

## PROCESO ASISTENCIAL

# TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS DE 6 A 14 AÑOS

### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA**

#### Autores:

- GARRIDO REDONDO, MERCEDES. Pediatra EAP "La Tórtola". GAP Valladolid Este.
- LÓPEZ VILLALOBOS, JOSÉ ANTONIO. Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo, Complejo Hospitalario de Palencia.
- MARTÍNEZ RIVERA, MARÍA TERESA. Pediatra de Área Tudela de Duero - Esguevillas. GAP Valladolid Este.
- RODRÍGUEZ MOLINERO, LUIS. Pediatra EAP "Huerta del Rey". GAP Valladolid Oeste.
- RUIZ SANZ, FRANCISCO. Psiquiatra infantil Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo, Complejo Hospitalario de Palencia.
- SACRISTÁN MARTÍN, ANA MARÍA. Pediatra EAP "Pintor Oliva". Gerencia de At. Primaria Palencia.

#### Colaboradores

- ARRANZ SINOVAS, ENCARNACIÓN. Enfermera Hospital Río Hortega, Valladolid.
- ARQUIAGA THIREAU, RODRIGO. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.
- POSADAS ALONSO, JAVIER. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.

#### Revisores:

- CALABOZO FREILE, BELEN. D.T. de Farmacia.
- IMAZ RONCERO, CARLOS. Psiquiatra infanto juvenil HCU Valladolid. Grupo Técnico Central. DT de Atención Primaria.
- PRIETO DE LAMO, GEMMA. Grupo Técnico Central. DT de Atención Primaria.
- SILVA RICO, JUAN CARLOS. Pediatra EAP Laguna GAP Valladolid Oeste. Grupo Técnico Central. DT de Atención Primaria

Fecha Elaboración: junio 2010. Revisión enero 2011

Validación: junio 2011

## ÍNDICE

### FICHA DEL PROCESO

1. Objetivo
2. Población diana.
3. Criterio de inclusión
4. Actuaciones:
5. Criterios de interconsulta.
6. Bibliografía.
7. Organización. Responsable/coordinador del proceso
8. Participantes en el proceso.
9. Adecuaciones organizativas
10. Procesos de soporte relacionados.
11. Evaluación, indicadores
12. Diagrama de flujo
13. Anexos:
  - **ANEXO I : CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PRECOZ**
  - **ANEXO II: CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DIAGNÓSTICO DE TDAH (DSM-IV)**
  - **ANEXO III a : ESCALAS DE VALORACION DE LA HIPERACTIVIDAD.**
  - **ANEXO III b: INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DE VALORACION DE HIPERACTIVIDAD**
  - **ANEXO IV: EVALUACION DE COMORBILIDAD**
  - **ANEXO V a : CONSEJOS A LA FAMILIA**
  - **ANEXO V b : : CONSEJOS PARA LA ESCUELA**
  - **ANEXO VI: TRATMIENTO FARMACOLÓGICO**
  - **ANEXO VII: HOJA DE SEGUIMIENTO PROCESO CLINICO TDAH**

## Ficha Resumen

### Objetivo

Realizar una adecuada detección precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o derivación de los niños de 6-14 años con sospecha de TDAH, así como el seguimiento de los niños ya diagnosticados de TDAH en las consultas de Atención Primaria.

### Población diana

- a- Niño de edad entre 6 y 14 años con síntomas compatibles con inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta.
- b- Niños de 6 a 14 años diagnosticados previamente de TDAH

### Criterios de inclusión

- a- Niño de edad entre 6 y 14 años con síntomas compatibles con inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta en los que se inicia una evaluación en atención primaria para el diagnóstico de TDAH
- b- Niños de 6 a 14 años con diagnóstico de TDAH, de forma aislada o asociado a otros trastornos.

Actuaciones			
Actividades	Responsable	Criterios de calidad	GR
<p><b>DETECCION PRECOZ TDAH.</b></p> <p>Ante la sospecha se iniciará una evaluación para el diagnóstico de TDAH.</p> <p>La detección precoz puede realizarse mediante preguntas clave en controles de salud o bien mediante un cuestionario de cribado</p>	Pediatra/Enfermera	<b>(Anexo I)</b>	fuerte (AAP) <b>(3)</b> (Buena práctica clínica) <b>(10)</b>
<p><b>DIAGNOSTICO TDAH</b></p> <p>El diagnóstico de un niño y/o adolescente requiere cumplir los criterios del DSM- IV-TR o CIE-10</p>	Pediatra	Pacientes diagnosticados de TDAH en cuyo registro clínico esté documentado el cumplimiento de criterios DSM-IV-TR <b>(Anexo II) (100%)</b>	fuerte (AAP) <b>(3)</b> R ( ICSI ) <b>(9)</b> D(NICE) <b>(8)</b> (GPC ministerio) <b>(10)</b>
<p><b>VALORACION:</b></p> <p>La valoración de un niño y/o adolescente con TDAH requiere una <b>entrevista con los padres y/o cuidadores y el paciente.</b></p> <p>La evaluación de un niño y/o adolescente con TDAH requiere obtener <b>información directa del profesor</b> sobre los síntomas nucleares del trastorno, duración y grado de repercusión.</p>	Pediatra  Pediatra/Enfermera	Pacientes diagnosticados de TDAH en cuyo registro clínico esté documentado que se ha recogido información de al menos 2 ambientes <b>(Anexo III a y Anexo III b ) (80%)</b>	R ( ICSI ) <b>(9)</b> MS (AACAP) <b>(6)</b> B (SIGN) <b>(5)</b> D(GPC ministerio) <b>(10)</b> .  Evidencia IV , Recomendación: <b>C (SIGN)(5)</b> D(GPCministerio) <b>(10)</b>
<p>Se realizará revisión de <b>antecedentes familiares y personales</b>, así como <b>exploración física y psicopatológica</b> del paciente.</p>	Pediatra	Pacientes con diagnostico de TDAH en los que se ha descartado problemas, auditivos o visuales y neurológicos. (80%)	D(GPC ministerio) <b>(10)</b>
<p>En la valoración se debe incluir el <b>estudio de posibles patologías comórbidas.</b></p>	Pediatra	Pacientes diagnosticados de TDAH en cuyo registro clínico esté documentado haber evaluado la posibilidad de patologías comórbidas ( Anexo IV) (60%)	R ( ICSI) <b>(9)</b> Recomendación: MS (AACAP)
<p>Se prestará especial atención a la <b>evaluación de capacidades intelectuales y problemas del lenguaje</b> por lo que se solicitará informe de evaluación al centro escolar</p>	EOEP (equipos de orientación escolar psicopedagógica)	Pacientes diagnosticados de TDAH a los que se ha solicitado informe al EOEP (formulario del programa de TDAH la GRS) (80%)	D (SIGN 2005, GPC ministerio) <b>(5,10)</b>





Actividades	Responsable	Criterios de calidad	GR
<b>SEGUIMIENTO:</b>			
<p>Se recomienda al inicio una revisión <b>cada 20-30 días</b> de todos los niños, en especial de los casos más complejos, hasta que los síntomas se estabilicen.</p> <p>Posteriormente se realizarán <b>seguimientos periódicos cada 3-6 meses</b></p> <p><u>El contenido de la visita incluirá:</u></p> <p>Información de los logros académicos, relaciones escolares, situación familiar y grado de satisfacción del paciente y la familia. Se emplearán los cuestionarios de TDAH - DSMIV para padres y profesores.</p>	Pediatra/Enfermera	<b>(Anexo VII)</b>	(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>
<p>En los tratados con <b>terapia conductual</b> deben evaluarse la eficacia, los posibles efectos adversos y el cumplimiento terapéutico. La evaluación del tratamiento se realizará <b>a los 3 meses del inicio, al finalizarlo</b> (en caso de tener un límite temporal definido), <b>o en el momento que el clínico lo considere oportuno</b>.</p> <p>En los programas de <b>tratamiento psicopedagógico</b> de niños y adolescentes con TDAH, deben evaluarse la eficacia y los posibles efectos adversos de la intervención psicopedagógica que se esté llevando a cabo <b>al menos una vez cada curso escolar mientras dure el tratamiento</b>.</p>	Pediatra/Enfermera/ Psico-pedagogo escolar/ Psicólogo clínico de Salud mental	<b>Pacientes TDAH con tratamiento no farmacológico que tengan registro en su Historia Clínica de la respuesta al tratamiento al menos una vez al año(70%)</b>	(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>
<p><b>En los tratados farmacológicamente</b> se monitorizarán la posible aparición de efectos secundarios de la medicación. Se controlará el peso, talla (la talla debe medirse <b>cada 6 meses</b>, el peso debe controlarse <b>a los 3 y 6 meses</b> después de iniciado el tratamiento farmacológico, y <b>cada 6 meses</b> durante la administración del tratamiento) , tensión arterial y frecuencia cardíaca (deben monitorizarse y documentarlos <b>antes y después de cada cambio de dosis, y sistemáticamente cada 3 meses</b>).</p>	Pediatra/Enfermera	Pacientes tratados farmacológicamente para el TDAH cuya Historia clínica tenga registro de visitas de seguimiento (peso, talla, Auscultación cardíaca, FC, TA) al menos 2 veces al año (80%)	(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>

<p>En <b>cada visita</b> se informará sobre la evolución del trastorno, realizando psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se darán orientaciones de previsión en cada visita, relativas a las expectativas inmediatas y a largo plazo relativas al estudio, capacidad organizativa y posible evolución.</li> <li>• Se orientará en habilidades de control de conductas.</li> <li>• Se alertará sobre la posible aparición de trastornos comórbidos incluyendo conductas de riesgo en situaciones que sea preciso</li> </ul>	Pediatra/Enfermera		(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>
---	--------------------	--	--------------------------------------

<p>Cuando el tratamiento seleccionado para el niño con TDAH no cumpla los objetivos, los médicos clínicos deben reevaluar el diagnóstico, comprobar el uso adecuado de los tratamientos, la adherencia y la presencia de condiciones coexistentes (comorbilidad).</p>	Pediatra		(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>
<p>Se harán ensayos de retirada de la medicación para comprobar si sigue siendo necesaria. Se aconseja la suspensión programada de la medicación al menos un mes cada dos años durante el periodo escolar, para reevaluar la situación y comprobar si sigue siendo necesaria</p>	Pediatra		(Buena práctica clínica) <b>(10)</b>

### Criterios de interconsulta

- Si se precisa realizar un diagnóstico diferencial o si el pediatra no tiene seguridad en el diagnóstico
- Cuando aparecen problemas médicos, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico.
- Asociación con problemas comórbidos que complican el tratamiento.
- Si precisan terapia cognitivo- conductual estructurada de forma especializada.
- Cuando no hay respuesta al tratamiento farmacológico y/o conductual. Se considera fallo verdadero del tratamiento la falta de respuesta a la medicación administrada a dosis máxima sin efectos secundarios o a cualquier dosis con efectos secundarios intolerables; en el caso de tratamiento conductual cuando las pautas cognitivo-conductuales se muestran insuficientes.
- Si requieren dosis muy elevadas o combinación de medicaciones.
- Si existen problemas familiares y falta de colaboración.
- Cuando sea preciso usar tratamientos alternativos o fuera de las recomendaciones de la ficha técnica.

Pediatra a: Equipos de Salud mental, Equipos psicopedagógicos, Neuropediatra

- Recomendación Buena práctica clínica). A, C (ICSI) (9) C (SIGN) (5)

### Referencias

#### BIBLIOGRAFÍA

##### Documentos de consenso y guías para Atención Primaria

1.- La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Fernández M, Hidalgo I, Lora A, Sánchez L, Rodríguez L, Eddy LS, García JM, Casas J, Cardo E, Royo J, López-Villalobos JA, Cañete B y Gonzalvo C. [monografía en Internet]. Madrid: Grupo de trabajo de TDAH de la AEPAP y SEPEAP; 2009 [citado 8 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.acindes.org/TDAH/>

2.- Guía clínica del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad del área de salud de Palencia. Cano Garcinuño A, López Villalobos JA, Alberola López S, Ruiz Sanz F, Cancho Candela R, Carnicero Fernández S. En: Aspectos actuales en Medicina. Libro homenaje al Dr. Morchón. Palencia: Colegio oficial de médicos; 2008. p. 105-12.

##### Guías de práctica clínica sobre el TDAH

3. - American Academy of Pediatrics' Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000; 105:1158-1170

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics/105/5/1158>.

4. - Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Abril 2004. <http://www.cincinnatichildrens.org/>

5. - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2001, revisada 2005

6. - American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence Pediatrics 2005; 115:e749-e757

7. - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Julio 2007. [http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP\\_ADHD\\_2007.pdf](http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP_ADHD_2007.pdf)  
[Resumen] [PDF 247 KB]

8. - National Clinical Practice Guideline. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence.(NICE) Attention Deficit Hyperactivity disorder. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72NiceGuidelinev3.pdf>  
[Resumen] [PDF 333 KB]

9. - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School Age Children and Adolescents. Abril 2010. [http://www.icsi.org/adhd/adhd\\_executive\\_summary.html](http://www.icsi.org/adhd/adhd_executive_summary.html). [Resumen] [PDF 840 KB]

10.- Guía de Práctica Clínica sobre trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador.

#### **Otros artículos de interés:**

11.- Monografía Pediatría de Atención Primaria: Elaborada por el Grupo de Trabajo sobre TDAH de la AEPap y publicada en octubre de 2006 en la Revista Pediatría de Atención Primaria.

12.- Rodríguez Molinero L., López Villalobos J.A., Garrido Redondo M., Sacristán Martín A., Martínez Rivera M.T., Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria. 2009 Jun ; 11(42): 251-270.

13.- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents (marzo 2006). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA098quickrefguide.pdf>

14.- University of Michigan. Guidelines for Health System Clinical Care Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. (octubre 2005). <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/adhd05.pdf>

15.- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents. 6ª ed. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2005.

16.- American Academy of Pediatrics. Technical report. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence Pediatrics 2005; 115: e749-e757. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/115/6/e749>

17.- MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24 month outcomes of treatment strategies for attention deficit/ hyperactivity disorder. Pediatrics 2004; 113:754-761.

18.- Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J, McGough J, Wigal S, Wigal T, Vitiello B, Skrobala A, Posner K, Ghuman J, Cunningham C, Davies M, Chuang S, Cooper T. Efficacy and Safety of Immediate-Release Methylphenidate Treatment for Preschoolers with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006 Oct 4

19.- JA. López Villalobos, JM. Andrés de Llano, S. Alberola López. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. Rev Pediatr Aten Primaria 2008;10: 513-3118.Documentos de consenso y guías para Atención Primaria.

20- Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en pediatría. Valladolid 2008. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

### **Asociaciones en Castilla y León**

#### **ABUDAH**

Centro Socio-Sanitario Graciliano Urbaneja  
Paseo Comendadores, S/N  
090010 Burgos  
Tfno: T. 650767693  
Mail: [asociacio\\_abudah@yahoo.es](mailto:asociacio_abudah@yahoo.es)  
Web: [www.abudah.es](http://www.abudah.es)

#### **ALENHI**

Presidenta: Gloria Vallbuena Caja  
Cadenal Lorenzana, 1 1º A. Apartado de correos, 249  
24001 León  
Tfno: 669867949 / 987248177  
Mail: [info@aleni.org](mailto:info@aleni.org)  
Web: [www.aleni.org](http://www.aleni.org)

#### **ASANHI (Asociación Salamantina de Niños Hiperactivos)**

Jesús  
Apartado de Correos 170  
37004 Salamanca  
Tfno: 671487316  
Mail: [asanhi@sanhi.org](mailto:asanhi@sanhi.org)  
Web: [www.asanhi.org](http://www.asanhi.org)

#### **AVATDAH**

Presidenta: Mª del Puerto Arenales Marchena  
Pio del Rio Hortega, 2 bajos local 17  
47080 Valladolid  
Tfno: 645195936  
Mail: [info@avatdah.org](mailto:info@avatdah.org)  
Web: [www.avatdah.org](http://www.avatdah.org)

#### **FUNDAICYL (Ayuda a la infancia)**

C/ Domingo Martínez, 19  
47007- Valladolid  
Mail: [info@fundaicyl.org](mailto:info@fundaicyl.org)  
Web: [www.fundaicyl.org](http://www.fundaicyl.org)  
983-22-18-89  
630-951-900

#### **YEDRA**

Maribel y Antonio Rodríguez  
C/Alfonso Montalvo, 4  
05001 Ávila  
Tfno: 920257120 / 920212080

## **Organización**

### **Responsables/Coordinadores del proceso**

Pediatra

### **Participantes en el proceso**

Educadores, pediatras y enfermeras de atención primaria, psicopedagogos del ámbito educativo, psicólogos clínicos y psiquiatras pertenecientes a los centros de Salud Mental del área sanitaria, Familia del paciente

### **Adecuaciones organizativas**

El proceso se integra dentro de las actividades de promoción y prevención de la salud y de tratamiento y seguimiento de pacientes con patología crónica. Una vez detectado el problema el paciente será citado en consulta programada.

Se solicitará información directa a los padres para lo cual pueden utilizarse cuestionarios y modelos de entrevistas estructuradas. Se debe establecer un diagnóstico diferencial e indagar sobre la posible presencia de trastornos comórbidos.

La valoración de un niño con posible TDAH requiere así mismo obtener información directa del profesor sobre los síntomas nucleares del trastorno, duración, grado de impedimento funcional. El pediatra debe revisar los informes de la evaluación multidisciplinaria del niño en la escuela (Para este proceso puede utilizar modelos estructurados como los propuestos por la consejería de sanidad o informes clínicos) incluyendo la valoración del profesor o de otros profesionales del colegio.

Nivel de evidencia: bueno; fuerza de la recomendación: fuerte.

El criterio C del DSM- IV-TR requiere la presencia de los síntomas en más de un ambiente, siendo fundamental conocer el comportamiento del niño en la escuela. Para ello se pueden recoger informes escritos, efectuar contacto verbal con el tutor, pasar las escalas específicas antes mencionadas en su versión para profesores. Además la información obtenida puede permitirnos identificar trastornos comórbidos como los trastornos del aprendizaje, conducta desafiante,...que con frecuencia se asocian al TDAH.

En ocasiones hay discrepancia entre la información aportada por padres y profesores, pudiendo requerirse investigar otros ambientes que frecuente el niño.

### **Procesos de soporte relacionados**

1. Cuestionario de detección precoz (Anexo I)
2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico TDAH (Anexo II)
3. Escalas de valoración hiperactividad en el hogar y en la escuela de Du Paul (Anexo IIIa)
4. Interpretación de escalas de valoración de hiperactividad (Anexo IIIb)
5. Evaluación de comorbilidad (Anexo IV)
6. Consejos a la familia (Anexo Va)
7. Consejos para la escuela (Anexo Vb)
8. Hoja de registro de seguimiento (Anexo VII)
9. Solicitud de información a EOEP (documento del protocolo de coordinación con los servicios educativos de TDAH de la GRS)

Evaluación	
INDICADOR DE PREVALENCIA	
<b>Indicador 1:</b>	Porcentaje de Pacientes con diagnóstico correctamente efectuado.
<b>Fórmula:</b>	Numerador Niños y/o adolescentes con diagnóstico que cumple los criterios del DSM-IV-TR / DSM- PC/ x100 Denominador Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Responsable</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	100%
INDICADORES DE PROCESOS	
<b>Indicador 2:</b>	Porcentaje de Pacientes con diagnostico de TDAH en los que se ha descartado problemas, auditivos o visuales y neurológicos.
<b>Fórmula:</b>	Numerador: Niños y/o adolescentes con diagnóstico de TDAH, en cuyo registro clínico esté documentado que se ha descartado patología auditiva, visual y neurológica X 100/ Denominador: Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica.
<b>Responsable</b>	
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	80%

<b>Indicador 3:</b>	Porcentaje de Pacientes diagnosticados de TDAH con prescripción del tratamiento recomendado (farmacológico o no farmacológico)
<b>Fórmula:</b>	Numerador : Niños y adolescentes diagnosticados de TDAH en cuya Historia clínica esté registrado el tratamiento recomendado (farmacológico o no farmacológico) x 100 / Denominador Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica.
<b>Responsable</b>	
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	100%

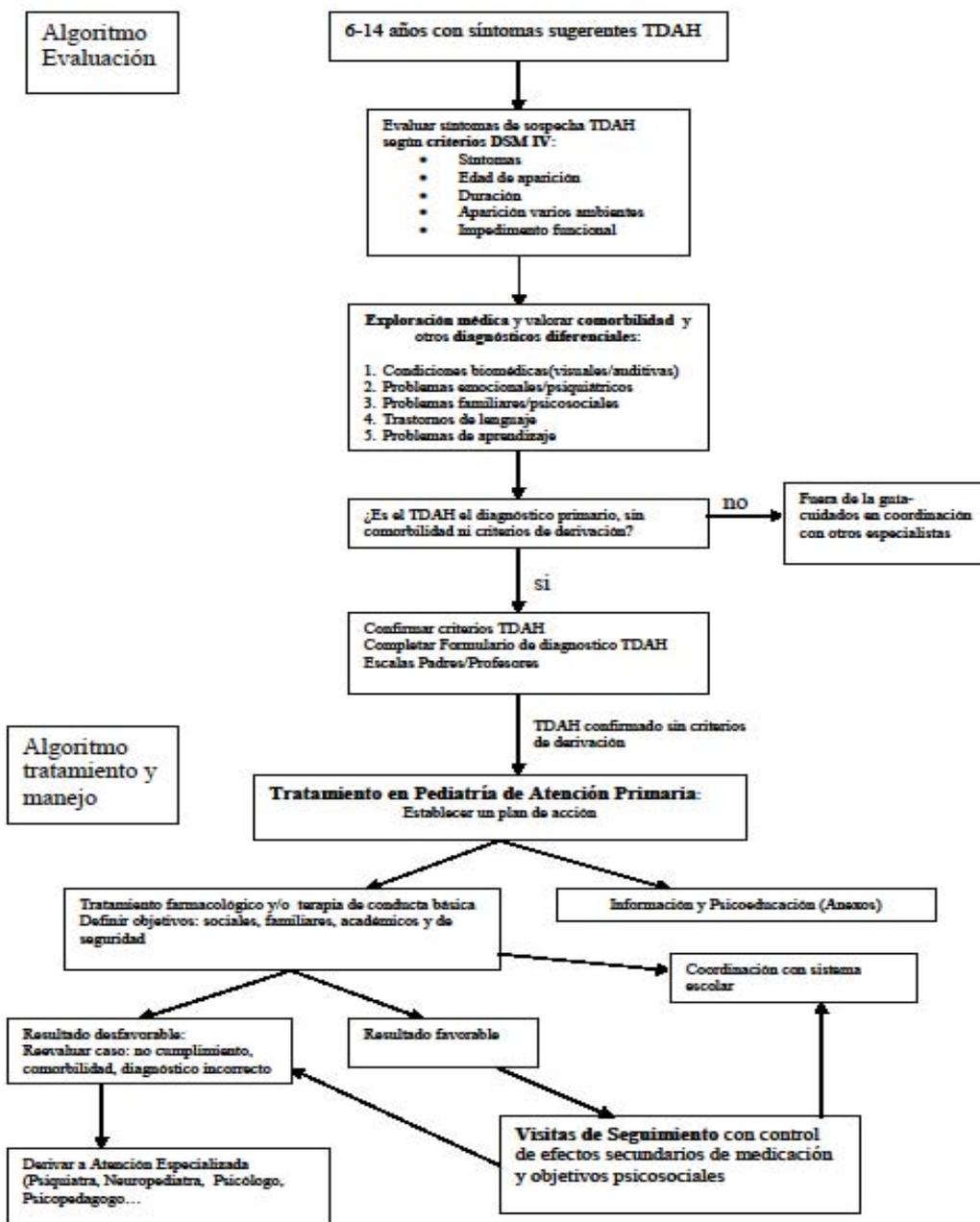
<b>Indicador 4:</b>	Porcentaje de Pacientes con TDAH que reciben tratamiento con Metilfenidato respecto al total de pacientes TDAH con tratamiento farmacológico
<b>Fórmula:</b>	Numerador: Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH, que reciben tratamiento con Metilfenidato x 100/ Denominador: Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH y tratados farmacológicamente.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica.
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Responsable</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	70%

<b>Indicador 5:</b>	Porcentaje de Pacientes tratados farmacológicamente para el TDAH con registro de visitas de seguimiento (peso, talla, Auscultación cardiaca, FC, TA) al menos 2 veces al año
<b>Fórmula:</b>	Numerador: Niños y adolescentes tratados farmacológicamente para el TDAH en cuya Historia clínica esté registrado al menos 2 veces al año, las visitas de seguimiento (peso, talla, Auscultación cardiaca, FC, TA) x 100/ Denominador: Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH y tratados farmacológicamente.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica.
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Responsable</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	80%

#### INDICADOR DE RESULTADO

<b>Indicador 6:</b>	Porcentaje de Pacientes TDAH con tratamiento no farmacológico que tengan registro en su Historia Clínica de la respuesta al tratamiento al menos una vez al año
<b>Fórmula:</b>	Numerador : Niños y adolescentes con diagnóstico TDAH no tratados farmacológicamente, en cuya Historia clínica esté registrado al menos 1 vez al año, l la respuesta al tratamiento x 100 / Denominador: Total de Niños y/o adolescentes con diagnóstico TDAH no tratados farmacológicamente.
<b>Fuente de información:</b>	Historia Clínica.
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Responsable</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	70%

## Diagramas de flujo



## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PRECOZ

1. ¿Cómo es el rendimiento escolar?	Bueno <input type="checkbox"/>	<p>Sospecha TDAH <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Comentarios:</p>
	Regular <input type="checkbox"/>	
	Malo <input type="checkbox"/>	
	Variable <input type="checkbox"/>	
2. ¿El profesor ha detectado problemas de aprendizaje?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
3. ¿Es feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
4. ¿Tiene algún problema de conducta?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
5. ¿Sigue instrucciones de principio a fin?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
6. ¿Termina el trabajo escolar asignado?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
7. ¿Se accidenta en exceso?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
8. ¿Existen signos de inatención?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
9. ¿Los padres tienen que sentarse a su lado para que haga los deberes?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

Cuestionario de detección precoz basado en la primera recomendación de la GPC de la AAP. Si puntúa "sí" en los ítems nº 2, 4, 7, 8 y 9, al igual que si puntúa "no" en los nº 3, 5 y 6 o bien si el rendimiento académico es regular, malo o variable, objetivado, se inicia una evaluación complementaria bajo sospecha de TDAH.

## ANEXO II

### CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

#### DIAGNÓSTICO DE TDAH (DSM-IV)

Cumplir TODOS los criterios esenciales (**B, C, D, E**) + 6 ó más de los 9 ítems de déficit de atención (**A1**) y/o 6 ó más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad (**A2**)

A. (1) o (2):

**(A1)** Seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

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

**(A2)** Seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### Hiperactividad:

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

### Impulsividad

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

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en la escuela, o en el trabajo y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

### SUBTIPOS

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:** si se cumplen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:** si se cumple el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo impulsivo:** si se cumple el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

## ANEXO III a.

### ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

#### ESCALA DE VALORACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL HOGAR

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Persona que evalúa: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

0	1	2	3
Nunca o Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente

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

## ESCALA DE VALORACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD EN LA ESCUELA

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

El tutor (o persona que evalúa): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

0	1	2	3
Nunca o Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente

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

**Valore Su nivel académico respecto al resto de la clase y exponga sus principales dificultades de aprendizaje y de conducta (en el reverso si es necesario):**

## ANEXO III b.

### INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE HIPERACTIVIDAD

#### INTERPRETACIÓN ESCALA DU PAUL PADRES

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

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

Puntuación total: Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por los padres

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

#### PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL

##### HOME VERSION

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

## INTERPRETACIÓN ESCALA DU PAUL ESCUELA

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

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

Puntuación total: Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por el profesor

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

### PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL

#### SCHOLL VERSION

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

## ANEXO IV.

### EVALUACIÓN DE COMORBILIDAD

#### Principales enfermedades mentales con síntomas similares al TDAH (pueden simular un TDAH o coexistir con él)

1/3

Trastorno	Similitudes	Diferencias
<b>Inteligencia límite y retraso mental leve</b>	El comportamiento de estos niños suele ser similar al de un niño de su "edad mental" (más activo, más impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica. En algunos casos son claramente "disruptivos"	Los niños con inteligencia límite pasan desapercibidos si no se realiza un test de inteligencia fiable. La inteligencia de niños con TDAH en general es normal, con las mismas variaciones que en la población no TDAH.
<b>Trastorno negativista desafiante (TND)</b>	Falta de atención, hiperactividad, inadaptación escolar y comportamiento disruptivo con incapacidad para cumplir órdenes y respetar normas.	El TDAH no se niega a cumplir órdenes como desafío del adulto. No las cumple porque "está en Babia". No es rencoroso ni vengativo. Evolutivamente, casi la mitad de los TDAH tienen rasgos o cumplen criterios diagnósticos de TND. En TND: rebeldía y/o rencor en lugar de incapacidad para cooperar.
<b>Trastorno de la conducta o disocial (TC)</b>	Comportamiento disruptivo, impulsividad, agresiones, inadaptación escolar. Problemas con los otros y con la ley	El TDAH siente remordimiento por sus actos violentos. No tiene ideas agresivas o antisociales. No es hostil ni cruel. En TC: Ausencia de remordimientos, intención de dañar. Agresión y hostilidad. Conducta antisocial
<b>Trastorno de ansiedad por separación</b>	Hiperactividad, falta de atención inadaptación o bajo rendimiento escolar. Inquietud y dificultades con los cambios	El TDAH no tiene un miedo anormal a separarse de los padres.
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	Problemas de atención, bajo rendimiento escolar.	El TDAH no tiene ideas obsesivas ni compulsiones. Sus síntomas están presentes desde la primera infancia. En TOC: obsesiones o compulsiones Pesadillas

Trastorno	Similitudes	Diferencias
<b>Depresión</b>	Impulsividad reactiva, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar. Desmoralización. Impulsividad,	El TDAH no tiene sentimientos persistentes de infelicidad o tristeza sin causa. Los síntomas depresivos en el TDAH son, en principio, secundarios a sus múltiples fracasos y por el mal concepto que tienen de él los demás.  En la depresión: Sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o tristeza
<b>Trastorno bipolar (episodio maniaco)</b>	Los episodios maníacos tienen síntomas muy similares a un TDAH combinado severo: Falta de atención, hiperactividad, impulsividad, irritabilidad.	El TDAH no tiene una autoestima exagerada (aunque a veces no es baja, como cabría suponer por sus continuos fracasos). Los síntomas de TDAH están presentes desde la primera infancia. No hay oscilación periódica (de la depresión a la manía).  En TB: Estado de ánimo expansivo. Grandiosidad. Naturaleza maniaca
<b>Trastornos del lenguaje y del aprendizaje</b>	Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención, baja autoestima. Comportamiento perturbador en clase. Negativa a realizar las tareas escolares y a emplear el material	El TDAH no tiene un desarrollo lento del lenguaje. Si no entiende lo leído, es porque no prestó atención o no lo recuerda. Aunque el estudio psicopedagógico muestre un CI normal y no encuentre trastornos específicos de aprendizaje, el rendimiento intelectual (en este caso académico) del TDAH es inferior a lo esperable.  Tiene una letra "fea" por poca coordinación motora fina.  Cierta grado de dificultad con las matemáticas es también atribuible a su propia enfermedad.  En T. Aprendizaje: Bajo rendimiento y comportamiento anormal sólo en el contexto académico, no en otros entornos o actividades.

3/3

Trastorno	Similitudes	Diferencias
<b>Tics</b>	Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar. Acciones verbales o motoras impulsivas Actividad perturbadora	Los tics a veces pasan desapercibidos para el observador o los padres Movimientos repetitivos motores o fonatorios
<b>Abuso de alcohol, marihuana o anfetaminas</b>	Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar.	El TDAH no se esconde, no tiene una doble vida. En Abuso: Reversión de los síntomas al dejar de consumir.

## ANEXO V a.

### CONSEJOS A LA FAMILIA

#### DECÁLOGO PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

- 1.- Reforzar de forma inmediata** toda conducta positiva. Felicitar al niño/a inmediatamente después de que haya hecho algo bueno (hablar sin gritar, pedir a su hermana el juguete en vez de quietárselo...), la felicitación será a base de elogios, muestras de afecto (abrazo, beso, palmadita), privilegios extra (ver más TV, explicar un cuento a la hora de dormir, un postre especial)...
- 2.- Modificar lo antes posible cualquier conducta negativa.** Ante la primera manifestación de la conducta negativa del niño/a le explicaremos claramente y sin gritar qué es lo que ha hecho mal y que otras cosas buenas podía haber hecho. Además pactaremos con él/ella que si vuelve a repetirse la misma conducta negativa se le retirará inmediatamente un privilegio o parte de él (TV, cuento, videojuegos, o similar).
- 3.- Estar más atento a la conducta cuando se intenta modificar esta.** Ej. Si quiere que acabe los deberes en un tiempo más razonable, no tan largo, premiar cada vez que acabe el trabajo de una asignatura. Utilizar pegatinas con caras sonrientes, estrellas o algo similar que le guste y pegarlas en sitios bien visibles. Si es un niño más mayor normalmente bastará con elogiar su esfuerzo más a menudo, según vaya avanzando con los deberes, en vez de criticar lo mucho que tarda cuando ese sea el caso.
- 4.- Utilizar siempre incentivos antes que castigos.** Cuando quiera cambiar una conducta negativa, primero decida qué conducta positiva la puede reemplazar. Ej. Una conducta negativa podrá ser dejar tirada la chaqueta al llegar del colegio y la conducta positiva sería dejarla colgada en su sitio. Primero: le comunicaremos que dejar la chaqueta en el suelo no está bien porque se ensucia. Segundo: le advertiremos las consecuencias de seguir haciéndolo: "Si vuelves a dejar tirada la chaqueta, no podrás ver los dibujos X". Tercero: le premiaremos siempre que cuelgue la chaqueta. No hay que olvidar que se debe intentar premiar (con elogios, afecto, pegatina, jugar con él, etc.) tres veces por cada castigo o reprimenda aplicado.
- 5.- Ser coherentes.** Hay que actuar siempre de la misma forma para no confundir al niño/a. Además ambos padres tienen que premiar/castigar las mismas cosas y de la misma forma. Es fundamental la implicación de ambos padres y que trabajen sin discrepar delante de los niños.
- 6.- No amenazar, sino actuar.** Ej. No hay que decirle "si no recoges los juguetes me enfadaré y ¡ya verás!", sino "si no recoges los juguetes ahora mismo me quedo con tu "nintendo" (u otro juguete preferido) hasta que estén recogidos", y por supuesto coja la nintendo y no se la dé hasta que haya cumplido recogiendo sus juguetes, aunque tarde tres días en hacerlo. Recuerde felicitarle cuando por fin lo haga, aunque haya tardado tres días, lo importante es que finalmente ha cumplido la orden.
- 7.- Planificar de antemano las situaciones conflictivas.** Si tiene que ir al supermercado o a comer al restaurante hay que explicarles claramente qué es lo que no se debe hacer y cómo esperas que se vaya a comportar. Se le advierte de las consecuencias si la conducta no es la deseada y qué gratificación recibirá si se comporta bien. Si la conducta es únicamente algo mejor que lo habitual, sin ser lo que uno ha pedido, es importante en este caso alabar su esfuerzo y decirle que la siguiente vez confías en que le saldrá mejor.
- 8.-No olvidar que su hijo tiene una discapacidad.** Ud. es el adulto y su hijo/a tiene un trastorno neurobiológico. Tiene que ser consciente que su hijo será más difícil de educar que otro hijo que no padezca este trastorno. No es porque Ud. no sirva como padre ni es porque su hijo sea desobediente y mal educado (lo que muchas veces pensarán o incluso le dirán sus amigos y familiares). Su hijo es diferente con limitaciones para prestar atención y para estarse quieto y eso no lo debe olvidar.
- 9.- La persistencia es la clave.** No olvidar que para el éxito de cualquier programa de modificación de la conducta es preciso insistir una y otra vez, intentando no desanimarse ante los pequeños y a veces múltiples fracasos.
- 10.- Es importante perdonar.** Hay que saber perdonar las transgresiones de su hijo, en el sentido de no guardar rencor. Evidentemente hay que exigir lo que corresponda, pero es importante no quedar con malos sentimientos o pensamientos. También hay que saber perdonar a los amigos y familiares que hablan mal de su hijo diciendo que es un holgazán y mal educado, pues no entienden el problema que tiene su hijo. Finalmente, también saber perdonar a uno mismo por no haber manejado mejor una situación, por haber gritado o por haber perdido el control de alguna forma. Usted es humano/a.

## ANEXO V b.

### CONSEJOS PARA LA ESCUELA

#### RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS Y ASPECTOS DIDÁCTICOS

En las edades en que los niños comienzan a ser diagnosticados de TDAH, el escenario escolar comienza a cobrar tal importancia que casi supera al familiar.

Aparte de las crecientes exigencias en los aspectos académicos, conseguir un lugar en el “grupo de iguales” se convierte en una necesidad fundamental.

Los niños con TDAH tienen dificultades especiales para el aprendizaje de los contenidos curriculares, pero también para lograr esta integración en el grupo.

Los maestros se encuentran en una posición privilegiada tanto para el diagnóstico de sospecha de las desviaciones de la “normalidad”, como para poder realizar el diagnóstico específico de TDAH, así como para el desarrollo de las intervenciones de pedagogía terapéutica.

El primer paso en un plan de intervención educativa es el de detectar alumnos que presenten estos problemas y llegar, tras una rigurosa observación y registro conductual, a determinar su estilo de aprendizaje, cómo le afecta el entorno en su funcionamiento académico y su relación con los compañeros de una manera individualizada. Estas actuaciones deben incluir a todos los agentes implicados:

#### 1-Modificaciones en el ambiente del aula:

- eliminación de objetos innecesarios y distractores
- mayor proximidad al profesor
- disminución del número de alumnos
- normas claras escritas de comportamiento.

#### 2-Actuación del profesorado:

- Actitud positiva, con fuerza de ánimo, y capaz de solucionar los problemas de una manera altamente organizada.
- Conocimientos sobre TDAH, es decir, el profesor mantendrá una estrecha relación con los padres y los profesionales que participen en el tratamiento del niño.
- El trabajo en equipo con el resto de los profesores, con el profesor de apoyo y de la institución docente.
- Ser un buen modelo que permita a sus alumnos aprender estrategias de afrontamiento y resolución de problemas
- Conocer y practicar técnicas de modificación de conducta: saber elogiar y recompensar a los alumnos, establecer límites y aplicar consecuencias.
- Valorar las diferencias de estos alumnos, la diversidad de estilos de aprendizaje y darles la oportunidad de sacar a la luz lo que saben hacer bien.
- Enseñar y entrenar en habilidades sociales con sus compañeros aprovechando las circunstancias naturales de la interacción cotidiana entre los alumnos.
- Es esencial proporcionar a los alumnos TDAH un ambiente estructurado y predecible:
  - informe de las reglas y normas de la clase y que estén siempre a la vista
  - mantenga también a la vista los horarios y las tareas diarias. Uso de las agendas y claves con pictogramas para los más pequeños.
  - llame la atención sobre los cambios de horario y a cualquier variación de la rutina, anticipe las novedades.
  - establezca horas específicas para tareas específicas,
  - diseñe un lugar de trabajo tranquilo a ser usado de acuerdo a la necesidad. Utilice pantallas entre los pupitres para concentrarse en el trabajo de manera puntual.
  - coloque al niño junto a compañeros que sirvan de modelos positivos: los co-terapeutas
  - Establezca actividades que impliquen movimiento: estiramientos, cruzar piernas, borrar la pizarra, repartir los cuadernos...
  - proporcione descansos frecuentes y regulares
  - utilice técnicas para llamar la atención como el manejo de las luces, señales secretas, códigos con colores diferentes...
  - proporcionarle un refuerzo positivo cuando haya terminado la tarea, aunque sólo sea por haberla acabado.

- no prestarle atención cuando nos requiera frente a una tarea no concluida.
- mostrar interés cuando este trabajando correctamente en su mesa. Podemos acercarnos a su sitio y observarle. Le reforzaremos, animándole a que siga trabajando respetando las normas.
- hacerle participe de las rutinas del aula. (Repartir material a los compañeros, apuntar las actividades en la agenda grupal,...).
- Cuando observamos que pierde la atención en la explicación, acercarse a la mesa, incluso tocarle mientras seguimos las explicaciones.

### 3-Actuación sobre los cuidadores:

Las “escuelas de padres” facilitan la interconexión con el medio escolar y el aumento de conocimientos de los padres sobre el manejo de sus hijos.

Se entrena a los padres para que sean capaces de aplicar los principios de aprendizaje que les permitan potenciar en casa lo que se trabaja en la escuela.

### 4-Actuación sobre los niños:

Utilizando métodos conductuales: entrenamiento en relajación; programas de economía de fichas y contratos de contingencias; aplicación de los refuerzos, el tiempo fuera y otros métodos de extinción de respuesta. Las técnicas más utilizadas y eficaces serían las siguientes:

## Técnicas de Modificación de Conducta

### PROCEDIMIENTOS PARA AUMENTAR LAS CONDUCTAS DESEABLES

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
<b>REFUERZO POSITIVO</b> (aplicar reforzadores)	<b>Aplicar</b> reforzadores positivos y, por tanto, <b>agradables</b> , después de realizada la conducta.  Una vez que se ha realizado la conducta deseada, pueden utilizarse reforzadores de tipo social (sonrisa, aprobación, una alabanza...), sobre todo con los adolescentes.  Es la técnica más eficaz para reforzar conductas.	Si acabas los deberes (voy a estar muy contento/a), podrás elegir la siguiente actividad.  Si tienes el pupitre ordenado ya puedes salir al patio.  Si anota todas las actividades en la agenda se le dará la enhorabuena por realizar esa conducta (refuerzo social).
<b>REFUERZO NEGATIVO</b> (retirar reforzadores)	<b>Retirar</b> reforzadores <b>desagradables</b> tras la realización de la conducta deseada.  Recompensamos el esfuerzo retirando algo desagradable para él.	Si haces bien los tres primeros ejercicios, no tendrás que hacer los dos últimos.  Si apruebas el examen oral no harás el escrito.  Si apruebas todas las evaluaciones, no harás el global.  Si me entregas el trabajo a tiempo el día de entrega no importa que desarrolles el último punto.
<b>ECONOMÍA DE FICHAS</b>	Se basa en el principio de <b>recompensas secundarias</b> (las fichas), que se cambiarán por determinadas recompensas.	Si acabamos las tareas de clase, pondremos un punto, y cuando hayáis conseguido 15 puntos iremos de excursión.  Cada día que traigas las tareas hechas tendrás un punto y cuando tengas 5 te subiré ½ punto en el examen.

## PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR LAS CONDUCTAS NO DESEABLES

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
<b>COSTE DE RESPUESTA</b>	<b>Retirar</b> reforzadores positivos (agradables) tras la realización de la conducta que queremos eliminar.	Si el pupitre no está ordenado, te quedarás cinco minutos del patio para ordenarlo. Si no haces los deberes te pondré un negativo y a los 15 negativos te quitaré ½ punto de la nota final.
<b>TIEMPO FUERA</b>	Consiste en <b>aislar</b> al niño en un lugar carente de estímulos para que no obtenga los reforzadores positivos (atención, risas, etc. de los demás o de determinados compañeros,..), <b>con el fin de que esa conducta desaparezca</b> . Se aplicará inmediatamente después de la conducta inadecuada.  Se puede aplicar de manera total (fuera del aula) o parcial (en un rincón del aula), y no debe sobrepasar los 10 minutos), se aplicará aproximadamente un minuto por año de edad.	Si gritas en clase, saldrás cinco minutos fuera. Cada vez que hagas un chiste en voz alta saldrás cinco minutos fuera. Cada vez que molestes te sentarás a mi lado el resto de la clase (Tiempo fuera parcial).
<b>EXTINCIÓN</b>	Consiste en dejar de recompensar conductas con el objetivo de que disminuyan y desaparezcan.  Se <b>deja de aplicar</b> el reforzador (recompensa positiva) <b>que mantiene</b> esa conducta. Se requiere ser constante y firme.  Para ello se ignora una conducta, sin mirarle, ni razonar con él ni hacer gestos o "caras". Se puede recompensar otra conducta deseable o compatible.	Si el alumno demanda la atención del profesor de manera inadecuada (gritando, con lenguaje despectivo,..), se le ignorará. Si se da una falta de autoridad al profesor no se dará atención verbal ni visual.

## RECOMENDACIONES PARA ADAPTAR EL SISTEMA DE ENSEÑANZA.

- a) Mantener una enseñanza activa y una continua especificación de la conducta que se espera del niño cuando trabaja.
- b) Prácticas graduadas y uso explícito de refuerzo social para dar apoyo no sólo al rendimiento, sino al hecho de estar sobre las tareas, es decir de estar trabajando, intentándolo.
- c) Posibilidad de que determinadas horas de la semana reciba apoyos, de instrucción individual o en pequeño grupo.
- d) Mucho énfasis en el aspecto organizativo: enseñar al niño a planificar antes de actuar (desde cosas simples como preparar "todo el material necesario" antes de iniciar una tarea hasta aspectos más complejos de la resolución de problemas).
- e) Aumentar la estimulación de las tareas (necesidad de cambiar formatos, introducir novedades, etc.)
- f) Permitir al niño un acceso continuado a las instrucciones de "cómo se hace" en todas las tareas, incluso durante los controles de evaluación.
- g) Emplear un sistema de autoreforzamiento individual y colectivo en el aula.
- h) Alternar en una misma prueba o control diferentes formas para evaluar (opción múltiple, falso y verdadero, desarrollo de preguntas, frases para completar, evaluación oral...)

## **TDAH: ASPECTOS DIDÁCTICOS**

- a) El niño con TDAH necesita combinar cortos periodos de atención con acción manipulativa (principio de actividad).
- b) Las tareas han de dividirse en etapas breves. Determinar el tiempo de trabajo/atención y ajustar su trabajo a ese tiempo, que poco a poco deberá aumentarse a medida que el niño progrese (principio de secuenciación).
- c) No se debe pasar de una etapa a otra sin que se tenga constancia de que ha habido asimilación de conocimientos (principio de progresión).
- d) El niño necesita continuamente saber los efectos de su actuación mientras aprende. No demorar reforzamiento ni ayudas (principio de feedback).
- e) El niño debe seguir su propio ritmo, por ello, a veces, son necesarias las adaptaciones curriculares específicas en algunas áreas (principio de individualización).
- f) Al iniciar el aprendizaje de cualquier habilidad nueva, los primeros ensayos del niño deben programarse para que sean exitosos. Aumentará su sensación de competencia (principio del éxito).

### **ESTRATEGIAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

#### **Para la Actividad Excesiva:**

La idea clave para estas situaciones es la de utilizar la necesidad de movimiento de estos niños, orientándola y reconduciéndola de manera productiva para ellos y para el resto de la clase.

- Trate de guiar la actividad hacia vías aceptables y constructivas. Por ejemplo, en lugar de tratar de reducirla completamente, el profesor puede fomentar un movimiento dirigido en la clase: repartir el material que se va a utilizar, permitir a estos alumnos que se pongan de pie mientras trabajan, especialmente hacia el final de la tarea...
- Utilice la actividad como recompensa. Para premiar la conducta apropiada o una mejora en la conducta del niño, como por ejemplo, al acabar una parte de la tarea, el maestro podría permitirle hacer un recado, limpiar la pizarra, organizar el material, u ordenar las sillas de la clase.
- Utilice respuestas activas, que impliquen acción en las clases, tales como la expresión oral, dramatizaciones, la creación y organización de murales, trabajo en la pizarra...
- Establezca un sistema de puntos a lograr por el hecho de permanecer sentados realizando el trabajo de clase. Mida el tiempo, corto, de pocos minutos al inicio para ir aumentándolo más adelante.
- Encárguele que sea el que cierre o abra la clase a la hora de los recreos, evitará que salga corriendo por los pasillos.
- Practique en clase periodos cortos de relajación y autocontrol. Enseñe a sus alumnos a respirar profunda y lentamente, a cerrar los ojos y a sentir la diferencia entre tensión y relajación en las distintas partes del cuerpo. Practique diariamente.

#### **Para la Inhabilidad de Esperar:**

- Déle al niño la oportunidad de hacer actividades motoras o verbales mientras espera. Esto podría incluir enseñar al niño a continuar las partes mas fáciles de la tarea (o tarea que sirve como sustituto) mientras espera la ayuda del maestro.
- Permita que el niño prepare y planifique mientras espera. Por ejemplo, al niño se le puede permitir que dibuje mientras espera, o se le puede guiar para que subraye o escriba instrucciones u otra información pertinente.

- Cuando la inhabilidad de esperar se torna en impaciencia o en una actitud autoritaria y agresiva, proporcione conductas alternativas por ejemplo, que el alumno lea una frase, que cuente diez del diez al cero, de tres en tres... También es importante hacer saber al alumno cuando una tarea va a resultar difícil o a requerir mayor tiempo de control.
- Ignore completamente cuando reclame su atención antes de haber finalizado la tarea. Refuerce de inmediato la demora en la respuesta

#### **Para la Dificultad en Comenzar las Tareas:**

- Aumente la estructura de las tareas y subraye las partes importantes. Esto incluye animar al niño para que tome notas, darle las instrucciones tanto escritas como verbalmente, dejarle saber en detalle las normas para un trabajo aceptable, y enseñarle como estructurar las tareas: por ejemplo leer los títulos, los párrafos, establecer conclusiones...

#### **Para la Falta de Atención necesaria para Completar Tareas o Actividades Rutinarias:**

- Disminuya la duración de la tarea, organizando su ejecución por etapas, o que puedan ser completadas a diferentes horas o asignar menos cantidad de ejercicios, reducir los problemas matemáticos,... Es mejor que realice poco trabajo y frecuente que mucho a la vez.
- Utilice estrategias de concentración previas al inicio de la realización de la tarea: que rellene de puntos un pequeño círculo, que se estire, dibuje un cubo...
- Asegúrese que las tareas sean interesantes. Los maestros pueden aumentar el interés en las tareas permitiendo que los niños trabajen junto con sus compañeros o en pequeños grupos, con materiales visuales, auditivos o manipulativos y combinando las actividades de mayor interés con aquellas de menor interés.
- Utilice el juego para que los niños revisen su trabajo y para que aprendan de memoria el material rutinario.
- Hágale preguntas frecuentes y secuenciadas con marcadores temporales. "empezamos por...Y después de esto...y ahora pasamos a...por último..."

#### **Para Incumplimiento y Tareas Incompletas:**

- Aumente en general el interés de las tareas y permita que el niño tenga la libertad de escoger entre ellas. Los maestros pueden permitirle al alumno con TDAH la oportunidad de escoger entre algunas tareas, temas, y actividades. Sería útil además que los maestros determinaran cuales actividades prefiere el alumno y así utilizarlas como incentivos.
- Asegúrese que las tareas caigan dentro de las habilidades de aprendizaje del alumno y su estilo preferido para responder. Hay una mayor probabilidad de que los alumnos completen las tareas si se les permite responder de diferentes maneras (por ejemplo, escribiendo las tareas en el ordenador) y cuando la dificultad varía y se puede graduar. Es importante asegurar que la razón por la cual el niño no completa las tareas no sea por falta de organización.

#### **Para Completar las Tareas a Tiempo:**

- Anime al niño para que use listas y para que organice sus tareas: utilice las agendas, escriba las tareas en la pizarra, y asegúrese de que el niño las anote.
- Establezca rutinas para colocar y ubicar fácilmente aquellos objetos que el niño utiliza a menudo tales como libros, tareas, y ropa. Los maestros pueden animar al niño para organizar su escritorio o armario con placas y lugares para ciertos objetos.
- Enseñe al niño para que al salir de un lugar a otro se pregunte, "¿Traje todo lo que necesito?"

## ANEXO VI.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### METILFENIDATO

Se recomienda una cuidadosa titulación de la dosis para determinar la óptima para cada niño, y el objetivo es conseguir la remisión de los síntomas, no sólo la mejoría. Inicialmente se recomienda comenzar con dosis bajas, de 0,5 mg/kg/día de MTF de liberación inmediata, en 2-3 dosis al día, subiendo progresivamente en el lapso de 2-4 semanas hasta la dosis óptima, que será la que produzca mayor remisión de síntomas sin efectos secundarios, con una dosis máxima de 60 mg/día.

#### PREPARADOS

1. **Rubifén®** Comprimidos de 5, 10 y 20 mg. Inicio rápido de la acción con una duración de 4 a 6 horas. Se presenta en comprimidos, que pueden fraccionarse y masticarse. Deben tomarse con las comidas o poco después (hasta 30 minutos).

2. **Concerta®** Comprimidos de 18mg, 27mg, 36mg y 54mg. El 22% del producto se encuentra en la cubierta de la cápsula y es de liberación rápida; el resto, se almacena en dos compartimentos en el interior de la cápsula y se va liberando a partir de la primera hora de forma progresiva. Una o 2 horas tras su ingesta se produce un pico plasmático similar a una dosis equivalente de Rubifén. Con posterioridad la concentración plasmática no desciende, sino que aumenta ligeramente hasta alcanzar un segundo pico mayor que el primero a las 6 – 8 horas de la ingesta, tras el cual la concentración plasmática va disminuyendo, pero mantiene niveles eficaces unas 12 horas. La cubierta de la cápsula se elimina íntegra en las heces. No puede masticarse. Su absorción no se ve influida por las comidas. Se administra en dosis única matutina.

3. **Medikinet®** Capsulas de 10, 20, 30 y 40 mg. Las cápsulas contienen a su vez microgránulos llamados pellets. Los pellets están recubiertos de metilfenidato (50% del total), que se libera rápidamente. La cubierta del pellet se disuelve en el ácido del estómago y libera el restante 50% de su interior a una velocidad que podría variar según el pH y la rapidez de vaciado gástrico. Efecto clínico apreciable durante aproximadamente 8-10 horas.

Se debe administrar durante o inmediatamente después del desayuno. La cápsula puede abrirse, administrándose su contenido, o parte, junto con alimento.

#### EQUIVALENCIAS

Medikinet®	Rubifen®	Concerta®
10 mg/día (una toma)	10-15 mg/día (en 2-3 tomas al día)	18 mg/día (en una única toma)
20mg/día (1o 2 tomas al día)	20 mg/ día (2-3 tomas al día)	27 mg/día (en una única toma)
30mg/día (1o 2 tomas al día)	30 mg/ día (2-3 tomas al día)	36 mg/día (en una única toma)
40 mg/día (1o 2 tomas al día)	35 -50 mg/ día (2-3 tomas al día)	54 mg/día (en una única toma)

**VENTAJAS E INCONVENIENTES DE RUBIFÉN FRENTE A CONCERTA Y MEDIKINET**

	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Rubifén</b>	Dosis fácilmente ajustable Coste 6-11 veces inferior	Peor adherencia al tratamiento, al requerirse 2 – 3 dosis /día.
<b>Concerta</b> <b>Medikinet</b>	Mejor adherencia al tratamiento Mejor curva plasmática.	No permiten ajustes tan finos de dosis. Concerta no se puede masticar y puede resultar difícil de tragar en pequeños. Son mucho más caros.

	<b>Concerta®</b>	<b>Medikinet®</b>
<b>% liberación inmediata</b>	22	50
<b>% liberación prolongada</b>	78	50
Presentación farmacéutica	El <b>comprimido</b> de Concerta® no se puede machacar ni masticar	Las <b>cápsulas</b> de Medikinet® tienen la posibilidad de abrirse, y es posible espolvorear su contenido en alimento blando como el yogurt para aquellos niños con dificultades al tragar
Duración de la acción	12 horas	7-8 horas

**ATOMOXETINA**

**PREPARADOS:**

**Strattera®** cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60 mg.

**ADMINISTRACION:**

Puede ser administrada con las comidas o fuera de ella.

**Niños y adolescentes hasta 70 kg de peso**

Se deberá iniciar la administración de atomoxetina en una dosis diaria total de aproximadamente 0,3-0,5 mg/kg y se deberá aumentar **después de 7 días** como mínimo hasta una dosis diaria total objetivo de aproximadamente 1,2 mg/kg ya sea en una sola dosis diaria por la mañana o en dosis divididas uniformemente por la mañana y a última hora de la

tarde/primera hora de la noche. No se ha demostrado beneficio adicional para dosis superiores a 1,2 mg/kg/día. La dosis diaria total en niños y adolescentes no deberá ser superior a 1,4 mg/kg o 100 mg, el que sea inferior.

**Niños y adolescentes de más de 70 kg de peso y adultos:** Se deberá iniciar la administración de atomoxetina en una dosis diaria total de 40 mg y se la deberá aumentar **después de 7 días** como mínimo hasta una dosis diaria total objetivo de aproximadamente 80 mg ya sea en una sola dosis diaria por la mañana o en dosis divididas uniformemente por la mañana y a última hora de la tarde/primera hora de la noche. Después de 2 a 4 semanas adicionales, se puede aumentar la dosis hasta 100 mg como máximo en pacientes que no hayan obtenido una respuesta óptima. No hay datos que sustenten que una dosis más alta sea más eficaz.

### RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL USO DE ATOMOXETINA

Situación	Recomendación
Inicio Peso < 70 kg:	empezar con 0,3-0,5 mg/kg/día y aumentar tras 1-2 semanas a 1,2 mgs/kg/día
Inicio Peso > 70 kg:	empezar con 40 mg y aumentar tras 1-2 semanas a 80 mg día
	Si va a hacer transición desde un estimulante a atomoxetina, la coadministración temporal puede asegurar el tratamiento del paciente mientras la atomoxetina empieza a actuar
Cápsulas	No abrir la cápsula, se debe deglutir entera
Vómitos, dolor abdominal	La administración con comidas limita los efectos adversos gastrointestinales
somnolencia	administrarla por la noche
presión arterial y frecuencia cardiaca	El pulso y la presión arterial deberán ser medidos al inicio y periódicamente.
Función Hepática	en los 120 primeros días controlar función hepática, Retirar la medicación si se elevan las transaminasas o aparece ictericia
Crecimiento	Control periódico y deberá considerarse la interrupción del tratamiento en pacientes que no crecen o aumentan de peso de manera satisfactoria
Prolongación del intervalo QT	Precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT o antecedentes familiares de prolongación del intervalo QT. Igualmente, debe evitarse su uso con fármacos que prolongan el QTc.
precaución	En pacientes con antecedentes de disfunción hepática, cardiovascular, glaucoma trastornos emocionales o ideación suicida.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):	No deberá ser tomado junto con un IMAO, ni dentro de las 2 semanas después de interrumpir la administración de un IMAO. No deberá iniciarse el tratamiento con un IMAO dentro de las 2 semanas después de interrumpir la administración de atomoxetina.
Interrupción	No es necesaria la interrupción progresiva de atomoxetina

## **ABORDAJE DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN:**

### Anorexia, pérdida de peso dolor abdominal:

- administrar las dosis con las comidas
- Proporcionar un desayuno con alto contenido calórico y lo mismo a la hora de la merienda y la cena.
- Limitar los estimulantes a las necesidades más prioritarias. Considerar la derivación a un dietista.

### Disminución de la velocidad de crecimiento:

- Limitar la medicación a las necesidades prioritarias
- Vacaciones terapéuticas. Considerar medicación alternativa

Función hepática en los pacientes tratados con atomoxetina se debe valorar al inicio y a los 3 meses de tratamiento.

- Retirar la medicación si se altera.

### Insomnio:

- Ambiente tranquilo a la hora de acostarse, sin estímulos distractores (TV, videoconsolas, música...)
- Evitar estimulantes (cacao, chocolate, Coca-Cola...) por las tardes
- Administrar la dosis por la mañana temprano.
- Evitar la dosis del medio día o tarde si es posible.
- Cambio de forma farmacéutica a un preparado de acción corta o intermedia.
- Considerar adjuntar medicación para el sueño (melatonina) o derivar a especialista

### Repunte de los síntomas vespertino:

- Solapamiento de dosis,
- Bajar la dosis
- Ensayar fármacos de acción larga combinados con los de acción corta.

### Irritabilidad, disforia generalizada, agitación:

- considerar posible comorbilidad, considerar derivar a especialista
- Reducir o cambiar a preparados de larga duración

### Tics Simples:

- Sopesar beneficios/riesgos
- Considerar tratamiento alternativo
- Considerar derivar a especialista

### Dolor de cabeza:

- Reducir la dosis con retorno gradual a la dosis optima.
- Ensayar preparados de larga acción
- Considerar tratamiento alternativo



**Revisión en los primeros 3 meses de iniciado el tratamiento:**

- **Tolerancia:**

- ◆ Sueño
- ◆ Apetito                      Peso
- ◆ Irritabilidad/tristeza/ apatía
- ◆ Rebote vespertino
- ◆ TA,                      FC,                      Auscultación cardiaca normal                      si                      no
- ◆ Si usa atomoxetina:
  - Palpación abdominal, astenia, coluria, ictericia...                      si                      no
  - (Si aparecen estos síntomas hacer análisis de afectación hepática)

- **Respuesta al tratamiento:**

- Mejora en el rendimiento escolar                      si                      no
- Mejora en la conducta en el colegio                      si                      no
- Mejora en el ambiente familiar                      si                      no
- Mejora de las relaciones sociales.                      si                      no

**SEGUIMIENTO:**

Al menos 2 veces al año:

- **Tolerancia:**

- ◆ Sueño
- ◆ Apetito                      Peso
- ◆ Irritabilidad/tristeza/ apatía
- ◆ Rebote vespertino
- ◆ TA,                      FC,                      Auscultación cardiaca normal                      si                      no
- ◆ Si usa atomoxetina:
  - Palpación abdominal, astenia, coluria, ictericia...                      si                      no
  - (Si aparecen estos síntomas hacer análisis de afectación hepática)

Al menos 1 vez al año:

- **Respuesta al tratamiento:**

- Mejora en el rendimiento escolar                      si                      no
- Mejora en la conducta en el colegio                      si                      no
- Mejora en el ambiente familiar                      si                      no
- Mejora de las relaciones sociales.                      si                      no