



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

**PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL
TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA
CONDUCTA**

Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001

Versión: 001

Página 1 de 30

Ministerio de Salud Pública
Hospital General Docente de Calderón



**PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRASTORNO DEL
HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA DEL HOSPITAL GENERAL
DOCENTE DE CALDERÓN**

MAYO, 2025

 REPÚBLICA DEL ECUADOR	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 2 de 30	

PRÓLOGO Y DERECHOS DE AUTOR

Este Documento es una creación propia del Hospital General Docente de Calderón. La Unidad de Calidad es responsable del buen uso de este documento.

Los propósitos de esta creación responden a la estandarización y a la Gestión de Calidad del Hospital General Docente de Calderón.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 3 de 30	

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Aprobado por:	MSc. Alonso Ernesto Herrera Tasiguano	Gerente del Hospital General Docente de Calderón	
Validado por:	Espc. Danny Patricio Flores Almeida	Director Asistencial Encargado - HGDC	
	Espc. Danilo Vladimir Lara Sisa	Coordinador de Calidad y Vigilancia Epidemiológica - HGDC	
Revisado por:	Espc. Milton Giovanni Nuñez Ortiz	Responsable de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico - HGDC	
Elaborado por:	Md. Tania Fabiola Álvarez Bayas	Coordinadora Técnica de Salud Mental - HGDC, Encargada	
	MSc. Sandra Genoveva Torres Dávila	Coordinadora Técnica de Salud Mental - HGDC	
	Espc. Nivaldo Antonio Gonzalez Alvarez	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
	Espc. Verónica Salomé Granda Vivanco	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
	Espc. Francisco Santiago Cabezas Benavides	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
	Dra. María Isolina Muñoz Benavides	Terapeuta de Psicorehabilitación - HGDC	

 REPÚBLICA DEL ECUADOR	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 4 de 30	

	MSc. Andrea Carolina Proaño López	Psicólogo/a Clínico/a - HGDC	
	Psic. Paola Cristina Zea Pachacama	Psicólogo/a Clínico/a - HGDC	
	Psic. Daniel Alejandro Gomezcoello Cadena	Psicólogo/a Clínico/a - HGDC	

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 5 de 30	

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETIVO	7
3.	ALCANCE	7
4.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS	7
5.	DIAGNÓSTICO.....	10
6.	TRATAMIENTO.....	18
6.1	Farmacológico	18
6.2	No Farmacológico.....	18
6.3	Terapia Conductual	19
6.4	Entrenamiento Parental	19
6.5	Terapia Cognitivo-Conductual.....	19
6.6	Intervenciones Educativas o Tratamiento Psicopedagógico.....	20
7	MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	20
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	22
9	CONTROL DE CAMBIOS	24
10	ANEXO	24
	Anexo 1 Alteraciones Estructurales en el Cerebro.....	24
	Anexo 2 Clasificaciones del Trastorno Hipercinético según la CIE-11.....	25
	Anexo 3 Clasificaciones del TDAH según la CIE-10.....	25
	Anexo 4 Diagnósticos Diferenciales del TDAH según el DSM-5	27
	Anexo 5 Tratamiento Farmacológico	29

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 6 de 30	

1. INTRODUCCIÓN

Los Protocolos en el área de Salud son un conjunto de acciones, los cuales tienen como objetivo brindar una herramienta para facilitar la toma de decisiones en la intervención clínica, de manera más ordenada por parte de los profesionales, con el fin de consolidar los criterios diagnósticos y la forma de abordaje de la patología o trastorno, basándose en la experticia de los profesionales de la institución y en protocolos anteriores adaptándose a la institución. Por lo que, el área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

El presente Protocolo realiza el abordaje del Trastorno del Hipercinético de la Conducta o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que tiene su inicio en la etapa de la infancia y es considerado una alteración del neurodesarrollo, tiene como conductas o patrones persistentes: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el TDAH “lo padece el 3,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,4% de los de 15 a 19 años”. (World Health Organization: WHO, 2021)

Laura Martínez (2018) en su artículo para la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, nos menciona que, en España, la prevalencia oscila entre 4,9% y el 8,8% en población de niños y adolescentes. (Sepeap, 2021)

Con motivo de los diagnósticos tardíos, las prevalencias en cada país de la Suramérica son cambiantes. En un estudio realizado por Palacio et al. (2009) menciona:

La prevalencia del TDAH puede variar entre regiones y entre los países latinoamericanos, pero se estima en un promedio del 4,8% (en Venezuela, del 0,76%; en Chile, del 5,8% para los niños y del 1,5% para las niñas; en Colombia, del 6,2%; en Puerto Rico, del 11,2%; y en Argentina, del 3,24%. (p.41)

Patricio Barzallo (2017) en su artículo “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad” nos menciona sobre las cifras, a nivel de Latinoamérica, de las personas que están en tratamiento o sin tratamiento:

Una revisión sobre los tratamientos del TDAH en Latinoamérica demostró que menos de 7% de los niños siguen algún tratamiento farmacológico y que menos de 23% siguen un tratamiento psicosocial. Existen alrededor de ocho millones de niños sin diagnóstico ni tratamiento en Latinoamérica, lo cual es, a todas luces un panorama preocupante. (p.78)

Acercándonos al contexto ecuatoriano, no se cuentan con estadísticas actuales sobre las personas con Trastorno Hipercinético o TDAH. Lo datos encontrados son del 2017, donde se menciona “En Ecuador, según el Ministerio de Educación, hay 7 918 alumnos del sistema público, con el diagnóstico.” (Sandoval, 2017) Asimismo, en un estudio realizado en una escuela de la ciudad de Loja, con una muestra de 63 alumnos, se obtuvo “Del total de estudiantes a los que se aplicó el test,

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 7 de 30	

el 26,25% presentaron déficit de atención, el 15,42% hiperactividad y un 58,33% ninguno de los trastornos señalados.” (Fierro et al., 2019) Muchos expertos coinciden que el diagnóstico y tratamiento va a depender de cada especialista y de cada protocolo que tenga la institución.

En el HGDC, luego de la revisión estadística de los casos atendidos durante el periodo 2018 al 2023, se reporta que el servicio de Salud Mental realizó la atención de 350 casos con diagnóstico de TDAH, distribuidos de la siguiente manera:

DIAGNÓSTICO	2018	2019	2020	2021	2022	2023
F900 Perturbación de la actividad y la atención	39	48	8	5	26	27
F901 Trastorno hiperactivo de la conducta	42	19	5	30	45	50
F908 Otros trastornos hiperactivos	0	1	0	2	3	0
TOTAL	81	68	13	37	74	77

2. OBJETIVO

Elaborar una directriz para el personal de salud mental del HGDC, para estandarizar el diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los distintos niveles de atención: ambulatoria, hospitalaria y urgencias."

3. ALCANCE

Este protocolo será aplicado por el equipo de salud mental en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

• Estructuras Cerebrales

En lo referente a las estructuras cerebrales, Irene Casas (2022) menciona las áreas estructurales que son de menor tamaño en personas que padecen de TDAH, como por ejemplo: “córtez prefrontal, el vermis del cerebelo, los ganglios basales y el cuerpo caloso, en relación con el circuito de atención y las funciones ejecutivas.” (p.3) **Anexo Tabla 1**

• Etiología del Trastorno del Hiperactivo de la Conducta

 REPÚBLICA DEL ECUADOR	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 8 de 30	

Al hablar de la etiología del Trastorno del Hipercinético de la Conducta, se debe recalcar que es un trastorno complejo y no existe una causa única conocida. Debido a eso se le debe considerar como un trastorno de origen multifactorial, donde se ven involucrados factores genéticos y ambientales, además de alteraciones cerebrales.

• Factor Ambiental

Como factores ambientales, muchos de los estudios mencionan los periodos pre, peri y post natales, que vendrían a ser los antecedentes del paciente. En este apartado se habla sobre la exposición que tuvo la madre durante el embarazo; es decir, si la madre durante el embarazo estuvo expuesta a las drogas, ya que estas etapas son de suma importancia para el desarrollo del feto. De igual modo, diversos estudios mencionan sobre que el TDAH puede estar influenciado por el nivel socioeconómico. (Casas, 2022, pp. 19-20; Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría & Ministerio de Salud del Perú, 2020, p.7)

• Factor Genético

En lo referente a lo genético, existen estudios que hablan sobre la influencia de lo genético al TDAH. Según la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría & Ministerio de Salud del Perú (2020) "El TDAH tiene un factor hereditario importante. Presenta una heredabilidad aproximada del 76%, padres con TDAH tienen más de 50% de probabilidad de tener un hijo con el mismo diagnóstico." (p.8) Siguiendo con la línea de los factores genéticos, tenemos que los genes receptores que se ven afectados o relacionados con el TDAH, "Se han identificado además genes alterados en el TDAH, los cuales están relacionados a los receptores DR4, DR5, transportadores de dopamina, la enzima hidroxilasa, y el receptor 1B de la serotonina (HTR1B)." (Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría & Ministerio de Salud del Perú, 2020, p.8) Asimismo, Gizer et al. (2009, como se citó en Casas, 2022) resalta los siguientes genes "el gen transportador de serotonina (5-HTT), el gen receptor de serotonina 1B (HTR1B), el gen transportador de dopamina (DAT1), el gen receptor de dopamina D4 (DRD4) y D5 (DRD5), y el gen SNAP25." (p.19)

• Hiperactividad

Debido a este síntoma principal, se le daba el nombre de inquietud motora antiguamente. Al hablar de Hiperactividad nos referimos a un nivel superior o elevado de la actividad motora, no va acorde a las demandas del entorno; en otras palabras, la persona con TDAH no puede estar en un solo lugar quieto, siempre busca estar en constante movimiento y las acciones que suele realizar son impulsivas. Rusca & Cortez (2020) mencionan ejemplos sobre como se demuestra la hiperactividad en pacientes con TDAH:

Movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos; hacer ruidos con el lápiz; levantarse cuando es requerido estar sentado; correr o trepar de manera excesiva y accidentes frecuentes como consecuencia; actividad desorganizada; no terminar

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 9 de 30	

acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto. (p.151).

- **Inatención**

La Inatención, en el TDAH, son las dificultades que presenta para mantener la concentración o atención en actividades de su vida diaria durante periodos de tiempo que no le den una ganancia o no sean motivadoras para la persona. Igualmente, algunos estudios manifiestan que conjuntamente con la inatención se presenta la falta de organización o de priorizar las actividades. Rusca & Cortez (2020) mencionan ejemplos y una corta definición sobre como se demuestra la inatención en pacientes con TDAH:

Dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no son altamente motivadoras; olvidos, despistes, pérdidas de objetos; dificultad para seguir órdenes o instrucciones; dificultad para terminar tareas sin supervisión; interrupción de conversaciones; cambios de tema de manera brusca; no atender a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; cambio frecuente de juego; dificultad para organización y planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos. (p.151)

- **Impulsividad**

La Impulsividad es la tendencia a actuar de manera precipitada, sin medir las consecuencias de los actos. Del mismo modo, se puede entender a la impulsividad como la impaciencia que suele manifestar las personas y la dificultad para mantenerse quieto. En el TDAH, se habla del control de los impulsos, donde el paciente no controla ciertas conductas; además de la parte emocional, donde la persona tiene cambios bruscos de emociones o las reacciones intensas y rápidas. Rusca & Cortez (2020) mencionan ejemplos sobre como se demuestra la impulsividad en pacientes con TDAH: “responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar su turno; interrumpir conversaciones o los juegos de otros; accidentes frecuentes” (p.151)

- **Trastorno del Hiperactivo de la Conducta**

El Trastorno Hiperactivo de la Conducta (según la CIE-10) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (según el DSM-5) es un trastorno del neurodesarrollo que inicia desde la infancia, sin embargo, por la falta de un diagnóstico temprano se tiende a detectar en edades más avanzadas. Los síntomas o principales características son tres: hiperactividad, inatención e impulsividad; estos síntomas nos ayudaran al momento de realizar el diagnostico, debido a que, los criterios diagnósticos nos piden una especificación sobre cual característica resalta más.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 10 de 30	

Las definiciones sobre el TDAH han variado a lo largo del tiempo, en un inicio, al trastorno se lo conocía como “inquietud motora” por un médico escocés de 1798, por el síntoma de inatención que presentaban los niños. (Jaramillo Galarza & Sánchez-Hidalgo, 2021, p.469) Barzallo (2017) define al TDAH como “trastorno neurobiológico que aqueja tanto a adultos como a niños. Es descrito como un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o el desarrollo típico.” (p.78) Asimismo, Cabezas et al. (2010, como se citó en Zula, 2021) define al TDAH como:

Alteración de la función ejecutiva, lo mismo que se refiere a las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada. (p.6)

A causa de, las manifestaciones que tiene el TDAH, como:

Descargas mioclónicas durante el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano, elevada reactividad ante estímulos auditivos, resistencia a los cuidados cotidianos, actividad motriz excesiva, poca conciencia del peligro, dificultades en la adaptación social, un estilo cognitivo irreflexivo, falta de control motriz, fluctuaciones atencionales y agresividad (Fernandes et al.,2017, p.3)

Tienden a afectar el funcionamiento o presentar algunos problemas en áreas del desarrollo de la persona, como lo familiar, escolar y en procesos de socialización. “si no se trata, tendrá en el niño un impacto adverso significativo en el proceso de su integración familiar y su adaptación a su entorno educativo, ocasionándole numerosos problemas en su interacción con otros niños, con sus padres y profesores.” (Treviño, 2017, como se citó en Jaramillo Galarza & Sánchez-Hidalgo, 2021, p.470)

5. DIAGNÓSTICO

- **Criterios Diagnósticos CIE-10**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) para la valoración de pacientes. Según la CIE-10 (1992), los Trastornos Hiperkinéticos de la Conducta se encuentra dentro de los Trastornos Emocionales y del Comportamiento que Aparece Habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia, el código es F90, lo definen como:

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a 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 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

 REPÚBLICA DEL ECUADOR	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 11 de 30	

demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima. (pp.356-357)

Para el diagnóstico del Trastorno Hiperactivo, en la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (2000) se indica que se debe hacer una distinción de la presencia de: déficit de atención, hiperactividad o impulsividad; y que su causa no se deba a ningún otro trastorno, como autismo o trastornos afectivos. Dentro de la Guía de Bolsillo de la Clasificación de la CIE-10 (2000) facilita los criterios diagnósticos (p.204-206):

- **G1. Déficit de atención.** Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

- **G2. Hiperactividad.** Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 12 de 30	

5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- **G3. Impulsividad.** Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:
 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).
 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.
 - **G4.** El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.
 - **G5. Carácter generalizado.** Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).
 - **G6.** Los síntomas de G 1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
 - **G7.** El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.)

Dentro de la CIE-10 nos dan las clasificaciones o categorías del trastorno y cada uno con sus especificaciones para el diagnóstico. A continuación, se presentará una tabla (Tabla 2) donde se encuentren las clasificaciones o categorías que nos da la CIE-10. Anexo 2 tabla 2

- **F90.0 Perturbación de la actividad y de la atención**
 - Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
 - Trastorno hiperactivo con déficit de la atención
 - **Excluye:** trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta (F90.1)
- **F90.1 Trastorno hiperactivo de la conducta**
 - Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta
- **F90.8 Otros trastornos hiperactivos**

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 13 de 30	

- **F90.9 Trastorno hiperkinético, no especificado**
- Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI
- Síndrome hiperkinético SAI (p.357)

CIE-11

En la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y trastornos relacionados con la Salud (CIE-11) (2019) existen algunos cambios con respecto a la nomenclatura que se manejaba en la CIE-10 y existe actualizaciones de las enfermedades, por consecuencia, se modifica algunas clasificaciones de los trastornos mentales. El Trastorno Hiperkinético de la Conducta o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se encuentra en el Capítulo 6, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, con el código 6A05, donde menciona:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente (al menos 6 meses) de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad que tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social. Existe evidencia de síntomas importantes de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad antes de los 12 años, generalmente en la niñez temprana o media, aunque algunas personas pueden recibir atención clínica más tarde. El grado de inatención e hiperactividad-impulsividad está fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual. La falta de atención se refiere a una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas de organización. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación ni consideración de los riesgos y consecuencias. El equilibrio relativo y las manifestaciones específicas de las características de falta de atención e hiperactividad-impulsiva varían de un individuo a otro y pueden cambiar a lo largo del desarrollo. Para que se pueda hacer un diagnóstico, las manifestaciones de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad deben ser evidentes en múltiples situaciones o entornos (por ejemplo, hogar, escuela, trabajo, con amigos o familiares), pero es probable que varíen según la estructura y exigencias del entorno. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento.

▪ Inclusiones

Trastorno de déficit de la atención con hiperactividad síndrome de déficit de atención con hiperactividad ([CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad \(who.int\)](#))

Asimismo, como en la CIE-10 tiene sus clasificaciones o categorías, las cuales se van a describir en la anexo 3 Tabla 3 con las definiciones proporcionadas por la CIE-11.

DSM-5

Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) (2013), coloca al TDAH dentro del capítulo de los Trastornos del Desarrollo Neurológico,

 REPÚBLICA DEL ECUADOR	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 14 de 30	

donde pose su propio apartado (314.01) del cual nos dan los siguientes criterios diagnósticos generales:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

 <p>REPÚBLICA DEL ECUADOR</p>	<p>PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA</p>	<p>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</p>
	<p>Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 15 de 30</p>	

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f) Con frecuencia habla excesivamente.
- g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). (pp.33-36).

Adicionalmente, el DSM-5 (2013) nos proporciona las especificaciones, donde nos dan las presentaciones, remisión parcial y la gravedad, que sirve de ayuda para el diagnóstico:

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 16 de 30	

Especificar si:

- **314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

- a) **En remisión parcial:** Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o labor
Especificar la gravedad actual:
- b) **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- c) **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- d) **d) Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

• **Diagnóstico Diferencial**

El diagnóstico diferencial ayuda a la identificación la relación que pueden tener diferentes patologías donde se va a excluir las otras posibles causas que presenten un cuadro clínico similar al del paciente, de las cuales se pueden crear o generar una confusión, esto con el fin de diagnosticar y dar el tratamiento acorde a la patología. Para hacer el diagnóstico diferencial del Trastorno Hiperactivo de la Conducta o TDAH se debe tener en cuenta que se caracteriza por déficits de atención, hiperactividad e impulsividad que no están acorde al desarrollo y repercuten en las actividades diarias del paciente. En el DSM-5. Manual de Diagnósticos Diferencial de APA (2015) establece los siguientes diagnósticos diferenciales (**Anexo 4 tabla 4**).

• **Instrumentos Psicométricos para la Evaluación del Trastorno Hiperactivo de la Conducta o TDAH**

Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas (e-TDAH)

- a) **Autor y Año de Publicación.** Javier Fenollar-Cortés, publicó la escala bajo TEA Ediciones en el año 2020.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 17 de 30	

- b) Edad de Aplicación.** Dentro del Manual de la escala se menciona que la edad de aplicación es desde los seis años hasta los doce años. Su aplicación puede ser individual y colectiva. Además, de contar con los ejemplares para la Familia y la Escuela
- c) Finalidad de la Escala.** Dentro del manual Fenollar-Cortés (2020) nos menciona: Detección de síntomas propios de cuadro diagnóstico del TDAH (*Inatención, Hiperactividad/impulsividad*), tal y como son definidos en el DSM-5, así como de las dificultades que generalmente concurren con dicho cuadro, que indicaría que la persona evaluada es susceptible de presentar un cuadro clínico compatible con un diagnóstico de «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» (p.11)
- **Test de Percepción de Diferencias-Revisado (CARAS-R)**
 - a) Autor y Año de Publicación.** L.L. Thurstone & M. Yela, publicó la escala bajo TEA Ediciones en el año 2019.
 - b) Edad de Aplicación.** Dentro del Manual se indica que la edad de aplicación va del los seis o siete años hasta los diecisiete o dieciocho años. Su aplicación es de manera individual, con una duración de 3 minutos.
 - c) Finalidad del Test.** Ayuda a la “evaluación de la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados” (Thurstone & Yela, 2019, p.7) esto se da mediante los 60 elementos gráficos, donde el evaluado deberá buscar las diferencias entre estos. Esta edición revisada toma en cuenta los errores y aciertos que tenga la persona, dando una relación entre el rendimiento y el estilo de respuesta. (Thurstone & Yela, 2019, p.9).
 - **Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)**
 - a) Autor y Año de Publicación.** Anna Farré & Juan Narbona, publicó la escala bajo TEA Ediciones en el año 2013.
 - b) Edad de Aplicación.** Dentro del Manual de la Evaluación se indica que la edad de aplicación es a partir de los seis años hasta los doce años. La aplicación es de forma individual, donde la persona que responde va a ser el profesor, su aplicación es de cinco a diez minutos. (Farré & Narbona, 2013, p.9)
 - d) Finalidad del Cuestionario.** “Medida de los principales rasgos del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.” (Farré & Narbona, 2013, p.9).
 - **Test de Atención - Revisado (d2-R)**
 - a) Autores.** Rolf Bricknkamp, Lothar Schimidt-Atzert & Detley Liepmann, el test fue publicado por TEA Ediciones en el año 2022.
 - b) Edad de Aplicación.** La edad indicada para aplicar el test es desde los seis años hasta los ochenta años, con una duración de aproximadamente ocho minutos.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 18 de 30	

- c) **Finalidad del Cuestionario.** el D2-R es una herramienta que sirve para la evaluación de los aspectos como la atención y la concentración, y se enfoca en seleccionar estímulos específicos mientras se ignoran distracciones. En su manual, Bricknkamp et al. (2022) menciona:

El D2-R pretende medir procesos básicos como la atención, la concentración mental, el esfuerzo y el control atencional. El constructo de atención selectiva y concentración, tal y como se utiliza en este manual, alude al proceso de seleccionar unos estímulos determinados mientras se suprime deliberadamente la consciencia de otros estímulos distractores (p.14)

6. TRATAMIENTO

6.1 Farmacológico

El tratamiento del TDAH involucra un enfoque multidisciplinario, se debe dar la unión del tratamiento farmacológico y no farmacológico; como por ejemplo, terapias o intervención psicológica, familiar o escolar (educativa).

Al hablar del tratamiento, siempre el especialista debe tener en cuenta que los medicamentos se dan de manera individualizada, es decir, van a depender de cada persona y otros factores que pueden afectar a la persona. Muchos estudios sobre el TDAH manifiestan que el tipo de fármacos que se deben utilizar para este trastorno son de tipo estimulante y no estimulante. En la siguiente tabla se colocarán los medicamentos, dosis y función de los fármacos que sirven para el tratamiento del TDAH. **Anexo 5 Tabla 1**

El tratamiento con medicamentos estimulantes y no estimulantes sirve para disminuir la frecuencia e intensidad con la que se presentan los síntomas, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de la persona, pero siempre se debe tener en cuenta que el tratamiento debe ser multidisciplinario. (Fontiveros et al., 2015, p.334)

Antes de administrar el metilfenidato, es paciente pediátrico debe ser valorado por un Pediatra, haciendo énfasis en el aparato cardio-vascular.

En el caso de benzodiazepinas se recomienda su uso con precaución y en lo posible no por tiempos prolongados, se sugiere no sobrepasar las 3 semanas de uso, desde su inicio hasta su retiro.

6.2 No Farmacológico

El tratamiento del TDAH involucra un enfoque multidisciplinario, los tratamientos no farmacológicos ayudan a la mejora de la calidad de vida y el desarrollo de la vida de la persona que padece de TDAH, donde se priorizar la disminución de las manifestaciones como la hiperactividad, impulsividad o

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 19 de 30	

inatención y las consecuencias que estas puedan tener en la vida de la persona. Para que el tratamiento tenga el éxito que se espera se debe tener en cuenta todas las esferas donde se ve involucrado la persona; como por ejemplo: familia, ámbito escolar y personal. (Rusca & Cortez, 2020, p.153).

6.3 Terapia Conductual

Mediante la Terapia Conductual se busca que se cambien las conductas inadecuadas que se han adquirido y se están manteniendo por la falta de tratamiento. El enfoque central de este tipo de terapia es ayudar a desarrollar habilidades para controlar o manejar las conductas impulsivas, que suelen surgir en el TDAH. Para esta terapia se utilizarán los principios básicos de la terapia, es decir, el condicionamiento clásico y operante. Dentro de esta terapia tenemos que, según la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) del Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017):

La terapia de modificación de conducta, se basa en los condicionamientos operantes, es decir, el uso contingente de reforzadores y castigos. En las familias con hijos con TDAH se puede trabajar aspectos como el establecimiento de normas y límites, el entrenamiento en hábitos positivos, la modificación de conductas disruptivas¹⁷⁹ y el entrenamiento en conductas positivas. Son técnicas habituales la “economía de fichas”, el refuerzo positivo, el tiempo fuera, la sobrecorrección y la extinción. (pp.130-131)

6.4 Entrenamiento Parental

Ayuda a brindar herramientas a los padres o representantes de la persona para manejar las conductas de la persona en la casa. Según la Guía para Padres de niños con TDAH de Ydalia Delgado (s.f.):

Dentro de su familia se les permita entender y aceptar el TDAH con sus implicaciones. Desde sus diferentes trabajos terapéuticos se puede obtener una nueva organización familiar, mejorar la comunicación entre los miembros, y la búsqueda de soluciones ante los problemas que, aunque no sean tan evidentes seguramente están pasando dentro del hogar. (p.33)

6.5 Terapia Cognitivo-Conductual

La finalidad de esta terapia es buscar que la persona pueda autorregular las emociones, dando así un mejor control de la irritabilidad, además de, que la persona pueda mejorar la comunicación; busca potenciar habilidades en la persona. De la misma forma, se busca que la persona, por su propia cuenta, aprenda a cambiar o manejar los comportamientos o pensamientos y las consecuencias de estos. de Ydalia Delgado (s.f.) menciona los objetivos principales de esta terapia, “establecer hábitos

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 20 de 30	

de organización y planificación escolar; rutinas y normas en casa; mejorar su comportamiento, fomentar su independencia y mejorar habilidades en resolución de problemas, y toma de decisiones.” (pp.32-33)

6.6 Intervenciones Educativas o Tratamiento Psicopedagógico

Aquí se busca la modificación del entorno escolar para que se adapte a las necesidades de la persona con TDAH con el establecimiento de rutinas o el apoyo educativo. Es fundamental que los docentes sepan sobre el TDAH, ya que se puede identificar de manera más oportuna el trastorno, debido a esto, se debe realizar capacitaciones o realizar charlas. De la misma forma, ayudará a que los docentes tengan una guía sobre cómo se debe tratar o ayudar a las personas con TDAH. En cuanto a las medidas que deben tomar las instituciones, conjuntamente con el docente responsable, son “la planeación de tareas, rutinas, organización de actividades, adecuación de los mecanismos de evaluaciones, técnicas y hábitos de estudio, apoyo educativo, normas en el aula, entre otros.” (Delgado, s.f., p.35)

7 MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

• CRITERIOS DE INGRESO

- Hospitalización o Terapia Intensiva

Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con descompensación de patología médica.

• CRITERIOS DE EGRESO

- Referencia/Contrarreferencia

Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con la normativa vigente.

- **Alta y Referencia Inversa**

Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo

- **MANEJO DE PRIORIDADES:**

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 21 de 30	

▪ **PRIORIDAD I**

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. con Signos vitales anormales:

- Precipitación
- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- Suicidio frustrado.
- Intento suicida.
- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

▪ **PRIORIDAD II**

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en box de Emergencia naranja.

- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- Pacientes con ideación suicida.
- Pacientes con crisis de ansiedad.
- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación Psicomotora fuera de control.
- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en este box de Emergencia.

▪ **PRIORIDAD III**

Paciente que no presenta riesgo de muerte, ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el box de Emergencia III o color amarillo, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

- Pacientes con neurosis de ansiedad.
- Pacientes Sicóticos con reagudización de sus síntomas, pero aún sin conducta psicótica.
- Cualquier otro caso, que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 22 de 30	

▪ **PRIORIDAD IV**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación inmediata, se tratan Síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo al caso.

- Enfermedades mentales crónicas, no descompensadas.

▪ **PRIORIDAD V:**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que Asista a cita.²

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2015). *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Médica Panamericana. <https://drive.google.com/file/d/1NayWGYTMUR2zyfrtMdMEcB56KmbgNRMu/view>
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Lieomann, D, (2022). *D2-R. test de Atención Revisado* (B.Ruiz-Fernández, adaptadora). Hogrefe TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/D2-R-Extracto-web.pdf>
- Casas Campos, I. (2022). *Etiología del TDAH: aproximación desde la neuropsicología* [Universidad Pontificia Comillas], 1-30. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/73554/TFG%20-%20Casas%20Campos%2c%20Irene.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Farré, A. & Narbona. J. (2013). *EDAH, Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones. https://web.teaediciones.com/Ejemplos/EDAH_Manual_EXTRACTO.pdf
- Fenollar-Cortés, J. (2020). *Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas (e-TDAH): Manual* (1.ª ed.). TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/e-TDAH-extracto-web.pdf>
- Fierro, B. C., Banegas, G. C. D., Rodríguez, M. E. R., Loyola, B. P. G., & Contento, V. R. G. (2019, 30 junio). *Incidencia del Síndrome de Déficit Atencional y su relación con el rendimiento académico de una escuela de Loja, Ecuador: Trastorno crónico; Hiperactividad; Neurodesarrollo; Test de Evaluación de Déficit Atencional e Hiperactividad*. <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/cedamaz/article/view/670>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (2017) *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 23 de 30	

Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf

- Jaramillo Galarza, V. A., & Sánchez-Hidalgo, M. P. (2021). Trastorno de Atención por Hiperactividad (TDAH): caracterización, evolución teórica y estrategias pedagógicas para su superación. *Revista De La Universidad Del Zulia*, 32, 466-483. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8810082>
- López, C. F. M., Castro, M. J. C., Ponluisa, B. A. P., Sangotuña, J. J. C., Campaña, M. J. A., & Poveda, N. W. O. (2023). Esfera familiar, escolar y social del TDAH: una revisión teórica. *Étic@ Net*, 23(1). <https://doi.org/10.30827/eticanet.v23i1.27051>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ed. Médica Panamericana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=992B42DFA1D98F559C63259882C4BAFF?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.) <https://icd.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Edición 2015. *Organización Mundial de la Salud*, 1(10). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Palacio, J.D, De la Peña-Olvera, F., Palacios-Cruz, L., & Ortiz-León,S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(Suppl. 1), 35-65. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500003&lng=en&tlng=es.
- Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica*. Redalyc.org. 148-156 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372064490003>
- Sandoval, C. (2017). El déficit de atención se detecta cuando el niño va a la escuela. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/tendencias/deteccion-deficit-atencion-ninos-escuela.html>
- Sepeap. (2021, 28 julio). Prevalencia de síntomas en los niños españoles con trastorno por déficit de atención / hiperactividad - SEPEAP. SEPEAP. <https://sepeap.org/prevalencia-de-sintomas-en-los-ninos-espanoles-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-hiperactividad/>
- Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría & Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad* [Guía de Práctica Clínica]. <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000138-2020-DGINSNSB%20GPC%20TRASTORNO%20DEFICIT%20DE%20ATENCION%20E%20HIPERACTIVIDAD%202020.pdf>

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 24 de 30	

- Thurstone, L. L., Yela, M., & Luque, T. (2019). *Caras-R: test de percepción de diferencias-revisado : manual*. Madrid: TEA Ediciones. web.teaediciones.com/ejemplos/caras-r-manual-2019_extracto.pdf
- World Health Organization: WHO. (2021, 17 noviembre). Salud mental del adolescente. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de,a%2019%20a%C3%B1os%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de,a%2019%20a%C3%B1os%20(1).)

9 CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción del Cambio	Sección que Cambia	Versión
13/05/2025	Versión Inicial	N/A	001

10 ANEXO

Anexo 1 Alteraciones Estructurales en el Cerebro

Estructura Cerebral	Alteraciones Estructurales
Córtex Prefrontal	Demora en la maduración cortical. En la corteza orbitofrontal se tiene respuestas irregulares durante la toma de decisiones. Disminución de la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral durante una tarea de potenciales evocados.
Corteza Motora Primaria	Desarrollo temprano de la corteza, más la evolución tardía de zonas del control motor superior, influyen en la falta de actividad motora.
Ganglios Basales	No hay resultados concluyentes, sin embargo, estudios señalan que los Ganglios Basales eran significativamente menores.
Cerebelo	Disfunción del cerebelo podría provocar una interrupción en los circuitos atencionales. Durante tareas de memoria de trabajo verbal menor activación del cerebelo izquierdo.
Cuerpo Caloso	Reducción en el volumen del esplenio. Menor volumen en el rostrum, esplenio, tracto frontal (en hombres) y alteraciones en el tracto occipital; esta alteración se asocia a una impulsividad elevada y bajo control.
Amígdala	Ante estímulos desagradables no existe activación, también, conexión funcional inestable entre la amígdala y el lóbulo parietal; además de, la amígdala y el córtex prefrontal.

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 25 de 30	

Córtex Cingulado Anterior Menor volumen. Reducción de sustancia gris encontrada en la corteza del cíngulo anterior se hallaba directamente asociada a las dificultades atencionales.

Nota. Toda la información, que se encuentra en la tabla, fue obtenida de Casas Campos, I. (2022). Etiología del TDAH: aproximación desde la neuropsicología [Universidad Pontificia Comillas]. (pp. 4-<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/73554/TFG%20-%20Casas%20Campos%2c%20Irene.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Anexo 2 Clasificaciones del Trastorno Hiperactivo según la CIE-11

Clasificación	Código
Perturbación de la actividad y de la atención	F90.0
Trastorno hiperactivo de la conducta	F90.1
Otros trastornos hiperactivos	F90.8
Trastorno hiperactivo, no especificado	F90.9

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)

La CIE-10 (1992) menciona algunas características de cada clasificación que se menciona anteriormente.

Anexo 3 Clasificaciones del TDAH según la CIE-10

Clasificación	Código	Descripción
Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación de falta de atención	6A05.0	Se cumplen todos los requisitos de la definición para el trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, y los síntomas de falta de atención son predominantes en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. Algunos de los síntomas hiperactivos e impulsivos también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de la falta de atención.
Trastorno por	6A05.1	Se cumplen todos los requisitos de la definición para el

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 26 de 30	

hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación hiperactiva e impulsiva		<p>trastorno por hiperactividad y déficit de atención, y los síntomas de hiperactividad e impulsividad son predominantes en la presentación clínica. La hiperactividad se refiere al exceso de actividad motora y dificultades para permanecer inmóvil, más evidentes en situaciones estructuradas que requieren de un comportamiento de autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y consecuencias. También pueden presentarse algunos síntomas de falta de atención, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas hiperactivos e impulsivos.</p>
Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, presentación combinada	6A05.2	<p>Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno por hiperactividad y déficit de la atención. Tanto los síntomas de falta de atención y de hiperactividad e impulsividad son clínicamente significativos, pero ninguno predomina en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto grado de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere al exceso de actividad motora y dificultades para permanecer inmóvil, más evidentes en situaciones estructuradas que requieren de un comportamiento de autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y las consecuencias.</p>
Otro trastorno especificado por hiperactividad con déficit de la atención	6A05.Y	
Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, sin especificación	6A05.Z	

Nota. La información que se encuentra en la tabla fue obtenida del Navegador de la CIE-11. Organización Mundial de la Salud. (2019) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11ª ed.) <https://icd.who.int/es>

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 27 de 30	

Anexo 4 Diagnósticos Diferenciales del TDAH según el DSM-5

Diagnóstico del TDAH	Diferencial	Diferencia
Comportamientos habituales en niños activos		Son compatibles con el nivel de desarrollo.
Medios Hipoestimulantes		Causan inatención relacionada con el aburrimiento.
Trastorno Desafiante	Negativista	Puede caracterizarse por resistencia al trabajo o a las tareas escolares debido a una negativa a someterse a exigencias de otros, que se acompaña de negatividad, hostilidad y rebeldía. En cambio, en el TDAH, la aversión a la escuela o a tareas mentalmente exigentes se debe a la dificultad para mantener el esfuerzo mental, el olvido de las instrucciones y la impulsividad.
Trastorno Intermitente	Explosivo	También se caracteriza por los altos niveles de comportamiento impulsivo, pero a diferencia del TDAH, hay episodios de agresión grave hacia otros. Puede asignarse un diagnóstico adicional de trastorno explosivo intermitente si los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superan los habituales observados en el TDAH y justifican atención clínica independiente.
Trastorno de la Conducta		Puede caracterizarse por altos niveles de impulsividad, pero también puede haber un patrón de comportamiento antisocial.
Trastorno de Movimientos Estereotipados	de	Se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo que puede asemejarse al comportamiento motor aumentado del TDAH. Sin embargo, a diferencia de éste, el comportamiento motor suele ser fijo y repetitivo (p. ej., mecer el cuerpo, morderse), mientras que la inquietud y desasosiego del TDAH suelen ser generalizados.
Trastorno Específico del Aprendizaje		Puede caracterizarse por un comportamiento desatento debido a frustración, falta de interés o capacidad limitada. Sin embargo, la inatención en individuos con un trastorno específico del aprendizaje que no presentan TDAH no causa problemas fuera del trabajo escolar.
Discapacidad Intelectual (Trastorno del Desarrollo Intelectual)	Intelectual	Puede caracterizarse por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en niños ubicados en contextos académicos inapropiados para su capacidad intelectual. Las personas con discapacidad intelectual sin TDAH no presentan síntomas durante el desarrollo de tareas no académicas. Un diagnóstico de TDAH en niños que presentan discapacidad intelectual requiere que la inatención o la hiperactividad sean excesivas para su edad mental.
Trastorno del Espectro		Puede caracterizarse por la desconexión y aislamiento social, debido a

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 28 de 30	

Autista	déficits de comunicación social, así como por arrebatos temperamentales por la incapacidad de tolerar un cambio respecto del curso esperado de los acontecimientos, mientras que la disfunción social y el rechazo de los pares en el TDAH se relacionan con síntomas de inatención e hiperactividad, y el mal comportamiento y los arrebatos temperamentales están relacionados con impulsividad o escaso autocontrol.
Trastorno de Relación Social Desinhibida	Se caracteriza por la desinhibición social, pero no por todo el grupo de síntomas del TDAH. Asimismo, los niños presentan un trastorno de relación social desinhibida tiene antecedentes de un patrón extremo de cuidados insuficientes.
Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo	Se caracteriza por irritabilidad generalizada e intolerancia a la frustración. Dado que la mayoría de los niños y adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también presentan síntomas que cumple con los criterios de TDAH, puede asignarse un diagnóstico adicional.
Trastorno de Ansiedad	Pueden caracterizarse por síntomas de inatención, debido a temor, preocupación o rumiación. En el TDAH la inatención se debe a la atracción por estímulos externos o nuevas actividades, o preocupación por actividades agradables.
Trastorno Depresivo Mayor	Puede caracterizarse por una incapacidad para concentrarse; sin embargo, la escasa concentración es notoria sólo durante episodios depresivos mayores.
Trastorno Bipolar I y Trastorno Bipolar II	Puede caracterizarse por mayor actividad, escasa concentración, elevada impulsividad y distracción, pero estas manifestaciones son episódicas y aparecen de varios días a semanas por vez. Además, los síntomas se acompañan de estado de ánimo elevado o irritable, grandiosidad y otras características bipolares específicas. Si bien los individuos que presentan TDAH pueden mostrar cambios significativos del estado de ánimo dentro del mismo día, esta labilidad es distinta de un episodio maniaco o hipomaniaco, que debe ser sostenido y durar, al menos, 1 semana (o 4 días, en el caso de un episodio hipomaniaco) para que sea un indicador clínico de trastorno bipolar I o bipolar II
Trastornos de la Personalidad Limite, Antisocial y Narcisista	Comparten las características de desorganización, intrusión social, desregulación emocional y desregulación cognitiva. Estos trastornos se distinguen del TDAH por la presencia de características inadaptadas adicionales, como autolesión, comportamiento antisocial, miedo al abandono y falta de empatía. Si se cumple los criterios tanto del TDAH como de un trastorno de personalidad, puede diagnosticarse

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 29 de 30	

	ambos.
Síntomas de Trastorno por TDAH inducidos por medicamentos	Se caracterizan por síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad causados por medicamentos (p.ej., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [que provocan acatisia], medicación de remplazo tiroideo) y remiten al suspender los fármacos. No se diagnostica TDAH si los síntomas aparecen sólo durante el uso de medicamentos
Trastornos Neurocognitivos	Pueden caracterizarse por un deterioro cognitivo similar al observado en el TDAH; se los distingue por su edad de comienzo típicamente más tardía.
<i>Fuente.</i> Toda la información que se encuentra en la tabla fue obtenida de Asociación Americana de Psiquiatría (2015). <i>DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial.</i> (pp. 168-171)	

Anexo 5 Tratamiento Farmacológico

Medicamento	Dosis	Función
Metilfenidato	Dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños y adolescentes en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día	Ayuda a la reducción del deterioro social, económico, funcional y de la salud. Este tipo de medicamento solo se recomienda en pacientes con manifestaciones moderadas o severas de TDAH *
Risperidona	0,5 mg a 3 mg dos veces al día, incrementar las dosis en forma progresiva	Neuroléptico atípico, que se utiliza en los trastornos negativistas, en los trastornos del espectro autista, esquizofrenia infantil, trastorno bipolar infantil. Para reducir la irritabilidad, disminuir la hiperactividad, reducir las conductas estereotipadas, y minimizar el retraimiento y la agresión.
Quetiapina	25 mg a 400 mg dos veces al día, aumentar las dosis en forma progresiva.	
Fluoxetina	Niños de 2 a 11 años: 5 mg/día (0.25mg/kg/día). Que puede ser titulado hasta un máximo de 40	Comorbilidades con el TDAH: -Tratamiento del trastorno depresivo de moderado a grave, si no hay respuesta a

	PROTOCOLO DE ABORDAJE DEL TRASTORNO DEL HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-ATHC-001 Versión: 001 Página 30 de 30	

mg/día. Niños ≥ 12 años y adolescentes: Inicialmente 10 mg/día que puede ser titulado hasta 40-60 mg/día.

PRECAUCIONES: Se ha observado un riesgo aumentado de tendencias suicidas y agresividad en los pacientes niños y adolescentes tratados con Fluoxetina. Se debe hacer un seguimiento estrecho de estos pacientes

la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones en niños >8 años (A). El tratamiento antidepresivo debe ofrecerse a los niños o jóvenes con depresión de moderada o severa solo en combinación con una terapia psicológica concurrente.

-Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En EE. UU. Su uso en esta indicación está autorizado en >7 años).

-Tratamiento de fobias y ataques de pánico.

-Tratamiento de la bulimia nerviosa.

-Tratamiento de la agorafobia.

-Tratamiento de la disforia premenstrual.

-Tratamiento de ansiedad o mutismo selectivo asociado a desórdenes del espectro del autismo

Sertralina	25 mg, dosis mínima; 50-150 mg, 200 mg dosis máxima.
Clonazepam	0,25 mg dos veces al día, se puede aumentar cada 3 días hasta una dosis máxima de 2 mg dos veces al día.
Alprazolam	0,25 mg – 0,5 mg tres veces al día, hasta dosis máxima de 4 mg por día, repartido en 3 a 4 dosis
Lorazepam	1 mg dos veces al día.

Nota. *Información obtenida de Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica.* Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372064490003>