

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Creación y Gestión de una Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): modelo memoria de gestión basado en la evidencia.

Alumno: PEDRO DAVID LÓPEZ ROLDÁN

Tutor: MARÍA VIRTUDES PÉREZ JOVER

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2024-2025

ANEXO COIR



ÍNDICE

1. Introducción

- 1.1. Contexto actual del TDAH.
- 1.2. Barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento.
- 1.3. Perspectiva de pacientes y familias.
- 1.4. Evidencia a favor del enfoque multidisciplinar.
- 1.5. Objetivos del proyecto.

2. Metodología: equipo de trabajo, fases de creación e indicadores de evaluación

- 2.1. Estructura organizativa.
- 2.2. Servicios ofrecidos: diagnóstico, tratamiento multimodal y atención al TDAH del adulto.
- 2.3. Modelo de trabajo. Búsqueda de la calidad total.
- 2.4. Fases de creación de la unidad: planificación inicial, selección y formación continua del equipo, presupuestación y puesta en marcha.
- 2.5. Indicadores de evaluación por objetivos.

3. Estrategia y objetivos. Modelo financiero

- 3.1. Fuentes de financiación.
- 3.2. Optimización de recursos.
- 3.3. Análisis coste-beneficio: comparativa con los modelos tradicionales tanto en eficacia clínica, mejora de calidad de vida y coste económico.

4. Discusión

- 4.1. Impacto clínico y socioeconómico esperado.
- 4.2. Desafíos potenciales y dificultades de implantación.
- 4.3. Propuestas para superar estos desafíos. Viabilidad legal.
- 4.4. Comparación con experiencias previas.

5. Conclusiones

1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas persistentes de inatención, hiperactividad y/o impulsividad que afectan el rendimiento académico, social y emocional de quienes lo padecen. Se estima que afecta entre el 5-7% de los niños y el 2.5-4% de los adultos a nivel mundial, aunque las tasas varían según la metodología y los criterios diagnósticos empleados. A pesar de ser uno de los trastornos psiquiátricos más estudiados y frecuentes, su manejo continúa siendo un desafío debido a la heterogeneidad de los síntomas, la alta comorbilidad con otros trastornos y las limitaciones en los sistemas de salud para ofrecer una atención integral.^{1,2}

1.1. Contexto actual del TDAH

El TDAH no solo afecta a la infancia y adolescencia, sino que en muchos casos persiste en la adultez, impactando áreas clave como la educación, el empleo y las relaciones interpersonales. En niños y adolescentes, se asocia con bajo rendimiento académico, problemas de conducta y dificultades en la integración social. En adultos, puede incrementar el riesgo de desempleo y asociar una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (como ansiedad, depresión y trastorno del espectro autista -TEA-), trastorno por consumo de sustancias y suicidio.^{1,3}

1.2. Barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento

A pesar de la alta prevalencia del TDAH y del impacto significativo que genera a nivel individual, familiar y social, persisten numerosas barreras que dificultan el acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

En primer lugar, el tiempo promedio de espera para una evaluación especializada puede oscilar entre seis y doce meses en muchos países europeos y latinoamericanos, lo cual retrasa de forma sustancial la intervención precoz recomendada por las guías clínicas. Este retraso suele estar motivado, en parte, por errores diagnósticos frecuentes, ya que el TDAH puede confundirse con trastornos como la ansiedad, la depresión o incluso con alteraciones del comportamiento, lo que complica su identificación precisa, especialmente cuando existen comorbilidades.⁵

En segundo lugar, los diagnósticos tardíos o erróneos conllevan un alto riesgo de instaurar tratamientos ineficaces o inadecuados, lo que puede derivar en una progresión

negativa del trastorno y una mayor carga funcional para el paciente y su entorno.⁴ A ello se suma la falta de un enfoque integral en numerosos casos, ya que las intervenciones tienden a centrarse exclusivamente en el tratamiento psicofarmacológico, sin abordar adecuadamente las dimensiones psicoeducativas y psicosociales que también afectan al funcionamiento diario del paciente.⁵ Se debe destacar que solo entre el 20% y el 40% de los niños diagnosticados con TDAH reciben una intervención psicoeducativa estructurada, a pesar de que la evidencia científica avala la eficacia del enfoque multimodal para lograr una mejora sostenida en los síntomas y la adaptación social y académica.⁷

Finalmente, otro obstáculo importante es la escasa atención que se presta al TDAH en la edad adulta. Esta falta de reconocimiento, tanto en el ámbito clínico como en el social, impide que muchas personas accedan a un diagnóstico correcto o a estrategias de manejo efectivas, lo cual repercute negativamente en su rendimiento laboral, sus relaciones interpersonales y su calidad de vida. Además, las guías internacionales subrayan la necesidad de mejorar la transición de cuidados entre la infancia y la adultez, un aspecto frecuentemente descuidado en los sistemas sanitarios actuales.³¹

1.3. Perspectiva de pacientes y familias

Desde la perspectiva de las familias, la falta de coordinación entre profesionales de diferentes áreas genera un alto grado de frustración y estrés, ya que los padres deben actuar como intermediarios entre psicólogos, psiquiatras y docentes escolares, sin un plan de tratamiento unificado. Además, el estigma social asociado al TDAH sigue siendo un problema, lo que puede llevar a un retraso en la búsqueda de ayuda o al abandono del tratamiento.^{4,6}

1.4. Evidencia a favor del enfoque multidisciplinar

Beneficios del diagnóstico temprano e intervención integral

Los estudios han demostrado que un diagnóstico temprano y una intervención integral mejoran significativamente los resultados a largo plazo en niños y adultos con TDAH.

- Un diagnóstico y tratamiento precoces reducen el riesgo de fracaso escolar, problemas emocionales y abuso de sustancias en edad adulta.⁸

- Los programas de intervención multimodal (farmacoterapia junto con terapia conductual y apoyo educativo) muestran mejores resultados que cualquiera de estos abordajes practicados de forma individual.⁹
- La intervención multidisciplinar reduce la carga familiar y mejora la adherencia al tratamiento.¹⁰

Coste-beneficio del enfoque multidisciplinar

Implementar una Unidad Multidisciplinar para el TDAH puede reducir los costes asociados a la falta de tratamiento adecuado. Se ha demostrado que los pacientes con TDAH sin un tratamiento integrado presentan:

- Mayor riesgo de abandono escolar y necesidad de educación especial.
- Mayor incidencia de problemas de salud mental en la adultez, lo que incrementa el gasto en atención psiquiátrica.
- Menor productividad laboral en adultos, con costos indirectos para la economía.

Un modelo de atención integral no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también representa un ahorro económico a largo plazo para los sistemas de salud.

1.5. Objetivos del proyecto

General

Diseñar un modelo operativo de Unidad Multidisciplinar para el diagnóstico integral, tratamiento y seguimiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), orientado a mejorar la precisión diagnóstica, la efectividad terapéutica y la coordinación interdisciplinaria en base a las recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada. La población diana sería la de la provincia de Alicante.

Específicos

- Desarrollar un protocolo diagnóstico estandarizado basado en los criterios del DSM-5 y la CIE-11, incorporando herramientas neuropsicológicas validadas (como el Conners Rating Scale y el ADHD-RS), con el fin de reducir a 3 meses el tiempo desde la derivación al diagnóstico el primer año de implantación.
- Implementar un plan de intervención multimodal personalizado para cada paciente, que combine tratamiento farmacológico, intervención psicoterapéutica

y psicoeducativa, siguiendo las guías internacionales, con una tasa de adherencia al plan terapéutico igual o superior al 80% a los seis meses.

- Fomentar la coordinación interdisciplinar efectiva, mediante la realización de reuniones clínicas semanales y el uso de un sistema digital compartido de historia clínica, asegurando la participación de al menos el 90% de los profesionales del equipo en estas reuniones durante el primer año.
- Evaluar el impacto clínico y funcional del modelo aplicado, mediante escalas estandarizadas de síntomas (como ADHD-RS) y cuestionarios de calidad de vida (como el Kidscreen-27), obteniendo una reducción del 30% o más en la sintomatología central del TDAH tras seis meses desde el inicio de la intervención.
- Valorar la viabilidad económica del modelo, estimando el coste por paciente atendido e identificando fuentes de financiación sostenibles (subvenciones, copagos, fondos de investigación), con un análisis coste-beneficio que demuestre una rentabilidad social y económica positiva en el primer año de funcionamiento.
- Promover la formación de profesionales y familias, mediante al menos 4 talleres formativos anuales dirigidos a docentes y cuidadores, evaluando la mejora de conocimientos y competencias con instrumentos (cuestionarios breves al efecto) antes y después de la intervención.

2. Metodología. Equipo de trabajo, fases de creación e indicadores de evaluación

El diseño de una Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del TDAH debe estar orientado a ofrecer un diagnóstico preciso, un tratamiento individualizado y un seguimiento continuo. Para ello, es fundamental estructurar un equipo de profesionales especializados en trastornos del neurodesarrollo, definir los servicios que se ofrecerán y establecer un modelo de trabajo que garantice la coordinación entre disciplinas y la atención centrada en el paciente y su familia.¹

2.1. Estructura organizativa

Equipo central:

- Neuropediatra o neurólogo infantil: encargado de la evaluación neurológica.

- Psiquiatra infantil y de adultos: para el diagnóstico diferencial, tratamiento de comorbilidades psiquiátricas y supervisión del tratamiento en adultos con TDAH.
- Psicólogo clínico: evaluación neuropsicológica, intervención psicoterapéutica (regulación emocional, manejo de la ira, entrenamiento en habilidades sociales).
- Pedagogo o psicopedagogo: adaptación del entorno escolar, estrategias de aprendizaje y formación a docentes.
- Terapeuta ocupacional: intervención en dificultades motoras, sensoriales y de planificación de tareas.

Especialistas colaboradores:

- Enfermería especialista: controles analíticos y tensionales necesarios en caso de abordaje psicofarmacológico, gestión de casos complejos, talleres familiares.
- Logopeda: intervención en trastornos del lenguaje y lectoescritura comórbidos.
- Nutricionista: asesoramiento en hábitos alimenticios y su impacto en la regulación del TDAH.
- Trabajador social: apoyo en la gestión de recursos y orientación a familias.
- Neurofisiología clínica: complemento terapéutico en caso de aplicación de las técnicas de neurofeedback.

La unidad se estructurará en tres áreas interconectadas:

1. Área de diagnóstico (evaluaciones clínicas y neuropsicológicas).
2. Área de intervención terapéutica (tratamiento farmacológico y psicoterapéutico).
3. Área de apoyo educativo y familiar (estrategias escolares, escuela de padres y formación en TDAH).

2.2. Servicios ofrecidos

La Unidad Multidisciplinaria brindará una atención integral que incluya diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente (niño, adolescente y adulto).

Diagnóstico

- Evaluación clínica basada en criterios del DSM-5 y CIE-11.^{12,13}
- Uso de cuestionarios estandarizados como el Conners Rating Scale o el ADHD-RS.^{14,15}
- Evaluación neuropsicológica para analizar funciones ejecutivas, memoria y atención (tales como ENFEN, Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños).¹⁶

- Diagnóstico diferencial con trastornos comórbidos (ansiedad, dislexia, TEA, epilepsia, etc.).¹⁷

Tratamiento multimodal

1. Tratamiento farmacológico: prescrito y supervisado por neuropsiquiatría o psiquiatría según guías clínicas internacionales (NICE, AAN, AACAP).^{4,7,19}
2. Intervención psicoterapéutica:^{4,5,7,10,18}
 - Terapia cognitivo-conductual (TCC) para mejorar habilidades de autorregulación emocional.
 - Terapia de entrenamiento parental para mejorar el manejo conductual.
 - Intervención en habilidades sociales y gestión emocional.
3. Apoyo educativo y psicoeducación:^{4,5,18}
 - Adaptaciones escolares y formación a docentes, lo cual permitirá reducir la percepción negativa asociada a niños y adolescentes con TDAH y reducir las tasas de fracaso escolar.
 - Estrategias de organización y gestión del tiempo.
 - Talleres de psicoeducación para familias y pacientes, dada la frustración y desgaste emocional que el TDAH suele originar en sus principales cuidadores.
4. Técnicas de neurofeedback. (también llamado *EEG-biofeedback*) es una técnica terapéutica no invasiva que entrena al paciente para autorregular su actividad cerebral. Especialmente indicado en casos de inatención.²⁰

Atención a adultos con TDAH

A diferencia de muchos centros que solo se enfocan en la infancia, esta unidad incluirá diagnóstico y tratamiento especializado en adultos con:²¹

- Evaluaciones clínicas y neuropsicológicas específicas para adultos.
- Terapia para mejorar la planificación, organización y gestión del tiempo.
- Intervenciones en el ámbito laboral y social.

2.3. Modelo de trabajo. Búsqueda de la calidad total.

El funcionamiento de la Unidad se basará en un enfoque interdisciplinario que permita integrar las diferentes áreas de atención de manera coordinada y eficiente en búsqueda de la calidad total en el servicio asistencial.

Sesiones interdisciplinarias²²

- Reuniones semanales del equipo para diseñar planes de intervención personalizados. Preferentemente los lunes.
- Análisis de casos complejos y ajuste de las estrategias terapéuticas.
- Seguimiento coordinado con las familias y centros educativos.

Atención centrada en la familia²²

- Implicación activa de padres y cuidadores en el proceso terapéutico.
- Programas de formación para mejorar la comprensión y manejo del TDAH en el hogar.
- Grupos de apoyo para padres y hermanos de niños con TDAH.

Uso de tecnología y telemedicina^{22,23}

- Aplicaciones móviles para el seguimiento de síntomas y adherencia al tratamiento.
- Teleconsultas para reducir barreras de acceso y mejorar la continuidad del tratamiento.
- Plataformas interactivas para formación online de docentes y familias.

2.4. Fases de creación de la unidad

La implementación de la unidad se realizará en cuatro fases principales:

1. Planificación inicial

En primer lugar, se llevará a cabo un análisis de necesidades locales que incluirá la evaluación de la prevalencia del TDAH en la población objetivo, en nuestro caso de la provincia de Alicante, así como la identificación de la demanda de atención y de las brechas existentes en los servicios actuales, para identificar la demanda no cubierta.

A partir de este análisis, se definirá el modelo de atención, seleccionando un enfoque basado en la evidencia científica y en las buenas prácticas clínicas, y diseñando protocolos específicos para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

Finalmente, se realizará una identificación detallada de los recursos humanos y materiales necesarios, lo que implicará determinar el número de profesionales requeridos en función de la demanda estimada, así como evaluar la infraestructura disponible, incluyendo consultorios, material de evaluación y herramientas tecnológicas.

2. Selección y formación continua del equipo

Selección de especialistas con experiencia en TDAH en áreas clave: neuropsiquiatría, psiquiatría, psicología, pedagogía y terapia ocupacional.

Formación continua a través de actualización en guías clínicas y protocolos de tratamiento (NICE, AAN, AACAP), entrenamiento en evaluación diagnóstica con herramientas estandarizadas y desarrollo de habilidades a través de reuniones de coordinación para el trabajo interdisciplinario y el abordaje familiar.

3. Presupuestación.

Se presenta un presupuesto en euros adaptado a las condiciones salariales habituales medias dentro del entorno español (y, por ende, de la provincia de Alicante). Los gastos incluyen: alquiler de espacio de trabajo, equipamiento inicial, recursos tecnológicos necesarios, salarios profesionales, costes operativos, costes de formación y difusión y un apartado de gastos imprevistos. Se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 1. Gastos de infraestructura y equipamiento inicial.

Concepto	Descripción	Coste anual estimado (€)
Alquiler de local	150 m ² aprox. en zona urbana/sanitaria	24.000 € (2.000 €/mes)
Adecuación del espacio	Reformas menores, insonorización, señalética	8.000 € (único)
Mobiliario clínico y administrativo	Camillas, escritorios, sillas, estanterías, armarios	6.000 € (único)
Material de evaluación neuropsicológica	Tests, baterías cognitivas, licencias	3.500 € (anual)
Equipamiento informático y software	Ordenadores, tablets, conexión segura, software clínico	4.500 € (único)
Plataformas digitales	Desarrollo o suscripción para telemedicina y seguimiento	2.500 € (anual)

Tabla 2. Recursos humanos (salarios brutos estimados por perfil profesional).

Perfil profesional	Jornada estimada	Salario anual bruto (€)	Salario mensual bruto (€)	Nº de profesionales	Total anual (€)
Coordinador/a clínico/a	Completa	45.000 €	3.750 €	1	45.000 €

Perfil profesional	Jornada estimada	Salario anual bruto (€)	Salario mensual bruto (€)	Nº de profesionales	Total anual (€)
Neuropediatra / Psiquiatra infantil	Media jornada	30.000 €	2.500 €	2	60.000 €
Psicólogo/a clínico/a	Completa	35.000 €	2.916 €	2	70.000 €
Terapeuta ocupacional	Media jornada	20.000 €	1.666 €	1	20.000 €
Pedagogo/a o Psicopedagogo/a	Media jornada	22.000 €	1.833 €	1	22.000 €
Enfermero/a especialista en salud mental	Media jornada	28.000 €	2.333 €	1	28.000 €
Logopeda / Nutricionista (colaboradores externos por sesión)	Por servicio	50 €/sesión	—	—	8.000 € (estimado)
Auxiliar administrativo / Recepción	Completa	24.000 €	2.000 €	1	24.000 €

Tabla 3. Costes operativos y estructurales.

Concepto	Coste anual estimado (€)
Suministros (agua, luz, limpieza)	4.000 €
Seguro de responsabilidad civil	1.200 €
Mantenimiento tecnológico y soporte	1.500 €
Publicidad, web y comunicación	2.000 €

Tabla 4. Formación y desarrollo profesional.

Concepto	Coste anual estimado (€)
Formación continua para el equipo	3.000 €
Supervisión clínica externa y calidad asistencial	2.000 €

Tabla 5. Fondo de contingencia/imprevistos.

Concepto	Coste anual estimado (€)
Reserva para imprevistos (10%)	25.000 € aprox.

Tabla 6. Resumen total estimado del presupuesto (primer año).

Categoría	Subtotal (€)
Infraestructura y equipamiento	48.500 €
Recursos humanos	277.000 €
Costes operativos	8.700 €
Formación y supervisión	5.000 €
Fondo de contingencia (aprox. 10%)	25.000 €
TOTAL ESTIMADO	364.200 €

4. Puesta en marcha de la unidad

La puesta en marcha de la unidad incluirá la apertura de consultas tanto presenciales como telemáticas, mediante la implementación de un sistema de telemedicina que facilite el acceso a pacientes que residen en zonas rurales o con dificultades de desplazamiento (personas con movilidad reducida o ausencia de medios de transporte). Se utilizarán plataformas digitales que permitan el seguimiento clínico y la comunicación continua con las familias.

Paralelamente, se establecerán canales de colaboración estables con escuelas y centros educativos, con el fin de facilitar la implementación de adaptaciones escolares personalizadas a cada paciente. También se desarrollarán programas de entrenamiento parental y se promoverá la creación de grupos de apoyo para acompañar a las familias a lo largo del proceso terapéutico.

Finalmente, el modelo será sometido a una evaluación continua que incluirá la monitorización de la efectividad del enfoque multidisciplinar, así como la recogida sistemática de datos relacionados con los tiempos de diagnóstico, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos obtenidos.

2.5. Indicadores de evaluación por objetivos

A continuación, se proporciona una tabla (Tabla 7) de potenciales indicadores de evaluación por objetivo específico y posteriormente las características de cada indicador.

Tabla 7. Objetivos específicos, indicadores de evaluación y características de indicador.

Objetivo específico	Indicadores de evaluación	Tipo de indicador
1. Desarrollar un protocolo diagnóstico estandarizado basado en los criterios del DSM-5 y la CIE-11, incorporando herramientas como Conners y ADHD-RS.	Tiempo medio desde la derivación hasta el diagnóstico (objetivo: < 3 meses)	Cuantitativo / Directo / De resultado
	Porcentaje de pacientes evaluados con escalas estandarizadas (objetivo: 100%)	Cuantitativo / Directo / De proceso
2. Implementar un plan de intervención multimodal personalizado para cada paciente, incluyendo farmacoterapia, psicoterapia y psicoeducación.	Tasa de adherencia al tratamiento combinando áreas médica, psicológica y educativa (objetivo: ≥ 80%)	Cuantitativo / Directo / De resultado
	Porcentaje de pacientes con plan terapéutico individual documentado (objetivo: 100%)	Cuantitativo / Directo / De proceso
3. Fomentar la coordinación interdisciplinar mediante reuniones clínicas semanales y uso de un sistema digital compartido.	Número de reuniones clínicas realizadas al mes (objetivo: ≥ 4)	Cuantitativo / De proceso
	Tasa de participación del equipo en dichas reuniones (objetivo: ≥ 90%)	Cuantitativo / De proceso
	Porcentaje de uso del sistema compartido de historia clínica (objetivo: 100%)	Cuantitativo / De proceso
4. Evaluar el impacto clínico y funcional del modelo mediante escalas de síntomas y calidad de vida.	Reducción media de síntomas del TDAH medida con ADHD-RS (objetivo: ≥ 30%)	Cuantitativo / Directo / De resultado
	Mejora en puntuaciones de calidad de vida (Kidscreen-27 u otro instrumento) (objetivo: mejora ≥ 20%)	Cuantitativo / Directo / De resultado
5. Valorar la viabilidad económica del modelo e identificar fuentes de financiación.	Coste medio por paciente atendido (comparado con modelo tradicional)	Cuantitativo / Indirecto / De resultado
	Porcentaje del presupuesto cubierto por subvenciones, fondos o copagos (objetivo: ≥ 70%)	Cuantitativo / De proceso
	Informe coste-beneficio positivo (objetivo: sí/no)	Cualitativo / Indirecto / De resultado
6. Promover la formación continua a familias y	- Número de talleres formativos realizados al año (objetivo: ≥ 4)	Cuantitativo / De proceso

profesionales talleres.	mediante	- Número de asistentes por taller	Cuantitativo / De proceso
		Impacto social: variación en el conocimiento pre/post intervención (medido por cuestionarios breves)	Cuantitativo / Directo / De resultado

3. Estrategia y objetivos. Modelo financiero.

La viabilidad de una Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del TDAH depende de un modelo de financiamiento sólido y estrategias para garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Este apartado analiza posibles fuentes de financiación, la optimización de recursos y un análisis coste-beneficio del proyecto.

3.1. Fuentes de financiación

Para garantizar la sostenibilidad económica de la unidad, se plantea un modelo de financiamiento mixto que combine fondos públicos, inversión privada y subvenciones para investigación obtenidas a partir de becas.

Las fuentes de financiación para la Unidad Multidisciplinar se organizarán en distintos niveles, comenzando por las subvenciones públicas. En este apartado se contempla la posibilidad de acceder a fondos gubernamentales, a través de programas de salud pública enfocados en neurodesarrollo y salud mental, así como el financiamiento procedente de los sistemas de salud para facilitar la integración de la unidad en la red de atención sanitaria pública (elemento estratégico).⁷

También se tendrán en cuenta las posibles ayudas autonómicas o municipales dirigidas a iniciativas de atención temprana y apoyo escolar. Además, se valorará el establecimiento de convenios con aseguradoras y entidades privadas, lo cual podría traducirse en colaboraciones con seguros de salud que cubran parcialmente el coste de evaluaciones y tratamientos. A ello se suman los posibles patrocinios de empresas farmacéuticas y tecnológicas interesadas en proyectos de innovación en neurociencia, así como acuerdos con instituciones educativas para impulsar la formación de docentes en TDAH.

Otra vía clave será la participación en programas de investigación subvencionados, mediante la inclusión de la unidad en ensayos clínicos sobre nuevas terapias y

tecnologías, y la creación de alianzas con universidades y centros de investigación para acceder a fondos específicos en salud mental. También se podrán solicitar subvenciones de la Unión Europea o de agencias internacionales que financien estudios en neurodesarrollo.

Finalmente, se implementará un modelo de pago por servicios con copagos accesibles, ajustado a la capacidad económica de las familias, que incluya la posibilidad de establecer tarifas reducidas o becas destinadas a aquellas en situación de vulnerabilidad. Para optimizar los recursos, se incorporarán servicios de telemedicina y consultas grupales que permitan reducir costes sin comprometer la calidad asistencial.²⁴

3.2. Optimización de recursos

Para maximizar la eficiencia del modelo de atención y asegurar su sostenibilidad a largo plazo, se implementarán diversas estrategias destinadas a reducir los costos operativos sin comprometer la calidad del servicio prestado.

En primer lugar, se potenciará el uso de tecnología para la atención remota, mediante la incorporación de sistemas de telemedicina orientados a consultas de seguimiento, lo que permitirá disminuir la frecuencia de visitas presenciales. Asimismo, se utilizarán plataformas digitales tanto para la educación de las familias como para la formación continua de los profesionales implicados en el tratamiento. A ello se sumará el empleo de aplicaciones móviles diseñadas para el registro diario de síntomas y el control de la adherencia terapéutica.

En segundo lugar, se fomentará el trabajo en red y la coordinación interinstitucional, estableciendo vínculos estrechos con centros escolares y asociaciones de familias con el objetivo de optimizar el acompañamiento educativo. También se integrará la unidad con los servicios de atención primaria, lo que facilitará una detección más temprana de los casos y evitará derivaciones innecesarias. Para mejorar la comunicación entre los distintos especialistas, se propondrá la creación de una base de datos compartida y segura respetando las bases de la confidencialidad de los pacientes (empleo de codificación).

Finalmente, se promoverá la implementación de modelos grupales de atención, como las terapias en grupo dirigidas a niños, adolescentes y adultos, que permitirán aumentar el alcance del equipo clínico sin sobrecargar la asistencia individual. Las escuelas de familias se desarrollarán en formato grupal, sustituyendo las sesiones individuales, y las

capacitaciones a docentes se ofrecerán de forma colectiva, lo que optimizará los recursos humanos y facilitará la difusión de buenas prácticas en el ámbito educativo.²⁵

3.3. Análisis coste-beneficio: comparativa con los modelos tradicionales tanto en eficacia clínica, mejora de calidad de vida y coste económico.

Invertir en una Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del TDAH no solo supone una mejora sustancial y en la calidad de vida de los pacientes, sino que también representa una estrategia eficiente desde el punto de vista económico, al reducir significativamente los costes a largo plazo tanto en el sistema sanitario como en el educativo.²⁷

En el ámbito de la salud, esta inversión se traduce en una disminución de las consultas médicas innecesarias gracias a diagnósticos más certeros y tratamientos oportunos, así como en una menor utilización de servicios de urgencias psiquiátricas, al prevenir descompensaciones emocionales y conductuales.^{26,27} Del mismo modo, permite una optimización en el uso de medicamentos, evitando prescripciones inadecuadas o dosis erróneas que podrían derivar en efectos adversos o falta de efectividad terapéutica.^{28,29}

En el entorno educativo, la implantación de este modelo favorece la reducción del fracaso escolar y la disminución de la necesidad de apoyo educativo especializado, al intervenir de forma temprana sobre las dificultades académicas. También contribuye a evitar el abandono escolar mediante la mejora del rendimiento y la adaptación en el aula, y facilita la formación de los docentes en estrategias eficaces para manejar el TDAH sin depender constantemente de asesoramientos externos.²⁵

A largo plazo, los beneficios económicos se extienden también al ámbito laboral y social, al aumentar la tasa de inserción laboral de adultos que han recibido un tratamiento adecuado desde edades tempranas, reducir el absentismo y el desempleo, y disminuir la probabilidad de problemas legales o consumo de sustancias, gracias a una mejor autorregulación emocional y conductual.²⁹

Los costes por paciente con TDAH pueden ser elevados, especialmente en la esfera académica. Analizar estos costes fue el objetivo de los autores de una reciente revisión sistemática y metaanálisis de estudios primarios en Europa. Los estudios seleccionados estaban publicados entre el 1 de enero de 1990 y el 23 de abril de 2013. Las estimaciones de costes por persona se convirtieron a euros de 2012 y se utilizaron para estimar los costes anuales nacionales relacionados con el TDAH, basándose en el censo neerlandés de 2011, las tasas de prevalencia del TDAH, la composición familiar y las tasas de empleo. El coste total medio relacionado con el TDAH osciló entre 9.860

€ y 14.483 € por paciente, y los costes nacionales anuales se situaron entre 1.041 y 1.529 millones de euros (M€).

La categoría de mayor coste fue la educación (648 M€), que representó el 62 % y el 42 % de las estimaciones nacionales totales en los escenarios de menor y mayor coste, respectivamente. En comparación, los costes sanitarios de los pacientes con TDAH oscilaron entre 84 M€ (8 %) y 377 M€ (25 %), y los costes de los servicios sociales fueron de 4,3 M€ (0,3–0,4 %). Aunque la mayoría de los costes fueron asumidos por los propios pacientes o sus familiares, 161 M€ (11–15 %) correspondieron a costes sanitarios de los familiares atribuibles a tener un hijo o adolescente con TDAH. Además, las pérdidas de productividad de los familiares se estimaron entre 143 y 339 M€ (14–22 %).

Los resultados de este estudio sugieren que el TDAH impone una carga económica significativa en múltiples sectores públicos en Europa.³³

A continuación, se presenta una tabla (Tabla 8) comparativa entre los modelos tradicionales de atención y el modelo multidisciplinar propuesto:

Tabla 8. Comparación entre modelos tradicionales de atención y el modelo multidisciplinar.

Modelo	Costos Directos	Costos Indirectos	Resultados
Atención fragmentada	Altos (múltiples consultas y pruebas repetidas)	Elevados (fracaso escolar, comorbilidades, desempleo)	Diagnóstico tardío, baja adherencia al tratamiento, comorbilidad elevada
Unidad Multidisciplinar	Controlados (evaluación y tratamiento integral en un solo centro)	Bajos (reducción de impacto socioeconómico)	Diagnóstico temprano, mejor calidad de vida y resultados clínicos

4. Discusión

En este apartado se abordará el potencial impacto clínico de nuestro proyecto, los desafíos que durante su creación y gestión clínica se deberían afrontar, las potenciales dificultades y resistencias durante su aplicación y la viabilidad dentro del ámbito legal

español. Se abordarán, en última instancia, propuestas previas dentro del marco europeo y americano.

4.1. Impacto clínico y socioeconómico esperado

Uno de los principales beneficios de la creación de una Unidad Multidisciplinar especializada en el tratamiento del TDAH es la mejora sustancial en la precisión diagnóstica, el establecimiento de planes terapéuticos basados en la evidencia y el seguimiento coordinado de los pacientes. Este modelo organizativo se alinea con las recomendaciones actuales de las guías NICE (2018)⁷ y del consenso internacional de la “World Federation of ADHD”,²³ que destacan la necesidad de abordajes integrados para mejorar los resultados clínicos a largo plazo.

Desde el punto de vista diagnóstico, se espera una reducción significativa en el tiempo medio de evaluación, situándose en menos de tres meses desde la primera consulta, empleando herramientas diagnósticas estandarizadas como el ADHD Rating Scale (ADHD-RS) y la escala de Conners 3. En la reducción de los tiempos de primera evaluación diagnóstica es fundamental la aceptación temprana del paciente dentro de la red asistencial colaborativa entre salud mental y atención pediátrica en primaria. Asimismo, el trabajo conjunto entre neuropediatría, psiquiatría, psicología y pedagogía facilitará un diagnóstico diferencial más efectivo de comorbilidades comunes, como los trastornos de ansiedad, dislexia y trastornos del espectro autista, que actualmente retrasan o complican el tratamiento en muchos casos.¹⁸

En cuanto al tratamiento, el modelo integral permitirá establecer planes terapéuticos personalizados, combinando farmacoterapia basada en la evidencia con intervenciones conductuales, psicoeducativas y de apoyo familiar. Se ha demostrado que la implicación activa de las familias y los centros escolares en los tratamientos mejora significativamente la adherencia terapéutica, reduce el uso inadecuado de medicación y disminuye las recaídas.²² Igualmente, el entrenamiento parental reduce los problemas de conducta en los hijos con TDAH y mejora la autoestima de las familias.³⁰

En la etapa infanto-adolescente, integrar la atención educativa dentro del propio programa terapéutico permite reducir la necesidad de clases de refuerzo externas o adaptaciones costosas, lo que optimiza tanto el rendimiento académico como los recursos educativos. La correcta identificación de necesidades específicas y la formación dirigida a docentes mejoran los resultados escolares y reducen las tasas de fracaso y abandono temprano.⁴

En la edad adulta, el impacto socioeconómico de un TDAH no tratado es significativo, con mayor uso de recursos de urgencias, hospitalizaciones psiquiátricas, desempleo, absentismo laboral y aumento de las conductas de riesgo.²⁷ La existencia de una atención estructurada y continua desde la infancia, junto con una adecuada transición a los servicios de adultos, puede reducir considerablemente estas complicaciones. De hecho, estudios longitudinales han mostrado que los adultos con TDAH tratados adecuadamente tienen una mayor tasa de inserción laboral, menores índices de dependencia de sustancias y menos implicaciones legales. Además, no se ha encontrado asociación entre el empleo de psicoestimulantes en la infanto-adolescencia y el posterior riesgo de adicción o dependencia a sustancias en la edad adulta.^{9,26,36}

Finalmente, recientes revisiones sistemáticas han evidenciado que el TDAH en la edad adulta se asocia a un aumento del riesgo de mortalidad prematura en comparación con la población general, especialmente por causas no naturales como accidentes y suicidio. El tratamiento precoz y continuado desde la infancia podría contribuir a reducir estos riesgos, ofreciendo una protección significativa frente a consecuencias graves a largo plazo.^{34,35}

4.2. Desafíos potenciales y dificultades de implantación

Resistencia del sistema de salud y limitaciones administrativas

Uno de los principales desafíos es la integración de la Unidad Multidisciplinar en el sistema de salud. En muchos países, la atención al TDAH sigue un modelo fragmentado, en el que los diferentes profesionales de la salud trabajan de forma aislada, sin una coordinación efectiva.²³ Además, en algunos sistemas sanitarios, el TDAH sigue siendo considerado un problema exclusivamente pediátrico, lo que dificulta el acceso de adolescentes y adultos a un tratamiento adecuado.²¹

Otro obstáculo administrativo es la falta de protocolos unificados para la evaluación y el seguimiento del TDAH. Aunque existen guías internacionales como las NICE Guidelines (2018) y la AAP Guidelines (2019), su implementación varía considerablemente entre países y regiones.

Dificultades en la coordinación interdisciplinaria

La integración de múltiples especialistas en un mismo equipo requiere una comunicación fluida y mecanismos de trabajo compartidos. Estudios previos han demostrado que la falta de coordinación entre profesionales puede llevar a duplicación

de pruebas diagnósticas, tratamientos contradictorios o falta de continuidad en la atención.

Para que el modelo funcione, es necesario implementar sistemas de gestión clínica compartida, como historiales médicos electrónicos accesibles por todos los especialistas involucrados en el tratamiento del paciente. Además, las reuniones periódicas de equipo y la formación en trabajo interdisciplinario son fundamentales para garantizar un enfoque homogéneo en la atención.

Barreras económicas y acceso a financiamiento

El costo de implementar y mantener una Unidad Multidisciplinar puede ser elevado, especialmente si requiere la contratación de especialistas, adquisición de herramientas de evaluación neuropsicológica y desarrollo de plataformas digitales para el seguimiento.²⁷

En países con sistemas de salud públicos, la principal barrera es la falta de fondos específicos para la atención del TDAH, lo que obliga a depender de programas generales de salud mental. En el caso de sistemas de salud privados, el problema radica en que muchas aseguradoras no cubren evaluaciones neuropsicológicas ni tratamientos conductuales, limitando el acceso a una parte de la población.³²

4.3. Propuestas para superar estos desafíos. Viabilidad legal

Estrategias de integración en el sistema de salud

Para que la Unidad Multidisciplinar sea viable, es fundamental integrarla dentro de los servicios sanitarios existentes en lugar de crear un modelo paralelo. Esto puede lograrse mediante:

- Inclusión de la unidad en hospitales generales o centros de salud mental comunitarios, facilitando la derivación de casos.
- Desarrollo de guías de práctica clínica adaptadas a cada contexto, estandarizando el proceso diagnóstico y terapéutico.
- Alianzas con atención primaria para mejorar la detección temprana y reducir la sobrecarga en los especialistas.⁹

Modelos de financiamiento sostenible

Para garantizar la viabilidad económica de la unidad, se pueden explorar diferentes fuentes de financiamiento:

- Acceso a subvenciones gubernamentales específicas para neurodesarrollo y salud mental.²⁷
- Uso de plataformas digitales de comunicación, permitiendo compartir información sobre cada paciente en tiempo real.
- Empleo de modelos de telemedicina, que han mostrado su efectividad tanto en la evaluación como en el seguimiento de pacientes con TDAH).^{37,38}
- Procurar la incorporación del tratamiento del TDAH en planes de salud de aseguradoras privadas, asegurando cobertura para evaluación y tratamiento multidisciplinar.³²
- Participación en proyectos de investigación para obtener fondos destinados al estudio del TDAH y su tratamiento.

A continuación, se ofrecen una matrices DAFO resumen de las fortalezas y debilidades del proyecto, así como de las oportunidades y amenazas que pueden surgir de su implantación:

FORTALEZAS (internas, positivas)

Equipo multidisciplinar especializado que cubre todas las dimensiones del TDAH (médica, psicológica, educativa, familiar).
Enfoque integral basado en evidencia científica y guías clínicas internacionales (NICE, DSM-5).
Protocolos estandarizados para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
Incorporación de tecnologías (telemedicina, apps, plataforma digital).
Coordinación interinstitucional con escuelas y servicios sociales.

OPORTUNIDADES (externas, positivas)

Posibilidad de acceder a financiación nacional y europea para proyectos de salud mental y neurodesarrollo.
Creciente demanda social de abordajes más

DEBILIDADES (internas, negativas)

Elevados costes iniciales de implementación (infraestructura, personal).
Necesidad de formación específica y continua del equipo.
Posible resistencia inicial de profesionales a un cambio de modelo.
Dificultad en la estandarización de procesos entre disciplinas.
Dependencia de subvenciones o financiación externa en fases iniciales.

AMENAZAS (externas, negativas)

Falta de cobertura de algunas prestaciones por parte de aseguradoras.
Fragmentación del sistema sanitario que

OPORTUNIDADES (externas, positivas)

humanizados y personalizados.

Desarrollo de políticas públicas de inclusión educativa y atención temprana.

Avances en herramientas digitales para intervención remota y seguimiento.

AMENAZAS (externas, negativas)

dificulta la integración real.

Escasa conciencia social sobre la necesidad de intervención en adultos con TDAH.

Posibles recortes presupuestarios en salud mental o educación.

Retos legales relacionados con confidencialidad, interoperabilidad digital y gestión de datos.

4.4. Comparación con experiencias previas

La comparación con modelos de atención multidisciplinar en otros países demuestra que este enfoque es altamente eficaz y sostenible, no solo en términos clínicos, sino también en el impacto que tiene sobre los sistemas de salud y la calidad de vida de los pacientes.

En el Reino Unido, la implementación de unidades especializadas siguiendo las recomendaciones de las NICE Guidelines ha permitido establecer protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento, lo que ha reducido significativamente los tiempos de espera para la evaluación inicial y ha mejorado la adherencia de los pacientes al tratamiento. Estas unidades han logrado también disminuir el uso inadecuado de medicación en un 30%, gracias a un enfoque más preciso y personalizado que prioriza la intervención conductual y psicoeducativa antes de recurrir a tratamientos farmacológicos cuando no son estrictamente necesarios (NICE, 2018).

En España, diversos hospitales han integrado unidades de neurodesarrollo dentro de su estructura sanitaria, lo que ha permitido optimizar la coordinación entre profesionales y ofrecer una atención más accesible y continua. Estas unidades han demostrado ser especialmente beneficiosas en la comunicación con los centros educativos, facilitando la implementación de estrategias de adaptación escolar y proporcionando formación especializada a los docentes. Un estudio realizado en Cataluña mostró que los pacientes atendidos en unidades multidisciplinarias perciben una mayor calidad en la atención recibida, lo que se traduce en una menor tasa de abandono del tratamiento y una mejor percepción de apoyo por parte de las familias.²¹

En Estados Unidos, el modelo de Medicina Integrada en Atención Primaria ha sido una de las estrategias más eficaces para mejorar la detección precoz y reducir la fragmentación en la atención del TDAH. Este modelo consiste en la integración de especialistas en salud mental dentro de los centros de atención primaria, permitiendo que los pediatras trabajen en estrecha colaboración con psicólogos y terapeutas especializados en TDAH. Esta aproximación ha demostrado ser efectiva para reducir el tiempo de derivación a especialistas, mejorar la continuidad del tratamiento y aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias. Además, ha contribuido a la reducción del uso de medicación en casos en los que no era estrictamente necesaria, promoviendo un abordaje más equilibrado del trastorno.²⁸

En otros países europeos, como Alemania y los Países Bajos, se han desarrollado programas de intervención basados en la combinación de atención médica, terapias psicológicas y apoyo educativo dentro de un mismo centro. Estos modelos han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas del TDAH a largo plazo y en la mejora del rendimiento académico y social de los pacientes. La evidencia sugiere que los sistemas de salud que han adoptado un enfoque multidisciplinar han logrado un uso más eficiente de los recursos sanitarios, reduciendo costos a largo plazo asociados con hospitalizaciones, fracaso escolar y desempleo en la adultez.¹⁸

Estos ejemplos internacionales refuerzan la idea de que la creación de una Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del TDAH no solo es una estrategia viable, sino que representa un modelo asistencial más efectivo que los enfoques tradicionales. La clave del éxito de estas unidades radica en la integración de diferentes especialidades en un mismo espacio, la estandarización de protocolos de evaluación y tratamiento, y la estrecha colaboración con las familias y el entorno educativo del paciente. La evidencia acumulada en distintos contextos demuestra que invertir en este tipo de unidades tiene un impacto positivo tanto en los pacientes como en los sistemas de salud, garantizando una mejor calidad de vida para las personas con TDAH y optimizando el uso de los recursos disponibles.²³

5. Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neurobiológica que afecta significativamente el desarrollo académico, social y emocional de quienes lo padecen. A pesar de su alta prevalencia, los sistemas de salud actuales presentan múltiples deficiencias en su diagnóstico y tratamiento, debido a la

fragmentación de los servicios, la falta de coordinación entre especialistas y las limitaciones en el acceso a terapias integrales.

Se plantea una Unidad de intervención multidisciplinar y especializada en TDAH, con objeto a corto plazo de reducir los tiempos de espera diagnósticos, ofrecer un tratamiento integral y completa coordinación con el sistema educativo y sanitario públicos. El objetivo a largo plazo es reducir las tasas de abandono académico, las repercusiones emocionales de los síntomas y los costes directos e indirectos en la etapa infanto-adolescente y adulta del trastorno.

Dentro de las estrategias que se adquirirán para conseguir un modelo eficiente serían los programas formativos, el empleo de telemedicina y campañas de concienciación públicas sobre la enfermedad.

Para evaluar la viabilidad del proyecto se desarrollará un estudio piloto la ciudad de Alicante, incluyendo selección de infraestructura, contratación del equipo base, evaluación mediante indicadores del modelo y calibraciones de éste hasta alcanzar el estándar de calidad total.



6. Bibliografía

1. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020.
2. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2016;387(10024):1240–50.
3. Murray AL, Eisner M, Obsuth I, Ribeaud D. Identifying Early Markers of "Late Onset" Attention Deficit and Hyperactivity/Impulsivity Symptoms. *J Atten Disord*. 2019;23(12):1450-61.
4. Murray DW, Molina BSG, Glew K, Houck P, Greiner AR, Breaux R, et al. Integrated interventions for youth with ADHD: A randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20190511.
5. Caye A, Swanson JM, Thapar A, Sibley MH, Arseneault L, Hechtman L, et al. Life Span Studies of ADHD—Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(4):1-9.
6. Hinshaw SP. Stigma, Humanization, and Mental Health: The Next Frontier. *Behav Ther*. 2018;41(4):183-6.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
8. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):597–603
9. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP. Young Adult Outcomes in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(9):764-71.
10. Hinshaw SP. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:291-316. [Disponible en:](#)
11. Han Kim J, Yeob Kim J, Lee J, Hun Jeong G, Lee E, Lee S, et al. Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review [Internet]. 2020. Available from: www.thelancet.com/psychiatryVol
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
13. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://icd.who.int>
14. Conners 3rd Edition (Conners 3) Manual. Toronto (ON): Multi-Health Systems Inc.; 2008.
15. ADHD Rating Scale–5 for Children and Adolescents: Checklists, norms, and clinical interpretation. New York (NY): Guilford Press; 2016.

16. ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
17. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. 2ª ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2021.
18. Cortese S, Solmi M, Arrondo G, Marin J, Sutter-Dallay AL, Angold A, et al. The European ADHD Guidelines Group meta-analysis on the efficacy of non-pharmacological interventions for ADHD: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;113:115-129.
19. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018 Sep;5(9):727-738. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
20. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Holtmann M, Aggensteiner P, Daley D, et al. Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(6):444-55.
21. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V, Corrales M, Palma F, Ibáñez P, et al. Criteria and considerations for the diagnosis of adult ADHD in the light of the new DSM-5 criteria. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(2):64-72.
22. Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf?utm_source=chatgpt.com
23. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;128:789-818.
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Treatment Recommendations. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov>
25. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in ADHD: A meta-analysis across multiple domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(8):835–847.
26. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health.* 2010;46(3):209–17.
27. Doshi JA, Hodgkins P, Kahle J, Sikirica V, Cangelosi MJ, Setyawan J, et al. Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(10):990–1002.
28. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(8):989–1002.
29. Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. Vol. 3, Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2005.

30. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*. 2015 Oct 7;19(10):831–43.
31. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):568–578.
32. Hodgkins P, Montejano L, Sasane R, Huse D. Cost-effectiveness of treatment options for attention-deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *J Med Econ*. 2011;14(5):501–9.
33. Le HH, Hodgkins P, Postma MJ, Kahle J, Sikirica V, Setyawan J, et al. Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: The Netherlands as a reference case. Vol. 23, *European Child and Adolescent Psychiatry*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2014. p. 587–98.
34. Catalá-López F, Hutton B, Page MJ, Driver JA, Ridao M, Alonso-Arroyo A, et al. Mortality in Persons with Autism Spectrum Disorder or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2022;176(4):E216401.
35. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, et al. Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Mortality Risk in Adults: A Nationwide Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(7):735–743.
36. Molina BSG, Kennedy TM, Howard AL, Swanson JM, Arnold LE, Mitchell JT, et al. Association Between Stimulant Treatment and Substance Use Through Adolescence Into Early Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2023 Sep 6;80(9):933–41.
37. Dose C, Hautmann C, Buerger M, Schuermann S, Woitecki K, Doepfner M. Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2017 Jun 1;58(6):682–90.
38. Myers K, vander Stoep A, Zhou C, McCarty CA, Katon W. Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: A community-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015 Apr 1;54(4):263–74.