

## *Conclusiones Jornada Formativa con motivo de la V Semana de Sensibilización Europea sobre TDAH*

*El Pasado día 20 de Octubre del 2012, se llevo a cabo en el salón de Actos del Hospital de Reina Sofía en Córdoba, una Jornada Formativa en torno al TDAH organizada por la Asociación “El Puente-TDAH”, inscrita con motivo de la V Semana Europea de Sensibilización que en acuerdo con FEAADAH y ADHD-Europa, se celebra anualmente en torno a la primera semana del mes de octubre.*

*Siendo finalmente inaugurada por Doña Isabel Baena Parejo Delegada de Salud y Bienestar Social de Córdoba. Don Juan Ángel Quirós Cantos Presidente de la Federación Andaluz FAHYDA, y la Presidenta de la Asociación El Puente Doña M<sup>a</sup> Del Carmen Muñoz Moreno, se procedió a la lectura del Manifiesto de FEAADAH y visualización de un video gráfico explicativo del día a día de un niño con TDAH y las repercusiones en su entorno.*

*Con una programación variada, con ponencias centradas en las novedades en nuestra Comunidad Autónoma en los distintos ámbitos que repercuten con los afectados por el TDAH. Abierto a todas las personas interesadas en el TDAH, asistió un público heterogéneo que mostró en todo momento gran interés y participación.*

*En estas Jornadas, se dieron cita personal altamente cualificado de las administraciones sanitarias y educativas, investigadores de la Universidad de Córdoba y responsables del entorno asociativo.*

*Dando comienzo la Jornada a la hora prevista con la intervencion de **Don Rafael Burgos Marin** Psiquiatra de la Unidad de Salud mental Infanto Juvenil U.G.C. de Salud Mental del Hospital de Reina Sofía, con el tema de **“El Diagnostico del TDAH: Evidencias, limites y dificultades”**, siendo autoras de la ponencia Dña Virginia Yáñez Rodríguez y Dña M<sup>a</sup> del Mar Crespo Medina.*

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurológico más frecuente en la infancia y aunque las cifras sobre su prevalencia puedan variar entre diferentes estudios una cifra generalmente aceptada sitúa su prevalencia en torno al 5%. Es más frecuente en niños que en niñas en una proporción aproximada de 3 ó 4 niños por cada niña. No obstante, en el subtipo inatento, probablemente la diferencia en la proporción sea menor. El TDAH no afecta únicamente al niño en su aprendizaje sino que frecuentemente le afecta en los diferentes ámbitos de su vida (familiar, personal, escolar, etc.). Además, lo habitual es que el

TDAH presente otros trastornos co mórbidos asociados (trastornos de conducta, de ansiedad, de tics, trastornos específicos del aprendizaje, etc..) que con frecuencia dificultan su diagnóstico y tratamiento. Por último, aunque es un trastorno de inicio en la infancia, en un alto porcentaje de casos persiste en la edad adulta. Por todo ello, el diagnóstico precoz y adecuado del trastorno es esencial.

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y debe basarse en una completa historia clínica, que debe recoger la información del mayor número posible de fuentes fiables: el propio niño, los padres, otros familiares, profesores y, en general, cuantas personas tengan un estrecho contacto con el niño. Existen, además, diferentes tests y cuestionarios que permiten una evaluación neuropsicológica más específica. En esta presentación abordaremos el diagnóstico precoz del TDAH, su diagnóstico diferencial y el diagnóstico de sus co morbilidades como elementos imprescindibles para instaurar las medidas terapéuticas apropiadas de la manera más precoz posible.

*Paso seguido dio comienzo la intervención de Don Rafael Camino León, Pediatra, Coordinador de la Unidad de Neuropediatría. UGC de Pediatría del Hospital de Reina Sofía, con el tema de “Tratamiento farmacológico del TDAH, situación actual y perspectivas futuras.*

El déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno frecuente en la infancia, de etiología desconocida, de probable base orgánica, en el que influyen factores genéticos y ambientales, y en el que están involucrados diversos neurotransmisores, como la dopamina y noradrenalina. Los síntomas principales del TDAH son: hiperactividad motora, impulsividad, defecto de atención y, en la mayor parte de casos, trastornos de la conducta. Se asocian también con mucha frecuencia alteraciones en las esferas del lenguaje, la motricidad, las interrelaciones personales y en ocasiones síntomas somáticos y emocionales.

El TDAH es el más frecuente de los problemas de conducta del niño y representa, en la actualidad, la principal causa de fracaso escolar. Los porcentajes de prevalencia varían, dependiendo de los diferentes países y muestras entre el 3-10%, siendo la cifra aplicable a nuestro medio del 5% de la población general, con un claro predominio en varones sobre niñas de 4 a 1. Es un padecimiento crónico, con persistencia de los síntomas en 60 a 80% de estos niños a medida que se tornan en adolescentes.

Esta entidad clínica se denomina TDAH según criterios del DSM-IV y trastorno hiperactivo (una forma más grave y menos frecuente) según criterios de la CIE-10. El sistema DSM-IV define el TDAH de una forma más amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (6 síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (seis síntomas) para los tipos inatento o hiperactivo /impulsivo, o síntomas en ambas áreas (seis síntomas de cada grupo) en el tipo combinado. Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años al menos en dos ambientes de la vida del niño y durar cuando menos 6 meses

El tratamiento óptimo del TDAH requiere una estrategia multidisciplinaria de modo que la administración de fármacos forme parte de un programa que integre diversos tratamientos diseñados a partir de una evaluación global del paciente, de un

diagnóstico diferencial riguroso y de la valoración del ambiente familiar y escolar. No todos los niños con TDAH precisarán tratamiento farmacológico; inicialmente estaría indicado en los casos en que el trastorno repercute negativamente en el aprendizaje escolar, en las relaciones sociales o en la conducta, si bien en la práctica esto ocurre en casi todos los niños que consultan al neuropediatra.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los estimulantes son los fármacos con los que se cuenta mayor experiencia, que ofrecen efectos colaterales menos severos, menos tolerancia con el paso del tiempo y efecto más específico sobre los síntomas del TDAH. En nuestro medio el metilfenidato (MFD) es con mucho el más utilizado. Otros fármacos, de segunda elección en el tratamiento del TDAH, son los antidepresivos, y entre ellos la atomoxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Finalmente en ciertos casos pueden ser útiles otros agentes adrenérgicos y los neurolépticos, que están indicados en los niños en los que los estimulantes no son eficaces o cuando los efectos secundarios no disminuyen al reducir la dosis, así como para el control de trastornos comórbidos.

### 1. Estimulantes

Son los fármacos más eficaces y que más se prescriben para el tratamiento del TDAH, siendo el tratamiento de primera elección de los niños hiperactivos. En algunos países, fundamentalmente Estados Unidos se utilizan de forma habitual, y para algunos autores excesivamente. Por el contrario, en otros países (como Francia) su uso es prácticamente nulo y además está limitado legalmente, al ser considerados como estupefacientes. En España su uso parece ir en aumento. En la práctica clínica hasta ahora se ha utilizado el MFD, pues no estaban comercializadas las anfetaminas. Esto cambiará en los próximos meses, con la comercialización de la lisdexanfetamina.

Dentro de los casos que responden favorablemente a los estimulantes el espectro de respuestas varía desde mejoras discretas hasta prácticas normalizaciones en actividad, atención y rendimiento pedagógico. Algunos estudios apuntan a una mejor respuesta de los casos más severos o con clara hipoatención e hiperactividad que de aquellos en los que sólo hay una afectación de la atención. Los efectos sobre la actividad motora son cualitativos más que cuantitativos, pues mejoran el control y la coordinación, siendo el efecto más evidente durante las actividades pedagógicas estructuradas, comparadas con el recreo, la comida o las clases de educación física.

Hoy día existen 3 formulaciones diferentes del MFD, que se diferencian fundamentalmente en la duración del efecto.

El MFD de acción corta (Rubifén, comprimidos de 5, 10 y 20 mg) actúa facilitando la síntesis y liberación de noradrenalina y dopamina e inhibiendo la monoaminooxidasa. Se absorbe rápidamente por vía oral, comienza a actuar a los 20-30 minutos de la toma y mantiene el efecto durante 3-4 horas. La dosis recomendada es de 0,6 a 1 mg/Kg/día en dos tomas; la dosis inferior suele mejorar sobre todo el déficit atencional; para los problemas de conducta e interacción social suelen requerir dosis algo mayores, hasta 2 mg/Kg/día. En la práctica solemos comenzar con dosis bajas, 5 mg por la mañana, y aumentamos 5 mg cada 3-7 días hasta lograr la dosis eficaz, que

suele estar entre 20 y 30 mg al día. Se recomienda no superar los 60 mg/día. La dosis diaria total se reparte en dos tomas, desayuno y almuerzo, evitando darlo más tarde de las 16 horas para evitar la aparición de insomnio. La eficacia clínica se manifiesta en 8-10 días. Una vez establecida la dosis óptima se mantendrá con revisiones, que incluyan TA, FC, peso, talla, valoración de los cambios en los síntomas principales y vigilancia de posibles efectos secundarios.

Nosotros no somos partidarios de realizar de forma sistemática descansos los fines de semana o en periodo vacacional, aunque la medicación puede suspenderse si se desea evitar algunos efectos secundarios, como la pérdida de peso.

Para evitar los diferentes problemas que plantea el uso del MFD (varias tomas, efecto rebote), han aparecido nuevos preparados de metilfenidato de liberación lenta, en los que se ha modificado sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, de forma que se prolonga la duración del efecto terapéutico. Entre estas formulaciones de liberación retardada destaca el MFD de liberación OROS (Concerta). Gracias a la tecnología OROS, mecanismo de liberación por gradiente osmótico, prolonga su acción durante 12 horas, con unos niveles hemáticos regulares, sin picos elevados del fármaco. Con ello se puede administrar una sola dosis matutina, antes de ir al colegio, evitando así olvidos de la medicación. También se evitan los efectos rebote, además de prolongar la acción durante las horas que el niño está en casa. Se presenta en cápsulas de 18, 36 y 54 mg, que equivalen a 15, 30 y 45 mg respectivamente del MFD de acción corta. Hace pocos años se añadió una presentación de 27 mgr.

A los pocos años de llegar al mercado Concerta, se comercializó en nuestro país una forma retardada de “ formulación modificada”, de unas 8 horas de efecto, el Medikinet, que se comercializa en cápsulas de 5, 10, 20, 30 y 40 mgr.

Las anfetaminas tienen un mecanismo de acción y una eficacia parecida a la del MFD. Se utilizan a la mitad de dosis que éste y sus efectos secundarios más comunes son la anorexia, el insomnio y un ligero aumento de la TA. En USA se utilizan formas de acción retardada desde hace bastantes años. Se espera que el año próximo se comercialice en España una de ellas, la Lisdexanfetamina, con una acción de hasta 12 h y con un buen perfil de efectos adversos.

Los efectos adversos de los estimulantes van a depender de la dosis y habitualmente son transitorios y de corta duración, desapareciendo la mayoría con el tiempo o disminuyendo la dosis. Los más frecuentes del MFD son la anorexia y el insomnio de conciliación. Otros efectos secundarios son el retraso en el crecimiento, el cual suele ser proporcional a la dosis diaria y a la duración total del tratamiento; tics, anorexia, pérdida de peso, taquicardia y ligero aumento de la TA. Estos fármacos no crean ni tolerancia ni adicción.

## 2. Atomoxetina (Strattera)

Es el fármaco de segunda elección, cuando fracasan los estimulantes o aparecen efectos indeseables con ellos. En ciertos casos pueden ser la primera opción terapéutica, cuando se quiera controlar la ansiedad o depresión que puede acompañar al TDAH así como cuando se asocian tics o enuresis.

La Atomoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, y está mostrando muy buenos resultados en niños con TDAH, con mejorías hasta en el 75%. Tiene muy buena tolerancia, aunque al igual que el MFD se asocia a pérdida de peso. A diferencia de éste produce menos insomnio y no afecta a niños con tics. No tiene efectos perjudiciales sobre la función hepática ni la conducción cardiaca. Con respecto al MFD tienen la ventaja de su vida media más larga, por lo que se administra en una dosis diaria.

Puede tardar varias semanas en observarse de forma clara los efectos positivos.. Los efectos adversos incluyen boca seca, estreñimiento, adormecimiento, cefalea e insomnio. Ocasionalmente producen arritmias cardíacas.

### 3. Otros fármacos

- a. Neurolépticos: Pueden tener su lugar cuando fracasan los anteriores fármacos o en los casos en que el TDAH se asocia a trastornos de conducta. También se han utilizado con buenos resultados en niños con trastornos comórbidos, como retraso mental, autismo y tics. El más utilizado es la risperidona.
- b. Clonidina: es un agonista alfaadrenérgico que se utiliza habitualmente como antihipertensivo y también en casos de tics. Puede usarse en el TDAH cuando los estimulantes no funcionan o cuando están contraindicados, con una mejoría en el 50% de los niños. Su máxima indicación sería en los niños con tics asociados
- c. Antiepilépticos: en ocasiones la carbamazepina, el valproato y el topiramato se han utilizado para el tratamiento de estos niños, sobre todo cuando se asocia agresividad.

### 4. NUEVOS TRATAMIENTOS

#### a. Metilfenidato 30/70

Va a ser el primero de estos tres fármacos en comercializarse en España. Está indicado como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH en niños a partir de 6 años cuando otras medidas, por sí mismas, han demostrado ser insuficientes.

Su formulación de liberación modificada de 'segunda generación' (mezcla de gránulos de liberación inmediata y prolongada en una proporción 30/70) permite el control de los síntomas del TDAH durante 8 horas con la ventaja de una única toma diaria. La cápsula está diseñada para poder abrirse liberando los gránulos, por ejemplo, en un yogur, facilitando de esta forma la toma en aquellos niños que tengan dificultades para tragar. Por su proporción de liberación

inmediata/prolongada, hace que tenga una óptima actuación en el ambiente escolar y una mayor consistencia de la acción.

b. Lisdexanfetamina

Es el primer profármaco estimulante de larga duración para el tratamiento del TDAH. El profármaco es un compuesto inactivo que, tras sufrir una reacción enzimática, se convierte en una molécula farmacológicamente activa. Tras su administración oral es rápidamente absorbido por el tracto gastrointestinal. Al pasar al torrente sanguíneo, es convertido en L-lisina y D-anfetamina, de forma mayoritaria en el eritrocito, siendo esta última la responsable de su efecto terapéutico.

Tiene eficacia a lo largo del día con una única dosis por la mañana, mejorando los síntomas de atención e hiperactividad en pacientes con TDAH. Por su formulación y diseño, no permite su abuso o mal uso. El perfil de seguridad es similar al de otros estimulantes de larga duración, quedando su seguridad y eficacia demostrada en los diferentes ensayos clínicos realizados y en la experiencia de todos los pacientes que han sido tratados con esta molécula desde su comercialización en Estados Unidos en el año 2007.

c. Guanfacina de formulación extendida

El clorhidrato de guanfacina de liberación prolongada es un fármaco no estimulante, alfaadrenérgico, al igual que la clonidina, indicado para el tratamiento del TDAH.

Tiene una liberación gradual y controlada a lo largo de todo el día, lo que permite el control de los síntomas del TDAH con una única toma diaria. Su eficacia y seguridad ha sido demostrada en diferentes ensayos clínicos, lo que llevó a su comercialización en Estados Unidos. Actualmente está en fase de desarrollo clínico en Europa.

La duración del tratamiento farmacológico no se puede prever, dependerá del paciente, pero con frecuencia será preciso mantenerlo hasta la adolescencia. Una vez al año se debe plantear retirar la medicación para poder evaluar la necesidad de continuar el tratamiento, aunque hay casos en los que la evidencia de empeoramiento durante los descansos de fin de semana o de verano hace innecesaria el tanteo de retirada.

*Tras un turno de preguntas a ambos profesionales en el que los asistentes tuvieron la oportunidad de solucionar dudas relacionadas tanto con el diagnóstico como con los distintos tratamientos, acto seguido a un pequeño descanso, dio comienzo la intervención de **Doña. María Araceli Sánchez Raya**, del Departamento de Psicología de la Universidad de*

## *Córdoba, con el tema de “Investigaciones sobre TDAH en la Universidad de Córdoba”*

Se presentan dos investigaciones realizadas en la Universidad de Córdoba. La primera ya terminada y la segunda en curso:

1 Proceso atencionales con TDAH (Atención sostenida, dividida y selectiva en pacientes escolares con TDAH) . La presente investigación fue realizada por Inmaculada Saco Lorenzo, estudiante de postgrado de la Universidad de Córdoba y siendo autorizada por la Dra M<sup>a</sup> Araceli Sánchez Raya y Dr .Vicente Sánchez Vázquez.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad(TDAH) es una patología completa y heterogénea. Su sintomatología discurre por ámbitos epistemológicamente diferentes: biológicos, cognitivos, conductuales, impulsivos y contextuales entre los más relevantes. En su diagnóstico clínico no podemos obviar el análisis de esta amplitud disciplinar, y cuando se hace caemos en el sobre o Infradiagnóstico. Se debe perfilar con rigor, como se está haciendo por muchos investigadores, desde la definición criterial al modo de evaluación. En este trabajo se pretende, en una muestra de 50 sujetos, indagar en algunas variables atencionales ( Atención sostenida, dividida y selectiva) que están significativamente dañadas en este trastorno y que en este aspecto pueden aportar más datos complementarios para un diagnóstico clínico más acertado y sistemático. Podemos observar en los resultados que no son muchas las diferencias encontradas entre los grupos, y esto es precisamente lo que lleva a confusión en la mayoría de los casos. La revisión de los criterios junto a una evaluación neuropsicológica más potente y refinada puede ser el camino para perfilar y establecer, desde la clínica, una mayor presión en los grupos de esta compleja patología.

2.”Evaluación del Área Emocional del Adolescente con TDAH según el Modelo de Desarrollo positivo Adolescente. Estudio Comparativo entre Población con TDAH y sin TDAH “.

La presente investigación está siendo realizada por Isabel Jiménez Duarte, estudiante de postgrado de la Universidad de Córdoba, y siendo autorizada por la Dra. M<sup>a</sup> Araceli Sánchez Raya y el Dr. Vicente Sánchez Vázquez.

El objetivo principal de esta investigación es estudiar las competencias y características emocionales positivas que permiten un mejor desarrollo personal en adolescente con TDAH. En este trabajo y de acuerdo al modelo de desarrollo positivo adolescente se pretende estudiar las competencias y características emocionales positivas que permiten un mejor desarrollo personal en los adolescentes con TDAH. No existe en la actualidad muchos datos acerca de las características emocionales desde una perspectiva positiva y en este colectivo ( a diferencia de los déficits ) y por ello resulta interesante aportar nuevos datos que permitan profundizar en un área tan importante en la vida diaria de todo adolescente como es la emocional

*Finaliza la intervención dando paso a un turno de preguntas, y tras ser atendidas las dudas de los asistentes, fue solicitada la colaboración del entorno asociativo con la Universidad a la hora de buscar muestra que permita que estos estudios dispongan de muestra significativa que garanticen unas conclusiones ampliamente respaldadas.*

*Tras el almuerzo, que permitió un espacio distendido de dialogo e intercambio de impresiones entre los organizadores, los ponentes y miembros de otras asociaciones, dio nuevamente comienzo la Jornada con la intervención de **Don Francisco Javier Garcia Perales**. Jefe de la Sección de Educación Especial de la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, con el tema **“La Atención al Alumnado con TDAH en el Sistema Educativo Andaluz”**.*

Es esta ponencia se abordó la atención educativa al alumnado que presta trastorno con déficit atencional e Hiperactividad desde los principios que sustenta la escuela inclusiva y teniendo como referencia el marco normativo que regula el sistema educativo del Centro con la finalidad de que este alumnado alcance el mayor grado de desarrollo de las competencias básicas establecidas en nuestro sistema educativo que les permita desenvolverse en la comunidad e insertarse en el mundo laboral.

En Primer lugar, se expuso y analizó la actual conceptualización en reacción a las necesidades específicas de apoyo educativo, la nueva categorización contemplada recientemente en el sistema educativo andaluz y su repercusión en la organización de la respuesta educativa para con este alumnado, así como los recientes cambios producidos en el marco normativo en relación a aspectos.

Se hizo un recorrido detallado de la respuesta educativa que consistió en:

La exposición de los elementos claves del proceso de detección e identificación de las necesidades específicas de apoyo educativo, agentes intervinientes, participación de la familia, tipos de informes que se derivan de este proceso, aclarando su implicación en la atención educativa de este alumnado.

Análisis de la organización de la respuesta educativa a nivel del Centro educativo y en el aula, las medidas de atención a la atención a la diversidad que se pueden aplicar para con este alumnado, analizando las diferentes modalidades de escolarización, dotación de recurso personales y materiales y vías de participación de la familia en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Finalmente, se abordó la coordinación interadministrativa, explicando los recientes protocolos de coordinación para la dirección e intervención educativa con el alumnado con TDAH .



*Una vez concluida esta ponencia, los asistentes mostraron con entusiasmo su agradecimiento por el contenido detallado de la misma pues era una ponencia muy demandada. El turno de preguntas fue muy intenso lo que denotó la gran demanda de información en lo concerniente a las normativas en educación y las medidas aplicables a estos chicos.*

*Tras un breve descanso, prosiguieron las intervenciones, esta vez de la mano de **Don Juan Ángel Quirós Cantos**, Presidente de la Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención, con el tema **“La actuación asociativa desde el ámbito Autonómico, Nacional e Internacional”**.*

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es un síndrome conductual de origen neurológico hereditario, que se define como la incapacidad para mantener la atención y controlar la actividad.

Este trastorno que los estudios realizados cifran que puede afectar de entre un 5% y un 7 % de la población infantil, se considera un trastorno crónico pues sus síntomas pueden manifestarse tanto en la adolescencia como en la edad adulta.

Gran parte de la sociedad desconoce este trastorno y las consecuencias que el mismo produce sobre las personas que lo padecen, pues además de los problemas en la infancia, la falta de tratamiento o un tratamiento incompleto va a influir en un inadecuado desarrollo del individuo en la edad adulta.

Los afectados, principalmente padres y madres, se unen en torno a numerosas asociaciones de distinto ámbito de actuación, tanto local como provincial.

La mayoría de las asociaciones estatales, forman parte de la Federación Nacional FEAADAH, la cual a su vez está unida a la Federación Europea “ADHA-Europe”

Con la finalidad de informar sobre este trastorno y sensibilizar a la sociedad sobre sus consecuencia, desde la federación Europea “ADHD-Europa” y a través de todas las asociaciones europeas, desde hace cinco años, en el mes de octubre, se organizan actos y campañas informativas para lograr la sensibilización social sobre este problema, además de participar en numerosos estudios para dar a conocer la situación real de cada país en materia de diagnóstico, tratamiento y propuestas para subsanar las carencias detectadas. Bianualmente se celebran Congresos a nivel europeo, siendo el próximo convocado para los días 1, 2 y 3 de mayo de 2013 en Turquía.

FEAADAH, constituida en Madrid en 2002, actualmente está constituida por más de 50 asociaciones y fundaciones. A nivel estatal, esta federación realiza Congresos bianuales en los que se dan cita prestigiosos profesionales tanto de la Salud como de la Educación, que permiten el conocimiento de los avances tanto en el tratamiento como en la evolución social hacia un adecuado conocimiento de este trastorno informando de que el V Congreso Nacional se celebrará en 2014 en Barcelona.

Desde sus inicios, esta Federación ha trabajado duro para lograr el reconocimiento social de este trastorno, se han editado guías orientativas tanto para padres como docentes, se ha colaborado intensamente en la confección de otras guías a nivel europeo y en estudios como el que se está desarrollando desde 2011 por diferentes profesionales que a lo largo de 3 años analizarán la situación del TDAH a nivel estatal desde el punto de vista social, económico, sanitario y educativo “Proyecto PANDAH”.

Se informó del contenido de la moción aprobada en el senado el 21 de octubre de 2010, en la que se solicitó que los fármacos indicados en el tratamiento del TDAH, fueran incluidos en el grupo de fármacos de aportación reducida en base al carácter crónico de este trastorno.

Y se presenta la campaña de recogida de firmas a nivel mundial, para demandar ante la OMS la proclamación de un día mundial del TDAH.

En Andalucía, donde se tiene constancia de la existencia de 13 asociaciones y alguna más que en la actualidad está iniciando los trámites para su constitución, 12 de ellas forman ya parte de una Federación Autonómica, FAHYDA.

En nuestra comunidad y en base al estudio realizado por Dña. Alfonsa Lora Espinosa, Pediatra del Centro de Salud Puerta Blanca de Málaga e investigadora del proyecto “Accidentes y Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en escolares de 6 a 14 años de Andalucía”, Premio Salud Investiga 2010, tras analizar el resultado de cuestionarios a padres y docentes así como un estudio del rendimiento académico y social de 3000 niños pertenecientes a 74 colegios Andaluces, se ha obtenido una prevalencia total del trastorno en estas edades que ronda el 7%, prevalencia compatible con otros estudios publicados en ese mismo año en Castilla-León por el Dr. Rodríguez Molinero y en el País Vasco por el Dr. Txacartegui.

De la muestra estudiada, tan sólo estaban diagnosticados el 2%, por lo que teniendo en cuenta que en nuestra comunidad en 2010 la población de ámbito Pediátrica (de los 6 a los 14 años) era de 686.332, en Andalucía se estima un infradiagnóstico en torno a unos 30.000 niños.

Además del gran impacto en términos de coste económico que este cuadro generará en la sociedad, el estrés familiar, los problemas académicos y de enfoque laboral, así como la importante disminución de la autoestima del sujeto afectado, evidencian la necesidad de que por parte de la Administración se elaboren planes de actuación que permitan la detección precoz y el adecuado tratamiento.

Por tal motivo, los familiares de afectados en Andalucía, unidos en asociaciones tanto provinciales como locales, a través de una federación autonómica “FAHYDA”, unificaron todas sus demandas en un documento firmado en Puente Genil (Córdoba).

Desde su constitución en 2006, esta federación ha centrado sus esfuerzos en lograr que nuestra Comunidad contase con un Protocolo de coordinación para la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH. Tras dos Proposiciones no de Ley, aprobadas por unanimidad de todos los grupos con representación en el Parlamento de Andalucía, una en 2006 y otra en 2010, el pasado día 20 de abril, se firmaron las Instrucciones de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa de la Consejería de

Educación de la Junta de Andalucía, por la cual quedó establecido el PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EDUCATIVA DEL ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD.

Desde FAHYDA, se presta un servicio de coordinación e informativo entre todas las asociaciones andaluzas, con actividades formativas entorno a sus asambleas generales y programas de fomento y formación del voluntariado, así como se ofrece a sus socios actividades lúdico-culturales a través de convivencias anuales y campamentos de verano para los menores, con profesionales especializados en la atención a sus necesidades.

Una vez explicada la distribución, se informa de las distintas funciones sociales que se desempeñan desde cada estamento asociativo, haciendo hincapié en algunos de los proyectos que en la actualidad se están desarrollando.

*Tras un turno de preguntas y halagos por parte de los asistentes a la labor desempeñada por todas las asociaciones y entidades que agrupan las demandas colectivas y logran transmitir las a la Administración, así como el reconocimiento a la labor asistencial que desde muchas de estas asociaciones se ofrece a los afectados, se da la palabra a **Don. Luis Velasco Fernández -Nieto**, Licenciado en Farmacia (adulto diagnosticado desde la infancia con TDAH), quien con su “**Testimonio**”, transmitió a los asistentes su experiencia vital.*

*Los presentes de la jornada ansiaban escuchar su testimonio, ya que parecía tener la clave del futuro de muchos niños con TDAH*

*El joven, puso de manifiesto diferentes etapas de su vida, desde la más tierna infancia hasta los momentos de la adolescencia y el camino de la madurez.*

Intentaré dar una visualización global desde mi punto de vista del TDAH.

Una valoración personal de lo que creo que este trastorno me ha influido, para bien o para mal, en mi vida, mi trabajo, mis progresos y dificultades, mis relaciones personales, familiares ....

Lo que ha supuesto para mis padres, sus esperanzas, su lucha, sus inquietudes y problemas a los que se enfrentaron y se enfrentan aun hoy.

Todo ello desde un punto de vista humano y psicológico, intentando hacer un amago de reflexión al valorar nuestra personalidad (la de un TDAH) como un conjunto, ya que a mi entender, que es todavía ligero, es difícil intentar definir aun en los casos bien tratados, que cualidades son debidas al trastorno en sí , y cuales a la propia naturaleza de nosotros mismos.

*Luis, mostró gran simpatía y sencillez hacia los presentes, destacando una humildad hacia sus logros y agradeciendo a sus padres en todo momento el apoyo recibido.*

*Demostró, que con la paciencia necesaria y el interés propuesto, hizo lograr ver su vida encaminada, no sin antes dejar claro que no resultaba nada sencillo para las personas que ,como el pudiesen sufrir de TDAH*

*Actualmente con 33 años estudia una nueva carrera, algo que le apasionaba desde niño .Historia.*

## **CLAUSURA:**

Finalmente llegó el momento de la Clausura.

**Doña M<sup>a</sup> Jesús Botella Serrano**, Vicepresidenta II y Delegada de Consumo y participación Ciudadana de Diputación De Córdoba, y a su vez representante de familia e infancia del ayuntamiento de Córdoba, se dirige al público para mostrar su apoyo a las distintas asociaciones existentes en Córdoba y Provincia, agradeciendo la labor asociativa que desde ACODAH y El Puente TDAH se está llevando a cabo.

**Don Juan Ángel Quirós Cantos**, presidente de FAHYDA se dirige al público agradeciendo su participación, pidiendo un especial reconocimiento a los miembros de la asociación El Puente TDAH que han trabajado para organizar este evento.

**Dña Carmen Pedrera Gómez**, presidenta de ACODAH agradece la invitación por parte de los organizadores a compartir con ellos el disfrute de estas Jornadas, mostrando el afecto que ambas asociaciones tienen para trabajar unidos a nivel provincial.

**Dña. M<sup>a</sup> Carmen Muñoz Moreno**, presidenta de El Puente TDAH, deja ver su gratitud hacia la colaboración de Acodah, y la necesidad de permanecer unidas en el mismo caminar de los afectados por TDAH en la provincia de Córdoba.

Se agradeció la colaboración de todas las entidades que hicieron posible la organización de esta Jornada, pudiendo haber logrado una programación globalizada hacia los ámbitos más necesarios del alumnado con TDAH:

Diputación Provincial de Córdoba, Ayuntamiento de Córdoba, Ayuntamiento de Puente-Genil, Consejería de Salud y Bienestar Social del Hospital de Reina Sofía, FEAADAH, ADHD-Europe, Asociación ACODAH, Federación Andaluza FAHYDA, Universidad de Córdoba, Consejería de Educación Junta de Andalucía, Laboratorios Shire, Laboratorios Lilly y como no, al público llegado desde la mayoría de las provincias andaluzas que han mostrado su gran interés y participación.

Y por último, agradecimiento al equipo directivo de la asociación El Puente TDAH por la labor silenciosa que desempeñan DIA a DIA sin la cual todo esto no habría sido posible.

Gracias a todos porque sin vosotros nada hubiese sido igual.