H de la familia/padres/tutores, del pediatra o desde el mismo centro escolar del profesor o tutor. En cualquier caso se pondrán en contacto con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) bien acudiendo directamente al mismo en el centro o telefónicamente<sup>1</sup>.

El EOEP realiza la valoración del niño mediante la observación del niño, la entrevista con la familia/padres/tutores y la utilización de instrumentos y escalas de conducta para padres y profesores<sup>2</sup>.

Cuando el resultado del análisis de estos procedimientos muestra indicadores de posible TxDA-H, el EOEP evalúa el Nivel de Competencia Curricular del niño, la Capacidad Intelectual y el Estilo de aprendizaje.

Si de estas últimas evaluaciones se sigue confirmando la presencia de indicadores de posible TxDA-H, el EOEP realiza un informe de derivación con los resultados de todas las pruebas y las conclusiones al respecto, informa a la familia/padres/tutores y solicita autorización o consentimiento informado<sup>3</sup> de estos para trasladar el caso a su pediatra<sup>4</sup> para valoración complementaria destinada a confirmar o descartar diagnóstico así como para tratamiento.

En el caso de que padres o tutores del niño no autoricen y el EOEP considere la necesidad de seguir el caso, se realizará un informe de derivación a Asuntos Sociales para la valoración.



## FASE INTERMEDIA DE DETECCIÓN-IDENTIFICACIÓN

El objetivo de la fase intermedia de detección-identificación es descartar, de entre los niños detectados previamente como posible TxDA-H, a aquellos que no presentan características específicas de este trastorno, identificar la ausencia de indicadores específicos o la presencia de indicadores que corresponden a otro trastorno, realizar un diagnóstico diferencial y valorar en el niño otros trastornos que se interpretan como DA-H.

Esta fase comienza en la consulta del pediatra, con el informe de derivación del EOEP, el niño y los padres o tutores. La evaluación pediátrica incluye la valoración de dicho informe, anamnesis pertinente, valoración de la dinámica familiar y la exploración del niño, así mismo, el pediatra valorará la necesidad de realizar exámenes clínicos complementarios.

Cuando el resultado de esta evaluación muestra indicadores de posible TxDA-H se informa a la familia y se pide el consentimiento informado<sup>5</sup> para valoración por parte de Salud Mental. El pediatra realiza hoja de interconsulta a Salud Mental<sup>6</sup>.

En el caso de que padres o tutores del niño no consientan la derivación, el pediatra lo pondrá en conocimiento del EOEP para la valoración por parte de Asuntos Sociales.

Cuando el resultado descarta TxDA-H, el pediatra informa a la familia y remite informe a EOEP para intervención escolar.



## FASE FINAL DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

Esta fase pone de manifiesto el diagnóstico de TxDa-H en aquellos niños que presentan de forma clara e inequívoca las características específicas de este trastorno, el diagnóstico de cualquier otro problema si no presenta TxDa-H, así como permite obtener información sobre las características relevantes y pertinentes para el Diseño de un Plan Interdisciplinar de Actuación y Seguimiento.

Comienza en la consulta de Salud Mental e incluye la valoración de los informes del EOEP y del pediatra, una entrevista con el niño, entrevista con los padres y las exploraciones y pruebas complementarias pertinentes.

Cuando el resultado de estas evaluaciones concluye con el diagnóstico de TxDa-H, el profesional de Salud Mental inicia tratamiento y elabora un informe con dicho diagnóstico. De este informe, envía copia<sup>7</sup> a EOEP y a pediatra, así como proporciona a la familia/padres/tutores toda la información oral y escrita necesaria para el seguimiento. En caso de negativa por parte de éstos, firman responsabilidad de la decisión<sup>8</sup>. En Anexo 6 se encuentra información y recomendaciones generales de intervención multidisciplinar ante tal diagnóstico.

1. Cuando la sospecha parte desde el pediatra, derivará al EOEP del centro escolar para una valoración psicopedagógica. Cada pediatra dispondrá en el centro de salud de un directorio de los EOEP de los centros escolares que les corresponda por zona de salud. Directorio en Anexo 1.
2. Escala de Conners. Anexo 2
3. Solo en el caso de negativa a seguimiento, familia/padres/tutores firmarán un documento de responsabilidad ante la no autorización. Anexo 5
4. El EOEP remite el informe por correo postal al pediatra. Cada EOEP dispondrá de un directorio con los teléfonos y direcciones de los Centros de Salud y pediatras correspondientes. Directorio de Centros de Salud en Anexo 3
5. Modelo de Consentimiento Informado en Anexo 5
6. Envío del informe por correo interno: Directorio de Centros de Salud Mental en Anexo 4. Si se dan las condiciones y así lo considera el pediatra, éste podrá comenzar el tratamiento oportuno que será seguido por Salud Mental.
7. El informe se envía por correo postal al EOEP y a pediatra. El Centro de Salud Mental dispondrá de un directorio de los EOEP. Directorio de EOEP en Anexo 1.
8. Anexo 5



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

## **ANEXO 1 DIRECTORIO DE EOEP DE LA REGIÓN DE MURCIA**



## DIRECTORIO DE EOEP DE LA REGIÓN DE MURCIA

EOEP	DIRECTOR/A	DIRECCION	TELÉFONO	TELÉFONO2	FAX	CORREO ELEC
CIEZA	JOSE GREGORIO MOLINA GÓMEZ	C/ Fernando III El santo, SN 30530 Cieza	968453832	968770550	968453832	eoep1@educa.cieza.net
MURCIA 4	PILAR LAPORTA ALVAREZ	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968200488		968231882	eqmurc3@centros6.pntic.mec.es
CARTAGENA 1	MARIA ISABEL SALAS REDONDO	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier , 13 30203 Cartagena	968120592		968320686	eqcartag@centros6.pntic.mec.es
MURCIA 1	FLORENTINA CEGARRA ANDRÉS	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968200368		968200922	eoepmur@teleline.es
MURCIA 2	JESÚS NAVARRO EGEA	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968232154		968204806	
CARTAGENA 2	PEDRO GARCÍA BOCANEGRA	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier , 13 30203 Cartagena	968529202		968320883	eqcart1@centros6.pntic.mec.es
ATENCIÓN TEMPRANA NOROESTE	MARIA JOSEFA GARCIA SANCHEZ	C/ Esparteros, 22 CP 30430 Cehegin	968723614		968723614	eatcehegin@hotmail.com
TORREPACHECO	MARIA JOSE GARCIA HERNANDEZ	C/ Joaquin Blume, 5 30710 Los Alcázares	968171760	968582346	968171760	eoepalczares@terra.es
ESPECÍFICO DEFICIENCIA MOTORA	MARIA TERESA FERNANDEZ LÓPEZ	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968230916		968230916	tferna1@sauce.pntic.mec.es
MURCIA 3	ANGELA ROJO MARTÍNEZ	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968233053	968204766	968204766	equipo3@tsmu.org
ESPECÍFICO DEFICIENCIA VISUAL A	JULIA FUENTES FERNANDEZ	C/ Paseo Alfonso XIII, 24 30201 Cartagena	968501250		968124152	MMDH@once.es
TOTANA	ALFONSO ADOLFO DIAZ CÁNOVAS	C/ Plaza de la Cosntitución, 4 2º 30850 Totana	968421516		968421516	eoepdetotana@hotmail.com
LORCA-AGUILAS (SUBSEDE)	CARMEN GARCÍA LLAMAS	C/ Alameda, 23 30880 Aguilas	968448575		968448575	eoepaguilas@terra.es
YECLA	JUAN MARTÍNEZ PEREZ	C/ Reyes Católicos,8 Casa Cultura 30520 Jumilla	968757582		968757582	direc.700132@educarm.es
ATENCIÓN TEMPRANA CARTAGENA	MARIA DOLORES LOPEZ BERNAL	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier , 13 30203 Cartagena	968120559		968521953	eatcartagena@hotmail.com
LORCA (SEDE PRINCIPAL)	CARMEN GARCÍA LLAMAS	Ada Juan Carlos I, Plaza Nueva s/n 30800 Lorca	968466242	968473304	968466242	eqlorca@centros6.pntic.mec.es
MOLINA DE SEGURA	MARIA DEL MAR LEAL BAEZA	C/ Mayor nº 81	968641669		968641669	eoepmolina@regmurcia.com
ESPECÍFICO DE CONVIVENCIA ESCOLAR	ANGEL REGINO CALVO RODRÍGUEZ	C.P. La Paz (Murcia). C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968270575		968270575	convivencia@eresmas.com
CEHEGIN (SUBSEDE DE MULA)	SALVADOR MARTINEZ FERNANDEZ	C/ Del Jardín, s/n 30170 MULA	968661051		968661051	eqsub9@centrosll.cnice.mecd.es
SUBSEDE DE CARTAGENA	OBDULIA MAESTRE PASCUAL	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier , 13 30203 Cartagena	968121237		968121275	obdulia@ono.com y sordoscartagena@yahoo.es
ESPECÍFICO DEFICIENCIA VISUAL B	FERNÁNDO DEL RÍO CRIADO	PLAZA SAN AGUSTÍN 1 (MURCIA) 30005	968280890		968283586	apb@once.es ó ferc@once.es
ATENCIÓN TEMPRANA MURCIA 1	MARIA DEL MAR LOPEZ DAVALOS	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968231580		968231580	eatemprana1@inicia.es
ATENCIÓN TEMPRANA MURCIA 2	PILAR SANZ ROLDAN	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968230261		968201041	eatemprana2@inicia.es
ESPECÍFICO DEFICIENCIAS AUDITIVAS	TERESA LÓPEZ VICENTE	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968245854		968245854	eoep_sordos@yahoo.es
CEHEGIN (SEDE PRINCIPAL)	SALVADOR MARTINEZ FERNANDEZ	C/ ESPARTEROS 22	968723614		968723614	eqcehegin@centrosllcnice.mecd.es
EQUIPO ESPECIFICO DE TGD	JOSE MANUEL HERRERO NAVARRO	CEE Niños Autistas. Camino viejo de Monteagudo, 109 30007 Murcia	968234860		968234860	



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

## **ANEXO 2**

### **ESCALA DE CONNERS PARA MAESTROS Y PADRES**



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

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. 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 DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



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

<b>ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
<b>TOTAL.....</b>				

**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 DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres  
(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

<b>ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
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 >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

**ANEXO 3**  
**DIRECTORIO DE CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN DE**  
**MURCIA**



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

**RELACIÓN DE PEDIATRAS DE LA REGION DE MURCIA (Enero 2007)**

CENTRO	AREA	DIRECCION	C. POSTAL	LOCALIDAD	TELEFONO	FAX	CONSULTORIO	APELLIDOS	NOMBRE	CIAS
ABANILLA	VI	C/ Antonio Machado, 26	30 640	ABANILLA (Murcia)	68 12 50	68 12 99	ABANILLA	MECA GARRIDO	JESUS ENRIQUE	0801010201B
ABARÁN	VI	Avda. Constitución s/n	30 550	ABARAN (Murcia)	45 11 76	45 10 17	ABARÁN	DE LA TORRE LOPEZOSA	GUMERSINDA	0801020201Y
ABARÁN	VI	Avda. Constitución s/n	30 550	ABARAN (Murcia)	45 11 76	45 10 17	ABARÁN	MARTÍNEZ VALIENTE	MARÍA MANUELA	0801020202F
ALCANTARILLA-CASCO	I	C/ Alcalde Cascales Vivancos s/n	30 820	ALCANTARILLA (Murcia)	89 28 22	89 23 22	ALCANTARILLA-CASCO	ALVAREZ MATEO	GLORIA	0801030204G
ALCANTARILLA-CASCO	I	C/ Alcalde Cascales Vivancos s/n	30 820	ALCANTARILLA (Murcia)	89 28 22	89 23 22	ALCANTARILLA-CASCO	MORTE GAMBOA	JESÚS CARLOS	0801030205M
ALGEZARES	I	C/ Subida a la Fuensanta	30 157	ALGEZARES (Murcia)	84 00 77	84 13 09	ALGEZARES	CASQUET BARCELÓ	ÁNGELA	0801040201L
ALGEZARES	I	C/ Subida a la Fuensanta	30 157	ALGEZARES (Murcia)	84 00 77	84 13 09	LOS GARRES	COSTA GUIRAO	FUENSANTA	0801040202C
ALGUAZAS	VI	Prof. Gran Vía S. Onofre s/n	30 560	ALGUAZAS (Murcia)	62 12 62	62 07 08	ALGUAZAS	GARCÍA CAMPOS	MANUEL	0801050201Z
ALHAMA	I	Avda. Sierra Espuña, 14	30 840	ALHAMA DE MURCIA (Murcia)	63 17 11	63 25 50	ALHAMA	MATEO PASCUAL	MANUEL MARÍA	0801060202X
ALHAMA	I	Avda. Sierra Espuña, 14	30 840	ALHAMA DE MURCIA (Murcia)	63 17 11	63 25 50	ALHAMA	SÁNCHEZ SÁNCHEZ	ÁNGEL	0801060201D
ALHAMA	I	Avda. Sierra Espuña, 14	30 840	ALHAMA DE MURCIA (Murcia)	63 17 11	63 25 50	ALHAMA	GUILLÉN RIOS	MARÍA ISABEL	0801060203B
ALQUERIAS	I						ALQUERIAS	SALSAS JIMÉNEZ	LUCRECIA	0801070202M
ALQUERIAS	I	C/ Ramón Fdez. Miñarro, 8	30 580	ALQUERIAS (Murcia)	87 01 00	87 08 45	ALQUERIAS	GÓMEZ MORENO	MERCEDES	0801070201G
ARCHENA	VI	C/ Siria s/n	30 600	ARCHENA (Murcia)	67 08 22	67 03 51	ARCHENA	BARHO SAYED	ZAHED	0801080201E
ARCHENA	VI	C/ Siria s/n	30 600	ARCHENA (Murcia)	67 08 22	67 03 51	ARCHENA	ALFARO GONZÁLEZ	JUAN VICENTE	0801080202T
ARCHENA	VI	C/ Siria s/n	30 600	ARCHENA (Murcia)	67 08 22	67 03 51	5 PERIFERICOS	BEJARANO GONZÁLEZ	SAMUEL	0801080203R
Bº DEL CARMEN	I	Avda. M. Elisea Oliver Molina, s/n	30 002	MURCIA	26 40 99	26 80 91	Bº DEL CARMEN	SÁNCHEZ ESTÉVEZ	MARÍA VIRTUDES	0801090204C
Bº DEL CARMEN	I	Avda. M. Elisea Oliver Molina, s/n	30 002	MURCIA	26 40 99	26 80 91	Bº DEL CARMEN	GUTIÉRREZ PÉREZ	MERCEDES	0801090202H
Bº DEL CARMEN	I	Avda. M. Elisea Oliver Molina, s/n	30 002	MURCIA	26 40 99	26 80 91	Bº DEL CARMEN	MARTÍNEZ MONTIEL	MARÍA LORUDES	0801090201V
Bº DEL CARMEN	I	Avda. M. Elisea Oliver Molina, s/n	30 002	MURCIA	26 40 99	26 80 91	Bº DEL CARMEN	CERÓN RAMÍREZ	ISABEL	0801090203L
Bº DEL CARMEN	I	Avda. M. Elisea Oliver Molina, s/n	30 002	MURCIA	26 40 99	26 80 91	ALJUCER	PÉREZ VILLALOBOS	JOAQUINA	0801090205K
BENIAJAN	I	Salvador de Real- Urb. Monteazar	30 570	BENIAJAN (Murcia)	82 36 62	82 46 87	BENIAJAN	MORENO BARRACHINA	PILAR	0801100201N
BENIAJAN	I	Salvador de Real- Urb. Monteazar	30 570	BENIAJAN (Murcia)	82 36 62	82 46 87	BENIAJAN	FERNÁNDEZ ALBARES	ELISA	0801100203Z
BENIAJAN	I	Salvador de Real- Urb. Monteazar	30 570	BENIAJAN (Murcia)	82 36 62	82 46 87	TORREAGÜERA-LOS RAMOS	LÓPEZ CONESA	ENRIQUE	0801100202J
BENIEL	I	C/ Francisco Robles s/n	30 130	BENIEL (Murcia)	60 24 46	60 25 89	BENIEL	CÁNOVAS GUILLÉN	JUAN CAYETANO	0801110201F
BULLAS	IV	C/ Francisco Puerta García Conde s/n	30 180	BULLAS (Murcia)	65 21 50	65 24 24	BULLAS	DE MAYA MATALLANA	MARÍA CRISTINA	0801120201W
BULLAS	IV	C/ Francisco Puerta García Conde s/n	30 180	BULLAS (Murcia)	65 21 50	65 24 24	BULLAS	CUENCA GÓMEZ	MARÍA MATILDE	0801120202A



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

CABEZO DE TORRES	I	C/ Carmen, s/n	30 110	CABEZO DE TORRES (Murcia)	83 30 12	83 36 61	CABEZO DE TORRES	BASTIDA MARTÍNEZ	ASCENSIÓN	0801130201C
CABEZO DE TORRES	I	C/ Carmen, s/n	30 110	CABEZO DE TORRES (Murcia)	83 30 12	83 36 61	CABEZO DE TORRES	MONTEAGUDO CUESTA	ADELINA	0801130202K
CALASPARRA	IV	C/ Sanidad s/n	30 420	CALLASPARRA (Murcia)	72 01 54	72 06 00	CALASPARRA	LÓPEZ ALCARAZ	JOAQUÍN	0801140201S
CAMPO DE CARTAGENA	I	C/ San Felix, 1	30 153	CORVERA (Murcia)	38 03 27	38 03 27	CAMPO DE CARTAGENA	ANDÚGAR CARAVACA	SONIA	0801150201X
CAMPO DE CARTAGENA	I	C/ San Felix, 1	30 153	CORVERA (Murcia)	38 03 27	38 03 27	SUCINA-LOS MARTÍNEZ PUERTO- AVILESES-GEA Y TRUYOLS	GARNICA MARTÍNEZ	BEATRIZ	0801150202B
CARAVACA	IV	C/ Junquillo s/n	30 400	CARAVACA (Murcia)	70 24 12	70 72 35	CARAVACA	HERNÁNDEZ DE MAYA	ANTONIO	0801170201T
CARAVACA	IV	C/ Junquillo s/n	30 400	CARAVACA (Murcia)	70 24 12	70 72 35	CARAVACA	AVILÉS TORRES	JUAN JOSÉ	0801170202R
CARAVACA	IV	C/ Junquillo s/n	30 400	CARAVACA (Murcia)	70 24 12	70 72 35	CARAVACA	SANTOS VILLALBA	PASCUAL	0801170203W
CEHEGÍN	IV	Camino Verde	30 430	CEHEGÍN (Murcia)	72 36 50	74 27 00	CEHEGÍN	MORENO DÍAZ	INMACULADA	0801180201H
CEHEGÍN	IV	Camino Verde	30 430	CEHEGÍN (Murcia)	72 36 50	74 27 00	CEHEGÍN	MARTÍNEZ PINA	ENCARNACIÓN	0801180202L
CIEZA	VI	Avda. de Italia	30 530	CIEZA (Murcia)	76 24 20	76 35 00	CIEZA	HERNÁNDEZ PÉREZ	EMILIO	0801190202Z
CIEZA	VI	Avda. de Italia	30 530	CIEZA (Murcia)	76 24 20	76 35 00	CIEZA	RUIZ RIOS	MARÍA JOSÉ	0801190204Q
CIEZA	VI	Avda. de Italia	30 530	CIEZA (Murcia)	76 24 20	76 35 00	CIEZA	SANZ MATEO	GONZALO RAMÓN	0801190205V
CIEZA	VI	Avda. de Italia	30 530	CIEZA (Murcia)	76 24 20	76 35 00	CIEZA	SÁNCHEZ QUILES	CRISTINA	0801190201J
CIEZA	VI	Avda. de Italia	30 530	CIEZA (Murcia)	76 24 20	76 35 00	CIEZA	BALLESTER LÓPEZ	MARÍA ROSARIO	0801190203S
EL PALMAR	I	C/ Burgos s/n (esquina Avda. Progreso)	30 120	EL PALMAR (Murcia)	88 63 05	88 45 01	EL PALMAR	CALDERÓN SÁNCHEZ	JOSÉ MARÍA	0801200202D
EL PALMAR	I	C/ Burgos s/n (esquina Avda. Progreso)	30 120	EL PALMAR (Murcia)	88 63 05	88 45 01	EL PALMAR	BERNABEU MARTÍN	MARÍA ISABEL	0801200201P
EL PALMAR	I	C/ Burgos s/n (esquina Avda. Progreso)	30 120	EL PALMAR (Murcia)	88 63 05	88 45 01	EL PALMAR	TORRALBA GASCÓN	ARACELI	0801200203X
ESPINARDO	I	Avda. Juan Carlos I - C/ La Cruz	30 100	ESPINARADO (Murcia)	83 04 75	83 20 61	ESPINARDO	CAMPS MARTÍNEZ	MARÍA LUISA	0801210201A
ESPINARDO	I	Avda. Juan Carlos I - C/ La Cruz	30 100	ESPINARADO (Murcia)	83 04 75	83 20 61	ESPINARDO	INIESTA MORENO	FRANCISCO	0801210202G
ESPINARDO	I	Avda. Juan Carlos I - C/ La Cruz	30 100	ESPINARADO (Murcia)	83 04 75	83 20 61	GUADALUPE-EL PUNTAL	GARCÍA SANDOVAL	LUISA MARÍA	0801210203M
FORTUNA	VI	Avda. Juan de la Cierva s/n	30 620	FORTUNA (Murcia)	68 63 92	68 62 69	FORTUNA	HURTADO DEL CERRO	MARÍA ROSARIO	0801220201k
LA ALBERCA	I	C/ José Paredes s/n	30 150	LA ALBERCA (Murcia)	84 53 62	84 58 44	LA ALBERCA	ECHEVARRÍA LUCAS	PILAR	0801240201B
LA ALBERCA	I	C/ José Paredes s/n	30 150	LA ALBERCA (Murcia)	84 53 62	84 58 44	LA ALBERCA	SAYED SANCHO	NADIA	0801240202N
LA NORA	I	C/ Carreras s/n	30 830	LA NORA (Murcia)	80 51 53	80 74 17	LA NORA	CANO MENÁRGUEZ	MARÍA DOLORES	0801250201Y
LA ÑORA	I	C/ Carreras s/n	30 830	LA ÑORA (Murcia)	80 51 53	80 74 17	JAVALÍ NUEVO-PUEBLA DE SOTO	NIEVES GONZÁLEZ	GUILLERMO	0801250202F
TORRES DE COTILLAS	VI	Avda. Reyes Católicos	30 565	TORRES DE COTILLAS (Murcia)	62 61 46	62 70 14	TORRES DE COTILLAS	ORIHUELA CALATAYUD	CARMEN	0801260201R
TORRES DE COTILLAS	VI	Avda. Reyes Católicos	30 565	TORRES DE COTILLAS (Murcia)	62 61 46	62 70 14	TORRES DE COTILLAS	ALMENZAR PÉREZ	BEGOÑA	0801260202W



MOLINA "A. GARCÍA "	VI	Avda. de Levante s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	64 11 10	64 11 40	MOLINA "A. GARCÍA"	MORENO GOMÁRIZ	ESPERANZA	0801270201L
MOLINA "A. GARCÍA "	VI	Avda. de Levante s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	64 11 10	64 11 40	MOLINA "A. GARCÍA"	PÉREZ TOMÁS	ROSA MARÍA	0801270204E
MOLINA "A. GARCÍA "	VI	Avda. de Levante s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	64 11 10	64 11 40	MOLINA "A. GARCÍA"	SEGURA CANTÓ	ALFONSO	0801270202C
MOLINA "A. GARCÍA "	VI	Avda. de Levante s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	64 11 10	64 11 40	LA ALCAYNA	VIUDES DE VELASCO	ARANTZAZU	0801270203K
MONTEAGUDO	I	Avda. Constitución s/n	30 160	MONTEAGUDO (Murcia)	85 31 87	85 06 53	MONTEAGUDO	RUBIO GÁLVEZ	JOAQUIN	0801280201Z
MORATALLA	IV	C/ Tomás "El Cura", 7	30 440	MORATALLA (Murcia)	70 62 39	70 61 00	MORATALLA	GUTIERREZ JESUS	ABELADRO	0801290201D
MU-CENTRO	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 26	39 48 29	MU-CENTRO	LEGORGUO MIÑANO	PURIFICACIÓN	0801300204F
MU-CENTRO	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 26	39 48 29	SIMÓN GARCÍA	SALAZAR RODRÍGUEZ	ASUNCIÓN	0801300201G
MU-INFANTE	I	C/ Pintor Almela Costa s/n	30 011	MURCIA	34 30 00	34 33 88	MU-INFANTE	TORRES TORTOSA	LUISA MARÍA	0801310203R
MU-INFANTE	I	C/ Pintor Almela Costa s/n	30 011	MURCIA	34 30 00	34 33 88	MU-INFANTE	SEGURA TERRADAS	FERNANDO	0801310206G
MU-INFANTE	I	C/ Pintor Almela Costa s/n	30 011	MURCIA	34 30 00	34 33 88	MU-INFANTE	LAO GARCÍA	ANTONIO	0801310205A
MU-INFANTE	I	C/ Pintor Almela Costa s/n	30 011	MURCIA	34 30 00	34 33 88	MU-INFANTE	NAVARRO PEÑA	MARÍA TERESA	0801310201E
MU-INFANTE	I	C/ Pintor Almela Costa s/n	30 011	MURCIA	34 30 00	34 33 88	LOS DOLORES	GARCÍA DE LA RUBIA	SERVANDO	0801310202T
MU-SAN ANDRÉS	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 23	39 48 30	MU-SAN ANDRÉS	CARRILLO NAVARRO	FRANCISCO	0801320202H
MU-SAN ANDRÉS	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 23	39 48 30	MU-SAN ANDRÉS	NAVARRO SEGUÍ	SOLEDAD	0801320203L
MU-SAN ANDRÉS	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 23	39 48 30	MU-SAN ANDRÉS	RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	ANA MARÍA	0801320201V
MU-SAN ANDRÉS	I	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30 005	MURCIA	39 48 23	39 48 30	MU-SAN ANDRÉS	CHUMILLA VALDERAS	MARÍA ÁNGELES	0801320204C
MULA	I	C/ Juan Viñegla s/n	30 170	MULA (Murcia)	63 72 17	66 20 55	MULA	MUÑOZ GARCÍA	MARGARITA	0801330202J
MULA	I	C/ Juan Viñegla s/n	30 170	MULA (Murcia)	63 72 17	66 20 55	MULA	VICENTE DÓLERA	JOAQUINA	0801330201N
MULA	I	C/ Juan Viñegla s/n	30 170	MULA (Murcia)	63 72 17		ALBUDEITE-PLIEGO-C.RIO- FTE. LIBRILLA	RUIZ CABALLERO	MARÍA TERESA	0801330203Z
NONDUERMAS	I	C/ Constitución s/n	30 166	NONDUERMAS (Murcia)	34 31 00	34 50 10	NONDUERMAS	SAURA SÁNCHEZ-PARRA	JOSÉ	0801340201F
PUENTE TOCINOS	I	Plaza Reina Sofía s/n	30 006	PUENTE TOCINOS (Murcia)	30 14 09	30 26 54	PUENTE TOCINOS	GHANDOUR HOUMANI	ALÍ	0804350203G
PUENTE TOCINOS	I	Plaza Reina Sofía s/n	30 006	PUENTE TOCINOS (Murcia)	30 14 09	30 26 54	PUENTE TOCINOS	MARTÍNEZ CARMONA	INÉS	0801350201W
PUENTE TOCINOS	I	Plaza Reina Sofía s/n	30 006	PUENTE TOCINOS (Murcia)	30 14 09	30 26 54	PUENTE TOCINOS	GARCÍA GAVÍN	MANUEL	0801350202A
SANTA Mª DE GRACIA	I	C/ Arturo Duperier s/n	30 009	MURCIA	29 69 12	28 06 12	SANTA Mª DE GRACIA	OLMO MARÍN	ANTONIO	0801360201C
SANTA Mª DE GRACIA	I	C/ Arturo Duperier s/n	30 009	MURCIA	29 69 12	28 06 12	SANTA Mª DE GRACIA	TEROL DÍAZ	Mª DEL CARMEN	0801360202K
SANTA Mª DE GRACIA	I	C/ Arturo Duperier s/n	30 009	MURCIA	29 69 12	28 06 12	SANTA Mª DE GRACIA	IOFRÍO DE ARCE	ANTONIO	0801360203W



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

SANTOMERA	I	Carril de la Gloria, 57	30 140	SANTOMERA (Murcia)	86 02 51	86 31 47	SANTOMERA	RUIZ BROCAL	ARACELI	0801370201S
SANTOMERA	I	Carril de la Gloria, 57	30 140	SANTOMERA (Murcia)	86 02 51	86 31 47	SANTOMERA	MARTÍNEZ ROS	Mª DEL CARMEN	0801370202Q
VISTALEGRE - LA FLOTA	I	Paseo Ing. Sebastián Feringan, 18	30 007	MURCIA	24 24 39	23 10 77	VISTALEGRE - LA FLOTA	MARTÍNEZ FERNÁNDEZ	GERMÁN	0801380202B
VISTALEGRE - LA FLOTA	I	Paseo Ing. Sebastián Feringan, 18	30 007	MURCIA	24 24 39	23 10 77	VISTALEGRE - LA FLOTA	VALDÉS BELMAR	JOSÉ LUIS	0801380204J
VISTALEGRE - LA FLOTA	I	Paseo Ing. Sebastián Feringan, 18	30 007	MURCIA	24 24 39	23 10 77	VISTALEGRE - LA FLOTA	GUTIÉRREZ SÁNCHEZ	ENRIQUE JESÚS	0801380201X
VISTABELLA	I	Trav. J. Maluquer y Salvador s/n	30 003	MURCIA	34 03 00	34 03 20	VISTABELLA	NAVARRO GARCÍA	FRANCISCO	0801390201M
VISTABELLA	I	Trav. J. Maluquer y Salvador s/n	30 003	MURCIA	34 03 00	34 03 20	VISTABELLA	MESEGUER DUEÑAS	MARÍA ANGELES	0801390202Y
ALCANTARILLA-SANGON	I	C/ Carmen, s/n	30 820	ALCANTARILLA (Murcia)	80 66 46	80 87 06	ALCANTARILLA-SANGONERA	PELEGRÍN LÓPEZ	BEGOÑA	0801410201H
ALCANTARILLA-SANGON	I	C/ Carmen, s/n	30 820	ALCANTARILLA (Murcia)	80 66 46	80 87 06	ALCANTARILLA-SANGONERA	VELASCO CALLAU	ANA Mª TERESA	0801410202L
ALCANTARILLA-SANGON	I	C/ Carmen, s/n	30 820	ALCANTARILLA (Murcia)	80 66 46	80 87 06	ALCANTARILLA-SANGONERA	SÁNCHEZ CARRASCOSA	MARÍA JESÚS	0801410203C
MOLINA "JESÚS MARÍN"	VI	c/ Enrique Bernal Capel, s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	38 92 57	61 65 61	MOLINA "JESÚS MARÍN"	CÁMARA PALOP	JOSEFA	0801420201J
MOLINA "JESÚS MARÍN"	VI	c/ Enrique Bernal Capel, s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	38 92 57	61 65 61	MOLINA "JESÚS MARÍN"	BAEZA BENITO	DAMIÁN	0801420203S
MOLINA "JESÚS MARÍN"	VI	c/ Enrique Bernal Capel, s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	38 92 57	61 65 61	MOLINA "JESÚS MARÍN"	JIMÉNEZ FERNÁNDEZ	JOSÉ MARÍA	0801420204Q
MOLINA "JESÚS MARÍN"	VI	c/ Enrique Bernal Capel, s/n	30 500	MOLINA DE SEGURA (Murcia)	38 92 57	61 65 61	MOLINA "JESÚS MARÍN"	MONSO PÉREZ-CHIRINOS	FRANCISCO JOSÉ	0801420202Z
BARRANDA	IV	Camino de la Cabezuela s/n	30 412	BARRANDA (Murcia)	75 52 22	72 52 11	BARRANDA	MARTÍNEZ JIMÉNEZ	MARÍA JOSÉ	0801430201P
CEUTÍ	VI	Avda. de las Farolas, s/n	30 562	CEUTI (Murcia)	69 34 34	69 38 71	CEUTÍ	CORRALES DEL RÍO	ELISA	0801440201A
LORQUI	VI	C/ La Noria s/n	30 564	LORQUI (Murcia)	69 35 39	69 36 48	LORQUI	CARRILLO VINADER	MARÍA DOLORES	0801450201K
BLANCA	IV	C/ Federico García Lorca, 40-41	30 540	BLANCA (Murcia)	45 92 02	77 68 47	BLANCA	COUCEIRO SÁNCHEZ	ABELADRO	0801460201Q
SANGONERA LA VERDE	I	C/ Rosalinda s/n	30 833	SANGONERA LA VERDE (Murcia)	86 90 77	86 95 08	SANGONERA LA VERDE	CARRIÓN OJANGUREN	MARÍA ANGELES	0801470201B
SANGONERA LA VERDE	I	C/ Rosalinda s/n	30 833	SANGONERA LA VERDE (Murcia)	86 90 77	86 95 08	SANGONERA LA VERDE	BERNAL SEBASTIÁN	PILAR	0801470202N
ZARANDONA	I	C/ Goya s/n	30 007	ZARANDONA (Murcia)	23 37 47	23 33 84	ZARANDONA	ROBLES GARCÍA	JOSÉ	0801490201R
AGUILAS NORTE	III	Avda. Democracia, s/n	30880	AGUILAS (Murcia)	968-449219	968-448738	AGUILAS NORTE	ALCOLEA ILLÁN	ANTONIO	0803080201B
AGUILAS NORTE	III	Avda. Democracia, s/n	30880	AGUILAS (Murcia)	968-449219	968-448738	AGUILAS NORTE	VILLAHOZ CASTRILLEJO	ROSA MARÍA	0803080202N
AGUILAS NORTE	III	Avda. Democracia, s/n	30880	AGUILAS (Murcia)	968-449219	968-448738	AGUILAS NORTE	GARCÍA RUIZ	ANTONIO JOSÉ	0803080203J
AGUILAS SUR	III	Ctra. Vera s/n	30880	AGUILAS (Murcia)	968-446014	968-448400	AGUILAS SUR	PÉREZ NAVARRO	FRANCISCO LUIS	0803010203W
AGUILAS SUR	III	Ctra. Vera s/n	30880	AGUILAS (Murcia)	968-446014	968-448400	AGUILAS SUR	PÉREZ PÉREZ	PEDRO ANTONIO	0803010204A



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

LORCA CENTRO	III	Alameda Ramón y Cajal, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463967	968-444709	LORCA CENTRO	GARCÍA-PATINO DE MERCADO	MARTA	0803030201J
LORCA CENTRO	III	Alameda Ramón y Cajal, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463967	968-444709	LORCA CENTRO	GRANERO GAZQUEZ	JUANA ELENA	0803030202Z
LORCA CENTRO	III	Alameda Ramón y Cajal, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463967	968-444709	LORCA CENTRO- RAMONETE	RODRIGUEZ CASTILLO	MARÍA ISABEL	0803030203S
LORCA CENTRO	III	Alameda Ramón y Cajal, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463967	968-444709	LORCA CENTRO- PURIAS	VILLANUEVA GABARRÓN	JUAN JOSÉ	0803030204Q
LA PACA	III						LA PACA- ZARCILLA RAMOS-	NICOLÁS SÁNCHEZ	Mª ENCARNACIÓN	0803000201M
SAN DIEGO	III	Camino Viejo de Cartagena s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-443422	968-443421	SAN DIEGO	GARCÍA MORENO	MANUEL	0803050201A
SAN DIEGO	III	Camino Viejo de Cartagena s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-443422	968-443421	SAN DIEGO - LA HOYA	DOMINGUEZ MANRIQUE	MARÍA DOLORES	0803050202G
SAN DIEGO	III	Camino Viejo de Cartagena s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-443422	968-443421	SAN DIEGO	DOMINGUEZ RODRIGUEZ	MARÍA TERESA	0803050203M
LORCA SUR	III	Talleres, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463212	968-443230	LORCA SUR- CAMPILLO	GARCÍA MEDINA	MARIA DEL MAR	0803020201H
LORCA SUR	III	Talleres, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463212	968-443230	LORCA SUR	DE PAULA JALDO ALBA	FRANCISCO	0803020202L
LORCA SUR	III	Talleres, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463212	968-443230	LORCA SUR	GRANA FERNÁNDEZ	SILVIA	0803020204K
LORCA SUR	III	Talleres, s/n	30800	LORCA (Murcia)	968-463212	968-443230	LORCA SUR	MARTÍNEZ CACHA	ANDRÉS	0803020203C
PUERTO LUMBRERAS	III	Avda. Región Murciana, 7	30890	PUERTO LUMBRERAS (Murcia)	968-402116	968-400222	PUERTO LUMBRERAS	SORIANO IBARRA	JUAN FRANCISCO	0803040201P
PUERTO LUMBRERAS	III	Avda. Región Murciana, 7	30890	PUERTO LUMBRERAS (Murcia)	968-402116	968-400222	PTO. LUMBRERAS- ALMENDRICOS	LÓPEZ MIÑARRO	EVA JOSEFA	0803040202D
TOTANA	III	Cruz de los Hortelanos, s/n	30850	TOTANA (Murcia)	968-420030	968-424558	TOTANA - ALEDO	SANCHEZ HERNANDEZ	LUCILA DOLORES	0803060201K
TOTANA	III	Cruz de los Hortelanos, s/n	30850	TOTANA (Murcia)	968-420030	968-424558	TOTANA	LORENTE GARCIA	SEBASTIAN	0803050202E
TOTANA	III	Cruz de los Hortelanos, s/n	30850	TOTANA (Murcia)	968-420030	968-424558	TOTANA - EL PARETON	LOBO MARTINEZ	JOSE MARIA	0803060203T
TOTANA	III	Cruz de los Hortelanos, s/n	30850	TOTANA (Murcia)	968-420030	968-424558	TOTANA	SAEZ FERNÁNDEZ	Mª CARMEN	0803060204R
MOLINO MARFAGONES	II	Puerto del Suspiro s/n	30.393	MOLINO MARFAGONES - CARTAGENA (Murcia)	16 89 85	16 89 84	CANTERAS	GALINDO ANAYA	MARINA	0802010201V
MOLINO MARFAGONES	II	Puerto del Suspiro s/n	30.393	MOLINO MARFAGONES - CARTAGENA (Murcia)	16 89 85	16 89 84	MOLINO MARFAGONES	FERNANDEZ COBO	RAQUEL	0802010202H
CARTAGENA-CASCO	II	C/ San Vicente, 2	30.302	CARTAGENA (Murcia)	50 52 67	52 78 17	CARTAGENA-CASCO	GARRIDO ROMERA	ALFONSO	0802020202J
CARTAGENA-CASCO	II	C/ San Vicente, 2	30.302	CARTAGENA (Murcia)	50 52 67	52 78 17	CARTAGENA-CASCO	BECERRO DE BENGOA GARCÍA	CLAUDIO	0802020203Z
CARTAGENA-ESTE	II	C/ Cabrerías s/n	30.203	CARTAGENA (Murcia)	52 86 50	52 87 00	CARTAGENA-ESTE	MATEOS BESADA	MARIA ISABEL	0802030201F
CARTAGENA-ESTE	II	C/ Cabrerías s/n	30.203	CARTAGENA (Murcia)	52 86 50	52 87 00	CARTAGENA-ESTE	ROS MARTINEZ	ENCARNACIÓN	0802030202P
CARTAGENA-ESTE	II	C/ Cabrerías s/n	30.203	CARTAGENA (Murcia)	52 86 50	52 87 00	CARTAGENA-ESTE	CERVANTES MARTINEZQ	BERNARDO	0802030203D
BARRIO PERAL	II	C/ Ulloa, 6	30.300	Bº PERAL - CARTAGENA (Murcia)	31 45 00	31 45 30	BARRIO PERAL	ESPEJO GARACIA	MARIA PILAR	0802040201W
BARRIO PERAL	II	C/ Ulloa, 6	30.300	Bº PERAL - CARTAGENA (Murcia)	31 45 00	31 45 30	BARRIO PERAL	FERNANDEZ MARTINEZ	MARÍA DOLORES	0802040202A
BARRIO PERAL	II	C/ Ulloa, 6	30.300	Bº PERAL - CARTAGENA (Murcia)	31 45 00	31 45 30	BARRIO PERAL	GARRE SANCHEZ	MARIA ISABEL	0802040203G
LOS BARREROS	II	C/ Astorga, 1 bajo	30.310	LOS BARREROS (Murcia)	31 41 93	53 44 02	LOS BARREROS	HEREDERO GARCIA	GLORIA MARIA	0802050202K



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

LOS DOLORES	II	C/ Jardines, s/n	30.310	LOS DOLORES (Cartagena)	31 31 86	31 33 94	LOS DOLORES	MACÍAS HERNÁNDEZ	ROGELIO	0802060202Q
LOS DOLORES	II	C/ Jardines, s/n	30.310	LOS DOLORES (Cartagena)	31 31 86	31 33 94	LOS DOLORES	CÁCERES UDINA	MARIA JOSE	0802060203V
LOS DOLORES	II	C/ Jardines, s/n	30.310	LOS DOLORES (Cartagena)	31 31 86	31 33 94	LOS DOLORES	RODRIGUEZ MARTINEZ	EVA MARIA	0802060204H
LOS DOLORES	II	C/ Jardines, s/n	30.310	LOS DOLORES (Cartagena)	31 31 86	31 33 94	LOS DOLORES-LA ALJORRA	SERNA MIQUEL	MARIA EUGENIA	0802060205L
CARTAGENA-OESTE	II	C/ Cabreras s/n	30.203	CARTAGENA (Murcia)	52 85 00	52 87 00	CARTAGENA-OESTE	LOZANO URRACA	MARIA LUZ	0802080201M
CARTAGENA-OESTE	II	C/ Cabreras s/n	30.203	CARTAGENA (Murcia)	52 85 00	52 87 00	CARTAGENA-OESTE	RODRIGUEZ ORTEGO	CONCEPCIÓN	0802080202Y
MAR MENOR	II	Crta. Cartagena-Alicante	30.366	EL ALGAR (Murcia)	13 55 10	13 55 71	EL ALGAR	ARGENTE DE LA TORRE DEL CASTILLO	JUANA	0802070201X
MAR MENOR	II	Crta. Cartagena-Alicante	30.366	EL ALGAR (Murcia)	13 55 10	13 55 71	LLANO DEL BEAL-LOS BELONES	RODRIGUEZ MARTINEZ	EVA MARIA	0802070202B
LA UNIÓN	II	Avda. Cristo de los Mineros, s/	30.360	LA UNIÓN (Murcia)	54 14 16	56 02 50	LA UNION-ROCHE	GHELICKKHANI LATIFY-ALAVIJE	MARIA	0802100201H
LA UNIÓN	II	Avda. Cristo de los Mineros, s/	30.360	LA UNIÓN (Murcia)	54 14 16	56 02 50	LA UNION-PORTMAN	GARCIA ORTEGA	JOSÉ	0802100202L
FUENTE ALAMO	II	Ronda de Poniente s/n	30.320	FUENTE ALAMO - CARTAGENA (Murcia)	59 80 80	59 71 50	FUENTE ALAMO-LAS PALAS	NIETO CONESA	ANTONIO	0802090201T
FUENTE ALAMO	II	Ronda de Poniente s/n	30.320	FUENTE ALAMO - CARTAGENA (Murcia)	59 80 80	59 71 50	FTE. ALAMO-CUEVAS DE REYLO- BALSAPINTADA	MUÑOZ VALCARCEL	JOAQUINA	0802090202R
POZO ESTRECHO	II	Avda. Estación s/n	30.594	POZO ESTRECHO - CARTAGENA (Murcia)	16 63 71	16 62 70	POZO ESTRECHO-ALBUJON	BONET FERREIRO	MARIA VICTORIA	0802120201P
POZO ESTRECHO	II	Avda. Estación s/n	30.594	POZO ESTRECHO - CARTAGENA (Murcia)	16 63 71	16 62 70	POZO ESTRECHO-LA PALMA	VIDAL VIDAL	MARIA TERESA	0802120202D
SAN PEDRO DEL PINATA	II	Avda. de Salinero	30 740	SAN PEDRO DEL PINATAR (Murcia)	18 20 62	18 50 96	SAN PEDRO DEL PINATAR	OJEDA ESCURIET	JOSE MARIA	0802130201A
SAN PEDRO DEL PINATA	II	Avda. de Salinero	30 740	SAN PEDRO DEL PINATAR (Murcia)	18 20 62	18 50 96	SAN PEDRO DEL PINATAR	HERNAN-GOMEZ CUESTA	MARIA TERESA	0802130202G
SAN PEDRO DEL PINATA	II	Avda. de Salinero	30 740	SAN PEDRO DEL PINATAR (Murcia)	18 20 62	18 50 96	SAN PEDRO - LO PAGAN	AGUILAR DOMINGO	MOISES	0802130203M
SAN ANTON	II	C/ Recoletos, 98	30.205	SAN ANTON - CARTAGENA (Murcia)	51 75 72	31 13 74	SAN ANTON	ORTUÑO DEL MORAL	MARIA PAZ	0802140201K
SAN ANTON	II	C/ Recoletos, 98	30.205	SAN ANTON - CARTAGENA (Murcia)	51 75 72	31 13 74	SAN ANTON	MILLA OTON	EVA	0802140202E
SAN JAVIER	II	Cabo Ras esqu. Cabo Udra	30.370	SAN JAVIER (Murcia)	19 23 33	19 10 30	SAN JAVIER	CASCALES BARCELO	ISABEL	0802150201Q
SAN JAVIER	II	Cabo Ras esqu. Cabo Udra	30.370	SAN JAVIER (Murcia)	19 23 33	19 10 30	SAN JAVIER	VERA LORENTE	MARIA	0802150203V
SAN JAVIER	II	Cabo Ras esqu. Cabo Udra	30.370	SAN JAVIER (Murcia)	19 23 33	19 10 30	SAN JAVIER-SANTIAGO RIBERA	SÁNCHEZ ANDRADA	ROSA MARÍA	0802150203H
LA MANGA	II	C/ Gran Vía-Urb. Castillo del M	30.370	LA MANGA DEL MAR MENOR (Murcia)	14 21 25	14 20 41	LA MANGA-CABO PALOS	PÉREZ MARÍNEZ	MARIA JOSEFA	0802180201R
SANTA LUCIA	II	C/ Pedro Jorquera, s/n	30.202	CARTAGENA (Murcia)	50 27 13	52 53 98	SANTA LUCIA-ALUMBRES	SARABIA ESCAMEZ	FRANCISCO	0802160201B
SANTA LUCIA	II	C/ Pedro Jorquera, s/n	30.202	CARTAGENA (Murcia)	50 27 13	52 53 98	SANTA LUCIA-VISTALEGRE	PEÑÁLVER MANRUBIA	FRANCISCO JAVIER	0802160202N



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

LOS ALCAZARES	II	Crta. Balsicas s/n	30. 710	LOS ALCAZARES (Murcia)	57 58 00	57 43 32	LOS ALCAZARES	MONTES DIAZ	MARIA ISABEL	0802190201L
LOS ALCAZARES	II	Crta. Balsicas s/n	30. 710	LOS ALCAZARES (Murcia)	57 58 00	57 43 32	LOS ALCAZARES	LOPEZ MARTINEZ	JOSEFINA	0802190202C
TORRE PACHECO	II	C/ Aniceto León, 7	30.700	TORRE PACHECO (Murcia)	57 93 11	58 53 89	TORRE PACHECO	MARTINEZ OLMEDO	MARIA ISABEL	0802170201Y
TORRE PACHECO	II	C/ Aniceto León, 7	30.700	TORRE PACHECO (Murcia)	57 93 11	58 53 89	TORRE PACHECO-LOS DOLORES	SANCHEZ HERNANDEZ	CRISTINA	0802170202F
TORRE PACHECO	II	C/ Aniceto León, 7	30.700	TORRE PACHECO (Murcia)	57 93 11	58 53 89	TORRE PACHECO	GAONA RAMON	JOSE MARIA	0802170203P
TORRE PACHECO	II	C/ Aniceto León, 7	30.700	TORRE PACHECO (Murcia)	57 93 11	58 53 89	ROLDAN - BALSICAS	CARRILLO ESPINOSA	MANUEL PEDRO	0802170204D
PUERTO MAZARRON	II	C/ Mayor s/n	30.860	PUERTO MAZARRON (Murcia)	15 42 02	59 56 25	PUERTO MAZARRON	LEVENT OKSIT	FERNANDO	0802200201Z
PUERTO MAZARRON	II	C/ Mayor s/n	30.860	PUERTO MAZARRON (Murcia)	15 42 02	59 56 25	PUERTO MAZARRON	ROCA PEGALAJAR	ELENA MARIA	0802200202S
MAZARRON	II	Avda. Constitución, s/n	30.870	MAZARRON (Murcia)	59 21 51	59 08 61	MAZARRON	CACERES UDINA	MARIA JOSE	0802110201J
MAZARRON	II	Avda. Constitución, s/n	30.870	MAZARRON (Murcia)	59 21 51	59 08 61	MAZARRON	GONZALEZ PACANOWSKA	ANA	0802110203S
MAZARRON	II	Avda. Constitución, s/n	30.870	MAZARRON (Murcia)	59 21 51	59 08 61	MAZARRON			0802110204Q
JUMILLA	V	Reyes Católicos s/n	30 520	JUMILLA (Murcia)	78 05 61	75 69 06	JUMILLA	BLEDA ORTIZ	ANDRES	0801230203H
JUMILLA	V	Reyes Católicos s/n	30 520	JUMILLA (Murcia)	78 05 61	75 69 06	JUMILLA	ABELLAN RIPOLL	JOSE ANTONIO	0801230202V
JUMILLA	V	Reyes Católicos s/n	30 520	JUMILLA (Murcia)	78 05 61	75 69 06	JUMILLA	AYALA PUJANTE	PASCUAL	0801230201Q
YECLA OESTE- FCO PALAO	V	Pintor Juan Albert	30 510	YECLA (Murcia)	79 33 15	79 16 91	YECLA OESTE - FCO. PALAO	SANCHEZ QUIÑONES	VICTOR ALBERTO	0801480201Y
YECLA OESTE- FCO PALAO	V	Pintor Juan Albert	30 510	YECLA (Murcia)	79 33 15	79 16 91	YECLA OESTE - FCO. PALAO	IBAÑEZ GARCIA	JOSE MARIA	0801480202F
YECLA ESTE- MARIANO YAGO	V	Paseo de la Feria	30 510	YECLA (Murcia)	79 08 18	79 51 90	YECLA ESTE-MARIANO YAGO	VIGUERAS ABELLAN	JUAN JOSÉ	0801400201T
YECLA ESTE- MARIANO YAGO	V	Paseo de la Feria	30 510	YECLA (Murcia)	79 08 18	79 51 90	YECLA ESTE-MARIANO YAGO	ROMERO ORTIZ	JOSEFINA	080140203W



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

## **ANEXO 4 DIRECTORIO DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA**



**CENTROS DE SALUD MENTAL - REGION DE MURCIA**

C.S.M. DE CARAVACA	C/ Junquico s/n (Recinto H.C. N.O.)	30400-CARAVACA	968 70 83 22 968 70 01 26
C.S.M. YECLA	C/ San José, 8	30510 YECLA	968 75 16 50
C.S.M. II INFANTE- ADULTOS	C/ Pintor Almela Costa s/n	30002 MURCIA	968 25 14 66 968 25 15 18
C.S.M. DE SAN ANDRES ADULTOS	C/ Escultor Jose Sánchez Lozano, s/n	30005 MURCIA	968 28 15 69-70-71 Adul. 968 28 11 72 Rehab.
C.S.M. DE SAN ANDRES INFANTO-JUVENIL	C/ Escultor José Sánchez Lozano s/n	30005 - MURCIA	968 28 16 42 - 44 Inf.-Juve. 968 29 91 11 C. Dia
C.S.M DE ALCANTARILLA ADULTOS	C/ Carmen s/n	30820 - ALCANTARILLA	968 80 26 86
C.S.M. DE MULA	Avda. Juan Viñegas s/n	30170 - MULA	968 66 05 50
C.S.M. DE CARTAGENA	C/ Real, 8	30201- CARTAGENA	968 32 67 00-01 Adultos 968 32 67 20 Inf.-Juve. 968 32 66 99 Drogod. 968 32 67 30 Rehab.
C.S.M. LORCA	C/ Abad de los Arcos s/n	30800 - LORCA	968 46 91 79 968 46 83 08
C.S.M. AGUILAS	Avda. Democracia s/n- Urb. Las Majadas	30880 - AGUILAS	968 49 33 60 968 41 23 22- Metadona
C.S.M. JUMILLA	C/ Barón de Solar s/n	30520 - JUMILLA	968 78 22 61 968 78 35 88
C.S.M. MOLINA DE SEGURA	Avda. de Levante s/n	30500 - MOLINA DE SEGURA	968 64 13 26
C.S.M. CIEZA	Crta. De Abarán s/n - H. Cieza	30530 - CIEZA	968 77 55 50 Ext. 4019
C.S.M. CIEZA	Avda. Italia s/n	30530 - CIEZA	968 45 35 08
CENTRO DROGODEPENDENCIAS DE MURCIA	C/ Luis Fontes Pagan s/n	30003 - MURCIA	968 34 03 86 986 34 19 71
C.S.M MORALES MESEGUER	C/ Marqués de los Velez s/n	30008 -MURCIA	968 36 09 00
C.S.M. VIRGEN DE LA ARRIXACA	Crta. Cartagena s/n - 4ª planta	30120 - EL PALMAR	968 36 95 00
HOSPITAL PSIQUIATRICO	Crta. Mazarrón s/n	30120 - EL PALMAR	968 36 58 00 968 36 29 00
HOSPITAL U. REINA SOFIA	Intendente Jorqe Palacios s/n	30003 - MURCIA	968 35 90 00
HOSPITAL U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	Crta. Cartagena s/n- 4ª planta	30120 - EL PALMAR	968 36 95 00
HOSPITAL U. MORALES MESEGUER	Avda. Marques de los Velez, s/n	30008 - MURCIA	968 36 09 00
HOSPITAL DR. RAFAEL MENDEZ	Crta. Granada s/n	30800 - LORCA	968 44 55 00 968 44 55 52
HOSPITAL STA. MARIA DEL ROSELL - H. NAVAL	Crta. De Tentegorra s/n	30205 - CARTAGENA	968 32 74 00 958 5048 00



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

**ANEXO 5**  
**INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E**  
**HIPERACTIVIDAD (TDA-H) Y AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO**  
**DEL PROTOCOLO DE CORRINACIÓN DE ACTUACIONES EDUCATIVAS**  
**Y SANITARIAS EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDA-H**



## **INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Esta información no pretende sustituir a la entrevista y a la conversación con los profesionales de la educación y de la sanidad que atienden y cuidan a su hijo; léalo atentamente y le animamos a que consulte con ellos todas las dudas que le se le planteen.

El TDAH es un trastorno crónico muy frecuente ya que se estima que alrededor del 5% de los niños y adolescentes lo tienen. Se debe a múltiples factores provocando dificultades en la inhibición y el autocontrol, la planificación, la memoria de trabajo a corto plazo, fijar la atención en nuevos estímulos y la elección de información relevante frente a la irrelevante. Por tanto, no es consecuencia de que no haya sabido educar a su hijo.

Sus síntomas principales son inatención o dificultad para concentrarse, hiperactividad e impulsividad (parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar) inadecuados para su edad. Pueden manifestarse todos o predominar el déficit de atención o la hiperactividad-impulsividad.

Estos síntomas se manifiestan en varios entornos (familia, escuela, amigos) y, a veces, son lo suficientemente importantes como para afectar al aprendizaje y a las relaciones familiares y sociales.

El niño o adolescente con TDAH no tiene un problema de inteligencia o de razonamiento, sino de organización y de autocontrol de la atención, las emociones, la conducta y la relación social.

Por todo ello es fácilmente comprensible la importancia de un diagnóstico precoz y disponer de las medidas necesarias, farmacológicas y no farmacológicas, individualizadas para cada niño y familia, ya que se consigue mejoría hasta en el 80% de los casos. Con éstas medidas mejora la atención, se reduce la inquietud e impulsividad, y se ayuda a manejar la conducta de su hijo, a mejorar su autoestima, sus técnicas de estudio y las relaciones familiares y sociales.

La Consejería de Educación y Cultura y la Consejería de Sanidad y Consumo cuenta con un protocolo de coordinación para la detección y diagnóstico de este TDAH en niños en edad escolar que requiere de una serie de actuaciones de tramitación e interconsulta de información y documentación entre instituciones u organismos de dichas Consejerías, como Centros de Salud, Centros escolares, etc.

Ante estas actuaciones se precisa de la autorización de los padres o tutores del escolar para profundizar en el caso y llevar a cabo dicho protocolo.



### **AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROTOCOO DE TDAH**

El principal objetivo de esta autorización es informar sobre la necesidad de tramitar la información propia del desarrollo del protocolo, la cual se tratará, en todo momento, de manera confidencial. No se hace para preocupar a los padres o tutores legales ni para eximir de responsabilidad a los profesionales de la sanidad y de la educación que atienden al escolar.

Esta autorización será firmada por el representante legal del niño o adolescente menor de 18 años o mayor no capacitado, en el lugar indicado en la hoja adjunta.

En cualquier momento puede ser revocada si se decide no proseguir el procedimiento recomendado, incluso en el momento previo a realizarlo habrá absoluto respeto a tal decisión y a la confidencialidad de la relación clínica.

#### **AUTORIZACIÓN:**

Yo Don/Dña.....he leído la hoja de información que me ha entregado Don/Dña....., psicólogo/pedagogo del Centro Escolar.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado.

El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación del procedimiento.

Y en tales condiciones AUTORIZO, como representante legal del niño o adolescente no capacitado ..... que se realice la interconsulta antes mencionada.

En ....., a ..... de.....de .....

Fdo.: EL / LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: EL PROFESIONAL



**REVOCAION DE AUTORIZACIÓN / RECHAZO DE TRATAMIENTO :**

Yo, Dn/Dña ..... declaro que, tras la información recibida, REVOCO la autorización prestada en fecha ..... o NO AUTORIZO que se realice la interconsulta propuesta.

En ....., a ..... de.....de .....

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo. EL PROFESIONAL



Consejería de  
Educación, Ciencia e  
Investigación.  
Consejería de Sanidad.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias  
en la detección y diagnóstico del  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H

**ANEXO 6**  
**CONSENSO MULTIDISCIPLINAR EN T-DAH.**  
**INFANCIA, ADOLESCENCIA Y ADULTOS**



# **CONSENSO MULTIDISCIPLINAR EN TDAH. INFANCIA, ADOLESCENCIA Y ADULTOS**

PRESENTACIÓN. Primer Documento Consenso: Julio 2005  
Fecha de actualización y revisión: Octubre 2006

## **Introducción**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una entidad clínica con una prevalencia entre la población infanto-juvenil de un 5 a un 7%. El 60% de los afectados mantiene los síntomas hasta la edad adulta, y representan alrededor de un 4,5% de la población. Las repercusiones del TDAH son diversas, pero las más llamativas son las alteraciones del aprendizaje escolar y de relación social en un entorno cada vez más exigente en comunicación y nivel de conocimiento.

Aunque el TDAH siempre ha existido, son dos los factores que están favoreciendo su conocimiento: la preocupación social a nivel personal, familiar y de relaciones, y el incremento de los conocimientos científico-cognitivos en todas sus disciplinas, en un momento en el que ambos sectores, el social y el profesional, interactúan con exigencias mutuas. Los profesionales expertos en TDAH han estructurado los síntomas y signos de este trastorno, lo que facilita su diagnóstico sistemático, y a su vez transmiten a la sociedad que este cuadro es una entidad con un orden y sentido en sus manifestaciones clínicas que permiten un tratamiento.

Si se mira atrás lo avanzado es mucho, pero los profesionales sensibles a su entorno deben seguir dando respuestas a las demandas que diariamente se les plantean. Es una responsabilidad de la que es imposible inhibirse. En esta tarea de progreso se impone periódicamente una revisión y concreción de los conocimientos y prácticas. El instrumento es el Consenso de Especialistas, y el método la Evidencia Científica.

El Grupo de Consenso Multidisciplinar para el TDAH, formado por profesionales reconocidos en su campo, se ha consolidado con el objetivo común de elaborar un documento clínico que sirva de referencia a todos aquellos profesionales interesados en el trastorno y a los afectados, sus familias e instituciones, y que permita un mejor conocimiento y tratamiento del TDAH.



Este documento se irá revisando según vayan apareciendo las nuevas evidencias científicas. En él se realiza un amplio análisis del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad desde las edades más tempranas, pasando por la adolescencia y sin olvidar las características diferenciales en la fase adulta.

### **Dr. José-Ramón Valdizán**

Coordinador del Grupo de Consenso TDAH Multidisciplinar

### **GRUPO DE GRUPO DE CONSENSO TDAH MULTIDISCIPLINAR**

· Dr. D. JOSÉ J. BAUERMEISTER. Ph.D. Psicólogo Clínico. Professor, Department of Psychology University of Puerto Rico. San Juan, PR 00927.

· Dr. D. FRANCISCO X. CASTELLANOS. M.D. Brooke and Daniel Neidich Professor of Child and Adolescent Psychiatry and Professor of Radiology / Director of Research, NYU Child Study Center.

· Dr. BUENAVENTURA ANCIONES. Neurólogo. Jefe de Servicio de la Unidad de Neurología y Neurofisiología Clínica de la Clínica La Zarzuela. Director del Servicio de Enfermedades Neurológicas en el Sanatorio del Rosario (Madrid).

· Dr. ENRIQUE BAUZANO POLEY. Neurólogo y Neurofisiólogo Clínico. Jefe de Servicio de Neurofisiología Clínica del Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya ( Málaga ).

· Dr. PEDRO BENJUMEA PINO. Psiquiatra Infantil. Profesor titular de Psiquiatría en la Universidad de Sevilla. Responsable Unidad de Psiquiatría Infantil en el Hospital Virgen de Macarena (Sevilla).

· Dra. ESTHER CARDO JALÓN. Neuropediatra. Neuropediatra Adjunto del Hospital Son Llàcer de Mallorca. Responsable Coordinación Programa Estudio e Investigación TDAH en las Islas Baleares.

· Prof. MIGUEL CASAS. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d' Ebrón, Catedrático de Psiquiatría de la UAB y Presidente del Consejo Asesor en Salud Mental de la Generalitat de Catalunya.

· Dr. JOSEP CORNELLÀ CANALS. Paidopsiquiatra. Vicepresidente de la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil. Ex Presidente de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Responsable Territorial del Programa "Salut i Escola" en Girona y Miembro del Consejo Asesor en Salud Mental y Drogas del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Girona.



- Dr. MÁXIMO ETCHEPAREBORDA. Neuropediatra. Director Científico del Centro de Neurodesarrollo Interdisciplinar RED CENIT (Valencia). Director de la Clínica de Neurodesarrollo en Argentina.
- Dr. MAXIMINO FERNÁNDEZ PÉREZ. Pediatra. Responsable Plan Piloto TDAH institucional en Asturias y Coordinador Grupo de Trabajo en TDAH de la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. Pediatra en Centro de Salud La Felguera, en Langreo (Asturias).
- Dra. M<sup>a</sup> ÁNGELES IDIAZÁBAL ALECHA. Neurofisióloga Clínica. Instituto Neurocognitivo INCIA. Clínica Ntra. Sra. del Pilar (Barcelona).
- Dr. GUSTAVO LORENZO SANZ. Neuropediatra. Jefe de Servicio de Neuropediatría del Hospital Ramón y Cajal (Madrid).
- Dr. ÀLEX LLUSENT GUILLAMET. Paidopsiquiatría. Colaborador del Programa "Salut i Escola" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Girona.
- Dr. JACINTO L. MARTINEZ ANTÓN. Neuropediatra. Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya (Málaga).
- Dr. ANTONIO MARTÍNEZ BERMEJO. Neuropediatra. Ex Presidente de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENP). Jefe Sección Neuropediatría del Hospital La Paz (Madrid).
- Dr. FRANCISCO MONTAÑÉS RADA. Psiquiatra Infantil. Jefe de la Unidad de Psiquiatría y Responsable en Funciones del Programa de Psiquiatría Infantil en el Hospital de Alcorcón (Madrid). Coordinador de Programas Postgrado en Psiquiatría Infantil en la Universidad Complutense (Madrid).
- Dr. FERNANDO MULAS DELGADO. Neuropediatra. Jefe de la Sección de Neuropediatría del Hospital Universitario La Fé (Valencia). Director del INVANEP (Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica). Director de los Cursos Internacionales de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil (Valencia).
- Dr. JOSÉ ANTONIO MUÑOZ YUNTA. Neuropediatra. Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Hospital del Mar (Barcelona). Director Fundació FADED (Barcelona).
- Dr. MANUEL NIETO BARRERA. Neuropediatra. Director de las Jornadas TDAH para la Asociación de Neurociencias Andaluza (ANDA).
- Dr. JOSEP ANTONI RAMOS QUIROGA. Psiquiatra. Coordinador del Programa Integral de TDAH en Adultos. Hospital Vall d' Hebrón (Barcelona).



- Dr. JOSÉ SANTOS BORBUJO. Neuropediatra. Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Hospital Universitario de Salamanca.
- Dr. JOSÉ RAMÓN VALDIZÁN USÓN. Neurólogo y Neurofisiólogo Clínico. Jefe de Servicio de Neurofisiología Clínica. Responsable de la Unidad de Trastornos Neurofuncionales. Hospital Universitario Miguel Server (Zaragoza). Director Científico de la Fundació Mas Casadevall (Girona).
- Dr. JULIÁN VAQUERIZO MADRID. Neuropediatra .Jefe de la Unidad de Neuropediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Director de las Jornadas Internacionales sobre Hiperactividad en Badajoz. Director del Centro CADAN de Atención al Neurodesarrollo (Badajoz).



## **TDAH EN LA INFANCIA**

Sin causa específica conocida, se acepta que es el TDHA es una condición o patrón de comportamiento inadaptado de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia, cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivoconductual:

- Falta de atención. Quienes lo padecen tienen dificultad para centrarse en una sola tarea de trabajo o estudio. Muestran dificultades al concentrar la atención dirigida y consciente en crear, aprender, organizar o completar una tarea. Resulta particularmente afectada la atención de trabajo. Poseen atención automática en actividades de su interés.

- Hiperactividad. Presentan una hiperactividad sin finalidad. Son propensos al movimiento, y no pueden permanecer quietos ante una tarea determinada o no. Sus formas de expresión son motoras en cualquiera de sus extremidades o del habla. Lo mismo sucede en adolescentes y adultos hiperactivos.

- Impulsividad. Se caracterizan por la falta de control de sus reacciones o pensamientos inmediatos. Dependen demasiado de su estado de ánimo, y presentan baja tolerancia al aburrimiento. Falta de planificación y previsión.

## **SUBTIPOS**

### **Según el síntoma dominante**

#### Tipo con predominio del déficit de atención

Suelen tener dificultades en la lectoescritura y las matemáticas, donde presentan un proceso cognitivo más lento. Suelen ser hipoactivos, con menor alerta cortical y más autocontrolados en interacciones sociales. Menos propensos al trastorno negativista desafiante.

#### Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad

Se presenta mayormente en niños de 5 a 8 años de edad aproximadamente. No se observa un patrón claro de falta de atención, sino de síntomas de hiperactividad-impulsividad.

#### Tipo combinado

Predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad. Presentan dificultades en la lectoescritura y las matemáticas. Los síntomas aparecen más tempranamente. Se observa un mayor grado de iniciativa social, pero menor autocontrol en interacciones sociales. Pueden ser emocionalmente inestables, con facilidad para los



cambios de carácter y más propensos al trastorno negativista desafiante y al trastorno de conducta.

### **Subtipos en niñas**

#### Modelo tímida

La mayoría de las muchachas con TDAH son más desatentas y tímidas que hiperactivas e impulsivas. Tienden a reaccionar aislándose del mundo. Suelen escoger sentarse en las filas posteriores y prefieren mirar o jugar solas. Evidentemente, no crean problemas.

#### Modelo hipersociable

Suelen hablar velozmente sobre cualquier cosa. Pueden ser vistas simplemente como altamente sociables, pero su comportamiento causará algunos problemas con otros niños. Pueden saltar de tema en tema e interrumpir con frecuencia para ser el centro de la atención. Su charla constante abrumba rápidamente al oyente, tanto a sus padres como al profesor, o a sus compañeros. En consecuencia, pueden tener dificultades para retener amigos debido a su inhabilidad para escuchar. En la escuela distraerán a los otros y tendrán problemas para centrarse en las lecciones.

#### Modelo chico

Es el más fácil de diagnosticar, al semejarse al modelo tradicional de un niño con TDAH. Exhiben, por ejemplo, hiperactividad, impulsividad, comportamientos de riesgo y peligro, incluso en una edad muy joven.

#### La niña cambiante

Es el tipo menos común. Suelen ocasionar frustración. A menudo se etiqueta a estas muchachas de disfóricas. Nunca están contentas. Las niñas disfórica pueden ser inflexibles la mayor parte del tiempo y tener rabietas frecuentes; de adultas pueden aparecer como trastornadas.

## **CONDICIONES PARA EL DIAGNÓSTICO**

Para poder establecer el diagnóstico correcto es importante que exista una capacidad mental normal o superior, que el trastorno se haya iniciado ya en edades tempranas, que la sintomatología aparezca en diferentes situaciones familiares, colegio, entorno extrafamiliar, y que no exista explicación para esta sintomatología que debe permanecer, al menos durante seis meses, en dos o más situaciones distintas, juego e interacciones sociales (por ejemplo, colegio/trabajo y familia).



## **PREVALENCIA**

Entre el 5% y el 7% de la población infantil presenta alguno de los síntomas del TDAH, que es más frecuente en varones, y un 60% sigue manifestando síntomas en la edad adulta.

## **ETIOLOGÍA**

El TDAH puede ser debido a diversas causas: genéticas, complicaciones pre, peri y post natales y otros factores ambientales, como el hábito de fumar durante el embarazo, el envenenamiento con plomo, etc.

En nuestro entorno, lo más frecuente es que el origen sea genético. La probabilidad de que unos padres con TDAH tengan un hijo con un cuadro similar es del 57%, y será mayor si los síntomas perduran hasta la edad adulta.

## **TRASTORNOS COMÓRBIDOS**

Son síntomas que coexisten con el cuadro principal, y se presentan en el mismo periodo de tiempo:

- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno negativista-desafiante.
- Apatía.
- Trastorno del aprendizaje escolar.
- Trastorno de conducta.
- Trastornos depresivos.
- Tics.

## **TRASTORNOS ASOCIADOS MÁS FRECUENTES**

- Trastorno específico del lenguaje.
- Discoordinación motora y/o disfunción motora fina distal.
- Disfasias del desarrollo.
- Trastorno de Tourette.
- Epilepsia generalizada-ausencias simples.

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO ASOCIADOS**



- Insomnio de inicio y/o mantenimiento.
- Enuresis.
- Piernas inquietas.
- Movimientos periódicos durante el sueño.

## **POSIBLES REPERCUSIONES PERSONALES Y SOCIALES**

Son diversas. Las más frecuentes son:

- Retraso en el aprendizaje escolar.
- Dificultad en la comprensión lectora.
- Inestabilidad en las relaciones con amigos y compañeros.
- Baja autoestima.
- Desorganización.
- Violaciones a leyes de tránsito.
- Accidentes automovilísticos.
- Mayor probabilidad de tener relaciones sexuales tempranas.
- Paternidad o maternidad tempranas y mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se aconseja descartar:

- Disfasia del desarrollo.
- Abuso de sustancias.
- Esquizofrenia o psicosis.
- Hipertiroidismo.
- Problemas de conducta reactivos al entorno.
- Retraso intelectual.
- Hipoacusia.
- Trastorno del espectro autista.
- Dislexia.
- Desnutrición.



- Intoxicación por plomo.
- Trastornos ansiosos.
- Trastornos depresivos.
- Otros trastornos psiquiátricos (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar).

## **ALGUNOS DE LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS BIOMÉDICOS NO RUTINARIOS**

### **QUE SE PUEDEN REALIZAR, SEGÚN SITUACIÓN CLÍNICA**

No existe ninguna prueba diagnóstica biomédica específica ni ningún marcador genético, analítico, neurorradiológico o neurofisiológico.

Es fundamental comenzar con una historia clínica en la que se recojan los antecedentes personales y familiares del paciente, así como realizar una anamnesis completa de los síntomas que presente, sin olvidar la cronología de los mismos.

A continuación ha de realizarse una exploración neurológica básica.

Aunque se han descrito diversas alteraciones en la resonancia magnética cerebral, no existe un patrón único que permita el diagnóstico del TDAH. En cualquier caso, es aconsejable practicar una resonancia en casos de nula respuesta al tratamiento combinado (farmacológico/cognitivo o conductual/reeducativo) o ante la presencia de síntomas neurológicos asociados o antecedentes personales de riesgo neurológico.

Las pruebas neurofisiológicas facilitan la valoración de la actividad cortical y la respuesta a los tratamientos. Son de elección las siguientes:

- Cartografía cerebral.
- Potencial evocado cognitivo P300, que permite evaluar a priori la respuesta al tratamiento con metilfenidato).
- Polisomnograma nocturno, en situaciones que cursan con alteraciones del sueño o cuando se producen descargas paroxísticas.

En la mayoría de niños que padecen este trastorno de atención hay una actividad cerebral más lenta que en niños de su misma edad. Las limitaciones del funcionamiento cerebral no sólo son de la corteza, sino de la relación del tálamo con la corteza, donde se genera una disritmia, una disregulación en ambos, que facilita esa menor capacidad para evaluar el entorno, el contenido.



Las pruebas diagnósticas ayudan a evaluar la situación de la actividad cerebral y dan cierto pronóstico de la respuesta farmacológica. Estos niños con una respuesta cerebral más lenta suelen dar una mejor respuesta específica al metilfenidato.

En las pruebas de laboratorio analíticas, pueden realizarse estudios hematológicos y bioquímicos generales, oligoelementos y hormonas tiroideas, en este último caso sólo ante sospecha clínica.

- Pruebas neuropsicológicas.
- Estudios genéticos.

## **SOBRE EL TRATAMIENTO: TERAPIA MULTIDISCIPLINAR**

La mejor respuesta se obtiene con la combinación de la medicación específica y los métodos conductuales complementados con técnicas cognitivas.

### **Tratamiento farmacológico**

Aunque se desconocen las causas del TDAH, el fármaco de elección para el tratamiento de los síntomas es el metilfenidato de liberación inmediata, que inhibe la recaptación de la dopamina y aumenta su nivel.

Con este fármaco se obtienen resultados positivos en aproximadamente el 80% de los casos. La dosis se debe administrar gradualmente, para que el niño reciba la mínima necesaria y a su vez se alcance el mayor beneficio terapéutico según las necesidades cotidianas.

Hay que tener en cuenta que la dosis terapéutica no es estándar, y que las propias características del tracto digestivo infantil obligan a plantear tratamientos individualizados, preferiblemente con dos o tres tomas al día en el caso de niños de corta edad. Las tomas pueden ser de diferentes concentraciones para ajustarse a las necesidades específicas del paciente durante su actividad diurna, ya que habrá situaciones que requieran mayor o menor concentración y esfuerzo.

La dosis aconsejada oscila entre 0,6 y 1 mg/kg/día, aunque deberá ajustarse según la respuesta terapéutica.

Existen presentaciones de metilfenidato de liberación prolongada que pueden ser de utilidad en determinadas circunstancias de los pacientes o del



entorno sociofamiliar, principalmente cuando no tenemos la garantía de que el medicamento vaya a ser correctamente administrado, sin olvidar ninguna toma.

En caso de recurrir a ellas, hay que tener siempre en cuenta que la curva de liberación del fármaco ha de ajustarse al ritmo fisiológico y no interferir con el apetito en las horas de la comida, merienda y cena, ni impedir al niño conciliar el sueño.

Los padres deberán dispensar el medicamento tal como ha sido recetado y observar cuidadosamente cualquier reacción de su hijo. Los profesores también pueden aportar en este caso su punto de vista.

Como responsables del niño o niña, los padres decidirán en última instancia si tomará o no la medicación, para lo cual han de exigir una buena información actualizada y adecuada a su caso.

Tal observación incluye generalmente la participación de los profesores.

En los pacientes en los que no se obtengan los resultados esperados con el tratamiento (lo que sucede en alrededor de un 20% de los casos) el médico puede plantear la posibilidad de utilizar otros tratamientos en monoterapia o bien combinados con el metilfenidato, dependiendo de la situación y evolución clínica del paciente.

### **Mitos y realidades sobre de la medicación estimulante**

- Mito: los estimulantes llevan a la adicción en etapas posteriores la vida.
- Realidad: los estimulantes ayudan a muchos niños a concentrarse y contribuyen a prevenir adicciones y otros problemas emocionales posteriores.
- Mito: una buena respuesta a un fármaco estimulante es señal de que la persona tiene un TDAH.
- Realidad: la mejoría clínicamente significativa sólo es detectable en personas con TDAH.
- Mito: la medicación debe abandonarse cuando el niño llega a la adolescencia.
- Realidad: la medicación se retirará o no según la evolución clínica del paciente.

### **Situaciones especiales que hay que valorar antes de la prescripción de metilfenidato**

- Diagnóstico incierto de TDAH.



- Entorno familiar muy desestructurado.
- Uso actual de drogas y/o alcohol de forma habitual en el paciente o su familia.
- Historia de tráfico de drogas y/o delincuencia en el paciente o su familia.
- Falta de cooperación y reconocimiento del problema.
- Falta de aceptación de otras formas de intervención.
- Dificultad para controlar el uso de los estimulantes.

### **Otros fármacos que han demostrado su utilidad y que se encuentran disponibles en el mercado español**

Cuando el metilfenidato no produce la respuesta adecuada como tratamiento de primera elección, se pueden probar otros fármacos que han demostrado su utilidad aunque no sean tan específicos:

- Nortriptilina. Durante muchos años se ha considerado como el fármaco de segunda elección.
- Venlafaxina.
- Topiramato.
- Risperidona.
- Clonidina.
- Reboxetina.
- Valproato sódico.
- Gabapentina.
- Otros.

### **Tratamientos no suficientemente probados científicamente**

- Dietas restringidas.
- Megavitaminas.
- Ajuste quiropráctico.
- Adiestramiento visual (optometría).
- Gafas de color especial.



- Flores de Bach.

Sobre todas estas opciones debe exigirse una buena información.

### **Orientaciones generales**

- Apoyo emocional, en función de la comorbilidad que presente.
- Apoyo psicopedagógico.

En muchos casos, los alumnos con TDAH pueden beneficiarse de la máxima "menos es más": si el demuestran eficiencia en 10 problemas, no es necesario asignar 20.

Las modificaciones en el currículum de estos alumnos también pueden incluir:

- Una mezcla de actividades de alto y bajo interés.
- Materiales computarizados de aprendizaje.
- La simplificación y el aumento de presentaciones visuales.
- La enseñanza de destrezas para la organización y el estudio.
- El uso de estrategias para el aprendizaje.
- El uso de referencias visuales para la instrucción auditiva.

### Sobre el tratamiento ante el sentido de la responsabilidad

- Identificar sus potencialidades y debilidades.
- Desarrollar expectativas realistas.
- Fomentar las potencialidades, ofreciendo un ambiente y oportunidades para tener éxito. Es preciso que estructurar las situaciones con cuidado para alcanzar este objetivo.
- Asignarle tareas específicas.
- Cultivar sus intereses especiales.
- Proponer actividades que no formen parte del plan de estudios (deportes, artes).

### Sobre los hábitos de vida

Todas las acciones deben conducir a que los niños con TDAH tengan una personalidad estable, con autoestima, sean responsables de sus actos,



teniendo en cuenta que, en mayor o menor grado, y aun con tratamiento y apoyo, siempre tendrán déficit de atención. Habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- Estos niños necesitan un ambiente familiar regular y ordenado.
- Es necesario acordar con la familia una buena política de sanciones.
- Hay que establecer horarios y funciones concretas, con tiempo para los deberes, el juego, descanso, comidas, etc., basados en las rutinas, tanto a nivel familiar como escolar y extraescolar.
- Necesitan estabilidad emocional.
- El apoyo afectivo es también necesario para el desarrollo de su personalidad.
- Habrá que controlar las amistades evitando las influencias manipuladoras.
- Es importante respetar sus opiniones.

## **SUGERENCIAS**

- Primera. Los pediatras, psicólogos clínicos, psicólogos escolares y otros profesionales de la salud debidamente entrenados son los profesionales que pueden iniciar una evaluación para el TDAH.

- Segunda. El diagnóstico requiere que el niño cumpla los criterios del DSM-IV TR. Los síntomas del TDAH deben estar presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, la familia y el colegio), así como la edad de inicio, presencia de impedimento asociado a los síntomas, etc.

Con frecuencia existen discrepancias significativas entre la familia y el profesor. Estas diferencias no imposibilitan el diagnóstico. La historia clínica permitirá discernir las fuentes de las discrepancias en base a los criterios del DSM-IV TR y, a su vez, obtener información adicional de otros informadores.

- Tercera. Es una opción clínica la utilización de escalas específicas para el TDAH. Otro tipo de evaluaciones no específicas, impresiones clínicas globales o descripciones generales no son suficientes para el diagnóstico, y no son recomendables aunque puedan ayudar en otros propósitos. El diagnóstico del TDAH debe ser clínico, y nunca basarse en las puntuaciones de una escala o en los resultados de un test. La colaboración del psiquiatra infanto-juvenil será necesaria para efectuar el oportuno diagnóstico diferencial.



- Cuarta. La exploración de un niño con TDAH debe incluir el estudio de condiciones coexistentes: ansiedad, depresión, negativismo, cambios del humor y del aprendizaje escolar, lenguaje, etc.



## **TDAH EN EL ADOLESCENTE**

### **ASPECTOS PARTICULARES DEL TDAH EN ADOLESCENTES**

#### **Formas de presentación**

Atención a los adolescentes que no fueron diagnosticados durante su infancia.

- Bajo nivel de rendimiento académico.
- Deserción escolar.
- Tendencia a la distracción en las actividades habituales.
- Falta de organización en las tareas.
- Descuidos y negligencias.
- Retrasos y demoras para empezar las tareas.
- Habitualmente, llega tarde a las citas.
- Aburrimiento crónico.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Cambios de humor.
- Problemas laborales.
- Exceso de movimiento.
- Abuso de sustancias tóxicas o adicciones.
- Problemas en las relaciones con los demás.

#### **Sobre el tratamiento**

Muchos adolescentes se han beneficiado de un plan de tratamiento que incluye medicación junto con elementos educativos y de consejo. La medicación aporta el soporte biológico para conseguir el autocontrol. Conviene dejar claro que no son los medicamentos los que controlan al individuo: es el individuo quien adquiere la capacidad para controlarse a sí mismo. El medicamento aporta el oportuno apoyo.



## **ALGUNOS CONSEJOS PARA ADOLESCENTES CON TDAH**

- Utiliza las estructuras externas. Son muy útiles las agendas, listas, notas, códigos de colores, rutinas, archivos y recordatorios varios. Es útil todo lo que facilita la atención y evita el olvido.

- Escoge buenas adicciones. También son muy útiles las técnicas para estructurar y organizar el tiempo libre. El ejercicio físico debería formar parte del mismo.

- Utiliza un sistema de control. Es importante preparar proyectos y tareas que ayuden a minimizar o eliminar los sentimientos de frustración y poner en marcha un sistema de control. Conviene descomponer en periodos cortos de tiempo aquellas tareas de mayor duración y aprender a priorizar.

- Utiliza “respiros”. Se trata de dedicar un tiempo a reorganizar, con tranquilidad, las propias perspectivas. Sobre todo cuando te encuentres cansado, preocupado o agobiado, puede ser útil que te apartes temporalmente de la situación.

- Utiliza el sentido del humor. Quienes quieran ayudarte deberán hacerlo con sentido de humor para evitar generar frustración, ansiedad o agresividad. Por otra parte, te conviene reconocer tus propios síntomas de TDAH desde esta perspectiva del humor, haciendo broma al hablar de ellos con los amigos.

- Elige un tutor. Un amigo, la pareja, o uno de tus progenitores pueden ayudarte en la organización de tus actividades, recordarte lo que debes hacer y darte ánimos.

- Puedes ser educador y educado. Si ya eres suficientemente consciente de tu trastorno por falta de atención y concentración, te conviene saber más. Lee libros y habla con profesionales sobre este tema. Desde tu experiencia puedes ayudar a muchas otras personas que se encuentran en tu misma situación.

## **EXPLICACIONES AL ADOLESCENTE CON TDAH**

Para poder pedir a un adolescente con TDAH que colabore en el plan terapéutico de su trastorno es indispensable que tenga un adecuado conocimiento de qué es lo que le pasa. Una conversación tranquila, y a menudo en distintas etapas, deberá incluir los siguientes temas:

- El TDAH es una condición o patrón de comportamiento inadaptado de base neurobiológica. Se trata de un trastorno madurativo, que implica ciertas dificultades en la capacidad de mantener la atención y/o autorregular el nivel de actividad e impulsividad. Los adolescentes que lo padecen continúan



presentando serios problemas adaptativos en la adolescencia tardía y en la edad adulta.

- En el TDAH tienen lugar cambios evolutivos con el transcurrir de los años. La hiperactividad física de la niñez suele ceder al llegar la adolescencia para transformarse en una cierta hiperactividad y dispersión de tipo mental. Suelen persistir las dificultades para mantener la atención y concentración.

- El TDAH no sólo afecta al área académica (que suele ser, muy a menudo, el objeto de consulta médica). Puede afectar también a las relaciones con los padres y con los amigos, al autoconcepto y la autoestima, al estado anímico, el humor e incluso, a veces, la propia salud.

- No existen culpables. Se trata de una alteración en la bioquímica del cerebro que a menudo tiene una base genética. El problema es parecido al del automóvil que no tiene líquido de frenos. Uno aprieta a fondo el pedal del freno, pero el automóvil no se detiene. Con el TDAH ocurre algo semejante en la cabeza. Ante un estímulo cualquiera, uno no puede detenerse y su impulsividad le lleva a desviar la atención o a actuar. Cuando uno oye o ve algo que le interesa, no es capaz de controlarse para detener la atención donde conviene. La bioquímica cerebral equivale a este líquido de frenos inoperante.

- El entorno y el ambiente son muy importantes para el control del TDAH. Un buen entorno familiar, unos amigos que lo sean de verdad, una buena escuela y unos cuidados de salud adecuados son puntos clave para hacer más fácil la convivencia del adolescente con su trastorno.

- El hecho de tener un TDAH no sirve de excusa para eludir responsabilidades. El adolescente tiene que ser consciente de sus dificultades, y debe ser protagonista de las acciones que emprenda y que le puedan beneficiar en el entorno social de cada momento. El conocimiento personal de este problema ha de servir para actuar en consecuencia.

## **CORREGIR MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL TDAH EN EL ADOLESCENTE**

Después de ofrecer estas explicaciones al adolescente, debemos prestarle nuestra colaboración para resolver sus dudas, corregir sus mitos y desmontar sus falsas creencias. Las siguientes son sus preocupaciones más habituales:

- “Este trastorno que tengo va a suponer una sentencia y una limitación para toda mi vida”. Las personas con TDAH suelen desplegar una gran



energía, suelen ser muy creativas y pueden hacer muchas más cosas que los demás.

Solamente les hace falta ser conscientes de sus dificultades específicas y poner el remedio adecuado.

- “Debido a este trastorno voy a ser torpe y holgazán” Habrá que demostrar al adolescente (con pruebas psicométricas, si conviene) que el TDAH no afecta su nivel intelectual, y recordarle cómo la biografía de algunas personalidades célebres (Einstein, Churchill, Santiago Ramón y Cajal...) sugieren la existencia de un TDAH.

- “No podré tener amigos”. Los amigos representan mucho para el adolescente, y puede preocuparle que no sea aceptado debido a sus limitaciones y a su carácter impulsivo. En este caso, la charla debe orientarse en el sentido de que los amigos le buscarán por lo que es y no por lo que aparenta. “Si tú siempre has tenido TDAH y han aceptado ser tus amigos, ¿cómo puede ser que ahora no lo acepten?. Y si así fuera, ¿qué valor dan a la amistad?”.

- “La medicación que tendré que tomar actuará como una droga y producirá cambios en mi personalidad”. El tema de la medicación debe ser explicado con minuciosidad, dejando muy claro que ésta no va a cambiar la personalidad del adolescente. “La medicación agudiza tu atención e intensifica tu autocontrol durante unas pocas horas al día, pero no altera tu personalidad”.

- “Este problema que tengo va a ser la excusa para que mis padres sigan tratándome como a un niño y me controlen más”. Conviene explicar la necesidad que va a tener el adolescente de que sus padres controlen, de forma pactada, sus momentos de inatención, ya que forma parte del tratamiento. Pero conviene también aclarar que “nuestro objetivo no es que tus padres sigan ejerciendo un control sobre ti, sino que este control puedas ejercerlo tú mismo.”

## **ORIENTACIÓN A FAMILIAS CON HIJOS CON UN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, CON O SIN HIPERACTIVIDAD**

### **¿De qué hablamos cuando hablamos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad?**

Existen problemas diagnósticos y conceptuales causados por la terminología empleada a lo largo de la segunda mitad de este siglo. Se empezó hablando de “disfunción cerebral mínima” y se sigue hablando de “niños hiperactivos”, cuando el síntoma principal que debe considerarse es precisamente la dificultad para mantener la atención, con o sin hiperactividad.



Los trabajos más recientes informan de un aumento de la incidencia de este trastorno, que podría afectar a un 6-8% de la población infantil.

Es importante, para poder establecer el diagnóstico correcto, que exista una capacidad mental normal o superior, que el trastorno se haya iniciado ya en edades tempranas, que la sintomatología aparezca en diferentes situaciones familiares, colegio, entorno extrafamiliar, y que no exista explicación para esta sintomatología. De manera que el diagnóstico diferencial habrá que establecerlo con la hiperactividad normal para la edad, trastornos de conducta, trastorno en la vinculación afectiva, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, cuadros de ansiedad o de depresión o trastornos neurológicos.

También es importante tener en cuenta la comorbilidad de este cuadro, ya que no suele presentarse en forma "aislada". Por el contrario, encontramos frecuentes asociaciones con conductas de oposición, ansiedad, dificultades globales o específicas de aprendizaje, trastornos del lenguaje y síntomas depresivos con importante disminución de la autoestima.

Muy a menudo se cree que el TDAH afecta sólo a los niños. Se sabe que aproximadamente tres cuartas partes de los niños afectados llegarán a la adolescencia manteniendo los síntomas de falta de atención y concentración, con o sin hiperactividad. Si consideramos que dicho trastorno no suele ser suficientemente diagnosticado ni adecuadamente tratado, nos vamos a encontrar con que estos adolescentes van a sumar a su crisis personal los problemas adaptativos que puedan derivar de su pensamiento disperso e impulsivo. Estos problemas se manifiestan a nivel emocional interno, en las relaciones familiares y sociales y en el rendimiento académico. Son suficientemente importantes porque a menudo comprometen a menudo las expectativas de futuro.

## **TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN: NO SÓLO EN NIÑOS**

### **¿Cuál es el problema?**

El médico, psicólogo u otros profesionales de la salud pueden encontrarse ante un adolescente que acude a consulta debido a sus dificultades académicas y con un historial de repetición de cursos, a pesar de presentar un buen nivel intelectual. Si ha predominado la sintomatología inatentiva, es posible que no existan más motivos de consulta, o que se asocie a un cuadro emocional que combina sintomatología ansiosa y depresiva con acusados sentimientos de culpabilidad y escasa autoestima. La sintomatología depresiva, más o menos manifiesta, puede ser el principal motivo de la



consulta. Pero en otras ocasiones lo que preocupa a los padres es un comportamiento impulsivo, unos trastornos de la conducta más o menos graves, o una actitud de oposición constante. Y, en algún caso, la alarma se ha disparado a partir de la evidencia de un consumo de sustancias tóxicas.

El TDAH debe ser sospechado e indagado a partir de una minuciosa anamnesis, una cuidadosa observación y un completo examen físico, con especial detenimiento en la exploración neurológica. Pero, además, el clínico puede disponer de cuestionarios para el propio adolescente, para los padres y para los profesores. La mayoría de estos cuestionarios se basan en los criterios diagnósticos expuestos en el DSM IV. El estudio psicométrico puede completar la exploración. Es recomendable que el pediatra se familiarice con las técnicas psicométricas a fin de poder entender mejor lo que le ocurre a su paciente. Los exámenes complementarios se solicitarán según lo justifiquen la anamnesis y la exploración física.

Establecer el diagnóstico de TDAH, con o sin hiperactividad, puede ser el primer acto terapéutico que realice el médico ante un adolescente que se siente mal consigo mismo y ante una familia agobiada por la sintomatología. Una vez establecido el diagnóstico, habrá que prescribir y supervisar el tratamiento específico

Pero, además, al médico le corresponde una importante labor de orientación y coordinación. Habrá que orientar al propio adolescente, a su familia y a sus profesores. Y habrá que coordinar el equipo de profesionales que van a tener un papel importante en el tratamiento de este adolescente.

Por si fuera poco, al profesional de la salud que tiene conocimiento de la existencia del trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) le corresponde la no menos importante tarea de difundir sus conocimientos, haciéndolos asequibles a otros profesionales de la salud, así como a quienes cuidan de la educación y seguimiento psicopedagógico de niños y adolescentes.

### **¿Existen complicaciones?**

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad se inicia en la infancia. Los síntomas, que suelen incluir conducta impulsiva e hiperactividad, habrán dejado su huella en la biografía de este adolescente que ahora nos consulta. Su falta de atención le habrá llevado a una situación de fracaso escolar, al haber triplicado las posibilidades de suspender los exámenes. Las mayores dificultades habrán aparecido en las áreas de comprensión lectora, matemáticas y ortografía.



El niño y el adolescente poseen una percepción subconsciente de la normalidad de su capacidad intelectual, por lo que estos problemas les habrán ocasionado una merma en su autoestima y sentimientos de incapacidad para afrontar las situaciones de la vida. A menudo aparecen síntomas ansiosos y depresivos. La depresión puede ser una complicación importante del TDAH; en ocasiones es el motivo principal de la primera consulta. Además, la impulsividad habrá afectado su capacidad para las relaciones con los demás, y habrán podido aparecer conductas de oposición o conductas antisociales. Aumenta el riesgo de consumo de sustancias tóxicas y de accidentes con vehículos de motor. Y, con cierta frecuencia, pueden aparecer trastornos de conducta de mayor o menor intensidad.

## **INFORMAR AL ADOLESCENTE**

Nuestro objetivo no es otro que involucrar al adolescente en su tratamiento. Para ello es indispensable que pueda entender, desde su lenguaje, lo que le está pasando y cómo puede mejorar sus síntomas. Si somos capaces de comunicar el diagnóstico de forma que el adolescente entienda en qué consiste su trastorno, y si podemos dar las oportunas explicaciones y contestar a todas sus preguntas, estaremos en condiciones de involucrarle en todos los aspectos de tratamiento, incluido el farmacológico.

### **Comunicar adecuadamente el diagnóstico**

El adolescente debe ser el protagonista en nuestra consulta, y el primer destinatario de nuestra atención. El adolescente con TDAH se siente mal consigo mismo, no sabe qué le pasa y, a menudo, ha recorrido ya distintos y variados gabinetes médicos o de atención psicopedagógica. Es posible que viva su trastorno como una estigmatización.

Por lo tanto, el primer acto terapéutico va a consistir en comunicarle, con claridad y objetividad, los aspectos del diagnóstico. Conviene destacar los aspectos biológicos y madurativos del TDAH para desculpabilizarle y, así, compensar las observaciones negativas que ha recibido a lo largo de su vida.

Habrá que insistir en el componente genético (si lo hay o si puede haberlo) y en los aspectos de sus antecedentes perinatales (si existe tal historia). En cualquier caso, siempre se puede recurrir a exponer los retrasos no patológicos en la maduración del sistema nervioso y la acción de los posibles contaminantes ambientales (dioxinas, organofosfatos, etc.).



La comunicación del diagnóstico al adolescente y su consiguiente explicación es una acción retroactiva. Conviene agudizar la capacidad de observación para valorar todas las reacciones, verbales y no verbales, que pueda manifestar.

## **EL ADOLESCENTE CON TDAH Y SU FAMILIA**

No existe un patrón único para el TDAH. Existen diferentes grados de afectación de la atención, diversos grados de impulsividad, diversos ambientes familiares y diversas circunstancias. Pero existe un denominador común: el TDAH produce siempre una afectación del diálogo y la comunicación entre el niño y su familia.

Si ya de por sí la edad de la adolescencia se caracteriza por un menoscabo en las relaciones familiares, es muy frecuente que acudan a la consulta unos padres cada vez más angustiados y desbordados por el problema. Y la angustia de los padres genera más hiperactividad, más impulsividad y más ansiedad en los hijos. No nos extrañan historias de fracaso en las relaciones entre padres e hijos, en las que, en ocasiones, se llega incluso al enfrentamiento.

Siguiendo los trabajos de Folch, el objetivo que nos propongamos ante una familia desbordada debe ser evitar que padres e hijos vivan enfrentados, malhumorados, angustiados y con la sensación de impotencia y fracaso permanentes.

### **La familia necesita un diagnóstico**

Muy a menudo los padres de un adolescente con TDAH acuden a nuestra consulta cansados de un largo peregrinar por otras consultas y centros psicopedagógicos. Después de realizar exploraciones neurológicas, incluidos los exámenes complementarios, se les ha comunicado que su hijo es normal.

Estamos, evidentemente, ante un trastorno que, por el momento, no puede objetivarse a través de exploraciones complementarias. Y la conclusión habrá sido repetitiva: “se trata de un niño nervioso”, o “se trata de un niño que podría hacer más, si quisiera”.

El diagnóstico será el primer acto terapéutico también para familia del adolescente. El diagnóstico supone ofrecer una amplia información sobre la naturaleza del trastorno, resaltando especialmente los aspectos orgánicos, y desculpabilizar a los padres. Hay que dejar bien claro que no se trata de una enfermedad, sino de un trastorno, y que no existen dos personas afectadas que



reaccionen de la misma manera. En este primer contacto con la familia se recomienda ser cauto con respecto al pronóstico.

### **El tratamiento**

El segundo paso consiste en ofrecer una amplia información sobre las posibilidades terapéuticas. Por lo que se refiere a la medicación, conviene destacar sus efectos positivos.. Hay que destacar cómo estos adolescentes, gracias al tratamiento farmacológico, son capaces de escuchar mejor y esforzarse más, muestran más interés por la escuela, terminan antes las tareas, tienen más capacidad de iniciativa, mejoran la presentación de los trabajos escolares, son más asequibles y más serviciales.

Conviene informar a los padres de que la medicación neuroestimulante , el metilfenidato, es eficaz en un 50 % de adolescentes afectados por el TDAH, y que, entre los efectos secundarios, pueden observarse excitabilidad, tics, anorexia, dificultades para conciliar el sueño, ansiedad y abdominalgias. Estos efectos secundarios suelen tener más incidencia durante las primeras semanas de tratamiento.

Si el tratamiento con neuroestimulantes no surge efecto, se podrán ensayar otras pautas. Si al TDAH se asocia sintomatología depresiva la asociación de fluoxetina o paroxetina puede mejorar la respuesta terapéutica. En otros casos hemos obtenido buenos resultados con nortriptilina.

Además, conviene ofrecer unas normas para el manejo del adolescente con TDA en casa y en la escuela. Es muy importante que el médico ofrezca a los padres y al propio adolescente la posibilidad de colaborar con la escuela y con los otros profesionales de la salud que van a atenderle (psicólogos, psicopedagogos, profesores de refuerzo...).

### **Reorganizar la dinámica familiar**

La familia del adolescente afectado de TDAH suele sentirse agobiada por el problema, sin capacidad de respuesta. Se trata de familias que han soportado grandes tensiones internas y presiones ambientales, y que han llegado a sentirse culpables ante los fracasos repetidos. Por ello, al plantear el tratamiento conviene pautar unas sesiones dedicadas a reorganizar la dinámica de la vida familiar. El objetivo será reconstruir el sentimiento y la vivencia de seguridad en el adolescente.

Para J. Folch, la seguridad se construye a partir de la demostración de afecto, la tolerancia, la estabilidad y la autoridad.



Debido a que el adolescente con TDAH ha crecido en un ambiente en que han dominado las presiones, los castigos y el rechazo hacia su conducta, la demostración de afecto será un primer paso hacia su seguridad. El afecto supone una actitud interna de aceptación del hijo, independientemente de su conducta. El niño y el adolescente con TDAH deben sentirse queridos por sus padres. Así se puede potenciar su autoestima.

El afecto se basa en el reconocimiento y valoración de las acciones positivas. Una recomendación que suele dar resultado es que los padres anoten en un cuaderno las acciones positivas que realiza su hijo a lo largo del día. Ellos mismos van a ser los primeros en quedar sorprendidos.

Pero, a la vez, conviene advertir a los padres para que eviten actitudes de sobreprotección al considerar el TDAH como un trastorno orgánico. No conviene que eviten esfuerzos ni frustraciones a sus hijos.

La tolerancia huye del perfeccionismo e invita a no intervenir constantemente en la vida del niño y del adolescente con TDAH. Conviene establecer diferentes categorías de conductas y situaciones, teniendo en cuenta que “existen cosas poco importantes, cosas importantes y cosas muy importantes” (Ll. Folch i Camarasa). De estas últimas, no hay tantas. Hay que evitar estar siempre encima del hijo con expresiones que demuestren desaprobación y pesimismo.

Mantener la estabilidad puede ser difícil para unos padres agobiados por el problema del hijo con TDAH. Pero mantener la estabilidad va a ayudar al adolescente con TDAH a controlar su tendencia a la inestabilidad. La estabilidad supone coherencia en lo fundamental, de manera que los criterios a seguir deriven de un proyecto educativo y no del humor del momento.

La estabilidad debe estar presente también en el ambiente, de manera que exista un ritmo de vida cotidiana repetitivo, con las mismas rutinas.

El ejercicio de la autoridad de los padres genera seguridad y se basa en la construcción de una familia normativa. Las normas deben ser claras, precisas y concretas. Conviene recordar también que el ejercicio de la autoridad conlleva desarrollar la virtud de la prudencia: habrá que saber exigir el cumplimiento de todo aquello que se mande.

### **Orientación familiar**

Cuando se obtiene una buena respuesta al tratamiento con psicofármacos, suele observarse un cambio importante en la dinámica familiar, que facilita mucho la intervención familiar. Sin embargo, muchas veces la



mejoría conductual es más apreciable en la escuela que en casa. En ello influyen el horario de la medicación estimulante, el valorar si realmente son necesarios los descansos de fin de semana, y el mismo ambiente, más estructurado en la escuela. Por ello, y para implicar a los padres en los cambios de estilo educativo, muchas veces permitimos que el hijo tome la medicación también durante los fines de semana. Suele ser una medida útil al inicio del tratamiento.

Las actitudes educativas que proponemos a los padres son las siguientes:

- Comprender su trastorno. Es decir, comprender la impulsividad de su hijo, su facilidad para despistarse y el incumplimiento de órdenes a pesar de las reiteradas promesas de cambio.

- Vivir el presente, como si cada día se empezara de nuevo. Conviene establecer unas metas simples y concretas, a corto plazo, y recordar que el adolescente con TDA olvida fácilmente.

- Establecer las directrices educativas, de manera clara y constante. Habrá que favorecer la educación responsabilizadora más en función del grado de madurez del adolescente que de su edad cronológica.

- No dejarse contagiar por la inquietud del hijo. Los padres deben saber que la educación de un niño o un adolescente con TDAH cansa y agota, pero que la efectividad de las actitudes educativas va a depender de la conducta adulta que los padres consigan mantener.

- Ni los castigos ni los premios han demostrado ser efectivos en el manejo del adolescente con TDAH, aunque pueden estar justificados en algunas ocasiones.

Las amenazas de castigo o las promesas de premios son aun más ineficaces.

- Organizar la rutina y los horarios de la vida cotidiana en casa para los días laborables y también para los fines de semana.

- Descubrir aquellas actividades del hogar que puedan resultar más relajantes para el adolescente y para sus padres. Favorecer aquellas actividades que reduzcan la tensión ambiental.

- Evitar aquellas situaciones en que sea previsible un fracaso, como pueden ser ceremonias largas o visitas a casas con espacios reducidos. Al comprender la sintomatología del adolescente con TDAH, es conveniente no exponerlo a una situación que pueda resultar humillante para él y para el entorno. Así se conserva el equilibrio.



- Controlar y contener la propia angustia y no depositarla en el hijo.
- Educar la autoestima.

## **ORIENTACIÓN EN LA ESCUELA**

En la escuela y en el instituto, el niño y el adolescente con un TDAH van a pasar muchas horas de su vida, van a recibir formación y van a aprender a convivir con sus compañeros. La escuela puede ser un lugar muy importante para la contención y la educación de este niño con TDAH, o puede ser también el lugar donde se presenten los primeros síntomas de inadaptación y de un fracaso personal, que es mucho más grave que el fracaso escolar. Por lo tanto, debemos incluir la escuela y los maestros en el plan de tratamiento global del niño con TDAH.

### **¿Qué debe saber el maestro sobre su alumno con TDAH?**

Al igual que sucedía con los padres, los profesores necesitan también, como primer objetivo, conocer la existencia del trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad". Muchos maestros han oído hablar e incluso tienen conocimiento de la existencia de "niños hiperactivos". Ya que, además, son niños que molestan en las clases, suelen ser identificados con prontitud y derivados a los servicios psicopedagógicos para su evaluación. Sin embargo, pocos maestros conocen la existencia de la variedad de TDAH en que predominan los síntomas de inatención.

El maestro debe saber que su alumno con TDAH no es más torpe que los demás. Se trata de un niño o un adolescente que puede trabajar con un buen ritmo si se le sabe estimular adecuadamente. Para ello hace falta que el maestro tenga capacidad para prevenir, estructurar, organizar periodos de trabajo de corta duración, establecer una estrecha relación con el alumno, individualizar la enseñanza y utilizar refuerzos positivos.

Y el maestro también debe comprender (recordando que comprender no equivale a aceptar) que el alumno mostrará alteraciones en su conducta cuando la tarea sea demasiado difícil, de larga duración, con supervisión excesiva, o si se encuentra en una situación de conflicto emocional.

### **¿Qué puede hacer el maestro?**



La organización Ch.A.A.D. propone algunas sugerencias para que los maestros puedan mantener el control del ambiente del aula, prestando una atención específica al alumno que presenta TDAH. Son las siguientes:

- Controlar el ambiente en la clase. El ambiente más efectivo para ayudar a los niños y adolescentes con TDAH es el que mantiene un orden, una rutina y una previsión; aquél en que las normas son claras, argumentadas y consistentes.

- Organizar la clase. Es preferible el aula cerrada a los espacios abiertos, ya que conviene reducir las distracciones. El niño debe situarse preferentemente en la primera fila, y hay que dirigirse a él con frecuencia para poder mantener su atención. Conviene organizar también el tema de los deberes: anotarlos siempre en el mismo lugar y asegurarse de que el alumno posee una copia de los mismos. Es importante que el alumno con TDAH pueda estar al lado de alumnos que le aporten modelos positivos de conducta, lejos de cualquier distracción. Y es muy recomendable disponer de una zona de trabajo aislada, tranquila, que puedan utilizar los alumnos con semejantes condiciones.

- Planificar los horarios. Conviene que las asignaturas académicamente más “fuertes” se den en horario matutino, intercalar espacios para el trabajo práctico y hacer pausas entre las distintas clases. Suele ser útil que los alumnos reconozcan las señales que indican el inicio de una clase. El maestro deberá disponer de distintos recursos para centrar la atención de los alumnos, estableciendo un “código” o “señal secreto” para el alumno con TDAH que se pueda utilizar cada vez que se le vea inatento.

- Adaptar las normas. El alumno con TDAH puede beneficiarse de la adaptación de algunas de las normas que habitualmente se utilizan en el aula. Por ejemplo, puede ser útil reducir la cantidad de tareas asignadas, dejar más tiempo para completar los trabajos o los exámenes, mezclar adecuadamente las tareas más motivadoras con las que lo son menos, autorizar el uso del ordenador a alumnos con poca habilidad motora, incluir prácticas organizadas sobre técnicas de estudio, utilizar refuerzos visuales en la instrucción oral y alternar las actividades para evitar el aburrimiento.

- Inventar nuevas estrategias. Desde organizar pequeños grupos de trabajo en que el alumno con TDAH se vea arropado por otros alumnos más tranquilos, hasta programar para cada uno una tarea diaria que le sea posible de terminar con éxito. Son muy útiles las estrategias destinadas a mejorar la atención: establecer contacto visual antes de verbalizar instrucciones mediante preguntas sencillas, no preguntarle cuando se le ve ausente, utilizar su nombre de pila, etc.



- Intervenir en la modificación de conductas, ofreciendo refuerzos positivos ante la conducta adecuada y refuerzos negativos ante la conducta inapropiada. Ante una conducta disruptiva en la clase se le puede hacer repetir deberes, enviarle a una clase vecina a llevar algo o dar un recado; es mejor aislarlo durante unos minutos, fuera del aula. No son útiles las regañinas, los sermones ni las reflexiones morales.



## **TDAH EN EL ADULTO**

### **INTRODUCCIÓN**

A partir de 1976 se han publicado diferentes trabajos que han aportado sólidas evidencias acerca de la validez del diagnóstico del TDAH en adultos. Así, tanto los correlatos clínicos, la historia familiar, la respuesta al tratamiento, los estudios de laboratorio, el curso y la evolución, sustentan su validez en adultos.

En los adultos con TDAH se han descrito alteraciones en el rendimiento académico, la adaptación al medio laboral, las relaciones interpersonales, los problemas en la conducción de vehículos, así como en el estado mental y un elevado riesgo de consumo de sustancias tóxicas.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

En población adulta se dispone de menos datos epidemiológicos, pero los estudios realizados señalan que el TDAH también se manifiesta en personas adultas y con una frecuencia destacada. Los resultados de estos trabajos han encontrado prevalencias del TDAH entre el 4% y el 5%.

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TDAH EN EL ADULTO**

Desde el DSM-III (1980) se entiende que el trastorno puede afectar a los adultos. A partir del DSM-III-R se describe formalmente la posibilidad de realizar el diagnóstico de TDAH en los adultos. Para poder realizar un diagnóstico de TDAH en una persona adulta es preciso que el trastorno esté presente desde la infancia, como mínimo desde los 7 años. El sujeto debe continuar presentando una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de dos áreas importantes de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar.

Los adultos con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad.

Asimismo, los síntomas de hiperactividad suelen tener una expresión clínica ligeramente diferente a la encontrada en los niños. Por ejemplo, uno de los síntomas de hiperactividad en los niños puede ser el correr por todas partes, subirse a los muebles de forma constante, mientras que en la edad adulta el mismo síntoma se manifiesta como un sentimiento subjetivo de inquietud.



## **EVOLUCION DEL TDAH EN EL ADULTO**

En términos generales, los pacientes con TDAH logran una menor formación académica en comparación con los grupos control, aun con niveles de inteligencia similares. Los estudios refieren que las personas con TDAH presentan una peor adaptación laboral con respecto a los individuos sin el trastorno. Las dificultades en la adaptación social pueden persistir en los adultos con TDAH, incluso agravarse, si se tienen en cuenta las crecientes demandas sociales que se han de afrontar en la edad adulta. Se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja. En diferentes publicaciones se ha puesto de manifiesto que la habilidad en la conducción de vehículos se puede encontrar alterada en el TDAH, lo que tendrá graves consecuencias desde un punto de vista social y personal.

### **Persistencia del TDAH en la edad adulta, trastornos psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias tóxicas**

En la revisión realizada por Goldstein de los estudios sobre la evolución del TDAH en la vida adulta, el autor concluye que el 10-20% de los adultos con historia de TDAH experimenta escasos problemas; el 60% continúan presentando síntomas de TDAH, así como alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos; y el 10-30% desarrollan problemas de conducta antisocial asociados a las alteraciones producidas por el TDAH y otros trastornos comórbidos. Al igual que sucede en la infancia, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos. Se considera que un 70% de adultos con TDAH presentan comorbilidad psiquiátrica.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos con el TDAH en los adultos son similares a los hallados en la infancia, con la diferencia de la mayor prevalencia de drogodependencias y la aparición de los trastornos de la personalidad. De los posibles trastornos psiquiátricos comórbidos con el TDAH en adultos destacan las drogodependencias. Los estudios muestran que las personas con un TDAH en la infancia inician el consumo de sustancias a una edad más temprana y que la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH.

## **EVALUACIÓN DEL TDAH EN ADULTOS**

Un protocolo estandarizado debería incluir una historia clínica del paciente, cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento



neuropsicológico y evaluación de comorbilidad psicopatológica. A continuación se realizará un listado de aquellas medidas que estén traducidas y/o validadas en nuestro entorno. También existen entrevistas estructuradas con este objetivo:

- Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-Parte II). Conners y cols, 1999.
- Entrevista para TDAH de Barkley. Barkley y cols, 1998.
- ADHD Rating Scale-IV. DuPaul y cols, 1998.
- ADHD Symptom Rating Scale. Barkley y cols, 1998.
- Adult Self-Report Scale (ASRS). WHO and Workgroup on Adults ADHD: Adler, Kessler y Spencer, 2003.
- Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS). Conners y cols, 1999.
- ADHD Screening Checklist.
- Wender Utah Rating Scale (WURS). Ward y cols, 1993; Rodríguez-Jiménez y cols, 2001.
- ADHD Symptom Rating Scale. Barkley y cols, 1998.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH EN EL ADULTO**

Los psicofármacos empleados en el tratamiento del TDAH en adultos son los mismos que los utilizados en el TDAH infantil. Los fármacos mejor estudiados en adultos son el metilfenidato y la atomoxetina.

### **Eficacia de los psicoestimulantes**

De los distintos psicoestimulantes, disponemos de ensayos clínicos controlados que han estudiado su eficacia en adultos con TDAH en el caso del metilfenidato de liberación inmediata y prolongada. También se puede utilizar el modafinilo.

En el metaanálisis sobre la eficacia y seguridad de metilfenidato en adultos con TDAH se incluyeron un total de 243 pacientes. De ellos, 140 recibieron metilfenidato, mientras que 113 recibieron placebo. Los resultados mostraron que el metilfenidato era más eficaz que el placebo en el tratamiento del TDAH, especialmente cuando la dosis era igual o superior a 0,9 mg/kg/día. Los psicoestimulantes no sólo no aumentan el riesgo de abuso o dependencia a sustancias, sino que lo disminuyen en la edad adulta.



### **Eficacia de los fármacos no psicoestimulantes**

En la actualidad disponemos ya de ensayos clínicos controlados con numerosos fármacos no estimulantes para el tratamiento del TDAH en adultos: atomoxetina, bupropión, antidepresivos tricíclicos, IMAO, agonistas alfa 2 adrenérgicos como la guanfacina y fármacos nicotínicos.

## **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TDAH EN EL ADULTO**

### **Terapia psicoeducativa**

Las llamadas intervenciones psicoeducativas pueden ser utilizadas como terapias en sí mismas, o bien como un componente de una terapia más extensa (Murphy, 1998; Brown, 2000; Young, 2002). Estas intervenciones pueden llevarse a cabo bajo un formato individual o grupal.

### **Terapia cognitivo-conductual**

La aproximación más efectiva para tratar el TDAH en adultos, es la cognitivoconductual, tanto en una intervención individual como grupal (Brown, 2000; McDermott, 2000; Young, 2002).

Los resultados referenciados en este consenso demuestran que el TDAH en los adultos es una entidad clínicamente relevante. Como consecuencia del trastorno, los pacientes sufren importantes alteraciones que afectan a su calidad de vida. La bibliografía actual ha aportado suficientes evidencias de la persistencia del TDAH en la edad adulta. Por todo ello, consideramos que la identificación del trastorno y su correcto tratamiento es de suma importancia

### **Tratar a mujeres adultas con TDAH**

A menudo, las mujeres son diagnosticadas tras haberlo sido previamente un hijo suyo; cuando esto ocurre es más fácil que colaboren voluntariamente en el tratamiento. Las mujeres son también más propensas a la autoculpación; por ello, cuando son diagnosticadas tienen una euforia temporal al saber que su problema tiene un nombre.

Muchas muchachas y mujeres presentan desórdenes psiquiátricos comórbidos, en concreto la apatía, depresión, el desorden bipolar, ansiedad y



el abuso de sustancias, generalmente alcohol, que casi siempre ocultan. Por esa razón, antes de prescribir un neuroestimulante se ha tenido que descartar una dependencia. Las mujeres tienden más a centrarse en la responsabilidad de mantener la casa y de criar a los niños, pero en este caso es más importante que realicen un trabajo con horario reglado y funciones específicas, ya que el hogar les estructura menos. Las mujeres con TDAH, por su dinamismo, pueden ser unas madres activas estupidas. Sin embargo, cuanto mayor es el número de hijos más fuentes de distracción van a tener.

### **PARA CONCLUIR**

El TDAH afecta a muchos niños, adolescentes y adultos en todos los aspectos de sus vidas: en la convivencia familiar, en la escuela y con los compañeros, en el trabajo... Muchos padres se pueden sentir frustrados, avergonzados y culpabilizados. En otros pueden aparecer síntomas depresivos. Casi todos se sienten frustrados en su función de padres.

Por ello, la familia del niño y del adolescente con TDAH requiere un trato sensible y comprensivo. Más que nuestras orientaciones, debemos ofrecerles nuestro apoyo decidido.

La escuela tiene también un papel muy importante por lo que representa de aprendizaje académico y de iniciación a la convivencia. Nuestra intervención en la escuela debe ser decidida, objetiva y orientadora. A partir del momento en que un maestro entienda la complejidad que representa un niño con TDAH habremos dado un paso importante en el camino de su recuperación y de su proyección en el futuro.

Trabajando juntos los profesionales de la salud (pediatras, psicólogos, pedagogos, paidopsiquiatras, neurofisiólogos clínicos, neuropediatras...), familias, maestros y asociaciones, sin olvidar la implicación activa del propio adolescente y adulto en cuanto sea posible, podremos alcanzar nuestro objetivo final: ayudar al niño, al adolescente y al adulto con TDAH a ser una persona competente, autoconfiada y con autoestima.

**· Este documento se irá revisando a la luz de que vayan apareciendo las nuevas evidencias científicas.**

- Documento presentado el 9 Julio'05

- REVISADO/ACTUALIZADO en OCTUBRE'06.



## **REFERENCIAS DE CONSENSOS INTERNACIONALES REFERENCIAS DE CONSENSOS INTERNACIONALES EN TDAH**

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-70.

2. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov>. (revisado 29 mayo 2005).

3. Conners CK, March JS, Frances A, Wells KC, Ross R. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders* 2001;4 (suppl 1).

4. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. National Institutes of Health. Consensus Development Conference Statement. November 16-18, 1998, <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/adhd.html>. (revisado 29 mayo 2005).

5. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Dalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Grrenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacology* 2004; 14: 11-28.

6. International Consensus Statement on ADHD. *Clinical child and family psychology review*. 2002; 5: 89-111.

7. Respuesta a la Recomendación 1562 (2002) de la Asamblea Parlamentaria sobre el control del diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos en Europa. (Aprobada por el Comité de Ministros el día 26 de Marzo de 2003 en la reunión de Diputados nº 833).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Albores GV. Niños hiperactivos: Trastorno por déficit de la atención, en *Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1997.

2. Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados AC. <http://www.deficitdeatencion.org>. (revisado 29 mayo 2005).



3. Aylward EH, Reiss AL, Reader MJ, Singer HS, Brown JE, Denckla MB. Basal ganglia volumes in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Chile Neurol* 1996; 11: 112-5.
4. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L . The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8- year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
5. Barkley RA. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, second ed. New York: Guilford Press. 1998.
6. Biederman J, Mick E, Faraone SV . Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-18.
7. Bauermeister JJ, Barkley RA, Martinez JV, Cumba E, Ramirez RR, Reina G, Matos M, Salas CC. Time estimation and performance on reproduction tasks in subtypes of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 151-62.
8. Bauermeister JJ, Matos M, Reina G, Salas CC, Martinez JV, Cumba E, Barkley RA. Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *J Chile Psychol Psychiatry* 2005 ; 46: 166-79.
9. Bernal M, Valdizán JR, García Campayo J. Estudio polisomnográfico nocturno en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperkinesia. *Rev Neurol* 2004; 38(Supl1): S103-S110.
10. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle . Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1792-98.
11. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-58.
12. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon JS, Warburton R, Reed E, Davis SG. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1495-503.



13. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Reed ED, Kraus I, Jellinek M, Perrin J. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non- ADHD children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 865-77.
14. Brown TE, McMullen WJ Jr. Attention deficit disorders and sleep/arousal disturbance. *Ann N Y Acad Sci.* 2001; 931: 271-86.
15. Bullock GL, Schall U. Dyssomnia in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a critical review. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 373-7.
16. Buncher PC. Attention deficit hyperactivity disorder: a diagnosis for the 90s. *Nurse Pract* 1996; 21: 43-6.
17. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *JAMA* 2002; 9; 288: 1740-8.
18. Castellanos FX, Acosta MT. Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Rev Neurol* 2004; 38(Suppl 1):S124-30.
19. Castellanos FX, Acosta MT. Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2004; 38(Suppl 1):S131-6.
20. Clarke AR, Barry RJ, McCarthy R, Selikowitz M, Brown CR, Croft RJ. Effects of stimulant medications on the EEG of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive type. *Int J Psychophysiol* 2003; 47: 129-37.
21. Cornellá J. Orientación a familias con hijos con un trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad. *Pediatr Integral* 2003; VII: 571-82.
22. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conners Adult ADHD Rating Scales.* North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems. 1999.
23. Chabot RJ, di Michele F, Prichep L, John ER. The clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 171-86.
24. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado. American Psychological Association (APA). Editorial Masson. Barcelona. 2003.



25. DuPaul G, Power T, Anastopoulos A ADHD Rating Scales, IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York, NY: Guilford Press. 1998.
26. Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention- deficit/hyperactivity disorder among 6- to 12-yearold children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 503-14.
27. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficithyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 780-8.
28. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Pascualvaca D, Jons PH, Cohen RM. High midbrain (18F)DOPA accumulation in children with attention déficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1209-15.
29. Faraone SV, Biederman J. Is attention deficit hyperactivity disorder familiar. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1: 271-87.
30. Faraone SV, Biederman J, Jetton JG, Tsuang MT. Attention déficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychol Med* 1997; 27: 291-300.
31. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AC. Attention-deficit/Hyperactivy disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry* 2000; 48:9-20.
32. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004 ; 24:24-9.
33. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* 1997; 48: 589-601.
34. Gaub M, Carlson CL. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25: 103-11.
35. Gjone H, Stevenson J, Sundet JM. Genetic influence on parent-reported attention-related problems in a Norwegian general population twin sample *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 588-96.
36. Greenhill L, Beyer DH, Finkleson J, Shaffer D, Biederman J, Conners CK, Gillberg C, Huss M, Jensen P, Kennedy JL, Klein R, Rapoport J, Sagvolden T, Spencer T, Swanson JM, Volkow N. Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord* 2002; 6 (Suppl 1):S89-100.



37. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. En: Goldstein S, Ellison AT (Eds.). *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press, pp: 25-42. 2002.

38. Gross Tsur V, Manor O, van der Meere J, Joseph A, Shalev RS. Epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: is methylphenidate safe and effective? *J Pediatr* 1997; 13: 40-4.

39. Halperin JM, Newcorn JH, Koda VH, Pick L, McKay KE, Knott P. Noradrenergic mechanisms in ADHD children with and without reading disabilities: a replication and extension. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1688-97.

40. Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Miller MA, Smith MA . Preliminary normative data on DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health* 1998; 46:185-8.

41. Hoffman DA, Lubar JF, Thatcher RW. Limitations of the American Academy of Neurology and American Clinical Neurophysiology Society paper on QEEG. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: 401-7.

42. Hughes JR, John ER. Conventional and quantitative electroencephalography in psychiatry. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: 190-208.

43. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1073-80.

44. Lazar JW, Frank Y. Frontal systems dysfunction in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10: 160-7.

45. Leung PW, Connolly KJ. Do hyperactive children have motor organization and/or execution deficits?. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40: 600-7.

46. Losier BJ, McGrath PJ, Klein RM. Error patterns on the continuous performance test in non-medicated and medicated samples of children with and without ADHD: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 971-87.

47. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M . Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 565-76.

48. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:493-8.



49. McConaughy SH, Achenbach TM. Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinic samples. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1141-57.

50. Miller LS, Koplewicz HS, Klein RG. Teacher ratings of hyperactivity, inattention, and conduct problems in preschoolers. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25: 113-9.

51. Millichap JG. Temporal lobe arachnoid cyst-attention deficit disorder syndrome: role of the electroencephalogram in diagnosis. *Neurology* 1997; 48: 1435-9.

52. Monastra VJ, Lubar JF, Linden M, et. al. Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. *Neuropsychology* 1999; 13: 424-33.

53. Oades RD. Frontal, temporal, and lateralized brain function in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a psychophysiological and neuropsychological viewpoint on development. *Behav Brain Res* 1998; 94: 83-95.

54. Oades RD, Salide AG, Sagvolden T, Viggiano D, Zuddas A, Devoto P, Aase H, Johansen EB, Roucco LA, Russell VA. The control of responsiveness in ADHD by catecholamines: evidence for dopaminergic, noradrenergic and interactive roles. *Developmental Science* 2005; 8: 122-31.

55. Pliszka SR. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical review. *Am Fam Physician* 1991; 43: 1267-75.

56. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatry disorder: an overview *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 7): 50-8.

57. Richer LP, Shevell MI, Rosenblatt BR. Epileptiform abnormalities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 2002; 26: 125-9.

58. Robson AL, Pederson DR. Predictors of individual differences in attention among low birth weight children. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18: 13-21.

59. Seidman LJ, Biederman J, Weber W, Hatch M, Faraone SV. Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 260-8.

60. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-32.



61. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Faraone S, Prince J, Gerard K, Doyle R, Parekh A, Kagan J, Bearman SK . Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001 58:775-82.
62. Taylor MA. Evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am Fam Psysician* 1997; 55: 887-901.
63. Valdizán JR. Evaluación diagnóstica y bases terapéuticas del metilfenidato de liberación inmediata en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2004; 38: 501-6.
64. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1985; 24: 211-20.
65. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA* 2004a; 292:619-23.
66. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attentiondeficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2009b;65:1301-1.
67. Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Feurer ID. Examination of DSM - IV criteria for attention deficit/ hyperactivity disorder in the county-wide sample. *J Dev Behavioral Ped* 1998; 19: 162-8.
68. Young S., A Model of Psychotherapy for Adults with ADHD. En: Goldstein S. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention.* pp:148- 165. Academic Press, San Diego. 2002.
69. Zimetkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficithyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 40-6.
70. Zimetkin AJ, Liotta W. The neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 7): 17-23.
71. Zeiner P. Parent-reported symptoms of hyperactivity and attention deficits predict teacher-reported symptoms. *Acta-Paediatr* 1997; 86: 178- 82.



## GRUPO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO

Han participado en el Grupo de Trabajo del “*Protocolo de Coordinación de Actuaciones educativas y sanitarias en la Detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H*” las siguientes personas de las Consejerías de Educación, Ciencia e Investigación y de Sanidad de la Región de Murcia:

### Consejería de Educación, Ciencia e Investigación

- Garrido Gil, Carlos Fulgencio Asesor Técnico de Orientación del Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección General de Promoción Educativa e Innovación. Consejería Educación, Ciencia e Investigación.
- Ladrón de Guevara Mellado, Elena Asesora Técnico Docente de Relaciones Interinstitucionales del Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección General de Promoción Educativa e Innovación. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.
- Martínez López , M<sup>a</sup> Ángeles Asesora de Prevención de Riesgos Laborales. Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.
- Navarro Barba, Juan Jefe de Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección General de Promoción Educativa e Innovación. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.

### Consejería de Sanidad

- Giribert Muñoz, Carlos Subdirector General de Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad.
- Iofrio de Arce , Antonio Pediatra, Centro de Salud del Ranero. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad.
- López Benavente, Yolanda Enfermera y Pedagoga en la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de



- Ruiz Lozano, M<sup>a</sup> Jose  
Salud. Consejería de Sanidad.  
Psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de San Andrés
- Sanz Mateo, Gonzalo  
Pediatra. Centro de Salud de Cieza. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad.