



**PROGRAMA ESPECÍFICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
2001-2006**



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional
Contra las Adicciones

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Dr. Misael Uribe
Coordinador General de
los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Salvador González Gutiérrez
Director General de los Servicios de Salud Mental

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social

Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

Primera edición, 2002

D.R.. Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
ISBN-----

La información de esta publicación se puede obtener como documento PDF en la página de Internet de la Secretaría de Salud:
www.ssa.gob.mx

MENSAJE DEL COMISIONADO NACIONAL

La comprensión y atención de los problemas de salud mental de la población es una prioridad de la Secretaría de Salud. Dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 contiene los Programas Específicos de Salud Mental como una respuesta a las demandas y necesidades de la población en torno a su salud integral y en este caso a su salud mental. Los Programas están enfocados a organizar, desarrollar y dar seguimiento a diversas acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social en los tres niveles de atención y con una cobertura nacional.

Por estas razones el Consejo Nacional contra las Adicciones, a través de los Servicios de Salud Mental, ha establecido el Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención que es, sin duda, uno de los problemas de salud mental más comunes y que interfiere de múltiples formas con el desarrollo de los individuos. Se estima que en México existen alrededor de 1,500,000 niños que lo padecen y si contamos a los adolescentes y adultos que continúan con problemas, la cifra de personas afectadas puede alcanzar los 3 millones; es la causa más frecuente de consulta en los servicios de salud mental, es un obstáculo constante en el desarrollo académico de niños y adolescentes, es un factor de preocupación en el funcionamiento de las familias y es un antecedente frecuente en la aparición de adicciones que van desde el tabaco hasta drogas de consumo ilícito. Pero es también un problema que ofrece múltiples oportunidades de intervención y en el que la experiencia mundial ha mostrado resultados favorables en su manejo.

Los propósitos principales del Programa buscan promover su temprano reconocimiento y manejo oportuno, en el se contemplan acciones para lograr una mayor difusión en la población en general y en el magisterio acerca de sus características y alternativas de atención ya que con frecuencia se presentan dificultades en el logro de los objetivos educativos de la población afectada, lo que a la vez representa un componente constante de tensión en la familia y en el entorno escolar que requiere de una permanente e integral intervención del personal de salud, en particular médicos generales y especialistas que tienen la responsabilidad de su manejo así como de psicólogos y trabajadores sociales que tienen un lugar fundamental en el proceso de atención del problema y de los que de él se derivan. Igualmente propone el desarrollo de modelos de atención y acciones de

investigación de carácter epidemiológico, clínico, farmacológico y social. Entre sus acciones, la participación social es de particular importancia ya que promueve la convocatoria para que las organizaciones sociales compartan sus iniciativas y esfuerzos con los gubernamentales para lograr y mantener beneficios conjuntos.

Este programa se articula con otros esfuerzos simultáneos que el Gobierno Federal realiza en colaboración con las entidades federativas y otras organizaciones sociales. Tal es el caso de los Programas de Acción de Arranque Parejo y Escuela Saludable que ya que están en operación. Su instrumentación es una muestra del compromiso adquirido para impulsar acciones a través de un trabajo coordinado, sistemático y sostenido en el campo clínico, asistencial, académico y de investigación cuya finalidad es mejorar y fortalecer las condiciones de vida de los pacientes, de su familia y de la población en general.

Guido Belsasso

Comisionado del
Consejo Nacional contra las Adicciones

Presentación

En nuestro país, entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, que representan en conjunto el 18% del total de AVISA; las cuales tienen un fuerte impacto en la economía y en la sociedad al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan el 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), alcanzan el 11.5% de la carga total de enfermedades.

Por lo anterior, durante esta administración uno de los Programas Prioritarios de la Secretaría de Salud es el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006, el cual fue publicado y presentado por el C. Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, en el mes de octubre del año próximo pasado.

El corolario de este Programa de Acción, particularmente por ser el primero en su género en nuestro país, es la formulación de Programas Específicos en: Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Demencias y Trastornos Asociados, Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, Trastorno por Déficit de Atención, Enfermedad de Parkinson y Atención Psicológica en Casos de Desastre.

Estos ocho Programas buscan dar respuesta a aquellos trastornos psiquiátricos y neurológicos que tienen una alta prevalencia y producen discapacidad.

Para la elaboración de estos Programas Específicos se conformaron Comités Consultivos Académicos (CCA) que están presididos por un Vocal Ejecutivo y están integrados por especialistas del más alto nivel profesional, académico y de investigación, los cuales en conjunto aportaron sus valiosos conocimientos para los contenidos de cada programa y fijaron las grandes estrategias, líneas de acción y acciones específicas para la implantación de los mismos. Se hizo, por parte de la Dirección de Coordinación Técnica de Programas del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, un esfuerzo para homogeneizar los programas en la medida de lo posible, ya que cada uno de ellos tiene una identidad definida y los diferentes trastornos tienen un abordaje diferente.

Los Programas Específicos se ponen a la consideración de la comunidad médica, científica y administrativa en el ámbito de la salud mental en México, esperando les sean de utilidad en el desempeño de sus labores y buscando construir una base de conocimientos común que

permita consolidar una respuesta eficaz, eficiente y oportuna a los problemas de la salud mental en nuestro país.

Salvador González Gutiérrez

Director General

Servicios de Salud Mental

Índice

Introducción

Primera parte

Análisis de la Problemática del Trastorno por Déficit de Atención

Capítulo 1

Antecedentes históricos

Capítulo II

Conceptos Generales sobre el Trastorno por Déficit de Atención

- Definición
- Manifestaciones clínicas
- Factores asociados a la enfermedad
- Grupos de riesgo
- Diagnóstico
- Evolución y pronóstico
- Tratamiento
- Comorbilidad
- Efectos sobre la salud, la educación y el desarrollo social

Capítulo III

Epidemiología

Capítulo IV

Diagnóstico Situacional del Trastorno por Déficit de Atención en México

Acciones del Estado para la atención del TDA

- Infraestructura

- Investigación
- Formación y capacitación de recursos humanos
- Promoción y prevención
- Detección
- Diagnóstico y tratamiento
- Normatividad y legislación

Segunda Parte

Plan de Acción

Capítulo V

Los retos

Capítulo VI

Objetivos

- Objetivo general
- Objetivos específicos

Capítulo VII

Estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas

Capítulo VIII

Sistema de seguimiento y evaluación del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

Reconocimientos

Bibliografía

Apéndices

- Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

- Programas de Acción de la SSA vinculados con el Programa Específico de TDA
- Criterios del CIE-10 para trastornos hipercinéticos
- Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno por déficit de atención
- Directorio de centros de atención para el tratamiento de TDA
- Abreviaturas y acrónimos
- Glosario

Introducción

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más común en la población infantil. Se caracteriza por la presencia de inatención e impulsividad; puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes que acuden a consulta en algún servicio de salud mental, con una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales como el síndrome oposicionista-desafiante y el trastorno disocial, así como con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje, lo que impacta de una manera importante la relación social y familiar.

En términos conservadores, se estima una prevalencia del 5% en población infantil y adolescente; por lo que en nuestro país existen aproximadamente un millón 500 dentro de este grupo de edad con este problema, cifra que podría duplicarse si se toman en cuenta los adultos que continúan padeciéndolo. Se calcula que el 50% de los niños que acuden a un servicio de consulta externa en un centro de salud de segundo nivel de atención presenta este trastorno.

Hace algún tiempo se pensaba que dicho trastorno desaparecía en la etapa de la adolescencia, sin embargo, aún en más del 50% de los casos, el trastorno perdura hasta la edad adulta, lo que aumenta el número de personas con este padecimiento.

Este grupo de pacientes es también más vulnerable a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; los adolescentes con TDA tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia, comparados con los que no padecen el trastorno. La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que se presenten otros trastornos como es el caso de la farmacodependencia. Las consecuencias de este padecimiento subrayan la importancia de establecer lineamientos generales para su manejo, obteniendo un beneficio para los enfermos y sus familias.

El Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006 deriva del Programa de Acción en Salud Mental 2001- 2006 y consta de dos partes. La primera de ellas se refiere al análisis de la problemática del TDA que consta de cuatro capítulos. El primero, se refiere a los pocos antecedentes que existen acerca de este padecimiento; el segundo capítulo describe los conceptos generales sobre TDA, entre los que se encuentran: definición, manifestaciones clínicas, factores asociados a la enfermedad, grupos de riesgo, diagnóstico, evolución y pronóstico, tratamiento, comorbilidad y efectos sobre la salud, la

educación y el desarrollo social. El tercer capítulo menciona lo referente a la epidemiología del padecimiento. El cuarto capítulo describe el diagnóstico situacional, abarca las acciones que se han llevado a cabo en nuestro país en materia de infraestructura, investigación, formación de recursos humanos, promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y normatividad y legislación al respecto.

La segunda parte es el Plan de Acción del Programa, y está dividido en cuatro capítulos. El capítulo cinco describe los retos a los que nos enfrentamos. El capítulo seis plantea el objetivo general y los objetivos específicos del Programa. El séptimo se refiere a las estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas que guiarán la operacionalización del mencionado programa. El capítulo ocho plantea el seguimiento y evaluación del mismo. Este programa está dirigido, principalmente, a fortalecer las acciones que ya son llevadas al cabo por las diversas instituciones involucradas en el problema del TDA, así como a proponer nuevas estrategias para que sean realizadas en las entidades federativas, en el Sector Salud y Educativo, y en los sectores público, social y privado a través de convenios y acuerdos de colaboración, como de concertaciones. Se pretende que el contenido sea utilizado para desarrollar tanto programas estatales, como estrategias que dirijan las acciones operativas, con el fin de que llegue a la población afectada de manera satisfactoria, mejorando así la calidad de vida de las personas que padecen el Trastorno por Déficit de Atención, las de la familia y la sociedad.

PRIMERA PARTE

Análisis de la Problemática del Trastorno por Déficit de Atención

Capítulo I

Antecedentes históricos

El trastorno por déficit de atención (TDA) fue reconocido clínicamente como una entidad independiente desde finales de la primera mitad del siglo pasado. Aún cuando, sin lugar a dudas, el problema ha existido desde mucho antes, siempre se consideró como una problemática educativa, fundamentalmente familiar y como una dificultad en el desarrollo académico. Su identificación como una condición clínica ligada a la salud se originó al caracterizar a un grupo de niños que tenían dificultades para guardar una conducta pertinente en el salón de clases, que se movían constantemente y que tenían una capacidad reducida para prestar atención. Originalmente clasificados como niños con “daño cerebral mínimo” su nomenclatura cambió con el progresivo conocimiento del problema y se aplicaron diferentes denominaciones que incluyeron “disfunción cerebral”, “disfunción cerebral mínima”, “hiperquinesia”, “niño hiperactivo” y varios otros. Las cuidadosas revisiones del sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) en sus diversas versiones, permitieron que la nomenclatura se fuera corrigiendo progresivamente hasta el momento actual, en donde se acepta de manera universal el término: *trastorno por déficit de atención* haciendo mención de que el mismo puede acompañarse o no de hiperactividad; esta uniformidad de criterios ha permitido caracterizar de manera específica a este problema.

Capítulo II

Conceptos Generales sobre el Trastorno por Déficit de Atención

Definición

De acuerdo con la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad”, con una duración mínima de seis meses, más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños con un grado de desarrollo similar. Algunos de los síntomas deben de haber estado presentes antes de los siete años, aunque la mayoría de los niños son diagnosticados cuando son obvios durante varios años. Debe existir deterioro en, por lo menos, dos ámbitos, y debe interferir con el funcionamiento apropiado en la actividad social, académica o laboral.

En el CIE-10 se conoce como trastorno hipercinético (Déficit de Atención, Hiperactividad).

Los síntomas más frecuentes que se describen son: los pacientes no pueden estarse quietos; están en movimiento continuo; no pueden esperar a los demás; tienen dificultades para concentrarse. Los más jóvenes, son los que tienen más dificultades para completar sus tareas escolares.

El nombre actual, trastorno por déficit de atención, indica que la base fisiológica es una disminución en el mantenimiento de la atención. Los niños con este trastorno son inquietos, se mueven constantemente, son irritables, rebeldes y en general no pueden mantenerse en una tarea por tiempo prolongado. Su aprendizaje es deficiente y no se relaciona con la inteligencia del niño, la mayoría de ellos tienen una inteligencia normal o superior. El TDA no se debe a alguna lesión macroscópica del cerebro, sino a una conjunción de factores dentro de los que se incluyen los genéticos, neuroquímicos y medioambientales, entre otros. La mayoría de los niños con déficit de atención no hacen las tareas escolares solos y requieren de la ayuda de alguno de los padres para realizarlas. En general, son muy demandantes y los padres, generalmente la madre, sienten que invierten mucho tiempo en ellos. Los padres con frecuencia sienten que los síntomas presentados por sus hijos se deben a que la educación que les han dado es inadecuada y tienen sentimientos de culpa, por lo que es muy importante educar a los padres en el manejo de sus hijos y en el

conocimiento preciso del padecimiento, para que los tratamientos que se apliquen sean más eficaces.

Manifestaciones clínicas

El TDA es un problema con características clínicas variadas que se presentan en diversos momentos de la niñez y rara vez ocurre por primera ocasión en la adolescencia. Prácticamente nunca se presenta clínicamente en la edad adulta sin que hayan existido síntomas previamente. Existe una ligera prevalencia mayor entre los varones, aunque esta selección de género no es tan marcada como se pensó con anterioridad.

Sus síntomas pueden presentarse de manera simultánea o de forma sucesiva. Su intensidad es variable y se consideran formas leves, moderadas o severas, aunque existe homogeneidad entre los síntomas pudiendo ser en cada caso un síntoma el que prevalece.

Los tres síntomas característicos del padecimiento son:

- a) **Una incapacidad para concentrarse por periodos suficientes de tiempo.** Esto es, una dificultad para prestar atención, particularmente en materias de poco interés para el sujeto, de tal manera que pudiera ser que fuera capaz de mantenerse atento en algunas actividades, pero no en otras. Este síntoma se presenta en todas las actividades cotidianas y todo el tiempo, pero se vuelve muy significativo en los deberes escolares.
- b) **Una inquietud motora exagerada a la que también conocemos como hiperactividad o hiperquinesia.** Básicamente, este síntoma se manifiesta como una gran dificultad en quedarse quieto, aún cuando no existen movimientos anormales. Cambiar de posición con frecuencia, mover las extremidades constantemente, caminar, trepar, brincar, tomar objetos, son algunos de los elementos que se observan regularmente en estas personas. Algunas veces la inquietud puede observarse durante el sueño pero esto no es característico, pues muchos niños afectados tienen periodos en donde duermen tranquilamente. En ocasiones esta presentación clínica se interpreta como un exceso de energía, sobre todo en los muy pequeños.
- c) **Una incapacidad para controlar las emociones.** Esta es una marcada impulsividad en las respuestas a los estímulos del medio ambiente. Es un síntoma particularmente perturbador para la vida en sociedad y se manifiesta como una dificultad en esperar su turno, una respuesta verbal o motora sin que medie un periodo de reflexión, lo que

conduce a interrumpir conversaciones, a contestar de manera exagerada a situaciones aparentemente no agresivas. Existe igualmente irritabilidad, cambios de humor frecuentes y súbitos y regularmente lleva a calificar a estos niños como violentos o agresivos. Debe hacerse notar, que esta dificultad para controlar las emociones no se refiere únicamente a conductas negativas, si no que también ocurren en la expresión de sentimientos afectivos o amorosos, comportándose de manera exagerada en este contexto o bien en lo que pudiera considerarse inapropiado, puesto que pudiera tener expresiones de afecto inesperadamente exageradas, aún hacia los extraños.

Esta triada: inatención, hiperactividad e impulsividad, es prácticamente constante, aun y cuando debe hacerse notar que la hiperactividad puede estar ausente o puede existir una presentación con hipoactividad, que es una forma poco frecuente.

Existe otra serie de síntomas importantes que se ven de manera irregular y que frecuentemente se presentan como comorbilidad con otros padecimientos. Tales serían una actitud constantemente opositora o negativista, sobre todo ante la autoridad, presentan errores de juicio, nerviosismo, miedo exagerado a situaciones intrascendentes, ignorancia del peligro real que no son capaces de identificar y que les permite realizar actividades temerarias que pueden terminar en accidentes; igualmente pueden ser indiferentes ante las actitudes presentadas por otras personas, tener depresión, dificultades con la alimentación, con el sueño, enuresis, tics motores, trastornos del aprendizaje y pérdida de la autoestima.

En los niños muy pequeños se han descrito trastornos del ciclo del sueño, irritabilidad, respuesta exagerada a los estímulos y problemas de la alimentación, pero ninguno de ellos está calificado como específico y ciertamente no son factores predisponentes del trastorno. No es raro recopilar la historia de un niño con características completamente normales hasta la presentación, a veces sorpresiva, de algunos de los síntomas clave durante los primeros ciclos escolares.

En este sentido, hay que considerar el medio ambiente y la sensibilidad de la familia, que pudiera ser determinante en la identificación oportuna del problema. Una familia en donde algunos de los hermanos mayores se encuentran ya diagnosticados, tendrá una mayor capacidad para reconocer algunas de las alteraciones clínicas iniciales, que unos padres que no tengan ninguna experiencia con personas afectadas. Las familias de costumbres muy rígidas serán más propensas a llamar la atención sobre cambios de conducta, que las

familias muy liberales en la crianza de sus hijos o que aquellos que por actividades laborales o sociales tienen poca oportunidad de convivir con los menores. Lo mismo puede decirse del ámbito escolar, en donde los centros educativos muy poco tolerantes encontrarán con más frecuencia a los niños aún con muy pequeñas desviaciones, que las escuelas con sistemas muy liberales en donde conductas para otros sitios inaceptables, pueden considerarse como normales.

Neuroanatomía, neurofisiología y fisiopatología en el Trastorno por Déficit de Atención

Con la introducción de nuevas tecnologías de neuroimagen en la última década, se han logrado algunos progresos de interés en aspectos básicos del TDA. La extrema precisión de estos métodos ha dado acceso a estudios anatómicos que previamente se encontraban ausentes dado el carácter no mortal del problema y la escasez consecuente de estudios anatomopatológicos.

Las resonancias magnéticas realizadas a personas con TDA han demostrado consistentemente una pérdida de la asimetría normal entre ambos hemisferios cerebrales, así como una disminución en el volumen de algunas estructuras específicas. La corteza prefrontal y los ganglios basales, así como ocasionalmente el cerebelo, se ven persistentemente involucrados. No es fortuito el que la corteza prefrontal y los ganglios basales sean estructuras con abundantes receptores dopaminérgicos, lo que apoya la noción de que este neurotransmisor está en el centro de la fisiopatología.

La pérdida de la asimetría normal puede ser hasta del 10%. Los estudios de neuroimagen funcional, inicialmente con tomografía por emisión de un fotón simple (SPECT) y posteriormente con resonancia magnética funcional, manifiesta una menor perfusión cerebral en las áreas ya mencionadas y un flujo cerebral disminuido en la corteza prefrontal, la parte anterior del cíngulo y el estriado. Significativamente hay la evidencia de que el metilfenidato aumenta el flujo cerebral del estriado en niños con TDA comparados con controles. El uso de la tomografía con emisión de positrones (PET) usando fluorodesoxiglucosa para estudiar el metabolismo cerebral no ha proporcionado resultados consistentes, pero algunos estudios relacionan la reducción del metabolismo en la corteza prefrontal con la severidad de los síntomas. Usando tomografía con fluoro-DOPA se han podido observar niveles bajos de actividad dopaminérgica en los adultos con TDA y niveles

altos de DOPA en el cerebro medio de niños con TDA, lo que se considera puede estar revelando altos niveles de la enzima DOPA-decarboxilasa.

Todos estos estudios parecen orientarse sólidamente hacia la dopamina y las estructuras dopaminérgicas como las involucradas en el problema, aún cuando algunas evidencias están apareciendo sobre la importancia de la norepinefrina. En todo caso, ambas posibilidades pudieran combinarse y ser responsables de las variadas presentaciones y diversa severidad de la sintomatología. Resulta aún necesario realizar mayor investigación en este campo.

A pesar de que los avances en la investigación en neurociencia han sido notables en los últimos años, no se ha podido establecer con precisión cuál es el exacto mecanismo fisiopatológico responsable de la variada sintomatología que afecta a las personas con TDA. De los diversos mecanismos que se han explorado, hay cinco que parecen significativos:

1. Déficit en el proceso cognoscitivo, que plantea una alteración en la atención selectiva, resultado de una disfunción en el sistema dopaminérgico.
2. Exceso en los mecanismos de despertar, con disfunción concomitante del *locus coeruleus* y el sistema reticular activador, causadas por una alteración noradrenérgica.
3. Trastorno en los mecanismos de inhibición de la conducta.
4. Deficiente sistema de recompensa, causado por alteraciones de los circuitos límbicos acompañado de una defectuosa información procedente de la corteza prefrontal y de la corteza de asociación.
5. Procesos cognoscitivos, de mecanismos de activación del despertar y de las funciones ejecutivas.

Ninguno de estos mecanismos sería específico para TDA pero pueden ser causas de deficiencia en el proceso de atención.

El conocimiento del proceso normal del desarrollo de la atención y la inatención es limitado; mientras la información no sea más precisa en lo que se refiere al papel que tiene la plasticidad, las relaciones entre genes y medio ambiente, los mecanismos de inhibición y desinhibición de la conducta y otros mecanismos neurofisiológicos normales, será difícil el definir los mecanismos fisiopatológicos. Es necesario acercar la investigación básica a la

clínica para poder establecer modelos humanos más confiables que ayuden a ampliar el conocimiento.

Factores asociados a la enfermedad

A pesar de que los esfuerzos por conocer el origen del TDA se han extendido ya por casi medio siglo, la causa exacta del problema permanece básicamente desconocida; **muy probablemente el TDA es una condición que se produce como una consecuencia final de varias causas o de la combinación de algunas de ellas. Esto es, se trata de un problema heterogéneo sin que se conozca el significado que tienen probables factores protectores o favorecedores.** Sin embargo, se sabe que hay algunos factores que están en mayor o en menor grado implicados en su presentación. Estos pueden clasificarse en biológicos: a) genéticos, b) biológicos ambientales (pre o perinatales, tóxicos), c) psicosociales y de estructura o función cerebral anormal. Estos últimos podrían ser la consecuencia de una combinación de los anteriores.

Factores Biológicos

a) Genéticos

Dado que el TDA ha sido reconocido como un problema con un fuerte contenido genético (más del 60% de los pacientes tienen antecedentes familiares), el principal factor de riesgo corresponde a esta situación; la presencia de un caso en la prole de una familia aumenta el riesgo de que un nuevo miembro en la misma esté afectado.

Como una consecuencia de estudios clínicos sobre familias de personas con TDA y de niños adoptados, se ha establecido que este trastorno es altamente heredable, identificándose el factor en 0.75%, lo que sin duda es significativo. Sin embargo, tomar en cuenta sólo estos factores no explica todas las características del problema y más aún, a medida que se evidencia la relación entre la genética y el medio ambiente se hacen más complejas las alternativas etiológicas. Los estudios sobre gemelos, mono y dicigóticos son igualmente indicadores de la importancia de estos factores y las investigaciones de genes candidatos han despertado fundadas esperanzas de ampliar este conocimiento. En el momento actual **los dos genes** que se han venido refiriendo de manera consistente como genes **comprometidos en la etiología del TDA son el transportador de dopamina (DAT1) y**

el gen receptor de dopamina (DRD 4). El primero estaría involucrado en el aumento de recaptura y el segundo en la hiposensibilidad de los receptores a este neurotransmisor. Otros genes candidatos que parecen prometedores son el que codifica a la enzima catecolometil-transferasa (COMT) que está involucrada en el recambio de dopamina y norepinefrina, y el gen receptor de andrógeno (AR) que está ligado al cromosoma X. Probablemente cualquier alteración derivada del polimorfismo de algunos de estos genes, o de varios de ellos, requiera un complemento medio ambiental para que se desarrolle el trastorno.

b) Medio-ambientales

Otros factores de riesgo incluyen alteraciones ocurridas durante el embarazo, lesiones perinatales o secuelas de enfermedades cerebrales agudas en la infancia. Ninguno de ellos, sin embargo, ha podido ser demostrado como un factor consistente. Algunos estudios postulan la posibilidad de secuelas de infecciones virales basados en cierto agrupamiento estacional de los nacimientos de los niños con TDA, pero estos estudios no son consistentes. Recientemente algunas investigaciones han puesto de relevancia el hecho de que el hábito de fumar durante el embarazo constituye un factor de riesgo para que el producto desarrolle TDA. Esta posibilidad es congruente con algunas características fisiopatológicas del trastorno.

No se conoce con exactitud la influencia que estos factores puedan tener en la etiología del TDA, pero es un hecho de observación que las madres de niños con el trastorno, comparadas con controles, tienen una mayor frecuencia de complicaciones serias del embarazo como toxemia o trabajos de parto muy prolongados. Igualmente hay estudios que descubren un aumento en complicaciones menos severas como variaciones de peso, náusea excesiva, sangrados menores, enfermedad durante el embarazo o dificultades en el parto. Igualmente al estudiar un grupo de niños admitidos a una clínica de atención psiquiátrica infantil se encontró que sólo los niños con TDA tenían antecedentes significativos de dificultades perinatales a diferencia de niños con depresión, ansiedad o trastornos de conducta. Ahora bien, no puede ignorarse que la comorbilidad de TDA con otros trastornos mentales es alta, lo que dificulta la correcta interpretación de estos hallazgos.

Se han llevado al cabo varios estudios que analizan la importancia de diversos tóxicos químicos en la etiología del TDA; se han estudiado fármacos tomados durante el embarazo,

aditivos alimenticios, tóxicos presentes en medio ambiente, tabaco, alcohol y sustancias de uso ilegal ingeridas durante la gestación. De todos ellos se ha logrado establecer que las mujeres que durante su embarazo abusan de drogas de consumo ilícito, fumaron o ingirieron alcohol tienen una mayor posibilidad de que el producto de ese embarazo esté afectado por trastornos de la atención, problemas cognoscitivos o en general de aprendizaje. Igualmente hay estudios que apoyan el hecho de que la exposición al plomo, aún con niveles sanguíneos que pudieran considerarse no tóxicos, pueden favorecer la presentación de problemas de atención o de aprendizaje. No se encontró relación con otros metales, aditivos o medicamentos de uso terapéutico.

c) Psicosociales

Las condiciones sociales han sido también reconocidas como factores de riesgo y éstas se agrupan como desventajas sociales que incluyen pobreza, abandono, abuso o enfermedad mental en uno de los padres.

Ningún estudio hasta la fecha ha logrado establecer qué factores psicosociales, únicos o múltiples, son causa directa del TDA; sin embargo la adversidad psicosocial que implica diversos elementos como pobreza, abuso, abandono o enfermedad mental en los padres, influye sobre la severidad de los síntomas, sobre todo en aquellos casos en que existe comorbilidad con ansiedad, depresión o trastornos de conducta. Es muy probable que estos factores, aun cuando no directamente implicados en la etiología, tengan un papel en la capacidad de los niños de manejar su adversidad y, consecuentemente, resulte en manifestaciones más severas y en la comorbilidad. En resumen, el cuadro clínico que se presenta en TDA puede bien ser la consecuencia de varios de los factores aquí mencionados.

Grupos de riesgo

Los reportes internacionales acerca de prevalencia indican que el trastorno se encuentra presente en una mayor proporción en varones, aunque recientemente se cuestiona dicha información pues existe la posibilidad de que no se hayan detectado los casos del tipo desatento en mujeres ya que podría confundirse con conductas de tipo pasivo, evasivas o de timidez.

Diagnóstico

El diagnóstico del TDA es el ejemplo clásico del diagnóstico clínico. Esto es, se realiza mediante la toma de una historia clínica detallada y un examen físico completo, que incluye de manera fundamental la observación de la conducta. No existe ninguna prueba de laboratorio o gabinete que afirme o niegue la presencia del problema. Esta condición particular hace que el diagnóstico pueda resultar sencillo o muy complejo. La sensibilidad de la familia, de los maestros o de los examinadores influye en que los casos pasen inadvertidos o que se exagere su presencia.

Otras pautas que son consideradas en el diagnóstico, son:

- **Grandes dificultades para mantener la atención** (la atención se mantiene durante un corto espacio de tiempo, existen frecuentes cambios de actividad).
- **Inquietud física anormal** (muy evidente cuando está en clase o comiendo).
- **Impulsividad** (el paciente no puede esperar su turno o actúa sin pensar).
- **Problemas de disciplina, bajo rendimiento escolar y propensión a los accidentes.** Este patrón de comportamiento se presenta en todas las situaciones (colegio, casa, juego).

La mayoría de las personas con TDA tienen talentos y habilidades naturales, como cualquier niño normal, con los que pueden contar para tener éxito en la vida. De hecho, algunas de ellas sienten que sus esquemas de comportamiento les dan ventajas únicas y a veces no reconocidas. En ocasiones estas personas tienden a ser extrovertidas y preparadas para actuar. Debido a su impulso para buscar momentos de emoción, algunos llegan a tener éxito en negocios, deportes, construcción y oratoria.

Con combinaciones efectivas de medicación, nuevas destrezas y apoyo emocional, las personas con TDA pueden desarrollar maneras de controlar su atención y minimizar sus alteraciones conductuales.

Para sistematizar la información y uniformar el diagnóstico, el DSM al igual que la CIE han establecido algunas características de los síntomas, que al ser contabilizadas proporcionan una guía que permite realizar el diagnóstico sobre bases más objetivas y uniformes. Sin embargo, la revisión constante de estos parámetros, sufren cambios a medida que los conocimientos sobre este trastorno aumentan. En ocasiones, la consulta de diferentes

fuentes de conocimiento, como es el caso DSM-III, el DSM-IV o el CIE-10 hacen difícil establecer el diagnóstico, al comparar los diferentes criterios. Sin embargo, no hay duda de que tomados como un indicador general y acompañándose del juicio clínico, resultan de utilidad (Véase apéndice 1 y 2).

Los criterios diagnósticos sirven como una guía y tienen limitaciones, entre otras el haber sido diseñados para escolares, por lo que no son adecuados para niños menores de seis años o para adolescentes y adultos. Los términos “frecuentemente” o “dificultades” no están bien definidos y se prestan apreciaciones subjetivas y, la presencia de comorbilidad no se considera, lo que puede afectar el cuadro clínico. Diversas escalas intentan ser más específicas tanto en las conductas como en las variaciones etarias pero en términos generales no son definitivas. De aquí, que hay que considerar, que el diagnóstico sigue siendo una conclusión clínica basada en el conocimiento y la experiencia del examinador.

En cuanto a los exámenes de laboratorio y de gabinete conviene mencionar brevemente su utilización.

Laboratorio. No hay ninguna prueba específica. En algún tiempo se pretendió que la dosificación en la orina de productos terminales del metabolismo de los neurotransmisores pudieran ser una prueba útil. Esto no se ha confirmado y el procedimiento está abandonado.

Electroencefalografía. Aun cuando por muchos años pretendió utilizarse de manera rutinaria, lo cierto es que su contribución al diagnóstico ha sido poca. En el momento actual no se recomienda que se indique rutinariamente. No se considera que sus resultados “normal” o “anormal” puedan apoyar o negar la posibilidad del trastorno, ni que el término “inmadurez” se puede ligar a la causa o síntomas del TDA y sin lugar a dudas no hay relación alguna entre la presencia de descargas paroxísticas, con expresiones conductuales explosivas o de irritabilidad, impulsividad o hiperactividad. Su uso debe de reservarse para complementar el estudio de personas con crisis epilépticas, particularmente de la variedad de ausencias, lo que puede sospecharse mediante la clínica y pudiera confundirse con inatención.

Otros exámenes neurofisiológicos. Los potenciales evocados, incluyendo la medición de la onda P 300 y otras constantes neurofisiológicas no han probado tampoco ser de utilidad en el diagnóstico.

Neuroimagen. Aun cuando ya se menciona que existen algunos hallazgos en los procedimientos de imagen estática funcional, éstos no están presentes de manera constante y su significado es aun controvertible; sin embargo, la neuroimagen es un magnífico instrumento de investigación, pero no se considera su uso rutinario en el diagnóstico.

Pruebas psicopedagógicas y neuropsicológicas. Una mención especial merecen estas pruebas, mismas que constituyen el más importante complemento de la clínica. Su utilización ha sido establecida desde hace muchos años y colaboran al diagnóstico, a la clasificación de la variedad del trastorno y a la determinación de otras constantes que, si no son directamente atribuibles al TDA, sí permiten tener un panorama más integral del problema; tales serían las pruebas de inteligencia, de memoria, percepción y desde luego las muy específicas como de planeación y atención, que en épocas recientes se han enriquecido. Complementando estas pruebas, conviene aplicar diversas escalas diagnósticas específicas y profundizar en los aspectos psicosociales del problema. En conjunto, esta exploración es muy útil y, si acaso, algunas de sus limitaciones consisten en el tiempo diagnóstico que consumen, en la escasez de personal capacitado y consecuentemente en la dificultad para generalizar su uso.

Diagnostico Diferencial

Aun cuando la presentación del TDA puede ser muy clara, no hay duda de que síntomas tan amplios como los que conforman su identidad se presentan en una gran cantidad de problemas orgánicos o funcionales. El estudio debe ser cuidadoso y antes de emitir el diagnóstico de manera definitiva hay que realizar consideraciones clínicas y, si es necesario, pruebas complementarias. En ocasiones los síntomas preponderantes pueden ser producidos por un trastorno comórbido con TDA y si es así, hay que hacer una correcta distinción. En todo caso el diagnóstico diferencial debe de agrupar a tres grandes grupos de problemas:

a) **Enfermedades médicas.** Incluyendo alteraciones sensoriales tanto visuales como auditivas, déficit de atención inducido por medicamentos como el fenobarbital o los antihistamínicos, ausencias epilépticas, hipo o hipertiroidismo, trastornos de aprendizaje, retardo mental, lesiones del lóbulo frontal como tumores, abscesos o parásitos,

drogadicción, intoxicación por plomo y trastorno integral del desarrollo, especialmente la enfermedad de Asperger.

b) Trastornos psiquiátricos. Tales como trastorno oposicionista u oposicionista desafiante, trastorno de la conducta, del ánimo, de ansiedad, de personalidad, obsesivo-compulsivo, o con enfermedad bipolar, trastornos de ajuste con problemas conductuales, enfermedad de Tourette y tics múltiples.

c) Otras situaciones. Deben de considerarse la sobreactividad que es propia de la edad, los problemas familiares, situacionales o medio ambientales, una ubicación escolar inadecuada como sería el caso de niños sobredotados, con problemas de aprendizaje o retardados en su desarrollo colocados en clases regulares, ruptura familiar o social como en el caso de divorcio, ausencia de los padres, enfermedad, sobre todo mental, en algunos de los progenitores, disciplina familiar ausente o sumamente permisiva o incluso arreglos familiares caóticos, abuso en cualquiera de sus formas o abandono oculto o manifiesto por parte de la familia. Varias de las situaciones que se deben de considerar como diagnóstico diferencial forman parte de la frecuente comorbilidad y su presencia debe de analizarse con cuidado para realizar el o los diagnósticos precisos.

Evolución y Pronóstico

Contra lo que se creyó en algún tiempo, ahora es claro que el TDA es un trastorno que permanece para toda la vida en un buen número de casos. No hay ninguna razón para pensar que con la llegada de la adolescencia el problema desaparecerá. No hay evidencia de que al “madurar”, los síntomas nada más dejarán de existir. Se sabe que con el tiempo las manifestaciones se modifican en severidad. De esta manera y en términos muy generales, con el paso del tiempo la hiperactividad mejorará; de hecho, es difícil encontrar adultos con este síntoma, pero la inatención y sobre todo la impulsividad tienen una buena posibilidad de extenderse a la edad adulta, al mismo tiempo que aparecen otras características.

De los niños escolares con TDA, 85% manifestarán este trastorno en la adolescencia y de éstos, del 50% al 70% serán adultos con TDA. Esta evolución natural se ve modificada por la presencia de comorbilidad, que igualmente persiste y, desde luego, por el manejo que se da al problema. No hay duda de que el tratamiento correcto durante la niñez modifica la evolución y el pronóstico en la edad adulta, volviendo más sencillo el enfrentar la

problemática que se presenta en esas edades. También está descrito que, aun cuando ocurre de manera ocasional, un niño con TDA de cualquier intensidad, puede evolucionar muy favorablemente y no tener ninguna dificultad más adelante. Esta condición no es la regla y no se debe de confiar en esta posibilidad remota, posponiendo o evitando el tratamiento. El pronóstico que puede realizarse en un niño con TDA debe de ser cuidadoso y reservado; en este hay tres escenarios.

1. Al entrar a en la adolescencia pueden ocurrir complicaciones diversas como son los accidentes automovilísticos, producto de la natural insistencia en manejar que conlleva esta edad, aunada a la inatención y la impulsividad.
2. Puede surgir la adicción a drogas ilícitas, cuyo desarrollo se fundamenta en aspectos tanto fisiopatológicos como medioambientales y se incrementa con la continua necesidad de recompensa.
3. Los embarazos no deseados, producto de la impulsividad que los orilla a tener relaciones sexuales no protegidas, aun teniendo toda la información correcta para evitarlas.

Sin embargo, el problema más grande que enfrentan es la sensación de fracaso y la posibilidad de obtener una mala preparación académica, lo que impacta sin duda su desenvolvimiento como adultos.

En los adultos el TDA se manifiesta en la vida diaria con dificultades en el trabajo y en las relaciones personales, sociales y familiares. Bien manejadas estas personas pueden aprender a vivir con sus limitaciones y se aceptan a sí mismas como primer paso para lograr que otras los acepten. Están en juego las características muy positivas que pueden existir, como la creatividad, la espontaneidad, las manifestaciones muy afectuosas. Uno de los factores que puede afectar la evolución es la presencia de una importante desorganización para la vida cotidiana y para el trabajo. Esto puede ocurrir como consecuencia de inatención, impulsividad, problema de aprendizaje, dificultades con las funciones ejecutivas o una combinación heterogénea de varias de estas condiciones. La intervención temprana producto de una detección oportuna modifica probablemente la evolución y mejora el pronóstico.

Tratamiento

Se ha dejado establecido que el TDA requiere de intervención. No es válida la posición de esperar a que las cosas mejoren espontáneamente, aun cuando de manera ocasional, hay que enfrentar el caso en que la familia rechaza las intervenciones que se le ofrecen. Hay suficientes evidencias para afirmar que un manejo inteligente, oportuno y de preferencia interdisciplinario, mejorará el pronóstico, será útil como instrumento de prevención secundaria y facilitará la consecución de potenciales de desarrollo.

Se consideran las medidas de prevención primaria, el tratamiento farmacológico y otros tratamientos, incluyendo el psicosocial y educativo. Se debe aclarar que sólo se consideran aquellos tratamientos en donde existen evidencias científicas de utilidad y no se incluyen aquellos en donde los reportes son anecdóticos, basados en experiencias aisladas o mal conformados.

Prevención primaria

Como en todos los problemas de salud, no hay ninguna duda de que éste es el manejo más recomendable. Conociendo los factores etiológicos y fisiopatológicos con precisión, el evitar que el trastorno haga su aparición resulta el manejo ideal. Desgraciadamente no es el caso del TDA. Existiendo un desconocimiento de la exacta naturaleza de las causas y de su mecanismo de producción, y habiendo una gran cantidad de factores que influyen en su presencia y desarrollo, es claro que la prevención primaria resulta, en el mejor de los casos, compleja; sin embargo se pueden realizar intervenciones indirectas que influyan en su presentación.

El factor genético es el más importante en la etiología, pero no conocemos el defecto genético específico, con lo que no se puede pensar por el momento, en una intervención en este nivel, sin embargo, conociendo las posibilidades de que en la misma familia se presenten varios casos, esta información puede ser compartida con los padres dejándoles la oportunidad de elegir el desarrollo de futuros embarazos.

Dado que la presencia de alteraciones durante el embarazo o el nacimiento pareciera jugar un papel etiológico, al menos en algunos casos, el cuidado de estas etapas podría ser un mecanismo de prevención. De esta manera, es recomendable que todas las mujeres reciban una atención prenatal adecuada, que se prevengan las complicaciones menores o mayores y

que se eviten factores tóxicos involucrados en la génesis del TDA, como sería el hábito del tabaquismo o la farmacodependencia. Los nacimientos deben de ocurrir en las mejores condiciones posibles y la prevención o el tratamiento oportuno del sufrimiento fetal son condiciones factibles que pueden ser de utilidad.

En tanto que el conocimiento no sea más preciso, no se pueden recomendar medidas de prevención primaria que pudieran considerarse claramente benéficas. La investigación en esta materia es obligada y debe fomentarse.

Tratamiento farmacológico

Por más de medio siglo hemos conocido la utilidad del uso de medicamentos estimulantes en TDA. El primer fármaco de estas características que se usó fue la anfetamina, en su forma D y L-anfetamina. Posteriormente se agregaron la forma Dextro de la anfetamina, el metilfenidato, una forma de acción prolongada del mismo y el pemoline. Otros muchos medicamentos se han probado con diversos resultados. De una revisión reciente se incluye una lista razonablemente completa, clasificándolos según su utilidad y ofreciéndolos como alternativas:

1. Medicamentos que son tratamientos de establecida eficacia:

- Estimulantes
- Tricíclicos
- Bupropión

2. Medicamentos eficaces pero habitualmente no recomendados:

- Carbamazepina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa
- Neurolépticos convencionales
- Neurolépticos de aparición reciente
- Nicotina

Medicamentos probablemente eficaces:

- Venlafaxina
- Agonistas alfa 2 adrenérgicos (Clonidina)

3. Medicamentos posiblemente eficaces:

- Bloqueadores betaadrenérgicos (Normín)

4. Medicamentos de uso especulativo:

- Donapezil
- Modafinal
- Reboxetina
- Ropinerole
- Anticonvulsivantes
- Piracetam

5. Tratamientos farmacológicos probablemente ineficaces:

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina
- Cafeína
- Hipericum (hierba de San Juan)

6. Tratamientos potencialmente dañinos:

- Litio
- Benzodiazepinas
- Antihistamínicos
- Buspirona

Dada su importancia y los propósitos de este programa, se extiende la información sobre los estimulantes. Existen en la actualidad 5 formas de estimulantes que se utilizan en el tratamiento del TDA.

- D, L – anfetamina (Aderal, Benzedrina, Bifetamina)
- D – anfetamina (Dexedrina)
- Metilfenidato (Ritalín y Ritalín L.A., de acción prolongada)
- Metilfenidato (Concerta, que es una forma de liberación prolongada del medicamento)
- Pemolina (Cylert)

Todos los estimulantes comparten el núcleo feniletilamina, que es el que los hace efectivos en TDA. Las anfetaminas se difunden hacia las vesículas neuronales que contienen dopamina, facilitando que ésta se escape al citoplasma. Igualmente permite que este neurotransmisor sea liberado al espacio sináptico, mientras que al unirse a la proteína transportadora de dopamina, bloquea la recaptura hacia la célula y la vesícula. Un mecanismo similar ocurre con la norepinefrina. Este mecanismo modifica las influencias inhibitorias de la corteza frontal sobre las estructuras estriadas.

Los estimulantes se absorben rápidamente, alcanzan su máximo efecto 2 horas después de haberse ingerido y tienen una vida media de 3 a 6 horas. Ocasionalmente pueden verse algunos efectos después de este tiempo. La ingestión de alimentos no modifica su absorción. Existen algunas formas de liberación prolongada que pueden extender el efecto hasta 8 horas o un poco más. Una preparación encapsulada en un medio osmótico de liberación lenta permite que el metilfenidato se libere a lo largo de varias horas. Su eficacia en niños con TDA alcanza un promedio del 80%, en adolescentes esta cifra disminuye ligeramente. Sus efectos sobre la cognición y el comportamiento han sido probados en múltiples estudios. Mientras más severos son los síntomas, mayor es la respuesta. En términos generales, existe una mejoría significativa de la capacidad de concentración, la hiperactividad y la impulsividad. Un 25% de los niños y adolescentes, no responderán o tendrán efectos secundarios intolerables. En los adultos la sensibilidad para efectos secundarios es un poco mayor. Su efecto no parece decaer con el tiempo y su uso se tolera satisfactoriamente por varios años. La mayor parte de sus efectos secundarios son muy tolerables y pueden incluir anorexia, insomnio, cefalea, nerviosismo, dolor abdominal, temblor y ocasionalmente, tics. Debido a la presencia de reportes de que en algunos casos se producía una disminución de la velocidad del crecimiento, aun cuando no se demostró que la estatura final esperada no se alcanzara, se recomendó que los niños tomaran estimulantes sólo los días de escuela y descansaran los fines de semana y el verano. Hay evidencia de que aquellos en que se había presentado el retraso del crecimiento, éste se recuperaba después de dos períodos de vacaciones largas sin medicación. Por otro lado, existe la opinión de que el medicamento debe de ser tomado no solamente para mejorar en la escuela sino para poder disfrutar mejor de todos los momentos, incluyendo las vacaciones y los fines de semana, y por esta razón se recomienda no suspender. Los pros y

contras deben de ser evaluados de manera individual y cuidadosa, la terapéutica farmacológica debe de ser siempre parte de un manejo integral. No hay tampoco una recomendación establecida en relación a la duración del tratamiento. Algunos lo tendrán que tomar más tiempo que otros. Una estrategia que puede ser de utilidad, es el que se suspenda periódicamente el tratamiento, se espere a observar la respuesta y se decida su reinicio o no. Está descrito el fenómeno de rebote: esto es que al suspender el medicamento o al desaparecer su efecto, generalmente por las tardes para quienes lo tomaron una vez al día, el comportamiento que se pretendía inhibir se agrave. Esta situación no es frecuente. Han surgido dudas con respecto al hecho de que el tomar estimulantes durante la niñez pudiera promover o facilitar el abuso de drogas de consumo ilícito durante la adolescencia. Existen ahora estudios de seguimiento de tratamiento farmacológico a largo plazo, que de manera bastante consistente muestran que no sólo no se facilita la drogadicción, sino que las personas que han sido bien manejados desde pequeñas (y esto incluye la medicación) tienen menores posibilidades de volverse adictos.

La utilidad de los estimulantes en el tratamiento de comorbilidades se ha establecido. Mientras que resultan útiles para la ansiedad o para los trastornos de conducta, su uso exclusivo en la depresión no es recomendable, mientras que su uso en combinación con un antidepresivo (Fluoxetina, por ejemplo) resulta favorable. En el trastorno bipolar su uso no se ha establecido y se ha demostrado que no resulta de utilidad en los trastornos de aprendizaje. En el Trastorno bipolar el uso de litio o ácido valpróico puede ser útil. La presencia de tics no es una contraindicación absoluta. Es muy conveniente tener una detallada sesión de explicación con los padres antes de iniciar el tratamiento. En esa reunión deben de aclararse las dudas y plantearse con claridad las diferencias de opinión, si es que estas existen. La decisión de involucrarse en un tratamiento farmacológico largo, minucioso y que requiere apego y observación de las conductas, debe ser tomado de común acuerdo con los padres y el niño. Cuando existan dudas, desacuerdos o incluso oposición no se deberá iniciar la farmacoterapia. Igualmente debe evitarse que los niños tomen medicación de manera oculta para uno de los padres.

Si por alguna razón no pueden utilizarse los medicamentos estimulantes, por ejemplo por hipersensibilidad o rechazo familiar, existen otros que con menor efecto, pero con predictibilidad pueden usarse en el tratamiento del TDA. Los tricíclicos antidepresivos se

recomiendan como segunda alternativa. Su vida media es más larga y deben tomarse regularmente para poder mantener un estado estable en el plasma.

Su uso se ha extendido, pero algunos reportes recientes con relación a la posibilidad de que presenten efectos secundarios severos (incluso muerte súbita) han hecho su uso menos frecuente y se recomienda se realice una valoración cardiológica. Recientemente se introdujo el uso del bupropión para manejo del TDA en la adolescencia y edad adulta; previamente había demostrado un efecto antidepresivo y se venía utilizando en el manejo de pacientes adictos a la nicotina y en depresión. Parecería ser una buena elección cuando se usa en TDA con esas comorbilidades. Su uso en personas muy jóvenes no ha sido del todo recomendado por falta de estudios. Sus efectos secundarios, que incluyen rash dérmico y crisis convulsivas, aun cuando no frecuentes, pueden ser limitaciones para su uso.

Cuando los medicamentos aquí analizados no surten efecto o están contraindicados se puede recurrir a algunos de los otros mencionados, aún cuando siempre con efectos limitados.

Otros Tratamientos

El manejo de las personas con TDA debe de ser multidisciplinario y buscar enfrentar diversos problemas con los tratamientos más adecuados. De esta manera, las diversas formas de intervención psicosocial están indicadas y hay que seleccionar adecuadamente los casos. Un apoyo psicológico puede ayudar a desarrollar estrategias para manejar el problema, colaborar a conservar o recuperar la autoestima y ayudar a tener una mejor aceptación de sí mismo. El manejo familiar hará más llevadero el estrés intrafamiliar que es frecuente acompañante del TDA y puede mostrar alternativas de manejo situacional. La rehabilitación neuropsicológica contribuirá a disminuir las dificultades funcionales y el trabajo educativo complementario, también colaborará a no permitir un rezago académico significativo. El trabajo de grupo y la psicoterapia personal pueden tener un papel complementario aunque nunca deben de utilizarse como alternativas únicas.

Entre los tratamientos que no han podido encontrar una justificación científica y que no pueden analizarse de una manera metódica y académica puesto que no se han sometido a estudios controlados, existe una larga lista de alternativas que no se pueden recomendar. En ese caso se encuentran los mecanismos de relajación, la fisioterapia, la estimulación

temprana, los procedimientos físicos de neurodesarrollo, la acupuntura, la quiropráctica, el uso de sustancias de la herbolaria tradicional, los procedimientos de estimulación auditivos (Tomatis), la neuro retroalimentación y algunos más. Ojalá en el futuro estas alternativas puedan someterse a un estudio sistematizado.

Comorbilidad

Se estima que la mitad de los niños con TDA padecen simultáneamente de otro problema de salud mental; a esto se le llama comorbilidad. Esta condición aumenta con la edad y los síntomas de estos otros trastornos pueden volverse preponderantes e incluso opacar los originales. También su presencia depende del género pues algunos son más frecuentes en varones. La frecuencia de comorbilidad varía en diversos estudios, pero el tipo de trastorno es razonablemente constante. No parece haber factores definitivos que pronostiquen la presencia de comorbilidad pero no hay duda de que su existencia influye sobre el pronóstico integral del trastorno, habitualmente de manera desfavorable.

El trastorno oposicionista desafiante se encuentra entre el 30% y 40% de los niños con TDA, los trastornos de conducta entre el 30% y 50%, la depresión entre el 10% y el 40%, la ansiedad severa en un 25%, los trastornos del aprendizaje se presentan entre el 10 y el 30% y la manía o el trastorno bipolar en un 11%. La adicción o drogas de uso ilícito en una condición que vemos, sobre todo, en niños mayores y adolescentes, más frecuentemente varones y que se presenta como una comorbilidad del TDA aproximadamente en el 30% de las personas afectadas.

Trastornos de conducta.

Prácticamente la mitad de los niños con TDA satisfacen los criterios necesarios para el trastornos de conducta (TC), ya sea trastorno oposicionista desafiante (TOD) o trastorno disocial (TD). Un niño menor de 12 años con TC cumplirá casi siempre los criterios de TDA. El TOD constituye un motivo de preocupación pronóstica y ciertamente hace más difícil el manejo del paciente. Los TC, son sin duda, la comorbilidad con un peor pronóstico; si se examina a un grupo de adolescentes con TC, poco más de un tercio tiene TDA. Estas personas con TDA-TC presentan un subtipo familiar bien definido, tienen más parientes con enfermedades mentales y su posibilidad de presentar conductas delictivas y

abusos de sustancias ilícitas es mayor. Es muy importante realizar un preciso diagnóstico de estas condiciones.

Depresión

La frecuencia con que se presenta esta alteración como una comorbilidad del TDA varía de manera muy significativa en diversos estudios. Esto se debe probablemente a que su diagnóstico es difícil, dadas las circunstancias sociales y educativas que rodean a los niños con TDA. De hecho se encuentra una variabilidad en su frecuencia que va desde el 3% al 75%, aun cuando la mayor parte de los estudios la sitúan alrededor del 25%. Es muy importante diferenciar entre depresión como una entidad nosológica bien definida y disminución de la autoestima, tristeza o desencanto por el fracaso, como se ve en muchas personas con TDA. Un dato que contribuye es la presencia de depresión en otros miembros de la familia.

Ansiedad

El trastorno de ansiedad puede verse de un 25% a un 30% de los niños con TDA contra sólo el 5% al 15% de aquellos que no lo tienen. Los niños con esta comorbilidad muestran síntomas de TDA un poco después que los que no la padecen y estudios familiares indican que ambos trastornos se heredan de manera independiente; de acuerdo con esta hipótesis, hay más familiares con ansiedad entre los TDA-ansiedad. Esta comorbilidad impacta la vida social y académica de los pacientes. En el proceso de diagnóstico hay que considerar la opinión de los niños puesto que su apreciación es más precisa que si se toma en cuenta únicamente la opinión de los padres.

Trastorno de Aprendizaje

La metodología aplicada para identificar trastornos de aprendizaje (TA) varía notablemente y como consecuencia hay investigaciones en donde se describe de un 40% a un 60% de niños con TDA que tienen comorbilidad con TA. Algunas investigaciones con criterios más rígidos indican que entre el 20% y el 30% de niños con TDA tienen dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura o de las matemáticas. Hay que considerar que en algunos casos el TA puede ser consecuencia del TDA puesto que una larga historia de inatención

puede condicionar una disminución de los logros alcanzados. Existe también un fuerte componente genético en los casos de TA, pero parece claro que ambos trastornos se heredan de manera independiente. Conviene seleccionar bien los casos de TA que serán estudiados psicopedagógicamente puesto que los recursos no son suficientes para estudiar de esta forma a todos los niños con TDA, como sería deseable.

Trastorno Bipolar

Existe controversia en cuanto a la comorbilidad de este severo trastorno. Las dificultades se originan en diversas áreas pero una de las más importantes es el grupo de pacientes del que se tome la muestra. Mientras en niños estudiados en la consulta externa la prevalencia es baja, si se toman niños con severos trastornos y están hospitalizados, la prevalencia de chicos con TDA es alta. Igualmente la presentación clínica en los niños puede variar comparada con la de los adultos. En cualquier caso, la combinación de TDA con trastorno bipolar es grave y estos niños tienden a tener un pronóstico más severo que los niños con TDA únicamente. La irritabilidad, agresión y cambios severos de estado de ánimo (que pueden ser muy rápidos) hacen que el manejo sea complejo.

Farmacodependencia

Hasta un 30% de los niños mayores y adolescentes con TDA pueden consumir drogas de manera ilegal y cotidiana. Se considera que la propia sintomatología del TDA puede facilitar que siendo expuestos a la posibilidad de consumir, su impulsividad facilite el proceso. También comienza a acumularse evidencia de que éste es un trastorno comórbido. La identificación temprana del TDA y su manejo adecuado pueden conseguir que la farmacodependencia se evite y se debe tener en cuenta este factor al considerar las acciones de prevención secundaria. El papel que tiene el medio ambiente, sobre todo la estructura psicosocial en que estos niños se desarrollan, es un factor importante para la presentación o no de adicciones. Destaca la adicción al tabaco que, está bien demostrado, adquiere particularidades en las personas con TDA. Por un lado el tabaquismo durante el embarazo de la madre aumenta el riesgo de TDA, por otro, los niños afectados con TDA empiezan a fumar en promedio dos años antes que los que no lo están. Esta condición se relaciona con un factor fisiopatológico de su problema, en el que los receptores nicotínicos intervienen.

Hay algunas experiencias en el caso de parches de nicotina para el control de la sintomatología de TDA, pero este trabajo requiere de mayor estudio.

En general el campo de la investigación está totalmente abierto para lograr un mejor entendimiento de los procesos comórbidos que afectan a las personas con TDA.

Efectos sobre la salud, la educación y el desarrollo social

El TDA es un problema serio. Ha quedado atrás la idea de que su presencia es inocua, que desaparece con la adolescencia, que es un problema transitorio de conducta y de que no hay razón para preocuparse.

Sus efectos sobre la salud pueden ser graves, no sólo por la posibilidad de comorbilidades importantes sino que, **por sí mismo, puede ser causa de frustración que lleve a una sensación de fracaso, de ineptitud y de aislamiento.** **Aumenta la posibilidad de accidentes con consecuencias impredecibles, que en la adolescencia pueden ser graves por involucrarse con frecuencia en accidentes de vehículos de motor.** Favorece la presentación del hábito de fumar, que es dañino para la salud en formas variadas, y puede ser un factor que favorezca la farmacodependencia, cuyas secuelas son bien conocidas. Igualmente puede ser un factor en la presencia de embarazo a edades muy jóvenes con la consecuente repercusión en la salud de la madre y del producto.

Interfiere con la educación elemental y puede ser causa de fracaso escolar con las indeseables consecuencias del mismo. Si se acompañó de problemas específicos del aprendizaje, sus secuelas educativas pueden ser más severas aún y con frecuencia no permiten que se alcancen los potenciales que se pudieran esperar de personas con capacidades intelectuales normales o altas. Por otro lado, la presencia de un niño con TDA en un grupo escolar, sobre todo si el maestro no está preparado para lidiar con él, interfiere con la estabilidad educativa de los otros educandos y puede disminuir los logros del grupo. En la adolescencia o en la edad adulta dificulta la adecuada preparación académica para el trabajo y por lo tanto, influye en la posibilidad de alcanzar niveles de empleo satisfactorios. El desarrollo social se ve afectado desde múltiples puntos de vista. El rechazo de la familia, los maestros y los compañeros de escuela interfieren con el desarrollo social, y la falta de integración y la dificultad para hacer y conservar amigos son consecuencias indeseables. Estos problemas se ven agravados con la adolescencia en donde pueden presentarse las

mismas dificultades que en la niñez pero con secuelas más severas, que pueden incluir el abandono de los estudios y, en aquellos casos con comorbilidad, pueden ser un factor que favorezca la delincuencia. La dificultad de formar relaciones estables y duraderas contribuye para que en la adolescencia o en la edad adulta se presenten problemas en las relaciones de pareja, rompimiento de la familia, abandono de los hijos, dificultades en las relaciones laborales y consecuentemente, estancamiento o retroceso en el desarrollo social. Fundamentalmente el TDA puede ser un factor de infelicidad que interfiera con una vida plena en cualquier edad y que limite las posibilidades de éxito, o al menos las dificulte significativamente. Las razones para promover un diagnóstico y tratamiento temprano son evidentes.

Capítulo III

Epidemiología

El TDA es una entidad distribuida de manera universal, aun cuando la falta de estudios adecuados no permiten sino una limitada comparación de las prevalencias internacionales.

Durante los últimos 20 años se han realizado varios estudios, fundamentalmente en países desarrollados y dentro de éstos, varios en los Estados Unidos de América. La frecuencia varía de manera notable y se sitúa entre un 2% y un 18%. Esta inconsistencia de los resultados tiene varios orígenes sin dejar de considerar que, en efecto, pudiera ocurrir que diferentes países tuvieran diferentes frecuencias y que la raza, las características socioeconómicas o la cultura fueran factores que influyen en la frecuencia del trastorno. El factor metodológico tiene un peso específico definitivo ya que, básicamente, se han utilizado diversos instrumentos diagnósticos y en consecuencia, los resultados son diferentes. Por ejemplo la diferencia entre aplicar los criterios del CIE-10, DSM-III, DSM-III-R y del DSM-IV es de varios puntos porcentuales.

Se considera en términos generales que, de manera conservadora, la frecuencia es del 5%, pero hay que hacer mención que países con culturas similares a la nuestra, como España o Colombia reporta cifras de 14% y 18%. Extrapolando las cifras internacionales del 5% de la población escolar, podríamos suponer que habiendo en México más de 33 millones de niños menores de 14 años, estaríamos enfrentados a un problema que afecta a poco más de un millón y medio de niños; si se considera que al menos la mitad de ellos continuarán con manifestaciones en la adolescencia y la edad adulta, se tendrían casi dos millones y medio de personas con este padecimiento.

Algunas cifras que ayudan a tener una idea del tamaño del problema en nuestro país corresponden a la demanda de servicios; en este sentido, la Dirección General de Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA) ha publicado que en sus Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) uno de cada tres niños que solicitan atención, lo hacen por un trastorno identificado como TDA, siendo un poco menor la demanda entre los adultos. En las cifras que corresponden a egresos hospitalarios el problema no aparece, lo que se explica en tanto que las características básicas del TDA no lo hacen una entidad que requiera atención hospitalaria. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N.

Navarro” constituye la primera causa de solicitud de atención en la consulta externa. En el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) constituye una causa constante de solicitud de atención.

Capítulo IV

Diagnóstico Situacional del Trastorno por Déficit de Atención

Acciones de Estado para la atención del TDA

Infraestructura

El Sistema Nacional de Salud ofrece atención con recursos públicos y privados. En salud mental, los recursos privados giran alrededor de consultorios en donde se ofrecen consulta externa y existen hospitales o clínicas para atención secundaria o de tercer nivel en psiquiatría. Los recursos públicos son variados y escasos. Los sistemas de seguridad social tienen algunas unidades de atención psiquiátrica de segundo nivel. Parte de su atención más compleja la subrogan a las instalaciones de la Secretaría de Salud o al subsistema de atención privada. La SSA tiene la mayor cantidad de unidades de diversos niveles que se destinan a la atención de problemas de salud mental. Se cuenta con 80 módulos de salud mental integrados a centros de salud, 72 servicios en hospitales generales, 7 clínicas especializadas, 29 hospitales psiquiátricos, 1 hospital psiquiátrico infantil, 8 servicios de psiquiatría en institutos nacionales y una sola unidad de rehabilitación.

Existe una inequidad en la distribución estatal de los servicios y unidades de atención a la salud mental. Los servicios de neurología se sitúan en los hospitales de segundo y tercer nivel, tanto de los que atienden a población asegurada como los que dan servicios a la población abierta. No existen sin embargo más que 10 servicios de neuropediatría, la mayor parte concentrados en el Distrito Federal.

La Secretaría de Educación Pública ha establecido un sistema de Centros de Atención Múltiple (CAM) de los que existen 28 en el Distrito Federal. Igualmente cuentan con unidades de servicio asistencial educativo en los que se atiende a niños con problemas de aprendizaje y una clínica de la conducta que ofrece servicios de diagnóstico, rehabilitación y tratamiento a niños que son referidos por las escuelas oficiales. Esta clínica se sitúa en la Ciudad de México y sus servicios se basan en un modelo educativo.

En varios estados de la República se mantienen algunos centros de rehabilitación y educación especial. El conjunto de centros conocidos como Centros de Integración Juvenil atiende a una población adolescente que padece trastornos de conducta y problemas de adicción. Dentro de ellos hay seguramente muchos pacientes con TDA y ya está en marcha

un programa para capacitar al personal de estas dependencias para que colaboren en el diagnóstico de TDA.

El sector privado ofrece servicios a una limitada proporción de personas con TDA, fundamentalmente en las áreas urbanas. Existen clínicas de diagnóstico y tratamiento médico y psicoeducacional, pero son aún escasas y una gran proporción de la población no tiene acceso a ellas.

Investigación

Como ocurre prácticamente en todas las ramas de la ciencia en nuestro país, la formación de investigadores es escasa y su número total muy pequeño. Su producción científica por lo tanto es igualmente pequeña aun cuando su calidad es buena y en ciencias básicas, es competitiva en el ámbito internacional. De hecho, la investigación en neurociencias es una de las que tiene mayor productividad y aceptación en el nivel internacional. Tanto los institutos nacionales involucrados en la materia como las instituciones de educación superior con áreas específicas de neurociencias, mantienen una excelente calidad. La investigación clínica es irregular e insuficiente. Pocos proyectos se orientan al TDA y su calidad es heterogénea. Las investigaciones epidemiológicas en alteraciones de la salud mental que se han realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, han permitido tener cifras confiables en esta materia y se están realizando nuevos estudios en TDA.

Existen igualmente un grupo pequeño de investigaciones en aspectos educativos y de rehabilitación del problema, aun cuando su calidad es irregular y su difusión deja mucho que desear.

Formación y capacitación de recursos humanos

Puede establecerse de antemano que los recursos humanos que prestan atención a personas con TDA son escasos, su preparación es insuficiente y se encuentran mal distribuidos.

Para la atención médica de la población en general se cuenta con una planta de 160,000 médicos aproximadamente, de los que 70,000 son especialistas y 90,000 son médicos generales

De los especialistas existen únicamente 700 neurólogos y 2,300 psiquiatras, solamente 150 neurólogos están especializados en neuropediatría y 200 psiquiatras en paidopsiquiatría.

Para dar una idea del déficit en esta última especialidad puede considerarse que la Organización Mundial de la Salud recomienda un paidopsiquiatra por cada 10,000 niños y en nuestro país la relación es de 1 por 200,000. En algunos estados la proporción de neurólogos llega a ser de uno por cada millón de habitantes. El 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales que dan atención a población abierta se concentran en el Distrito Federal. Existen 79 escuelas o facultades de medicina que albergan a 80,000 estudiantes y gradúan aproximadamente a 10,000 cada año. Los programas de pregrado en neurología y psiquiatría son irregulares, no se han establecido mínimos de objetivos educacionales y con regularidad no cuentan con educación en TDA. Existen 7 programas de enseñanza de postgrado en neurología, 5 en neuropediatria, 12 en psiquiatría y 4 en psiquiatría infantil, de los que se gradúan 80 psiquiatras y 40 neurólogos cada año, pero sólo 10 neuropediatras y 10 paidopsiquiatras.

La buena calidad de su enseñanza ha hecho que los programas de psiquiatría y neurología sean buscados por estudiantes extranjeros que al terminar regresan a sus países de origen.

El número y distribución de los psicólogos es igualmente deficiente. Existen más de 150 programas en licenciatura, pero no todos SE enfocan hacia las áreas clínicas y las educativas. La actuación de los psicólogos en el Sector Salud está poco definida y aprovechada. Sólo cuatro estados cuentan con suficientes psicólogos clínicos que actúan en los servicios institucionales que atienden a la población abierta. Existen muchas clínicas privadas pequeñas en las áreas urbanas que ofrecen atención a una reducida proporción de la población. En las áreas rurales la existencia de psicólogos clínicos o educativos es insignificante. Son escasos los programas de postgrado con orientación a la neuropsicología o a la atención de niños con trastornos del desarrollo. La situación es un poco mejor para niños con problemas de aprendizaje. Existen algunos centros formadores de especialistas en educación especial. La Escuela Normal de Especialización de la Secretaría de Educación Pública (SEP) es la que alberga a más estudiantes.

Hay algunos centros universitarios que educan neurolingüistas y maestros de educación especial con una muy limitada producción de profesionistas. La formación de trabajadores sociales orientados al sector salud es igualmente deficiente.

Existen programas de educación continua de variada duración, contenido y calidad que se ofrecen en centros educativos, sociedades académicas y profesionales e instituciones dedicadas a la actualización y capacitación; pocos cursos y programas se ocupan con detalle del trastorno por déficit de atención.

Promoción y prevención

Actualmente no existen acciones específicas dedicadas a la promoción del conocimiento acerca del TDA así como para la prevención del mismo, sin embargo, hay programas de la Secretaría de Salud que tocan de manera tangencial el problema, podemos mencionar el de Arranque Parejo en la Vida, que entre otras acciones, pretende disminuir los factores de riesgo durante el embarazo y durante los primeros años de vida en poblaciones vulnerables.

Detección

La Secretaría de Educación Pública elaboró y puso en marcha en el 2002 el Programa de Escuela Saludable que entre sus áreas de interés se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención, de esta manera pretende aplicar una prueba que detecte a los niños que padezcan TDA para canalizarlos a centros de salud para que sean atendidos

Diagnóstico y tratamiento

Los recursos para la atención a personas con TDA pueden identificarse a través de mencionar algunos de los que se utilizan para cuidados de la salud mental o para proporcionar educación a niños discapacitados, puesto que en realidad no existen recursos especialmente marcados para este propósito. Con el fin de hacer más clara esta presentación conviene recordar la estructura del Sistema Nacional de Salud y brevemente el del educativo.

- *Sistema de Salud.* Está compuesto por un sector público y uno privado. El sector público comprende el sistema de seguridad social, que incluye a varias instituciones (para los trabajadores gubernamentales, para obreros y trabajadores de empresas privadas, para fuerzas armadas, etc.). Este sistema proporciona atención aproximadamente a la mitad de la población. El resto, a la que se llama población abierta, recibe atención a través de los sistemas estatales de salud de las Secretarías

o Instituciones de salud de las 32 entidades federativas. La Secretaría de Salud tiene un papel básicamente normativo aun cuando esto no obsta para que impulse diversos programas específicos. Algunos hospitales están aún bajo control federal, particularmente los 10 Institutos Nacionales de Salud, de los que dos están dedicados a la pediatría, uno a la psiquiatría y uno a la neurología y neurocirugía. Dentro de los hospitales federales se encuentran una serie de hospitales psiquiátricos y uno de psiquiatría infantil en el Distrito Federal que es el único en el país dedicado a esta materia.

La medicina privada ocurre en todos los niveles, es practicada por la mayor parte de los médicos y funciona básicamente bajo un sistema de pago por servicio. El 2% de la población tiene un seguro de gastos médicos privados.

- *Sistema Educativo.* Igualmente mixto (público y privado) atiende a prácticamente el 100% de las personas en edades de los 4 años en adelante, aun cuando existe una disminución progresiva en tanto que avanzan en el desarrollo académico.

Existe una pequeña deserción escolar en la primaria, que posteriormente pueden reincorporarse al estudio mediante programas para adolescentes y adultos. La educación media, media superior y superior, así como la enseñanza técnica, se ofrecen igualmente en los sistemas público y privado, aun cuando este último está concentrado en las áreas urbanas.

Normatividad y legislación

El TDA ha tenido poca atención en nuestro país cuando se le considera como una entidad clínica específica. No existe legislación vigente que aborde directamente este problema. No existen normas oficiales mexicanas con relación a la detección, diagnóstico integral o manejo, y ciertamente no se han establecido políticas federales o estatales a este respecto.

Se ha planteado la necesidad inicial de establecer una norma oficial y se ha completado un anteproyecto.

Se cuenta con algunos avances desde el punto de vista educativo, ya que existen programas para la atención a niños discapacitados y políticas educativas que promueven la integración o definen los casos que deben de remitirse a centros de educación especializada. No existe en este momento legislación pendiente en el Congreso en esta materia.

Segunda parte
Plan de acción

Capítulo V

Los Retos

La problemática descrita en capítulos anteriores y la limitada respuesta que el Sistema Nacional de Salud ha generado para una atención oportuna, suficiente y de calidad a las personas con TDA, presenta una serie de retos muy complejos. Para enfrentarlos se deberán organizar los recursos disponibles de una manera que se aprovechen al máximo y se orienten a conocer correctamente la dimensión y características del problema en nuestro país y a la atención de los grupos de riesgo, especialmente niños y adolescentes. En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 (PASM), el Programa específico en Trastorno por Déficit de Atención enfrentará sus retos con una apertura programática congruente con el modelo que el PASM ha propuesto, con los objetivos, estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas que corresponden a este programa.

La misión del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y de los Servicios de Salud Mental (SERSAME) es “promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, prevención y tratamiento, para la atención de los problemas de salud mental y el control de las adicciones, al fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social”.

En congruencia con ésta, la misión del Programa Especifico de Trastorno por Déficit de Atención es: “contribuir a la misión del CONADIC de promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional, y la planeación, participación y evaluación de acciones en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación y tratamiento, para la atención de los trastornos por déficit de atención”. De la misma manera, nuestra visión es la de: “ser la instancia coordinadora y evaluadora de los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Educativo y de la sociedad en general para ofrecer una mejor calidad de vida a las personas afectadas por el trastorno por déficit de atención, a sus familiares y a la sociedad que los rodea”.

Los retos que el Programa de Acción en Salud Mental hace suyos, se agrupan de acuerdo al Programa Nacional de Salud 2001-2006, alrededor de tres retos fundamentales: la equidad, la calidad técnica e interpersonal y la protección financiera. En este contexto los retos de este Programa son:

Retos de Equidad

- a) La Reforma de los Servicios de Salud Mental para consolidar la atención eficaz y eficiente a las personas con trastornos por déficit de atención.
- b) Atención preferente a grupos vulnerables como los niños en situaciones de riesgo físico y social, los adolescentes propensos a desarrollar problemas secundarios y los adultos con TDA.
- c) Equidad en los servicios, tanto en lo que se refiera a su distribución en el país y en el acceso a los mismos.
- d) Corresponsabilidad entre el gobierno y la ciudadanía para promover una detección temprana del padecimiento, referencia y atención oportuna y efectiva.

Retos de calidad técnica e interpersonal

- a) Definir un Modelo Integral de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención, esencialmente de tipo ambulatorio.
- b) Incrementar la calidad de los servicios clínicos, educativos y de rehabilitación en la atención a TDA.
- c) Elaborar, promover y vigilar la aplicación de una Norma Oficial Mexicana para pacientes con TDA.
- d) Mejorar la coordinación intra e interinstitucional entre las instancias de educación y salud en los ámbitos federal, estatal y municipal, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con TDA.

Retos de protección financiera

- a) Protección financiera que garantice que las personas con TDA puedan enfrentar su problema sin empobrecerse.
- b) Abasto de medicamentos necesarios para el tratamiento de las personas con TDA.

Capítulo VI

Objetivos

La definición de los retos en el capítulo anterior da origen al establecimiento del objetivo general y de los objetivos específicos.

Objetivo general

Contribuir a la mejoría de calidad de vida de los individuos afectados por TDA, de sus familias y de la sociedad, desarrollando los mecanismos que logren una atención igualitaria, de calidad y accesible a todos, que permitan la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estas personas.

Objetivos Específicos

Equidad

- Conocer la magnitud y características del TDA en nuestro país.
- Desarrollar acciones en materia de prevención, atención y rehabilitación en los tres niveles de atención, adecuándolos a las características, necesidades y recursos específicos de la población y de las instituciones involucradas en el proceso.
- Fortalecer y ampliar la infraestructura existente para la atención de personas con TDA.
- Instrumentar acciones específicas dirigidas a grupos vulnerables.
- Promover la aplicación de este programa en los ámbitos federal, estatal y municipal.

Calidad Técnica

- Desarrollar mecanismos para la detección temprana y atención oportuna de las personas con TDA y, según el caso, su canalización a los diversos niveles de atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Promover la investigación básica, epidemiológica, clínica, farmacológica, educativa, neuropsicológica y social en el trastorno por déficit de atención.
- Construir un Modelo de Atención a personas con TDA, a fin de garantizar un tratamiento homogéneo, eficiente y de alta calidad.

- Hacer más eficiente el uso de la capacidad instalada mediante mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional, creando una Red de Servicios a nivel nacional para la atención a personas con TDA.
- Promover, proponer y participar en la elaboración de normas, reglamentos, lineamientos y leyes, en los casos que pareciera necesario, en las materias relacionadas a TDA.
- Establecer vínculos con las instituciones de educación superior que ofrezcan estudios en materias relacionadas al TDA, ya sea en el pregrado o en el posgrado, a fin de promover la actualización de sus currícula y desarrollarlos en donde no los haya.
- Promover y participar en los programas de educación continua para personal profesional y técnico de los tres niveles de atención que mejore el conocimiento en todos los aspectos del TDA.
- Informar a la población en general sobre el trastorno por déficit de atención, con el fin de que participen en su detección oportuna y canalicen a las personas afectadas a las instancias adecuadas, educando de manera simultánea a las familias para que mejoren su manejo integral de las personas con TDA.
- Definir y desarrollar metodologías, técnicas, instrumentos de evaluación de resultados, proceso o impacto para medir los avances del programa, reorientar sus acciones y evaluar el desempeño de su personal.

Calidad Interpersonal

- Promover un cambio de actitud en el personal que se encuentra involucrado en la atención a personas con TDA, ya sea en el Sistema Nacional de Salud o el Educativo, para mejorar sus relaciones con el paciente.
- Educar a la población en general a fin de eliminar la discriminación y maltrato al que pueden ser sometido las personas con TDA.

Protección Financiera

- Difundir entre la población información sobre las alternativas de la atención a personas con TDA.
- Incluir dentro del cuadro básico de medicamentos, fármacos utilizados en TDA.

- Garantizar el abasto de medicamentos utilizados en el tratamiento del TDA.
- Promover que los sistemas privados de seguros de gastos médicos incluyan entre los padecimientos con cobertura, a los problemas originados por el trastorno por déficit de atención y su comorbilidad.
- Promover la creación de un fideicomiso que reciba aportaciones del sector público y privado, para llevar al cabo acciones de prevención, educación, capacitación, tratamiento, rehabilitación e investigación en TDA.

Capítulo VII

Estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas

Manteniendo el orden programático de Programa Nacional de Salud (PNS) y del Programa de Acción en Salud Mental (PASM), el Programa Específico para TDA contempla una serie de acciones específicas que se cuantifican por metas, que se agrupan en líneas de acción y que corresponden a las diez estrategias claves que serán útiles para alcanzar los objetivos propuestos. Los problemas de inequidad, mala calidad técnica e interpersonal y falta de protección financiera sirven de marco a las estrategias y sus derivados.

Estrategia

1. Vincular al programa específico en TDA con el PASM y con el desarrollo económico y social del país.

Es claro que este programa no se puede desligar de los demás. De manera natural, el desarrollo de unos implicará el progreso de otros. Salud, economía y sociedad constituyen una triada inseparable.

Línea de Acción

1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de las personas con TDA.

Es a través de la participación de todos los sectores de la sociedad que podemos obtener mejores resultados, la comunidad debe involucrarse en todos los aspectos del problema.

Acciones específicas

- 1.1.1.** Promover y participar en la integración de Comités Estatales y Municipales para la promoción de la salud mental, recomendando en su conformación la presencia de personas interesadas específicamente en TDA que provengan del sector público, social o privado. En casos específicos, integrar grupos de trabajo en TDA.
- 1.1.2.** Participar en la capacitación del personal del sector salud y del sector educativo en áreas relacionadas al TDA, especialmente para aquellos que trabajen con población vulnerable.

- 1.1.3.** Participar en el sistema de seguimiento y evaluación de los programas estatales y municipales de salud mental, de acuerdo con el PASM, en los aspectos de TDA.

Metas

- Que en cada Comité Estatal de Salud Mental, participe al menos una persona directamente involucrada en TDA.
- Conformar grupos de trabajo en TDA en 5 estados de la República y 2 delegaciones del Distrito Federal en el año 2002, y una cifra similar que vaya aumentando en la medida de lo posible en cada uno de los años subsecuentes, de tal manera que en el año 2005 exista al menos un grupo de trabajo en cada estado de República y en cada delegación del Distrito Federal.
- Participar en la capacitación en TDA de responsables de salud mental de cada estado y de las 224 jurisdicciones sanitarias del país.
- Diseñar un sistema de seguimiento y evaluación para este programa con indicadores de desempeño social e impacto en la población.

Línea de Acción

1.2. Promover la educación saludable

Este punto adquiere una particular relevancia en el TDA, considerando que su presencia interfiere de manera habitual con el desarrollo de los niños y que este factor puede a su vez ser un elemento negativo para el desarrollo integral de estas personas.

Acciones Específicas

- 1.2.1.** Incorporar en los libros de texto de educación primaria y secundaria información sobre TDA de acuerdo a lo especificado en el PASM.
- 1.2.2.** Participar en la integración de Comités Escolares de Salud Mental y prevención de enfermedades mentales con la participación de la comunidad escolar y las jurisdicciones sanitarias.
- 1.2.3.** Realizar un diagnóstico sobre la prevalencia del TDA en la población escolar de niveles básico, medio y superior.

- 1.2.4.** Participar en la capacitación del personal docente con temas relacionados al TDA, integrando estos conocimientos a los que se les den en promoción de la salud mental y prevención de enfermedades y trastornos.
- 1.2.5.** Participar en la educación familiar preventiva de acuerdo con los lineamientos del PASM.

Metas

- Desarrollar contenidos sobre TDA que puedan integrarse a los libros de texto.
- Participar directamente en cada uno de los Comités Escolares de Salud Mental que se conforman en los centros escolares.
- Realizar una encuesta sobre la prevalencia de TDA en la población escolar en el año 2003 y repetirla en el año 2006.
- Diseñar un curso básico de capacitación en TDA, que incluya material didáctico para maestros de los tres niveles de escolaridad, de tal manera que sean capaces de detectar y referir a estos educandos.
- Contribuir a la creación de programas locales que multipliquen cursos de capacitación a las escuelas de 5 estados y 3 delegaciones del Distrito Federal en el año 2002 y el resto de la comunidad en los años subsecuentes.
- Incrementar en un 30% el número de escuelas para padres en donde se proporcionará información sobre TDA.
- Incrementar en un 50% el número de casos referidos para atención en el segundo y tercer año de trabajo de Programa.

Línea de Acción

1.3. Promover la perspectiva de género en el Sector Salud.

Las líneas de acción, acciones específicas y metas de esta estrategia son las mismas que se mencionan en el PASM puesto que al cumplir éstas se estarán cumpliendo las propias del Programa.

Estrategia

2. Reducir los rezagos en la salud de los pobres que afectan la atención a las personas que padecen del trastorno por déficit de atención.

No hay duda de que los rezagos sociales que afectan la salud de los pobres influyen directamente sobre sus posibilidades de desarrollar el TDA, y en el caso de tenerlo, de superar las dificultades que el problema impone sobre sus vidas. El atender los rezagos que afectan a la población más vulnerable repercutirá necesariamente en una mejor atención a quienes padecen TDA.

Línea de Acción

2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida.

Dentro de las causas de TDA se han considerado las alteraciones durante el embarazo y el periodo perinatal. Las intervenciones que se realicen para garantizar una mejor atención a las mujeres embarazadas y al recién nacido serán favorables no sólo para mejorar su salud en general sino especialmente para disminuir la presencia de TDA.

Acciones Específicas

- 2.1.1.** Proporcionar orientación a las mujeres que acudan a consulta, previamente a embarazarse, sobre todo a aquellas que han tenido ya un niño o varios con TDA, sobre sus posibilidades de que el evento se repita.
- 2.1.2.** Proporcionar orientación a las mujeres embarazadas sobre los factores negativos que puedan influir en la presentación del TDA.
- 2.1.3.** Realizar en los recién nacidos una evaluación neurológica inicial y asegurarse que son calificados con el sistema APGAR dando seguimiento a los que obtengan bajo puntaje.
- 2.1.4.** Incluir en la cartilla de vacunación para los niños hasta los 15 años, información que orienten hacia la probable presencia de TDA.
- 2.1.5.** Orientación a la población sobre las ventajas de establecer estilos sanos de crianza.
- 2.1.6.** Orientar a los padres para que eviten el contacto con factores tóxicos como el plomo durante el embarazo y la lactancia.
- 2.1.7.** Capacitar a los padres sobre la identificación de signos y síntomas tempranos de TDA en sus hijos para que los remitan a centros de atención.

Metas

- Incorporar información sobre prevención del TDA al 100% de los programas de atención perinatal en el que se incluyan contenidos para prevenir trastornos mentales.
- Incrementar las valoraciones neurológicas que se realizan en los recién nacidos, que abarque este porcentaje hasta al 80% de todos los nacimientos en el año 2006.
- Introducir contenidos sobre TDA en el 100% de las cartillas de vacunación en donde se introduzcan contenidos sobre desarrollo.
- Participar con contenidos sobre TDA en el 100% de los programas locales que se creen, sobre arranque parejo en la vida, escuela saludable y comunidades saludables.
- Incrementar en un 50% el número de madres que cuentan con información sobre el desarrollo infantil.
- Aumentar la información en un 50% sobre la posible toxicidad del plomo del plomo en la población en el año 2006.

Línea de Acción

2.2. Integrar la prevención y atención al TDA a los programas de salud mental que se realizan en las poblaciones indígenas.

El alto porcentaje de población indígena de nuestro país y su rezago en la atención a su salud y educación hacen indispensable que se dedique un esfuerzo muy especial para mejorar su salud mental. Debe integrarse información sobre TDA a todos los programas orientados a esta población.

Acciones Específicas

- 2.2.1.** Incluir TDA en los estudios epidemiológicos que sobre salud mental se realicen en población indígena.
- 2.2.2.** Incluir TDA en los programas locales y regionales que para promover la salud mental y prevenir, tratar y rehabilitar sus trastornos se realice en las comunidades indígenas de acuerdo a los lineamientos del PASM.

2.2.3. Incluir contenidos sobre TDA en los programas de capacitación que se realicen con el personal de salud que trabaja en comunidades indígenas, de acuerdo con los lineamientos del PASM.

2.2.4. Dar seguimiento y evaluación a la participación del Programa Específico de TDA en las acciones que el PASM prevé se realicen en las comunidades indígenas.

Metas

- Identificar la frecuencia del TDA en poblaciones indígenas.
- Participar en el 100% de los programas locales y regionales que se creen en comunidades indígenas.
- Participar en el 100% de los programas de capacitación que realicen para personal de salud de las comunidades indígenas.
- Dar seguimiento y evaluación al 100% de las acciones de participación que se indican en esta área, en el marco del PASM.

Línea de Acción

2.3. Promover que en la participación de los servicios de salud mental en la atención de los niños en situación de calle se incluyan contenidos de TDA

Los niños en situación de adversidad son especialmente vulnerables al desarrollo del TDA, particularmente en aquellas formas comórbidas con trastornos de conducta y adicción. Esta población debe de ser una particular preocupación de este programa.

Acciones Específicas

2.3.1. Incluir TDA en los programas de salud mental que se apliquen a esta población en completa colaboración con los programas intra e interinstitucionales que en conjunto participen en la atención a estos niños.

2.3.2. Realizar un estudio epidemiológico sobre la frecuencia del TDA en niños en situación de calle.

Metas

- Identificar la frecuencia de TDA entre los niños en situación de calle.

- Participar en el 100% de los programas de salud mental que se incluyan en los programas ínter e intrainstitucionales orientados a la atención de los niños en situación de calle.

Estrategia

3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.

El PASM define claramente la importancia de garantizar la atención integral a los padecimientos mentales con la participación de los sectores público, social y privado, de materia de prevención, detección, atención, rehabilitación y reinserción social. El TDA puede considerarse como un problema emergente cuya frecuencia es alta, tanto en países desarrollados como en desarrollo, con un impacto significativo y cuya distribución en la población es generalizada. Esta estrategia enfrenta este reto.

Línea de Acción

3.1. Diagnóstico epidemiológico y situacional de las necesidades y recursos para la atención a personas con TDA.

La realización de estudios epidemiológicos precisos y la definición de la capacidad instalada en recursos físicos y humanos son la base para la definición de acciones prioritarias.

Acciones Específicas

- 3.1.1.** Realización de un estudio epidemiológico que defina la frecuencia y características del TDA.
- 3.1.2.** Realización de un diagnóstico situacional sobre la capacidad instalada de recursos físicos y humanos, de salud y educativos con que se cuenta para la atención de personas con TDA.

Metas

- Realizar un estudio epidemiológico sobre TDA en el segundo o tercer año de actividades del Programa, de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

- Realizar un diagnóstico situacional sobre TDA en el segundo año de actividades del Programa.

Línea de Acción

3.2. Establecimiento del Programa Específico para TDA.

Incluido dentro de los programas específicos definidos como aquellos que abordan los problemas más frecuentes, el Programa de TDA es el instrumento que se utilizará para coordinar las acciones destinadas a mejorar la atención de estas personas.

Acciones Específicas

- 3.2.1.** Integrar el Comité Consultivo Académico con la participación de instituciones y personas de diversas disciplinas, que diseñen y coordinen las acciones que en materia de TDA se consideren necesarias.
- 3.2.2.** Instrumentar la puesta en marcha del Programa Específico de TDA a nivel nacional.
- 3.2.3.** Diseñar y promover la aplicación de un Modelo de Atención Integral a las personas con TDA.
- 3.2.4.** Participar en la instrumentación y puesta en operación de módulos de atención a la salud mental que incluyan la atención del TDA en los tres niveles de atención a la salud.
- 3.2.5.** Promover el establecimiento de un programa de atención educativa sobre el TDA en coordinación con las autoridades de educación federales y estatales.
- 3.2.6.** Participar en el Programa Escuela Saludable en coordinación permanente con el Sistema Educativo del país.

Metas

- Integrar un Comité Consultivo Académico en TDA.
- Participar en la instalación de módulos de atención a la salud mental en las 32 entidades federativas.
- Participar en la instalación de Comités Estatales de Salud Mental en los aspectos específicos en TDA en 31 entidades federativas y 15 delegaciones del Distrito Federal.

- Incrementar en un 20% los servicios proporcionados a la población con TDA.
- Ampliar en un 20% la capacidad y recursos para la atención a personas con TDA en el Sistema de Salud y en el Educativo.

Estrategia

4. Desplegar una cruzada para la calidad de los servicios otorgados a personas con TDA.

Si el acceso a los servicios es importante, la calidad con que éstos se otorguen es fundamental. La calidad de la atención no es únicamente uno de los retos sustantivos del Sistema Nacional de Salud, es también la característica de los servicios, que garantizará un verdadero progreso en la atención a la salud. Debe garantizarse igualmente la satisfacción de las expectativas de la sociedad y del personal de salud involucrado

Línea de Acción

4.1. Promover y aplicar los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental en materia de atención al trastorno por déficit de atención.

Los usuarios de los servicios de salud y educativos que buscan satisfacción a sus necesidades en materia de TDA, tienen derecho a un tratamiento adecuado, oportuno y con calidad. La NOM-025 se refiere a la atención dentro de las unidades hospitalarias en psiquiatría, sin embargo, no existe una Norma Oficial Mexicana que haga alusión al tratamiento ambulatorio. Es necesario promover la realización de una norma que resuelva este tipo de atención.

Acción Específica

4.1.1. Promover la extensión a la NOM-025 para que abarque pacientes ambulatorios o bien, elaborar una que expresamente se refiera a este tipo de atención..

Metas

- Escribir un texto que pueda sugerirse como ampliación a la NOM-025.
- Concertar el texto sugerido.
- Incluir la extensión en la NOM-025 en los próximos 3 años.

Línea de Acción

4.2.Promover el uso de una guía técnica en TDA.

El TDA es un problema en que los tratamientos que se aplican son variados y existe poca y mala información hacia la sociedad acerca de este problema, por lo que proliferan tratamientos sin comprobación científica; de esta manera, resulta de vital importancia el contar con una guía técnica que sirva para aplicar el manejo adecuado.

Acciones Específicas

- 4.2.1. Elaboración de manuales técnicos para el manejo del TDA dirigidos a médicos generales y familiares, así como a especialistas de neurología, psiquiatría y otras disciplinas.
- 4.2.2. Integración de un sistema de indicadores de calidad en la atención del paciente con TDA.
- 4.2.3. Diseño y aplicación de un sistema de seguimiento, asesoría, monitoreo y evaluación técnica del manejo del TDA, usando como indicador el manual correspondiente.

Metas

- Diseñar y elaborar un manual técnico para el manejo del TDA dirigido a médicos generales y familiares, neurólogos, pediatras, psiquiatras e internistas antes de 2005.
- Aplicar el sistema de indicadores de calidad de la atención al TDA en el 100% de las instalaciones de salud dirigidos a este propósito.
- Integrar al 50% de las dependencias ocupadas en la atención a pacientes con TDA, un sistema de seguimiento, asesoría, monitoreo y evaluación técnica.

Línea de Acción

4.3.Promover la certificación de profesionales y establecimientos ocupados en atención a personas con TDA en el país.

La certificación y re-certificación de profesionistas en nuestro país ha venido consolidándose progresivamente. Es un proceso complejo pero necesario para impulsar la calidad de la atención. Conviene promover este mecanismo e incluir en los exámenes correspondientes contenidos de TDA.

Acciones Específicas

- 4.3.1.** Promover que los exámenes de certificación y re-certificación de profesionistas involucrados en la atención a la salud se incluyan contenidos de TDA; esto debe incluir médicos especialistas y generales, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales.
- 4.3.2.** Promover la certificación y re-certificación del personal de salud involucrados en el manejo de pacientes con TDA.
- 4.3.3.** Promover la certificación de las unidades de atención a la salud involucradas en la atención a personas con TDA.

Metas

- Integrar un registro de profesionales certificados involucrados en la atención a pacientes con TDA.
- Participar en el proceso de certificación del 100% de los centros de atención a la salud, que el PASM considere.
- Participar en el proceso de revisión y certificación del 100% de los centros educativos y planes de estudio en que el PASM considere participar.

Línea de Acción

4.4. Reforzar el arbitraje médico en casos de atención a TDA.

Es un hecho conocido que en la atención a personas con TDA por parte de algunos médicos, se cometen acciones que no están de acuerdo con la práctica habitual, que el estado del arte en la materia determina. Igualmente se sabe que el manejo de este padecimiento es complejo y no siempre produce los resultados esperados, favorece que algunos usuarios pretendan culpar a los prestadores de servicios de negligencia o ignorancia. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha distinguido

como un organismo de conciliación y arbitraje autónomo e imparcial, que contribuye a dirimir las diferencias de opinión y colaborar en defender los derechos de prestadores usuarios. El reforzar el arbitraje en materia de TDA contribuirá a mejorar la calidad de la atención médica.

Acciones Específicas

- 4.4.1.** Participar en la difusión de las funciones y actividades de la CONAMED en los centros de atención a personas con TDA.
- 4.4.2.** Promover la observancia de la NOM-SSA-168 sobre la práctica de la atención médica documentada, ordenada y legal.

Metas

- Participar en el 100% de las actividades que en esta materia considere el PASM.

Estrategia

- 5. Brindar protección financiera a toda la población que requiera atención al trastorno por déficit de atención.**

Generar un sistema de salud financieramente, es uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud. La atención a personas con TDA tiene un costo que puede ser inaccesible o sumamente oneroso para quienes los padecen o sus familiares. El promover los sistemas de protección financiera es un paso importante en su establecimiento. El asegurarse que el TDA, como parte de los trastornos que afectan la salud mental, esté incluido en los padecimientos que con diferentes seguros de atención protegen, es una acción que repercutirá en beneficio de estas personas.

Línea de Acción

- 5.1.Promover que la población que tiene TDA tenga acceso al Seguro de Salud Popular.**

Al recibir los beneficios de este seguro las personas con TDA tendrán una mejor oportunidad de atención.

Acción Específica

- 5.1.1.** Promover que en las acciones sobre el Seguro de Salud Popular se incluya la atención de los pacientes con TDA.

Metas

- Participar en el 100% de las actividades del Programa del Seguro de Salud Popular a fin de que se incluya a las personas con TDA.

Línea de Acción

5.2. Integrar los servicios de salud mental en el Programa de Acción para la Protección Financiera.

Las acciones y metas del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención quedan directamente incorporadas a las del PASM en el área, puesto que no pueden desligarse del mismo y no son específicas del TDA.

Acciones Específicas

- 5.2.1. Participar en las acciones que el PASM realice para la ejecución de esta línea de acción.
- 5.2.2. Participar en la asesoría que en la materia se ofrezca por el PASM a compañías aseguradoras.
- 5.2.3. Creación de un fideicomiso para apoyar a pacientes de bajos recursos con TDA.

Metas

- Integrar un cuerpo técnico de profesionistas expertos en TDA que brinde asesoría técnica a prestadores de servicios de seguridad.
- Fundar un fideicomiso para apoyar a personas con TDA de bajos recursos económicos.

Estrategia

6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

El nuevo federalismo, además de la desconcentración y descentralización que transfiere la responsabilidad a los ámbitos locales, busca que exista una coordinación entre las instancias de salud de diferentes estados y municipios, a fin de que, por medio de acuerdos de coordinación, se haga un mejor uso de la infraestructura disponible para compensar insuficiencias en unas instancias con la disponibilidad en otras. Este proceso en materia de salud en general, debe incluir también la atención a la salud mental y de ahí ser aplicado a través de programas específicos.

Línea de Acción

6.1. Fortalecer la coordinación federal, estatal y municipal en la instalación de módulos de atención a la salud mental.

La atención a personas con TDA debe estar presente en las jurisdicciones sanitarias de cada entidad federativa.

Acciones Específicas

- 6.1.1.** Participar en el diseño e instrumentación de un plan de acción que determine la ubicación de los módulos de atención a la salud mental en cada entidad federativa, atendiendo específicamente la ubicación de las facilidades para atención a TDA, en coordinación con el Sistema Educativo.
- 6.1.2.** Definir y ayudar a instrumentar la operación, control y seguimiento de los módulos de atención a personas con TDA.

Metas

- Instalar seis módulos de atención a personas con TDA, ya sea en los módulos de atención a la salud mental o independientes en el segundo año de acción del Programa.
- Incorporar servicios para la atención de personas con TDA en todas las entidades federativas y en 16 delegaciones del D.F.
- Diseñar un manual de operaciones de los módulos de TDA.

Línea de Acción

6.2. Coordinación técnica y operativa entre los responsables de los programas de TDA en las entidades federativas y del Programa Específico de TDA, así como con los Servicios de Salud Mental.

Acciones Específicas

- 6.2.1.** Promover la firma de convenios para realizar acciones conjuntas en materia de TDA entre entidades federativas y entre municipios.
- 6.2.2.** Crear mecanismos técnicos para dar seguimiento a los convenios.

Metas

- Firmar 32 convenios de cooperación y coordinación.
- Diseñar el protocolo de operación de los acuerdos que se establezcan en los convenios.

Estrategia

7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en materia de atención al trastorno por déficit de atención.

La reforma del Sector Salud contempla que la Secretaría de Salud asuma el papel rector normativo en la atención a la salud, incluyendo a la salud mental con sus programas específicos.

Línea de Acción

7.1. Fortalecer la coordinación ínter e intrainstitucional para dar atención a personas con TDA.

Es indispensable que todas las acciones se basen en mecanismos de coordinación dentro del sector y con otros sectores, particularmente el educativo.

Acciones Específicas

- 7.1.1.** Promover la elaboración y ejecución de programas estatales de salud mental que incluyan el TDA y se formulen con base en diagnósticos epidemiológicos y situacionales locales.
- 7.1.2.** Establecer convenios de colaboración, coordinación y/o coparticipación con instituciones de los sectores, público, social y privado que tengan relación con TDA en el país.

Metas

- Promover la elaboración de programas estatales de salud mental en cada entidad federativa que contemplen el TDA.
- Participar en el 100% de las acciones que, para incrementar la coordinación institucional, realice el PASM.

Línea de Acción

7.2. Promover la cooperación internacional en materia de trastorno por déficit de atención.

Una consecuencia favorable del proceso de globalización es que la interacción con agencias internacionales, países y centros de investigación es muy activa. La información difundida eficazmente reduce el tiempo de espera para que los conocimientos desarrollados en un sitio, beneficien a toda la comunidad internacional. Es indispensable tener un sistema sólido que nos permita recibir insumos y a la vez exportar nuestros avances.

Acciones Específicas

7.2.1. Establecer convenios de cooperación internacional con instituciones, agencias, grupos u organizaciones internacionales en el TDA.

7.2.2. Promover la presencia de México en organismos multinacionales de salud y fortalecer así los acuerdos que pudieran hacerse en materia de TDA.

7.2.3. Explorar la situación que el TDA guarda entre los migrantes mexicanos en Estados Unidos con el fin de promover su mejor atención.

Metas

- Establecer un mínimo de tres convenios internacionales en materia de TDA durante el segundo año de actividades del Programa y uno más cada año, de manera subsecuente hasta 2006.
- Coordinar, apoyar y ser líderes en la presencia de México en las reuniones internacionales de TDA con un mínimo de tres reuniones anuales hasta el 2006.
- Establecer contacto con los responsables de los programas de TDA en los tres estados de los Estados Unidos que cuentan con un mayor número de migrantes.

Línea de Acción

7.3. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos utilizados en el tratamiento del TDA.

En el manejo del TDA, el tratamiento farmacológico ocupa un lugar preponderante; por otro lado, existe una corriente fundamentalmente de asociaciones no médicas y de sectas anti-médicas que difunden información negativa en relación a los fármacos. Hay que promover el conocimiento real de la situación, pero igualmente garantizar que en nuestro país, en los sectores público y privado, exista un abasto suficiente de medicamentos para satisfacer la demanda que seguramente aumentará con el desarrollo de este programa.

Acciones Específicas

- 7.3.1.** Participar activamente y en colaboración con otros programas específicos y el PASM en la elaboración y definición de convenios acerca del cuadro básico de insumos para los tres niveles de atención, seleccionando aquellos fármacos de uso mejor definido para el TDA.
- 7.3.2.** Promover que los medicamentos utilizados en TDA se encuentren disponibles en el primer nivel de atención.
- 7.3.3.** Concertar con la industria farmacéutica, los distribuidores mayoristas y las farmacias, acciones que favorezcan que se mantenga el abasto suficiente y necesario de medicamentos utilizados en TDA.
- 7.3.4.** Participar en las acciones que realice el PASM para garantizar el acceso a medicamentos de uso en psiquiatría y neurología de las poblaciones con menores recursos económicos.

Metas

- Promover el abasto de medicamentos en un 100% en las unidades especializadas en salud mental y el primer nivel de atención.
- Incluir medicamentos de uso en TDA en el total de los cuadros básicos del Sector Salud.
- Establecer concertación con el 100% de los laboratorios productores de medicamentos de uso en TDA.
- Realizar un acercamiento a mayoristas y farmacias para buscar mecanismos de concertación para facilitar el acceso a los medicamentos y reducir sus costos.

Línea de Acción

7.4.Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud Mental con aspectos vinculados al TDA.

Las acciones que en todos los sentidos se tomen para fortalecer la atención a personas con TDA, deberán de estar sólidamente fundados en un sistema de información efectiva, veraz, confiable y universal. Una vez que el sistema considere al TDA en todas sus cifras, el Programa recibirá adecuada información cotidiana para orientar sus actividades.

Acciones Específicas

7.4.1. Participar activamente en las acciones del PASM para promover que el Sistema Nacional de Información en Salud y el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica incluyan al TDA dentro de sus sistemas de información rutinaria.

7.4.2. Diseñar y aplicar un sistema de registro, seguimiento y diagnóstico del TDA para mantener actualizado su papel epidemiológico a nivel nacional.

7.4.3. Promover que el personal de salud en el primer nivel registre los casos de TDA en sus reportes epidemiológicos sistemáticos.

Metas

- Incluir en los reportes epidemiológicos al TDA.
- Realizar un estudio epidemiológico de TDA cada 2 años para mantener las cifras actualizadas.

Línea de Acción

7.5.Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud en relación con el TDA.

La evaluación es el proceso fundamental para reorientar los programas; es una línea de acción del PASM el incluir procedimientos de evaluación de los programas de salud mental, incluyendo el TDA, en la evaluación que el Sistema Nacional de Salud realice de sus programas.

Acciones Específicas

- 7.5.1.** Diseñar un sistema de indicadores de desempeño, de resultados y de impacto que evalúe, en los tres niveles de atención y los niveles federal, estatal y municipal las acciones del Programa Específico de TDA.
- 7.5.2.** Informar a las instituciones y dependencias del Sistema de Salud involucrados en el manejo del TDA, de los resultados de las evaluaciones realizadas con el fin de que su toma de decisiones sea más efectiva.

Metas

- Desarrollar un sistema de evaluación del Programa de TDA.
- Influir en el proceso de toma de decisiones de las dependencias involucradas en el manejo de TDA.

Estrategia

8. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud mental.

El nuevo paradigma de atención a la salud mental sigue el modelo que el Sistema Nacional de Salud promueve; éste consiste en pasar de la atención curativa a la preventiva y de la especializada a la proporcionada por el primer nivel de atención, de la hospitalaria a la ambulatoria y de la centralista a la descentralizada. Simultáneamente, la participación de la comunidad en su autocuidado es un fenómeno que se presenta con más frecuencia. La aplicación operativa de este modelo al TDA, permitirá que las personas afectadas sean regularmente atendidas por el personal de atención primaria, con inclinación a la prevención, en unidades ambulatorias descentralizadas y con la participación de la comunidad y la familia.

Línea de Acción

8.1. Reorientar las acciones relacionadas al manejo de TDA hacia el medio familiar y comunitario.

Conviene aprovechar la estructura que la sociedad, de manera organizada, ha establecido como medio de autoayuda, tanto con estructuras informales como con los organismos no gubernamentales. Asimismo, el medio familiar se enfrenta al manejo de los problemas que se presentan como consecuencia de la presencia del TDA, con mecanismos que hay que orientar, fortalecer y aprovechar, complementando con el apoyo profesional e institucional.

Acciones Específicas

- 8.1.1.** Promover acciones de sensibilización a la comunidad y la familia para lograr que participen en su tratamiento.
- 8.1.2.** Promover la formación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo a personas con TDA y sus familias, involucrando a las organizaciones no gubernamentales que estén orientadas al problema.
- 8.1.3.** Desarrollar y fortalecer servicios ambulatorios de atención a TDA.
- 8.1.4.** Promover la participación de la comunidad en actividades de educación familiar en aspectos preventivos y de atención.

Metas

- Incrementar la participación familiar en el manejo del TDA.
- Incrementar el número de redes de apoyo de la comunidad a personas con TDA.
- Incrementar la consulta ambulatoria de pacientes con TDA.
- Incrementar la participación de la comunidad en acciones preventivas.
- Incrementar la participación en la atención de pacientes de organismos no-gubernamentales especializados en TDA y otras enfermedades mentales.

Línea de Acción

8.2.Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para personas con TDA.

Es fundamental lograr que el personal del primer nivel de atención pueda resolver con eficiencia y calidad los problemas de manejo de TDA. Aún cuando se tiene la certeza de que esta acción permitirá el tratamiento de un mayor número de personas, que la atención por niveles brinde resultados correctos y que se aprovechen los recursos correctamente, se tiene la necesidad de superar problemas de desinformación, de escasez de recursos y de actitud del personal de salud y de los usuarios. Igualmente, es necesario fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia que tradicionalmente han sido uno de los puntos débiles del Sistema.

Acciones Específicas

- 8.2.1.** Capacitación del personal del primer nivel de atención en el manejo del TDA y en las indicaciones y mecanismos de referencia.
- 8.2.2.** Desarrollar mecanismos de abasto farmacológico más eficiente en el primer nivel de atención del TDA.
- 8.2.3.** Capacitar al personal del primer nivel de atención en las indicaciones, mecanismos y seguimiento de actividades interdisciplinarias con psicólogos y maestros para el manejo diagnóstico y terapéutico de las personas con TDA.
- 8.2.4.** Actualizar y fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en personas con TDA.

Metas

- Promover y participar en la capacitación del 100% del personal de atención en el primer nivel durante los próximos cinco años.
- Promover el buen funcionamiento del sistema de abasto de medicamentos.
- Promover la integración de una red de referencia y contrarreferencia de personas con TDA al menos en tres entidades federativas, utilizando las facilidades de computación.

Línea de Acción

8.3.Optimizar la capacidad instalada para la atención a personas con TDA.

Una vez definida la capacidad instalada es indispensable establecer los mecanismos para que se utilicen de una manera óptima. Esto permitirá racionalizar los recursos.

Acciones Específicas

- 8.3.1.** Participar en la creación de un marco de regulación de la capacidad instalada.
- 8.3.2.** Evaluar las unidades que ofrezcan atención a personas con TDA en relación a su capacidad de respuesta y al aprovechamiento de sus recursos.
- 8.3.3.** Participar en estudios que definan la instalación de nuevas unidades de atención a TDA.

Metas

- Incrementar el rendimiento operativo del 100% de las unidades dedicadas a la atención de personas con TDA.
- Participar en los estudios que realicen para crear un marco de regulación de la capacidad instalada.

Líneas de Acción

8.4. Crear redes virtuales para la atención a personas con TDA.

La utilización de la tecnología informática en el proceso de atención a personas con TDA es necesaria puesto que implica una atención más acorde con los programas que en este campo se realizan. Aún cuando el proceso es largo, hay que iniciar el establecimiento de las bases para que ocurra con la mayor brevedad posible.

Acciones Específicas

- 8.4.1.** Diseñar un sistema computarizado de registro y seguimiento de la atención a personas con TDA.
- 8.4.2.** Promover la paulatina utilización de un sistema computarizado para la atención a personas con TDA.
- 8.4.3.** Realizar un proyecto piloto para probar la operatividad de un sistema computarizado para la atención a personas con TDA.

Metas

- Diseñar un proyecto de soporte informático para el registro y seguimiento de personas con TDA.
- Realizar un proyecto piloto en esta área.

Estrategia

9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.

Es importante ampliar la participación ciudadana en los órganos de decisión del Sistema de Salud, explícito en el PASM, por lo que conviene que el Programa de TDA logre que la ciudadanía participe de las decisiones para definir políticas al respecto y ofrecer la atención a quienes lo requieren.

Línea de Acción

9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión en relación al TDA.

La participación de los ciudadanos en los procesos de decisión en materia de TDA es conveniente puesto que recoge las inquietudes de quienes directamente se ven afectados y, a través de esto, se hacen legítimas las acciones del Sistema de Salud y se enriquecen sus posibilidades de éxito. De la misma manera, es importante dar fuerza a las acciones de diversas organizaciones no gubernamentales que han estado trabajando en la atención del TDA, aprovechando su experiencia para proporcionar un mejor apoyo a la comunidad.

Acciones Específicas

- 9.1.1.** Participar en la creación de asambleas municipales y estatales de salud, de acuerdo a lo establecido en el PASM.
- 9.1.2.** Proporcionar al PASM contenidos en TDA que puedan integrarse a la agenda de las asambleas municipales y estatales y eventualmente, a la Asamblea Nacional Ciudadana de Salud.
- 9.1.3.** Recoger los acuerdos de la Asamblea Nacional que correspondan al TDA y que sean referidos por el PASM para instrumentarlos.

Metas

- Participar en el 100% de las acciones que el PASM realice para ampliar la participación ciudadana en la materia.
- Atender el 100% de los acuerdos que el PASM refiera a este programa para su instrumentación.
- Proporcionar contenidos en TDA al PASM para que puedan integrarse al trabajo de las asambleas.

Línea de Acción

9.2. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad involucrados en el TDA.

La frecuencia con que el TDA ocurre y la necesidad inminente de proporcionar ayuda a las personas afectadas y sus familias, ha propiciado que la sociedad se organice y forme grupos de atención a personas con TDA. Este programa debe asegurar que se aproveche su entusiasmo, experiencia y, a la vez que se nutra de su participación, les proporcione información veraz y oportuna que aumente su efectividad.

Acciones Específicas

- 9.2.1.** Establecer y fomentar las relaciones y la colaboración entre los servicios de salud mental y las organizaciones no gubernamentales involucradas en TDA, para diseñar, gestionar, coordinar y ejecutar proyectos de beneficios para la sociedad.
- 9.2.2.** Organización de foros de participación ciudadana en torno al TDA.
- 9.2.3.** Promover la organización de nuevos organismos no gubernamentales que se orienten al TDA.
- 9.2.4.** Fortalecer el apoyo a organismos no gubernamentales para colaborar en su sustentabilidad económica y su profesionalización, manteniendo un respeto por su independencia e ideario.

Metas

- Publicar un directorio de organismos no gubernamentales involucrados en TDA.
- Promover la creación, o en su caso el desarrollo, de al menos un organismo no gubernamental involucrado en TDA en cada entidad federativa.
- Desarrollar un evento informativo para organismos no gubernamentales cada seis meses en diferentes entidades federativas.
- Realizar cuarenta eventos de concertación de acciones con organismos no gubernamentales involucrados en TDA durante los siguientes años.

Línea de Acción

9.3. Propiciar la rendición de cuentas, haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.

Siguiendo las líneas del PASM, este programa participará en los mecanismos para lograr la transparencia a través de publicar sus cuentas y acciones.

Acciones Específicas

- 9.3.1.** Permitir el acceso a la información sobre las acciones del programa TDA vía internet.
- 9.3.2.** Establecer un mecanismo de rendición de cuentas que se integre a esta acción según lo realizado por el PASM.
- 9.3.3.** Difundir los resultados de las evaluaciones realizadas al Programa Específico de TDA, incluyendo la evaluación a las unidades dedicadas a su atención.

Metas

- Integrar la información relevante sobre actividades en TDA e incorporarla a la página internet de salud mental.
- Ofrecer un informe anual a la comunidad de los niveles estatal y nacional, de las actividades realizadas en ese período de tiempo.
- Mantener una base de datos abierta a toda la ciudadanía, que informe sobre las actividades del Programa.
- Mantener una línea telefónica de información a nivel nacional a cargo de los organismos no gubernamentales.

Estrategia

10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en atención al trastorno por déficit de atención.

El éxito de los programas en salud mental, incluyendo TDA, está en contar con la formación y sobre todo el desarrollo de los recursos humanos necesarios para su operación. Es necesario influir en los centros formadores de personal y participar en la educación continua que es el instrumento para actualizar a los involucrados en la atención al TDA en los cambios científicos y tecnológicos que modulan de manera cotidiana la práctica médica.

El que el Programa Específico de TDA destaque los aspectos educativos le garantiza una influencia no sólo sobre las formas sino sobre el fondo del problema; el poder generar conocimientos a través de la práctica cotidiana de la investigación científica en TDA, contribuirá a reducir la dependencia y fortalecerá la difusión de conocimientos de utilidad para ofrecer mejor servicio y una enseñanza actualizada y oportuna. La triada investigación-docencia-servicio adquiere en este programa características muy específicas.

Línea de Acción

10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionistas y técnicos involucrados en la atención al TDA.

La calidad con la que se forman y actualizan los recursos humanos que están involucrados en el manejo del trastorno por déficit de atención es muy heterogénea. Conviene mejorar la calidad de la educación; para esto, el Programa puede colaborar proporcionando información acertada y coordinando con las instituciones de educación superior los contenidos y técnicas de enseñanza que se consideren más adecuados.

Acciones Específicas

10.1.1. Coordinar con los centros educativos la revisión curricular de las carreras de medicina, enfermería, psicología, educación especial, terapeuta de lenguaje, neurolingüística y trabajo social para incluir contenidos en TDA contemporáneos.

- 10.1.2.** Colaborar con los centros educativos y las sociedades profesionales, en la elaboración de material educativo adecuado a cada disciplina para ampliar la calidad de la educación.
- 10.1.3.** Identificar mínimos de enseñanza-aprendizaje en el área de TDA y, de preferencia, en coordinación con otros programas específicos, en educación en neurología y psiquiatría.
- 10.1.4.** Proporcionar información oportuna a los profesores de las licenciaturas mencionadas con el fin de formar criterios y garantizar uniformidad, al menos en los contenidos mínimos, de las materias relacionadas al TDA.

Metas

- Incluir contenidos curriculares sobre TDA en los planes de estudio de al menos 70 escuelas de medicina, 200 de enfermería, 120 de psicólogos, 50 de educación especial, neurolingüística o terapia de lenguaje y 10 de trabajo social en el transcurso de los próximos 5 años.
- Diseñar y elaborar material educativo en TDA que se pueda donar a 120 centros de educación de diversos niveles en 5 años.
- Propiciar una reunión nacional de profesores de neurología y psiquiatría que se realice en el 2003 y que sirva para presentar el Programa y definir los niveles mínimos de educación.
- Propiciar una reunión nacional de escuelas de psicólogos con el mismo fin y que se realice en 2004.
- Propiciar una reunión nacional de neurolingüistas, terapistas de lenguaje y maestros de educación especial que tengan lugar en el 2004.

Línea de Acción

10.2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos que atienden a personas con TDA.

Mejorar la calidad de la educación es indispensable, pero igualmente lo es el participar en la formación de recursos y sobre todo fortalecer el proceso de educación continua, el mejor medio para mantener actualizado a todo el personal de salud y educativo que tenga como parte de su trabajo el atender a personas con TDA. Este es el proceso más importante,

accesible, realizable y de resultados predecibles para incrementar en el corto, mediano y largo plazo, en los tres niveles de atención a la salud y en los distintos ámbitos gubernamentales, la calidad y eficiencia del Programa. Se requiere que este proceso se realice en coordinación con el Sistema Educativo, las sociedades, asociaciones, colegios y consejos de profesionistas, las instituciones de salud, los servicios estatales y la sociedad en general; es también una oportunidad para promover la participación de la industria privada, la farmacéutica y la tecnológica en este proceso de capacitación.

Acciones Específicas

- 10.2.1.** Participar en la elaboración de competencias laborales profesionales para médicos, enfermeras, psicólogos, educadores especiales, rehabilitadores y neurolingüistas en el área de TDA.
- 10.2.2.** Elaboración de un diagnóstico de capacitación en el área de TDA en el ámbito de salud y educativo.
- 10.2.3.** Participar en coordinación con instituciones de educación básica y superior, organizaciones de profesionistas, instituciones de salud, industrias farmacéutica y tecnológica y otras organizaciones interesadas, en el programa de educación continua en materia de TDA.
- 10.2.4.** Participar con las instituciones educativas en el establecimiento de estudios de postgrado para especialistas en el área de TDA.
- 10.2.5.** Promover y participar en la realización de un curso anual sobre TDA dirigido a personal no profesional de la salud y otro a personal de salud dedicado a TDA.
- 10.2.6.** Organizar un congreso bianual nacional dedicado a intercambiar experiencias, mediante la exposición de temas específicos y su discusión.
- 10.2.7.** Realizar una reunión estatal anual en la forma de cursos de actualización en TDA.
- 10.2.8.** Participar en la organización de una reunión internacional en TDA para fortalecer la capacitación del personal.
- 10.2.9.** Establecer una base de datos bibliográficos en TDA y hacerla accesible.

Metas

- Definir las competencias profesionales laborales de los diversos profesionistas en el área de TDA.
- Elaboración de un diagnóstico de necesidades de capacitación en TDA en el área educativa y de la salud en las entidades federativas.
- Cumplir con el 100% de las actividades que contemple el programa de educación continua en TDA.
- Promover la organización de 10 diplomados, en coordinación con el área de instituciones educativas en TDA.
- Promover la organización anual de un curso de postgrado para especialistas.
- Organizar un curso anual dedicado a personal no profesionista.
- Organizar un curso anual dedicado a personal profesional.
- Organizar un curso anual en cada estado de la república dedicado a personal profesional y no profesional.
- Participar en la organización de una reunión internacional cada dos años.
- Establecer una base de datos bibliográficos en TDA y hacerla accesible.

Línea de Acción

10.3.Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en el área de TDA.

La producción de conocimientos a través de la investigación científica y el desarrollo de tecnología novedosa que puedan utilizarse en la atención a personas con TDA, debe ser motivo de apoyo por parte del Programa, tal y como lo prevé el PASM. La investigación y el desarrollo tecnológico de calidad contribuyen a optimizar los recursos, disminuir el gasto, mejorar la capacidad resolutive, explorar nuevos procesos terapéuticos y conocer las características del problema.

Acciones Específicas

10.3.1. Definir prioridades en investigación en TDA.

10.3.2. Promover un ambiente académico y científico, propicio a la investigación, entre el personal de salud que atiende a personas con TDA.

10.3.3. Fortalecer el Sistema Nacional de Información sobre investigación en salud mental.

- 10.3.4.** Impulsar la investigación básica, clínica, educativa, social, epidemiológica y neuropsicológica en el área de TDA, mediante el otorgamiento de un premio anual, en cooperación con instituciones educativas, organismos no gubernamentales y la industria farmacéutica. Estos premios apoyarán a los mejores proyectos que se presenten y a los mejores trabajos que se terminen.
- 10.3.5.** Promover la organización de un congreso internacional en TDA para presentación de resultados.
- 10.3.6.** Participar en proyectos específicos de investigación.
- 10.3.7.** Apoyar la presentación de los resultados de la investigación realizada en el ámbito del TDA.
- 10.3.8.** Promover la publicación de resultados.

Metas

- Realizar una reunión de expertos que defina prioridades en investigación en TDA.
- Creación de un catálogo permanentemente actualizado en investigación en TDA.
- Incrementar en un 30% el número de investigaciones en TDA, en el año 2003.
- Organizar un concurso científico para otorgar un premio anual en el área de TDA a diversos tipos de investigación.
- Organizar un congreso científico en TDA con énfasis en la presentación de resultados de investigación.
- Participar en al menos un proyecto de investigación anual.
- Publicar al menos un artículo científico al año.
- Apoyar la presentación de reuniones nacionales o internacionales de 3 trabajos científicos.

Línea de Acción

10.4. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en TDA.

Se requiere que el equipamiento y la infraestructura de las unidades dedicadas a TDA se mantenga en condiciones adecuadas.

Acciones Específicas

10.4.1. Realizar un inventario de infraestructura y de equipo que se utiliza en atención al TDA.

10.4.2. Diseñar criterios para inversión.

10.4.3. Participar con el PASM en estructurar un plan de desarrollo que permita mantener equipamientos e infraestructura para la atención al TDA.

Metas

- Realizar un inventario de infraestructura en TDA.
- Tener instalada al menos una unidad que atienda personas con TDA en cada entidad federativa y en cada delegación del DF.
- Participar en la elaboración de un plan maestro de infraestructura para TDA.

Línea de Acción

10.5. Desarrollar una estructura tecnológica para poder utilizar telemedicina en atención a personas con TDA.

Las características geográficas del país favorecen el que un programa de telemedicina tenga éxito. Es muy importante trabajar en este sentido.

Acciones Específicas

10.5.1. Integrar el programa de TDA al sistema de información y telecomunicaciones del Sector Salud.

10.5.2. Diseñar, instrumentar y ejecutar un proyecto piloto sobre telemedicina en TDA.

Metas

- Diseñar un proyecto en telemedicina en TDA en 2003 y realizar su ejecución en 2004.

Línea de Acción

10.6. Utilizar los avances de Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la atención integral en TDA.

El avance más importante en los mecanismos de disseminación de la información se ha logrado mediante el desarrollo de Internet. Utilizar sus potencialidades es una oportunidad excelente para mejorar el Programa en todos los sentidos.

Acciones Específicas

10.6.1. Diseñar un programa de información en Internet para el Programa Específico de TDA.

10.6.2. Mantener un sistema de información continua, efectiva, confiable, eficaz y actualizada para alimentar la página de Internet del Programa.

Metas

- Diseñar y establecer una página en Internet sobre TDA.
- Mantener un sistema de información continua para TDA en la página de Internet de Salud Mental.

Capítulo VIII

Sistema de Seguimiento y Evaluación del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

El seguimiento y la evaluación de las acciones dentro de un programa son los dos componentes básicos que cierran el ciclo de todo proceso de planeación y garantizan que las estrategias alcancen los objetivos propuestos, a la vez que permiten reorientarlos cuando las circunstancias así lo requieren; el seguimiento y la evaluación permiten contrastar lo hecho con lo que se planeó y programó hacer originalmente, lo que obliga a que ejecución y evaluación sean dos procesos que se llevan a cabo de manera paralela y se complementan uno al otro.

El PNS identifica tres componentes básicos del esquema integral de evaluación que, aplicados al Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención tendrán las siguientes características:

a) **Evaluación del desempeño.** Una de las principales responsabilidades del CONADIC en materia de salud mental, consiste en medir el grado de cumplimiento de los objetivos y metas del Programa en cuanto a mejorar las condiciones de la población afectada, al prevenir, atender, rehabilitar y reintegrar a enfermos mentales a su comunidad, ofreciendo un trato adecuado y garantizando seguridad financiera; este componente mide el impacto de la estrategia en los cambios en la salud mental de la población.

b) **Evaluación de programa y servicios.** Consiste en la evaluación de los objetivos intermedios, entendidos éstos como los instrumentos y procesos de la estrategia para alcanzar los objetivos finales de bienestar de la población en materia de salud mental. Este componente mide la efectividad de los programas desde la perspectiva de su operación y funcionamiento, así como la capacidad de contribuir a los objetivos finales de la estrategia en salud mental.

c) **Sistema Nacional de Indicadores.** Consiste en índices de referencia seleccionados por su relevancia, estandarización, capacidad de reflejar claramente una situación y de establecer comparaciones, para lo cual se consideran tres tipos: cobertura, capacidad del sistema y

capacidad de los administradores. Este componente permite medir el desempeño del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención en términos cuantitativos y de manera comparativa con otros índices, reflejando los niveles de efectividad de la estrategia independientemente de los resultados absolutos.

Además de estos indicadores, una de las líneas de acción de este Programa, es el diseño y aplicación de un conjunto de indicadores específicos para los servicios especializados tanto locales como otros derivados de compromisos internacionales.

[Evaluación del desempeño](#)

Para la evaluación del desempeño del Programa Específico se contempla un mecanismo paralelo de promoción del Programa e inicio del sistema de evaluación con un carácter gradual, a través del cual, a la vez que se promuevan e implanten los criterios técnicos y de servicios en materia de salud mental en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud Mental, se inicia un proceso de evaluación del impacto en la salud de la población. Tres meses después del inicio de la aplicación del modelo se recuperan los formatos de evaluación del impacto en la población, empezando a construir con esto un mecanismo de seguimiento evaluación que se repetirá tres meses después.

La información obtenida a través de los formatos estaría relacionada con la capacidad del Modelo Integral para lograr la reintegración de los pacientes con trastornos mentales, en diversos niveles de tratamiento y recuperación. Asociado a esto, se estarían evaluando también el desempeño del personal, a las instituciones de salud mental y el nivel de satisfacción del personal, por la vía de cuestionarios y entrevistas con familiares de pacientes, llevados a cabo por equipos de supervisión. Se estima que en el plazo de dos a tres años se tendrá información inicial suficiente para medir el impacto del Modelo Integral en Salud Mental.

[Evaluación de programa y servicios](#)

Para la evaluación de los programas y servicios se partirá de la definición de los programas operativos anuales, buscando que se incorporen acciones específicas sobre promoción del Programa y del Modelo Integral, seguimiento de su impacto, acciones en materia de capacitación, investigación, administración y ampliación de la infraestructura, formulación de normatividad, coordinación interinstitucional y otros.

La evaluación de estas acciones, se llevará a cabo de acuerdo con las normas que para tal efecto se marcan en los mismos programas operativos y normatividad presupuestal. Los resultados de la evaluación de programas y servicios, tendrán a su vez un impacto en la medición del desempeño en el inciso anterior, en cuanto a asignación de recursos y su correcta aplicación.

Sistema Nacional de Indicadores

De los indicadores identificados en el PASM, que permiten medir el impacto del Programa Específico de TDA, se señalan a continuación aquellos que de manera directa se refieren a los propósitos de este Programa:

1. Índice de desempeño global del sistema de salud. Logro del sistema en cuanto a condiciones de salud mental, trato adecuado y protección financiera en relación de gasto efectuado.
2. Esperanza de vida productiva. Años que en promedio pueden vivir los hombres y mujeres con enfermedades mentales graves o discapacitantes una vez integrados a su comunidad.
3. Índice de trato adecuado. Capacidad de respuesta del Sistema de Salud Mental con respecto a dignidad, autonomía, confidencialidad, atención pronta, calidad, acceso a redes de apoyo y elección de proveedor.
4. Protección financiera. Porcentaje de familias que tuvieron gastos catastróficos para la atención de salud mental en un periodo determinado.
5. Abasto de los diez medicamentos esenciales. Porcentaje de unidades médicas especializadas que cuenta con un abasto mínimo del 90%.
6. Proyecto de coinversión en infraestructura pública en salud. Inversión en millones de pesos respecto a otras partidas presupuestales.
7. Certificación de unidades de salud. Porcentaje de unidades de salud mental certificadas respecto a otras variables.
8. Reuniones de las asambleas estatales y Nacional de Salud. Porcentaje de reuniones respecto a otras variables.

Para cada uno de estos índices se definirán los criterios y metodología para su captura, su periodicidad y fuentes, así como para su comparación y evaluación

Reconocimientos

Bajo la supervisión del Dr. Guido Belsasso, Comisionado Nacional del Consejo Nacional contra las Adicciones y del Dr. Salvador González Gutiérrez, Director General de los Servicios de Salud Mental, los trabajos para la elaboración de este Programa fueron realizados principalmente por el Dr. José Eduardo San Esteban y el Comité Consultivo Académico, con el apoyo y colaboración de la Psic. Martha Díaz Santos, Directora de Coordinación Técnica de Programas de Salud Mental, y el equipo de trabajo de esa Dirección: Lic. Carmen Bulos Méndez, Dr. Carlos Luis Aviña, Mtra, Ma. Irasema Rea Castañeda, Lic. Cynthia Esperón Vargas, Lic. Héctor Armienta Mantecón, Lic. Lilian Lozano Sedano y el Dr. Francisco J. Guerra y Rullán.

De igual manera, agradecemos a las casi 200 instituciones y personas que participaron en el proceso de consenso de los Programas Específicos de Salud Mental. En este caso, sólo se mencionará a la institución, organismo o dependencia.

- Asociación Médica de MEXFAM
- Asociación Mexicana contra el Autismo, A.C:
- Asociación Mexicana para Alzheimer y Trastornos Asociados, A.C.
- Centro de Salud “José Castro Villagrán”, Gobierno del Distrito Federal
- Centro Médico “La Raza”, Instituto Mexicano del Seguro Social
- Clínica de Esquizofrenia del Hospital de San Fernando, IMSS
- Clínica de Esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
- Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Clínica de la Memoria del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- Clínica de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Clínica San Rafael
- Colegio Giocosa
- Comité de Evaluación del Consejo Nacional de Medicina General
- Coordinación Académica de la Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Médicos Generales A.C. (AMMFMGAC)
- Coordinación de Enlace con el Congreso y Participación Ciudadana
- Coordinación General de los Institutos de Salud
- Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA
- Cruz Roja Mexicana. Programa APSIDE
- Delegado para el D.F. del Instituto Nacional de Educación Médica Continua
- Departamento de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

- Departamento de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- Departamento de Estudios sobre la Depresión, Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Departamento de Genética del Instituto Nacional de Perinatología
- Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”
- Departamento de Investigación de la Facultad de Psicología, UNAM
- Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”
- Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Departamento de Medicina Familiar, UNAM
- Departamento de Neurobiología del Desarrollo del Instituto Nacional de Perinatología
- Departamento de Neurología del Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”
- Departamento de Neurología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Departamento de Neuropsicología, UNAM
- Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
- Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”
- Departamento de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”
- Departamento de Psiquiatría del Instituto Nacional de Pediatría
- Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, DIF
- Dirección de Educación Especial, SEP
- Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Dirección de Enseñanza e Investigación, SERSAME
- Dirección de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Newmann Peña"
- Dirección de la Facultad de Psicología, UNAM
- Dirección de Modelos de Atención, DIF
- Dirección de Operación y Supervisión, SERSAME
- Dirección de Planeación e Innovación para la Calidad, SSA
- Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”
- Dirección del Centro de Higiene Mental "Dr. Carlos Nava Muñoz"
- Dirección del Centro Estatal de Salud Mental de Saltillo
- Dirección del Hospital Casa Hogar San Agustín
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo Nieto"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Alfonso Millan"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Víctor Manuel Concha Vázquez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Granja la Salud Tlazolteotl"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "José Sayago"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Manuel Campos"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Parras de la Fuente"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Valle Bueno"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico Civil Libertad
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de "San Fernando" IMSS
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Chametla
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Chihuahua
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Guanajuato
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Jalisco
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Monterrey
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Tampico
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Tijuana
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Villahermosa
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Yucatán
- Dirección del Hospital Psiquiátrico San Fernando, IMSS
- Dirección General Adjunta de Administración y Planeación, CONADIC-SERSAME
- Dirección General Adjunta de Innovación en Sistemas, SSA
- Dirección General de Análisis y Desempeño de Políticas de Salud, SSA
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SSA
- Dirección General de Comunicación Social, SSA
- Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental, CONADIC-SERSAME
- Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones, CONADIC-SERSAME
- Dirección General de Epidemiología, SSA
- Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, SSA
- Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, SSA
- Dirección General de Operación de Servicios Educativos en el D.F.
- Dirección General de Protección Financiera, SSA
- Dirección General de Salud Reproductiva, SSA
- Dirección General del Centro de Vigilancia Epidemiológica, SSA
- Dirección General del Centro Nacional de Rehabilitación
- Dirección General del Centro para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, SSA
- Dirección General del Hospital General de México, SSA
- Dirección General del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"
- Dirección General del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Dirección General del IMSS
- Dirección General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
- Dirección General del ISSSTE

- Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-Nacional)
- Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, CONADIC-SERSAME
- Hospital ABC
- Hospital Español
- Hospital 1° de octubre, ISSSTE
- Instituto Nacional de la Comunicación Humana
- Instituto Nacional de Pediatría
- OPS/OMS - México
- Presidencia de AMAPE
- Presidencia de la Asociación de Médicos de MEXFAM
- Presidencia de Médicos Asociados de Oriente-Iztapalapa
- Presidencia del Consejo Nacional de Medicina General
- Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
- Secretaría de Desarrollo Social
- Secretaría de Fomento Social de Chihuahua
- Secretaría de Gobernación
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretariado del Consejo Nacional de Salud
- Secretario de Salud de Aguascalientes
- Secretario de Salud de Baja California
- Secretario de Salud de Baja California Sur
- Secretario de Salud de Campeche
- Secretario de Salud de Chiapas
- Secretario de Salud de Chihuahua
- Secretario de Salud de Coahuila
- Secretario de Salud de Colima
- Secretario de Salud de Durango
- Secretario de Salud de Guanajuato
- Secretario de Salud de Guerrero
- Secretario de Salud de Hidalgo
- Secretario de Salud de Jalisco
- Secretario de Salud de Michoacán
- Secretario de Salud de Morelos
- Secretario de Salud de Nayarit
- Secretario de Salud de Nuevo León
- Secretario de Salud de Oaxaca
- Secretario de Salud de Puebla
- Secretario de Salud de Querétaro
- Secretario de Salud de Quintana Roo
- Secretario de Salud de San Luis Potosí
- Secretario de Salud de Sinaloa
- Secretario de Salud de Sonora
- Secretario de Salud de Tabasco
- Secretario de Salud de Tamaulipas
- Secretario de Salud de Tlaxcala
- Secretario de Salud de Veracruz

- Secretario de Salud de Yucatán
- Secretario de Salud de Zacatecas
- Secretario de Salud del Estado de México
- Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
- Sociedad Mexicana de Medicina Conductual,A.C.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA
- Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, SSA
- Subsecretaría de Relaciones Institucionales, SSA
- Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F., SEP
- Subsecretaría del Consejo de Salubridad General
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Demencias y Trastornos Asociados
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Depresión
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Esquizofrenia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Epilepsia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Enfermedad de Parkinson
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 3 .Washington DC. APA. 1980.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 3 .Washington DC. APA. 1987.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 4. Washington DC. APA. 1994.
4. Barkley R.A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York. Ed Guilford. 1999.
5. BARRAGÁN, E. *El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones*. México. Altus Editores. 2001.
6. BENAVIDES, G., *Helping Students with attentional problems succeed academically and emotionally in the classroom*. 12th Annual CHADD International Conference. CHADD. 2001.
7. BIEDERMAN, J.; Et al. “Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples”. En Arch Gen Psychiatry. Número 49. 1992. P. 728-38.
8. BIEDERMAN, J., Et al. “Family environment risk factors for ADHD: A Test for Rutter’s indicators of adversity”. En Arch Gen Psychiatry. Número 52. 1995. P. 464-70.
9. BIEDERMAN, J., Et al. “Family-genetic and psychogenic risk factors in DSM- III attention deficit disorder”. En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Número 29. 1990.p. 526- 33.
10. BIEDERMAN, J., Et al.. “Evidence of familiar association between attention deficit hyperactivity disorder and major affective disorders”. En Arch Gen Psychiatry. Número 48. 1991.p. 633- 42.
11. BIEDERMAN, J., Et al. “Is child oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four year follow up study of children with ADHD”. En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Número 36. Marzo 1997. P.1193- 1204

12. BIEDERMAN, J.: Et al. "Predictors of persistence and remission of ADHD: results from a four year prospective follow up study of ADHD children". En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Número 35. 1996. P. 343-51.
13. BIEDERMAN, J., Et al.: *Pharmacotherapy of ADHD reduces substance abuse in adolescence. A longitudinal study*. Pediatrics. 1999. 104: E 20
14. BROWN, T.E.: *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington DC. Amer Psych. 2000.
15. CARAVEO, A.J.: *Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México*. Secretaría de Salud. CONADIC. Vol. 19 No. 3. 1996.
16. CARLSON, C.; MANN, M. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive subtype*. Child Adolesc Psych Clin Northam. 9,3: 499-510, Jul. 2000.
17. DE LA FUENTE, J.R.; TAPIA, R. *La medición de salud a través de indicadores*. México UNAM, 2000.
18. DU PAUL G. Et al. "Response of children with ADHD to methylphenidate: Interaction with internalizing symptoms". En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Número 33. 1994. P.894- 903
19. GOMEZ- BENEYTO, M.; Et al. *Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain*. Acta Psychiatr Scand, 1994, 89:352- 57
20. GILL M.; Et al. *Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism*. Mol Psychiatry. 1997, 2:311-3
21. HECHTMAN, L. "Assessment and diagnosis of attention deficit/ hyperactivity disorder". Child Adolesc Psych Clin Northam. 9, 3. Julio 2000. P.511-524
22. HOFFMAN, J.A.; DU PAUL, G,J. "Psycho educational interventions for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder". Child Adolesc Psych Clin Northam. Año 9. Julio 2000.p. 647-62
23. JENSEN, P.S. "Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts on etiology, pathophysiology and neurobiology".En Child Adolesc Psych Clin Northam. Año 9. Julio. 2000. P.557-572.
24. *Manual del maestro para alumnos con TDAH*. México. Clínica de déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, S.C. 2000

25. MANNUZZA, S.; Et al. "Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up". En Am J Psychiatry .1998, 155. P.493-498.
26. MANNUZZA, S.; KLEIN, R.G. "Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder". En Childs Adolesc Psychiatry 1989, 28. P.773-776.
27. PELHAM, W.E. "Comparative effects of methylphenidate on ADD girls and ADD boys". En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989. 28. P. 773-776
28. PELHAM, E.E.; FABIANO, G.A. "Behavior modification". En Child Adolesc Psych Clin Northam. 9,3. Julio 2000. P. 671-688.
29. PLIZKA, S.R. "Patterns of psychiatric co morbidity with attention deficit hyperactivity disorder". En Child Adolesc Psych Clin Northam. 9, 3. Julio 2000. P. 535-540.
30. POPPER, C.W. "Pharmacological alternatives to psycho stimulants for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder". En Child Adolesc Psych Clin Northam. 9,3.Julio 2000 .p. 605-646.
31. Secretaría de Salud. *Programa de Acción en Salud Mental*. México. Secretaría de Salud. 2001.
32. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México. Secretaría de Salud. 2001.
33. SCHACHAR, R.; Et al. "Hyperactivity and parental psychopathology". En J Child Psychology and Psychiatry. Número 31.1990. p.381-392.
34. SCAHILL, L.; SCHWAB-STONE, M. "Epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in school aged children." En Child Adolesc Psych Clin Northam . 9,3, Julio 2000. P.541-56
35. SPENCER, T; Et al. "A double blind crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood onset attention deficit hyperactivity disorder". En Gen Psychiatry. Número 52. 1995. P.434-443
36. SPENCER, T; Et al. *Pharmacotherapy of ADHD across the life cycle*. En J Am Acad Child Adolesc Psychiatry .Número 35. 1996. P.409-32.
37. SILVER, L. "Attention deficit hyperactivity disorder in adult life". En Child Adolesc Clin Northam 9,3, Julio 2000. P.511-24
38. STUBBE, D.E."Attention deficit hyperactivity disorder. An overview and historical perspective". En Child Adolesc Psych Clin Northam. 9,3. July 2000.p. 469-480.

39. STUBBE, D.E., Weiss, G. "Psychosocial interventions: Individual psychotherapy with the child, and family interventions". En Child Adolesc Psych Clin Northam 9,3, Julio 2000.p. 663-70.
40. VAN-WIELINK, G. *Déficit de atención con hiperactividad*. México. Impresora formal. 2000
41. WILENS, T.E.; SPENCER, T. "Stimulants and attention deficit hyperactivity disorder". En Child Adolesc Psych Clin Northam. 9,3. Julio 2000.p. 573-604.
42. WILENS, T.E. *AOD use and attention deficit hyperactivity disorder*. Alcohol health and research world. 1998;22,2:172-5
43. ZAMETKIN, A.J.; Et al. "Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset". En N Engl J Med. Número 323. 1990. p. 1361-66.

Apéndices

Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

Criterios del CIE-10 para trastornos hiperkinéticos

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno por Déficit de Atención

Directorio de centros de atención para el tratamiento de TDA

Abreviaturas y acrónimos

Glosario

**Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Trastorno por Déficit de
Atención**

Dr. José Eduardo San Esteban	Vocal Ejecutivo
Dr. Saúl Garza	Vocal Ejecutivo Adjunto
Miembros	
Dr. Jesús del Bosque	Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
Dr. Juan Carlos Reséndiz	Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
Dr. Eduardo Arroyo	Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
Dra. Dora Gilda Mayén	Instituto Nacional de Perinatología
Dra. Eva Belmar	Clínica de Trastorno por Déficit de Atención
Dra. María Teresa Salgó	Secretaría de Educación Pública
Dra. Olga Salinas de Valle	Colegio Giocosa
Mtra. Gabriela Galindo	Instituto Mexicano de Psiquiatría
Mtra. Lourdes Schnaas	Instituto Mexicano de Perinatología
Psic. Gabriela Delgado	Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adultos, A.C.

Programas de Acción de la Secretaría de Salud vinculados con el Programa Específico de TDA

- Comunidades saludables
- Educación saludable
- Enseñanza: Formación y capacitación del personal de salud
- Infancia y Adolescencia
- Arranque parejo en la vida
- Salud reproductiva
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Modelo Integrado de Atención a la salud
- Investigación en Salud
- Evaluación del desempeño
- Salud y nutrición de los pueblos indígenas
- Arbitraje Médico
- Protección financiera
- Sistema Nacional de Información en Salud
- Hospital Universal
- Cruzada por la calidad de los Servicios de Salud

Criterios de la CIE-10 para trastornos hiperkinéticos

F90 Trastornos hiperkinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia de cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante y deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

Criterios Diagnósticos del DSM–IV para el Trastorno por Déficit de Atención

A- ya sea (1) o(2)

1.- Seis o más de los siguientes síntomas de inatención que hayan persistido por lo menos seis meses y que ocurran con una severidad que produzca dificultades en la adaptación y sean consistentes con el nivel de desarrollo esperado.

- a) Frecuentemente falla en prestar atención detenida a los detalles o comete errores por descuido en las labores escolares, el trabajo o en otra actividad.
- b) Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en labores o actividades de juego.
- c) Frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Frecuentemente no es capaz de seguir instrucciones y falla en terminar trabajos escolares, labores específicas u obligaciones en el trabajo (lo que no sea resultado de una conducta oposicionista o una dificultad para entender las instrucciones).
- e) Frecuentemente tiene dificultad en organizar tareas y actividades.
- f) Frecuentemente evita, muestra desagrado o se muestra esquivo para comprometerse en tareas que requieren de un esfuerzo mental sostenido (como serían las labores escolares o las tareas para realizar en casa).
- g) Frecuentemente pierden cosas necesarias para su tarea u otra actividad (p. ejem. Juguetes, tareas, lápices, libros o instrumentos).
- h) Frecuentemente es distraído con facilidad por estímulos externos.
- i) Frecuentemente es olvidadizo de sus actividades diarias.

2.- Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad–impulsividad, que hayan persistido por lo menos por seis meses y que ocurran con una severidad tal, que produzcan dificultades en la adaptación y que no sean consistentes en el nivel de desarrollo esperado.

Hiperactividad

- a) Frecuentemente juegan con sus manos o sus pies o se mueve mucho en su asiento.
- b) Frecuentemente abandonan su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en donde se esperaría que permanecieran sentados.

- c) Frecuentemente corretean o trepa excesivamente en situaciones en que es inadecuado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud).
- d) Frecuentemente tiene dificultades jugando o comprometiéndose tranquilamente en actividades de diversión.
- e) Frecuentemente se le ve “acelerado” o activo como si “tuviera un motor”.
- f) Frecuentemente habla excesivamente.

Impulsividad

- g) Frecuentemente responden bruscamente aún antes de que las preguntas se hayan completado.
- h) Frecuentemente tienen dificultades en esperar su turno.
- i) Frecuentemente interrumpe o se intromisiona en otros (p. ejem., Interrumpe conversaciones o juegos).

B.- Algunos síntomas de inatención o hiperactividad – impulsividad que causen dificultades estuvieron presentes desde antes de los 7 años de edad.

C.- Las dificultades que se derivan de los síntomas ocurren en dos o más lugares (p. Ejem. En la escuela o el trabajo y en el hogar)

D.- Debe de haber clara evidencia de dificultades clínicamente significativas en las funciones sociales, académicas u ocupacionales.

E.- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno integral del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y no se pueden explicar por otros trastornos mentales (p. ejem., Trastornos de animo, de ansiedad, de disociativos o de personalidad).

Basada en estos criterios podemos realizar una diferenciación en tipos de trastorno que igualmente podemos codificar.

TDA, tipo combinado: Cuando ambos criterios A1 y A 2 se han cubierto por los menos seis meses.

TDA tipo predominantemente inatento: si el criterio A1 se ha cubierto pero no así el criterio A2, durante los últimos seis meses.

TDA tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo: Si el criterio A2 se ha cubierto pero no así el criterio A1, durante los últimos seis meses.

Nota de Codificación: para individuos (especialmente adolescentes y adultos) que actualmente tienen síntomas pero que ya no cubran lo anterior de manera integral debe de especificar “en remisión parcial”.

TDA no especificado: Esta categoría es para los trastornos con síntomas predominantes de inatención o hiperactividad - impulsividad que no llenen los criterios de TDA.

Directorio de centros de atención para el tratamiento de TDA

AGUASCALIENTES

CENTRO NEUROPSIQUIATRICO
SECRETARIA DE SALUD
KM 4.2 CAR. A LA CANTERA
C.P.20208
AGS.AGS.
01.449.760587
FAX 01.449.760589

BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE SALUD MENTAL MEXICALI
DIF ESTATAL
RIO PAPALOAPAN Y CALLE 11. FRAC.NVO. MEXICALI. CP.21390
MEXICALI B.C.
01.686.610315 01.686.610920
FAX 01.666.810792

BAJA CALIFORNIA SUR

HOSPITAL GRAL.
"JUAN MA. DE SALVATIERRA"
SECRETARIA DE SALUD
NICOLAS BRAVO Y LIC. VERDAD 10-10 CENTRO C.P.23000
LA PAZ B.C.S.
01.612.21496.
FAX 01.612.21597

COAHUILA

CENTRO DE SALUD MENTAL
PRIVADO
MARTÍN ENRIQUEZ Y JUAN O' DONOJU S/N
COL VIRREYES COLONIAL, SALTILLO COAH.
01.844.150763

COLIMA

HOSPITAL GENERAL "IXTLAHUACAN"
UNIDAD DE PSIQUIATRIA
SECRETARIA DE SALUD
CALLE ZARAGOZA S/N C.P. 28700 ICTLAHUACAN
01.332.49045
FAX 01-332-49045

DISTRITO FEDERAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA "DR. RAMON DE LA FUENTE"
SECRETARIA DE SALUD
CALZ. MÉXICO-XOCHIMILCO 101 COL. SAN LORENZO HUIPULCO DEL. TLALPAN C.P.14370
MÉXICO D.F.
56552811,56557999
FAX.56550411

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
SECRETARIA DE SALUD
AV. INSURGENTES SUR 3877, COL LA FAMA C.P.14269 MEXICO D.F.
56063822, 56063993
FX.56062282

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"
SECRETARIA DE SALUD
AV. SAN BUENAVENTURA 86.
COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ, TLALPAN C.P.14080 MEXICO D.F.
55739171
FAX.55739161

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO"

IMSS
AV. SAN FERNANDO 201. COL TORIELLO GUERRA, TLALPAN
C.P.14050
MÉXICO, D.F.
56062165
56060391
FAX 55777292

HOSPITAL MORELOS
IMSS
SAN JUAN DE ARAGON 311 COL SAN PEDRO EL CHICO DEL. GUSTAVO A MADERO CC.P.07480
MÉXICO, D.F.
55774419
FAX 55777292

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10
IMSS
CALZ. DE TLALPAN 931, COL NIÑOS HEROES DE CHAPULTEPEC, TLALPAN, C.P.03440
MÉXICO, D.F.
55796130
FAX 55796359

CLINICA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA TLATELOLCO
ISSSTE
PROL. GUERRERO 346 UNIDAD NONOALCO TLATELOLCO C.P. 06300, MÉXICO, D.F.
55979750
55836895

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL
SSA
PERIFÉRICO SUR 2905 COL. SAN JERÓNIMO LIDICE C.P.10200 MEXICO, D.F.
55955651
FAX 55958025

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTÉMOC
DR. ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍNEZ NO. 13
COL. SANTA MARÍA LA RIVERA
C. P. 06400
TEL. 55 41 47 49, 55 41 12 24

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA
AV. EJE 5 ESQ. GUERRA DE REFORMA
DEL. IZTAPALAPA
C. P. 09310
TEL. 56 94 16 60

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO
AV. TICOMAN ESQ. HUAUNUCO S/N
COL. SAN PEDRO ZACATENCO
DE. GUSTAVO A. MADERO
C. P. 07360
TEL. 57 54 66 01

HOSPITAL CENTRAL MILITAR
SEDENA
AV. EJERCITO NAL S/N Y PERIFÉRICO. COL. LOMAS DE SOTELO. C.P.11049
MÉXICO, D.F.
55573100
FAX 55573021

CLINICA FLORIDA
PRIVADA
IZTACHATL 180
COL. FLORIDA, COYOACAN C.P.1030 MEXICO, D.F.
56610491
FAX.56635580

SANATORIO ESPAÑOL

PRIVADO
AV. EJERCITO NAL 613, UNIDAD PABLO 10. 1ER PISO, PABELLÓN 9 COL. GRANADA. C.P.11520
55453188
55318145
FAX 52554694

CLINICA "SAN RAFAEL"
PRIVADO
INSURGENTE SUR 4177, COL STA. URSULA XITLA, TLALPAN, C.P.14420
MÉXICO, D.F.
56554799
FAX56553077

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHEMOC
SECRETARIA DE SALUD
COL SANTA MARIA LA RIVERA, C.P. 6400, MÉXICO D.F.
55414749
FAX55411677

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO
SECRETARIA DE SALUD
AV. TICOMAN ESQ. HUAUNUCO S/N COL SAN PEDRO ZACATENCO, DEL. GUSTAVO A MADERO C.P.7360 MEXICO, D.F.
57546601
FAX.57546601

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA
SECRETARIA DE SALUD
AV. EJE 5 ESQ. GUERRA DE REFORMA DEL. IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. C.P.09310
56941660

JALISCO
SERVICIO DE PSIQUIATRIA ANTIGUO HOSPITAL CIVIL
SSA-SBSE
CALLE HOSPITAL 278, SECTOR HIDALGO, C.P.44280, GUADALAJARA, JAL.
0136145501
FAX 614143

HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE
HOSPITAL PRIVADO
AV. ZOQUIAPAN 1050 COL. ZOQUIAPAN, Jal.
C.P.45170
0136334107
CONM.6334893

UNIDAD DE ORIENTACIÓN Y PSICODIAGNOSTICO
PRIVADO
JUSTO SIERRA 2310, COL. LADRON DE GUEVARA, C.P. 44600 GUADALAJARA JAL.
013 6302002
FAX 6161089
616 44 92

NAYARIT
CENTRO TERAPEUTICO DEL ESTADO DE NAYARIT
COORD. EJECUTIVO DEL CONADIC
BLVD. TEPIC-JALISCO 346, COL. MIRAVALLS C.P. 63184, TEPIC NAY.
01 321 3 44 25

CENTRO MÉDICO PSICOLÓGICO
BILBAO 57 FRACCIONAMIENTO CD. DEL VALLE
(311)213 4794

UNIDAD DE SALUD MENTAL
AV. INSURGENTES 98 PTE. INTERIOR 3
COL. CENTRO
(311) 214 5586

CLÍNICA GERMINA
CALLE SANGANGUEY 4 FRACCIONAMIENTO JARDINES DE LA CRUZ
(311) 214 2633

CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL
MONTES ANDES 45
COL. LINDAVISTA
(311) 217 1758

CREE
SAUCE Y CEDRO S/N
COL. SAN JUAN

HOSPITAL GENERAL DE TEPIC
AV. ENFERMERÍA S/N COL. CENTRO
(311) 214 2315

[NUEVO LEON](#)

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA No. 22
IMSS
RAYONES 965 COL. NOGALES C.P. 64260 MONTERREY NVO. LEON
01 8 352 0808
FAX. 352 3051

HOSPITAL UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD- GOBIERNO DEL ESTADO
SER. DE PSIQ.
MADERO Y GONZALITOS COL. MITRAS CENTRO
C.P. 64460
MONTERREY NVO. LEON
01 8 348 40 91
FAX 346 38 74

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY
HOSPITAL PRIVADO
COLEGIO CIVIL 133 SUR, COL. CENTRO C.P. 64001
MONTERREY NVO. LEON
01 8 342 53 66
FAX 342 0280

[PUEBLA](#)

HOSPITAL DEL NIÑO POBLANO
BLVD. DEL NIÑO POBLANO S/N
404 9004/20

IMSS
4 NORTE No. 2005
242 5420
FAX 242 3690

ISSSTE
21 PONIENTE 501-2 2 PISO
243 8829

ISSSTEP
24 NORTE 802

DIF ESTATAL
CALLE 5 DE MAYO 1602 ESQ. 18 ORIENTE
243 2590
FAX 229 5200

TABASCO

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILLAHERMOSA
SECRETARIA DE SALUD
CALLE RAMON MENDOZA RAMON S/N, COL. JOSE MARIA PINO SUAREZ ZONA ASISTENCIASL C.P. 86010,
VILLAHERMOSA TAB.
01 93 57 07 89
FAX 57 0807

TAMAULIPAS

CLINICA PSICOMEDICA "SAN ROQUE"
PRIVADO
OCAMPO 2917
C.P. 88000 NVO. LAREDO TAMPS.
01 87 5 59 43

VERACRUZ

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. MIGUEL DORANTES MEZA"
SSA- GOB. UNIDAD DE PSIQUIATRIA
CALLE SOCONUSCO 31 AGUASCALIENTES 100, COL. AGUACATAL C.P. 91130, JALAPA VER.
01 28 15 01 75
FAX 15 05 52

INSTITUTO PSIQUIATRICO VERACRUZANO
HOSPITAL PRIVADO
AVE. URANO LOTES 3 Y 4, COL. GRANJAS LOS PINOS C.P. 94290. BOCA DEL RIO VER.
01 22 99 21 54 94
37 10 73

Abreviaturas y acrónimos

DF	Distrito Federal
CAM	Centro de Atención Múltiple
CECOSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
COMT	Enzima catecolo- metil- transferasa
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DSM IV	Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridas y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
PASM	Programa de Acción en Salud Mental
PET	Tomografía por emisión de positrones
PND	Programa Nacional de Desarrollo
PNS	Programa Nacional de Salud
SEP	Secretaría de Educación Pública
SERSAME	Servicios de Salud Mental
SPECT	Tomografía por emisión de un fotón simple
SSA	Secretaría de Salud
TA	Trastornos de aprendizaje
TAC	Tomografía axial computada
TDA	Trastorno por déficit de atención
TEP	Tomografía por emisión de positrones

Glosario

Adicción o farmacodependencia	Es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.
Antidepresivos	Fármacos cuya función principal es combatir la depresión.
Antidepresivos tricíclicos	Sustancias eficaces en el tratamiento de la depresión, trastorno de crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de la alimentación y el trastorno por dolor.
APGAR	Escala utilizada para evaluar el estado de salud de un recién nacido. Considera respiración, pulso, actividad, tono muscular y coloración de piel, otorgando 2 puntos a cada uno con un máximo de 10. (Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration).
Ausencias epilépticas	Condición clínica en la que los pacientes presentan súbitamente una desconexión del medio ambiente, con fijación de la mirada y falta de respuesta, dura unos segundos y puede repetirse muchas veces al día. Se acompaña de un electroencefalograma característico con descargas de punta onda a 2-3 ciclos por segundo.
Bupropión	Antidepresivo con un perfil reducido de efectos secundarios.
Comorbilidad	Situación clínica en la que dos entidades se presentan simultáneamente sin que pueda especificarse que una dependa de la otra.
Congénito	Se refiere a aquellas condiciones con las que el individuo nace y que son adquiridas previas al nacimiento. Incluyen las condiciones genéticas y las que no lo son, pero se adquiere durante la gestación.
Detección y manejo oportuno de casos	Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.
Diagnóstico	Es la conclusión a la que se llega como resultado del análisis y evaluación de un conjunto de datos que presenta una persona o situación.
Electroencefalograma	Estudio de gabinete que registra la actividad eléctrica del cerebro.
Estimulante	Es una sustancia que produce sentimientos de euforia, aumento del estado de alerta, disminución del apetito y de la sensación de fatiga.
Estudios anatomopatológicos	Son los realizados en tejido vivo o muerto en el ser humano para identificar una enfermedad.
Evaluación	Proceso que permite conocer, mediante instrumentos y técnicas específicas, los logros y los resultados alcanzados por la aplicación de un programa.
Factor de riesgo	Condiciones de diversa naturaleza que influyen para que una situación clínica se presente.
Genético	Se refiere a la información que se transmite a través de los genes.
Hiperactividad	Es una manifestación clínica en la que la persona presenta un estado de gran inquietud motora. Puede ser constantes movimientos de las extremidades, caminar, correr, trepar, arrastrarse, etc. Habitualmente desaparece durante el sueño.
Hipercinesia	Ver hiperactividad. Son sinónimos.
Imipramina	Medicamento prototipo de los antidepresivos tricíclicos.

Indicadores	Denota mediciones individuales, como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido.
Meta	Es la expresión cuantificada de las acciones que se espera realizar en la aplicación del programa, en un tiempo y lugar determinados.
Metilfenidato	Sustancia estimulante del sistema nervioso central que actúa básicamente liberando catecolaminas, sobre todo dopamina, de las terminales presinápticas. Usado principalmente en el trastorno por déficit de atención,
Neuroimagen	Estudio de la estructura cerebral que permite la localización y el análisis de la actividad química y eléctrica específica del cerebro durante los procesos mentales normales y en el curso de un trastorno psiquiátrico.
Neurotransmisor	Sustancia química que permite la transmisión interneural. Pueden actuar de manera excitadora o inhibitoria.
Periodo perinatal	El que ocurre desde el establecimiento del trabajo de parto hasta después del nacimiento.
Prevalencia	Número de casos de un trastorno, en un tiempo determinado.
Pruebas psicopedagógicas	Conjunto de exámenes psicológicos que explora los mecanismos cerebrales que dan origen a funciones, relacionándolos con su localización anatómica.
Resonancia magnética	Estudio radiológico o de imagen que se realiza con la ayuda de un poderoso imán que alinea los electrones intracelulares y permite que se produzca una minuciosa imagen de las estructuras.
Tomografía axial computada	Estudio radiológico o de imagen que se realiza por la toma de múltiples radiografías y se integran computadamente.
Tomografía por emisión de positrones	Estudio de imagen en el que se analizan el consumo de sustancias marcadas radioactivamente y proporciona una clara idea del metabolismo celular.