



Protocolo de Actuación Conjunta para el Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Extremadura

La Consejería de Educación y Cultura, en su interés por impulsar una escuela inclusiva en el sistema educativo extremeño, se ha marcado como una de sus prioridades favorecer la participación de la comunidad educativa en la planificación de una atención diferente a la ordinaria. De esta manera, queremos conseguir una respuesta adecuada para atender al alumnado que presenta alguna necesidad específica de apoyo educativo, como es, en este caso, la derivada de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Para ello es necesario que en los centros educativos contemplen actitudes favorables y criterios de actuación claros en el marco de las medidas de atención a la diversidad.

En este punto, es importante destacar la siempre necesaria labor que desarrollan los Servicios de Orientación de la administración educativa. En concreto, con la evaluación y el asesoramiento psicopedagógico para la determinación tanto de las necesidades específicas como de la respuesta educativa que deba establecerse para este alumnado, sin que esto entre en conflicto con el necesario y complementario diagnóstico clínico que realizan los servicios sanitarios, demostrándonos los beneficios de una intervención multidisciplinar.

La mejor forma de favorecer la coordinación de ambos ámbitos es canalizar el intercambio de información y documentación, para facilitar la coherencia en las intervenciones y garantizar la correcta atención y seguimiento de la población escolar con este trastorno, todo ello con la participación ineludible del movimiento asociativo, como parte esencial implicada.

En definitiva, la existencia de este Protocolo es hoy una realidad que se implementará en los centros escolares gracias a la labor de todos los agentes implicados, no como un simple registro escrito de buenas intenciones, sino como una herramienta que sistematice las actuaciones conjuntas, clínicas y educativas, en la atención al alumnado que presenta necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a TDAH. Un protocolo por el que tenemos que felicitarnos todos.

D. CÉSAR DíEZ SOLÍS
Secretario General de Educación

D. JOAQUÍN GARCÍA GUERRERO
Director Gerente SES

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROTOCOLO	7
PARTE I: INTRODUCCIÓN SOBRE EL TDAH	9
1. ¿Qué es el TDAH?	9
2. ¿Qué tipos de tdah hay?.....	9
3. ¿El TDAH tiene características diferentes en las distintas edades?.....	10
4. ¿Es Frecuente el TDAH?	11
5. ¿Con qué trastornos suele asociarse el TDAH?	11
6. ¿Qué consecuencias funcionales puede tener El TDAH	11
7. Qué hacer o cómo actuar	11
PARTE II. MOMENTOS DE ACTUACIÓN ESTABLECIDOS EN ESTE PROTOCOLO	12
1. Sospecha inicial. Detección del trastorno	13
2. Medidas provisionales que se adoptarán en cuanto se establezca la sospecha de un posible TDAH.....	14
3. Diagnóstico Clínico.....	15
4. Determinación de NEAE por parte del EOEP / DO	17
5. Intervención coordinada en educación y sanidad	18
6. Coordinación en el seguimiento del niño o adolescente con TDAH.....	20
PARTE III: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO	23
Comisión mixta de evaluación y seguimiento del protocolo de TDA-H	23
1 Funciones	23
2 Componentes	23
3 Periodicidad de las reuniones.....	23
Evaluación del protocolo del TDAH	23
1 Indicadores	23
2 Encuestas	24
3 Publicidad de esta Evaluación	25
Anexos	29



JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROTOCOLO

El Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en las consultas de los equipos de salud mental (en adelante ESM) que atienden a menores y en los servicios de neuropsiquiatría. Tiene una gran repercusión en el clima familiar, así como en la integración en la escuela y en el logro de los objetivos académicos.

Estas circunstancias han hecho que se haya incrementado mucho el número de consultas en Atención Primaria por este motivo, así como la demanda a los Equipos de orientación educativa / Departamentos de orientación de los centros escolares.

Este trastorno requiere una **evaluación, un tratamiento y una respuesta educativa y sociofamiliar en los que intervienen profesionales de diversas disciplinas (multimodal)**. Por lo tanto, para la **detección temprana** y para que las intervenciones tengan éxito y se pueda optimizar el uso de los recursos, se necesita la **colaboración de las familias y la correcta coordinación entre los servicios educativos y sanitarios**.



La **Consejería de Educación y Cultura y la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria**, con el fin de facilitar la coherencia de las actuaciones y garantizar la correcta atención y seguimiento de los menores que presentan este trastorno, han reunido a profesionales de los distintos ámbitos y a diferentes asociaciones de familiares de menores con TDAH para establecer un **PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PARA EL ALUMNADO CON TDAH. (ANEXO I)**.

Este protocolo está encaminado a conseguir una **coordinación integral y efectiva** en el abordaje de este trastorno, facilitando pautas de actuación y cauces de comunicación entre los profesionales de los servicios sanitarios y educativos. **La colaboración de la familia es imprescindible**, por lo que participará y estará informada de las distintas actuaciones que se realicen con su hijo. Hay que señalar la importancia que tiene el diagnóstico precoz para evitar complicaciones en el futuro por lo que, los profesionales implicados tendrán en cuenta este aspecto fundamental a la hora de priorizar las demandas recibidas y la puesta en marcha de las correspondientes intervenciones.

Para que este protocolo se mantenga activo y resulte útil con el paso del tiempo, estará sometido a un **proceso de evaluación anual**, del que se derivarán las mejoras que se consideren oportunas.

Este protocolo se ha elaborado en consonancia con el **Plan Integral de Salud mental de Extremadura 2007 – 2012**, aun vigente, asentándose sobre el objetivo 5 con el que se pretende *mejorar la atención a los niños y adolescente con problemas de salud mental*, y el objetivo 15 que persigue *mejorar la coordinación interinstitucional y la continuidad asistencial*.

Del mismo modo, este protocolo queda respaldado por el **Plan de Salud de Extremadura 2013 – 2020**. En su tercer objetivo se hace una referencia clara al propósito de mejora de la gestión clínica en salud mental, así como en su objetivo decimoquinto en el que se recoge las actuaciones en promoción, seguimiento y control del estado de salud infantil y adolescente.

Tratando de hacer efectivo el artículo 65 de la Ley de Educación de Extremadura sobre corresponsabilidad en la educación, la Administración educativa debe articular y coordinar los mecanismos de cooperación con entidades y otras instituciones para concretar su implicación en el proceso educativo del alumnado. Igualmente, en el Decreto 228/2014 de 14 de Octubre por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su Artículo 16, se establece que la **Consejería con competencias en materia de educación establecerá un protocolo de coordinación con la Consejería con competencias en materia de sanidad para la detección y diagnóstico de TDAH, así como para el intercambio de información y documentación entre ambas consejerías que facilite la coherencia en las intervenciones y garantice la correcta atención y seguimiento de la población escolar con este trastorno. (ANEXO II)**

Este protocolo queda enmarcado dentro del **acuerdo de colaboración** entre la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria y la Consejería de Educación y Cultura del Gobierno de Extremadura, y tiene como última finalidad la mejora de la respuesta educativa del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo derivadas de TDAH, y la mejora de la respuesta sanitaria a los menores diagnosticados de TDAH, estableciendo claros niveles de intervención y aunando actuaciones que optimicen y mejoren la atención global de los mismos.

Para todo ello y fruto de este acuerdo de colaboración se constituirá una **COMISIÓN MIXTA**.

En atención a lo que se establece en la **Ley de Transparencia y Gobierno Abierto de Extremadura**, este protocolo figurará en el Portal de Transparencia, así como los resultados de las evaluaciones, que no afecten a la intimidad de las personas. Los ciudadanos podrán manifestar su opinión y hacer sugerencias para mejorarlo.



PARTE I. INTRODUCCIÓN 1.

1. ¿QUÉ ES EL TDAH?

El TDAH, es un **trastorno del neurodesarrollo**, que puede tener **múltiples causas**: alteraciones genéticas, problemas relacionados con el embarazo y el parto y problemas médicos en los primeros años de vida. Los factores psicosociales como por ej. el ambiente familiar/social donde se desarrolla la vida del niño, pueden influir en el curso del trastorno, agudizarlo, o bien atenuarlo.

A estos niños **les cuesta prestar atención y pueden ser impulsivos y/o hiperactivos**; es decir, puede aparecer TDA con o sin hiperactividad y la manifestación de los síntomas puede variar con la edad.

Los niños con TDAH tienen dificultades para planificar adecuadamente las acciones necesarias para llevar a cabo una tarea. Esto explica muchos de los malos entendidos que se producen con estos niños. Aunque su capacidad cognitiva no difiere de la de la población general, suelen actuar de manera precipitada, lo cual repercute negativamente en todos los contextos en los que el niño o adolescente se desenvuelve.

De igual manera, puede estar **alterada su memoria de trabajo**, es decir, la capacidad para mantener activa la información que necesitan para realizar una actividad.

Por otra parte, pueden tener en ciertos casos **dificultad para inhibir determinados impulsos**. También les resulta **difícil regular sus emociones**. Su falta de control les puede llevar a tener **problemas para integrarse en su grupo de edad, lo que a su vez les provoca ansiedad y baja autoestima**.

Los niños mayores son conscientes de sus dificultades, lo que les puede provocar inseguridad y tristeza que se manifiestan con **alteraciones de conducta y mal humor**. Puede disminuir su motivación para estudiar y aprender. Les suele costar aceptar normas familiares.

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un contexto (familiar, escolar y social). Para confirmar los síntomas sustanciales, es imprescindible solicitar información a **las personas que interaccionan habitualmente con el niño en esos entornos**. De manera característica, los síntomas varían según las circunstancias. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, se encuentra en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante (por ej: las pantallas electrónicas), o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona (por ej: en la consulta del clínico).

Aunque **ningún marcador biológico sirve para el diagnóstico de TDAH**, como grupo comparado con otros niños de su edad, en algunos estudios se ha detectado que los menores con TDAH tienen un retraso en la maduración de algunas áreas cerebrales.

2. ¿QUÉ TIPOS DE TDAH HAY?

No todos los niños con TDAH manifiestan los mismos síntomas, ni con la misma intensidad.

2.1 SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL, el trastorno puede ser:

- **LEVE**: Pocos o ningún síntoma están presentes, además de los necesarios para realizar el diagnóstico, y solo se produce un **deterioro mínimo en el funcionamiento social o académico**.





- **MODERADO:** Síntomas o deterioro funcional presente entre leve y grave.
- **GRAVE:** Presencia de **muchos síntomas** aparte de los necesarios para hacer el diagnóstico, o de **varios síntomas particularmente graves**, o los síntomas producen **deterioro notable en el funcionamiento social o académico**.

2.2 SEGÚN EL PATRÓN DE SÍNTOMAS PREDOMINANTE, se diferencian:

- **PRESENTACIÓN PREDOMINANTE CON FALTA DE ATENCIÓN:**

Los niños con TDAH en el que predominan los síntomas de inatención parecen no escuchar cuando se les habla, dan la sensación de que están soñando despiertos, pierden cosas, tienen dificultades para planificar tareas y son reacios a realizar cualquier esfuerzo intelectual sostenido.

- **PRESENTACIÓN PREDOMINANTE HIPERACTIVA-IMPULSIVA:**

Se mueve de un lado a otro o se levanta de la silla cuando no es adecuado hacerlo, mueve constantemente las manos y los pies y se balancea en la silla. Se inmiscuye en las conversaciones, actividades y juegos de otros, responde precipitadamente antes de que se le termine de formular la pregunta, habla en exceso, no es capaz de permanecer tranquilo jugando y se enzarza en peleas con otros niños por motivos banales. El comportamiento de estos niños resulta muy molesto, tanto en la escuela como en el ámbito familiar.

- **PRESENTACIÓN COMBINADA:** Presenta síntomas de los dos tipos anteriores.

3. ¿EL TDAH TIENE CARACTERÍSTICAS DIFERENTES EN LAS DISTINTAS EDADES?

Las manifestaciones del TDAH varían con la edad

TDAH EN LA EDAD PREESCOLAR:

Son niños muy movidos e imprudentes, que corren sin parar y suben por los muebles. Parecen no conocer los peligros y les cuesta obedecer. Tocan y juegan con todo, parecen no seguir ningún orden, cambian de juego constantemente y da la sensación que no se entretienen con ninguna actividad. Son agotadores para los cuidadores y educadores porque necesitan mucha supervisión.

Dificultades para acomodar su actividad motriz a las exigencias del ambiente, movimiento constante.

TDAH EN LA EDAD ESCOLAR:

Llama la atención la mayor dificultad que tienen para adquirir autonomía (vestirse solo, abrocharse los zapatos, recoger los juguetes...), buenos hábitos de higiene (cepillarse los dientes, lavarse las manos, ducharse...), así como para la realización de las tareas escolares, que presentará sucias y desorganizadas. Los deberes son interminables, se levantan de la silla frecuentemente, se balancean y/o hacen ruidos con la boca o canturrean. Contestan precipitadamente, antes de que se les acabe de formular la pregunta. Los padres y profesores opinan que se portan mal.

En clase se distraen con cualquier cosa, incluso con sus propios pensamientos, no llegando a completar ninguna tarea. Pierden u olvidan los objetos necesarios, un día no llevan los libros, otro la flauta, otro la agenda... Hacen comentarios inapropiados que generan conflictos. Muestran fácilmente rabia, pegan o insultan, por lo que son frecuentes los conflictos con los compañeros.

Estos indicadores están presentes con más frecuencia y en mayor número en menores que presentan TDAH que en el resto de niños de su edad.

TDAH EN EL ADOLESCENTE O JOVEN:

La hiperactividad motora suele disminuir con la edad, por lo que es muy posible que en esta edad ya no se perciba. Son capaces de permanecer sentados, pero les resultará difícil seguir las clases, que les resultarán interminables. Pueden jugar con pequeños objetos y mover continuamente las manos y los pies. Pueden hablar en exceso. Tendrán dificultades para la organización y la planificación, siempre piensan que tienen mucho tiempo para terminar los trabajos o preparar los exámenes.



Suelen sentir una sensación de tensión interna, y se suele mantener la impulsividad, haciéndoles proclives a las conductas de riesgo (consumo de tóxicos, accidentes, experiencias sexuales de riesgo). Actúan y hablan sin pensar lo que puede generar peleas y conflictos con los compañeros, profesores o padres.

4. ¿ES FRECUENTE EL TDAH?

Se calcula que un **7 % de los niños en edad escolar** presentan este trastorno, siendo más frecuente en varones. Aproximadamente **dos niños por cada niña**.

El sexo femenino tiene más tendencia que el masculino a presentar principalmente rasgos de inatención,

5. ¿CON QUÉ TRASTORNOS SUELE ASOCIARSE EL TDAH?

El TDAH “puro” es poco frecuente y se estima que **alrededor del 70%** de los pacientes con TDAH presentan al menos otras comorbilidades o trastornos psiquiátricos asociados que pueden tener un impacto adicional en la calidad de vida de estos niños.

La combinación del TDAH con otros trastornos dificulta el diagnóstico, puede complicar la evolución y debe ser tenida en cuenta en el tratamiento.

Cuanto más tardío es el inicio de la intervención mayor es el riesgo de comorbilidad.

6. ¿QUÉ CONSECUENCIAS FUNCIONALES PUEDE TENER EL TDAH?

El TDAH se asocia a bajo rendimiento escolar, escasos logros académicos y rechazo social. Las relaciones con los compañeros muchas veces están afectadas por el rechazo, o las burlas hacia el individuo con TDAH.

La dedicación insuficiente o variable a las tareas que requieren esfuerzo sostenido son interpretadas muchas veces como pereza, irresponsabilidad o falta de cooperación. Las relaciones familiares pueden caracterizarse por la discordia y las interacciones negativas.

Los niños con TDAH tienen significativamente más probabilidades que otros niños de desarrollar un **trastorno de conducta** en la adolescencia y un trastorno de personalidad en la edad adulta; en consecuencia **umentan las posibilidades de consumo de sustancias** y de incurrir en conductas delictivas.

Los individuos con TDAH tienen **más posibilidades que otros de sufrir lesiones**. Los accidentes y las infracciones de tráfico son más frecuentes entre conductores que padecen TDAH. Puede haber un mayor riesgo de obesidad entre los individuos con TDAH.

Los déficits académicos, los problemas relacionados con la escuela y la actitud descuidada hacia los compañeros tienden a estar más asociados con los síntomas marcados de inatención, mientras que el rechazo de los compañeros y, en menor grado, las lesiones por accidentes son más frecuentes con los síntomas marcados de hiperactividad/impulsividad.

Sin el tratamiento adecuado, el problema persiste en la vida adulta, dando lugar a conflictos e inestabilidad en todos los ámbitos: laboral, familiar y social.

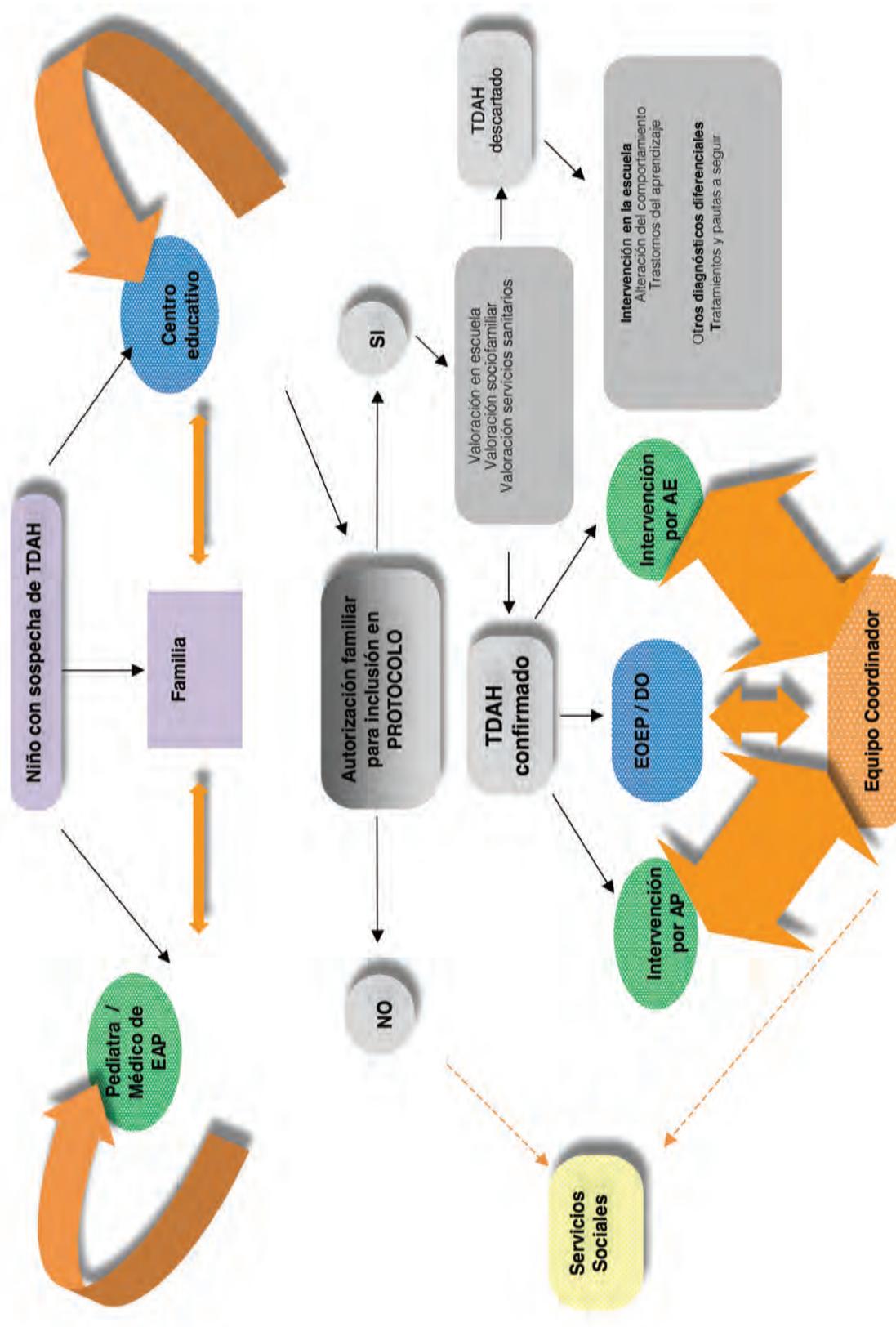
7. ¿QUÉ HACER O COMO ACTUAR?

El tratamiento de un niño o adolescente con TDAH debe ser MULTIMODAL, y precisa la colaboración de médicos, terapeutas, profesores y familiares.

El tratamiento farmacológico está dirigido al control de los síntomas nucleares, el psicológico a la mejora de problemas conductuales y emocionales, y el psicopedagógico a la mejora de las habilidades escolares del niño.

PARTE II. MOMENTOS DE ACTUACIÓN ESTABLECIDOS EN ESTE PROTOCOLO

ESQUEMA GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH





1. SOSPECHA INICIAL. DETECCIÓN DEL TRASTORNO

El **Objetivo** de este primer periodo es la **detección temprana de menores con posible TDAH**.

1.1 ¿QUÉ PUEDEN HACER LAS FAMILIAS SI SOSPECHAN QUE SU HIJO PUEDE TENER TDAH?

Si los padres observan algunos de los **indicadores de sospecha** recogidos en el **ANEXO III** se pueden dirigir a su pediatra o al tutor escolar del niño, y exponer los motivos de su sospecha.

1.2 SOSPECHA DE TDAH EN EDUCACIÓN. SOLICITUD DE COLABORACIÓN A SANIDAD

Los profesores están en una situación idónea para detectar cualquier dificultad o problema que puedan presentar sus alumnos, dado el tiempo que pasan con ellos y la estrecha relación que se establece entre el profesor y el alumnado.



En **educación infantil y en educación primaria**, los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (en adelante EOEP) entregarán al profesorado, a través de la Comisión de Coordinación Pedagógica (en adelante CCP) o similar, información sobre cómo detectar alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (en adelante NEAE) asociadas al TDAH; así como orientaciones metodológicas favorecedoras de la atención y de la conducta adaptativa de estos alumnos.

En **educación Secundaria Obligatoria** (en adelante ESO), los Departamentos de Orientación (en adelante DO), entregarán ésta información a los profesores a través de tutorías y en la **enseñanza post obligatoria** a través de sus tutores.

Dada la gran repercusión que el diagnóstico temprano del TDAH tiene en el desarrollo del niño y en su aprendizaje, así como en el clima escolar, la colaboración del profesorado es imprescindible.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PROFESORES CUANDO CONSIDEREN QUE UN ALUMNO PUEDE TENER TDAH?

Si en el aula, los profesores, observan a un **niño que presente un funcionamiento compatible con TDAH**, pueden:

- Utilizar una **escala para la detección del TDAH** que les ayudará a orientar sus observaciones. Las escalas no son diagnósticas, solo sirven para facilitar la detección del problema.
- **Entrevistarse con la familia** por si hubiese alguna circunstancia diferente que pudiese justificar las alteraciones que observan en el niño.
- Solicitar **valoración al EOEP / DO del centro educativo** añadiendo los datos que sustentan la sospecha de TDAH o en el caso de contar con ello, el informe clínico con el diagnóstico de TDAH de los servicios sanitarios.
- Solicitar **AUTORIZACIÓN ÚNICA a los padres/tutores legales del alumno** para que sea valorado por el EOEP/DO y se proceda al intercambio de información entre profesionales educativos y sanitarios para poder llevar a cabo una coordinación adecuada, según se establece en el presente Protocolo. Junto a la Autorización se entregará un documento que contiene **información sobre el proceso** que se debe seguir en el mismo. **ANEXO IV**.
- Por último, en caso de no existir, instar a los padres a solicitar **información al pediatra del niño** para que éste aporte un informe con las condiciones de salud que pueden influir en la presentación de los síntomas relacionados con el diagnóstico de TDAH.

1.3. SOSPECHA DE TDAH EN PEDIATRÍA / MEDICINA DE FAMILIA. SOLICITUD DE COLABORACIÓN A EDUCACIÓN.

Los pediatras y médicos de familia cumplen una importante función en la prevención y detección precoz de las distintas patologías, tanto en la **consulta ordinaria** como en las **revisiones** que establece el **Programa de Salud Infantil y de la Adolescencia de la Junta de Extremadura**.



Como parte de esta labor preventiva se interesarán por la conducta del niño, adaptación al medio escolar (progresos o dificultades en la escuela; amigos y relación con otros niños), así como por el entorno y la dinámica sociofamiliar.

Son especialmente relevantes las revisiones del niño a los **4 y 6 años**. A los 4 años, ya se pueden observar **síntomas que pueden ser compatibles con el diagnóstico de TDAH**, aunque a veces resulta difícil diferenciarlo de las conductas propias de esta edad.

1.3.1 ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PEDIATRAS O MÉDICOS DE FAMILIA CUANDO CONSIDEREN QUE UN MENOR PUEDE TENER TDAH?

Si detectan síntomas indicativos de TDAH, tras las revisiones de salud del niño o en consulta solicitada por los padres a demanda o por indicación del Centro escolar (con informe del equipo de orientación o sin él):

- **Entrevistarán al menor y a la familia**. Pueden orientar su valoración utilizando **escalas sencillas**, que pueden cumplimentar los padres en la consulta (Escala de Conners para padres, SNAP-IV).
- **Realizarán una valoración general de la salud del menor**. Excluirán **otros problemas médicos** (epilepsia, trastornos metabólicos o intolerancia a alimentos...) o **déficit sensoriales** (problemas visuales o auditivos), que se puedan confundir con este trastorno. También posibles **trastornos del sueño** (poco tiempo dedicado al descanso, higiene inadecuada del sueño, apnea obstructiva ...)
- Considerarán los posibles **efectos secundarios de medicamentos** que esté tomando el niño.
- Excluirán el **consumo de tóxicos y otras conductas adictivas**.
- Valorarán si están presentes otras **alteraciones psicopatológicas** (trastorno negativista desafiante, ansiedad o depresión, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo...) que pueden explicar la sintomatología que presenta el niño, o que pueden concurrir con el TDAH.
- Considerarán **circunstancias sociofamiliares** que puedan influir en el menor: separación de los padres, problemas laborales, enfermedad grave de algún familiar próximo, duelo reciente...

1.3.1.1 Si es probable que se cumplan los criterios clínicos para TDAH

- **Informarán a los padres** sobre el TDAH, el proceso a seguir para su diagnóstico y los aspectos básicos del tratamiento.
- Solicitarán la **Autorización Única de los padres/tutores (ANEXO IV)** para enviar información al centro escolar y proceder al intercambio de información entre profesionales educativos y sanitarios para que se pueda llevar a cabo una coordinación adecuada, según se establece en el presente Protocolo. Junto a la Autorización se entregará un documento que contiene información sobre el proceso que se debe seguir en el mismo.
- Realizarán un **INFORME CLÍNICO con los datos necesarios para la valoración por los EOEP / DO**, y lo enviarán **al centro escolar**, dirigido al orientador correspondiente, entregando una **copia del informe a los padres/tutores legales**.

1.3.1.2 Si tras la evaluación preliminar se excluye el diagnóstico de TDAH

- En este caso se emitirá un **diagnóstico alternativo** o se explicará a los padres que la sintomatología detectada, o que ha sido objeto de su preocupación, forma parte del proceso evolutivo del menor.

2. MEDIDAS PROVISIONALES QUE SE ADOPTARÁN EN CUANTO SE ESTABLEZCA LA SOSPECHA DE UN POSIBLE TDAH

Tanto en Atención Primaria como en el ámbito de educación **se deberán implementar una serie de medidas dirigidas al menor y a la familia**.

Se realizarán intervenciones en el aula, con la familia y con el menor. Estas medidas tendrán carácter pedagógico, informativo y psicoeducativo.



En una etapa posterior se complementarán y coordinarán tanto el **Plan de intervención Sanitario** como en el **Plan de Intervención Educativo**, una vez se tenga la confirmación diagnóstica y el **INFORME EDUCATIVO CENTRADO EN EL TDAH. ANEXO V.**

2.1. ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PROFESORES MIENTRAS SE REALIZA EL ESTUDIO PARA CONFIRMAR O EXCLUIR EL DIAGNÓSTICO DE TDAH?

Mientras se realiza el estudio, los profesores pondrán en marcha **MEDIDAS favorecedoras del control atencional y conductual** para niños con posible TDAH en las distintas etapas.

Para ello, existen distintas recomendaciones recogidas en diferentes guías al uso cuya consulta puede llevarse a cabo en la dirección web

2.2. ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PEDIATRAS / MÉDICOS DE FAMILIA MIENTRAS SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH?

Ya desde el inicio de la sospecha, desde el ámbito de Atención Primaria, al igual que se hace en el ámbito de educación, se deberán concretar **una serie de medidas dirigidas al menor y a la familia, (ANEXO VI)** mediante intervenciones familiares, sociales y comportamentales

3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El objetivo es realizar el diagnóstico de los casos detectados con anterioridad, y hacer el diagnóstico diferencial para descartar otras patologías que puedan cursar con sintomatología similar.

Las actuaciones dirigidas a la confirmación del diagnóstico y el inicio de las intervenciones se desarrollarán en los ámbitos sanitario y educativo de manera paralela o simultánea.

3.1 ¿QUIÉN TIENE QUE HACER EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

- El diagnóstico clínico de TDAH debe realizarlo un **facultativo con formación y experiencia** en el diagnóstico del TDAH y de sus comorbilidades más frecuentes.
- Se basa en la valoración clínica y sociofamiliar del niño o del adolescente y de las aportaciones del Informe Educativo centrado en el TDAH emitido por los servicios de orientación correspondientes. Teniendo en cuenta que no existe ninguna prueba o marcador específico que sirva para establecer el diagnóstico de TDAH.

3.2 ¿EN QUÉ CRITERIOS SE SUSTENTARÁ EL DIAGNÓSTICOS DE TDAH?

El diagnóstico se sustentará en los criterios del Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad del DSM 5 (ANEXO VII)

- **Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad** que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo.
- Algunos síntomas de inatención o de hiperactividad- impulsividad estaban presentes **antes de los 12 años.**
- Varios síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad están presentes en **dos o más contextos**, que en el niño suelen ser la familia y la escuela.
- Existen pruebas claras de que **los síntomas interfieren con el funcionamiento social o académico.**

3.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TDAH EN ATENCIÓN PRIMARIA

No todos los casos precisarán derivación a Atención Especializada para el diagnóstico, ya que el Médico de familia / Pediatra puede tener formación específica en TDAH y realizar la valoración, diagnóstico y seguimiento de los casos menos complejos. Se podrá hacer la derivación por los servicios sanitarios, indistintamente a Neuropediatría o a Salud Mental, según los recursos de los que se disponga, intentando no duplicar derivaciones.



3.4 ¿CUÁNDO SOLICITARÁ EL MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA COLABORACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO?

Como normal general:

3.4.1 Se realizará derivación al **SERVICIO DE NEUROPIEDIATRÍA** si:

- Cumple los criterios DSM – 5 de TDAH y además presenta comorbilidad con otros trastornos neurológicos: epilepsia...
- Cumple los criterios de TDAH del DSM - 5 y además presenta **otros trastornos** como:
 - estigmas cutáneos o fenotipo dismórfico
 - trastornos de la coordinación motora
 - trastornos de tics
 - trastorno específico del aprendizaje
 - trastornos del lenguaje
 - trastornos del espectro autista
 - discapacidad intelectual

3.4.2 Se realizará derivación a **SALUD MENTAL** si:

- Cumple los criterios DSM – 5 de TDAH y presenta de manera concomitante otros trastornos psicopatológicos como:
 - trastornos del sueño
 - trastornos de la alimentación
 - trastornos depresivo mayor o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo estado de ánimo
 - trastornos de ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo
 - trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o alteraciones graves de la conducta
 - trastorno por abuso de sustancias tóxicas u otros trastornos adictivos
- Así mismo, si es necesario realizar un diagnóstico diferencial complejo, o si presenta trastornos de conducta o psicosociales que dificultan el diagnóstico.

3.5 ¿CÓMO SE REALIZARÁ LA DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS?

- La solicitud de colaboración se hará a través de **Orden clínica** de derivación del Pediatra o Médico de Familia, a través de JARA, que incluirá como mínimo:
 - la sintomatología que motiva la consulta
 - el resultado de las escalas que ha administrado
 - los antecedentes médicos personales y familiares de interés, información sobre déficit sensoriales (visuales y/o auditivos) si existen
 - resultado de consultas a otros especialistas y pruebas complementarias, que sean relevantes
 - tratamientos médicos y psicofarmacológicos previos
 - **Valoración sociofamiliar** realizada por el trabajador social sanitario del equipo de atención primaria
- **Informe educativo centrado en el TDAH del EOEP / DO**, asegurándonos de que contiene información necesaria y suficiente para la toma de decisiones. Este informe será enviado por correo electrónico por el pediatra, simultáneamente a la orden clínica cursada por JARA.

3.6 ¿CÚAL SERÍA EL PROCEDIMIENTO CUANDO EL SERVICIO DE NEUROPIEDIATRÍA O SALUD MENTAL DETECTEN UN CASO DE POSIBLE TDAH EN UN NIÑO REMITIDO AL SERVICIO POR OTRA CAUSA?

Puede darse casos en los que lo menores sean remitidos a Neuropediatría o a Salud Mental por otras causas, y que en la evaluación se detecte un posible TDAH.

- En estos casos se facilitará información a los padres sobre el TDAH, el proceso que se sigue para diagnosticarlo, y los aspectos básicos del tratamiento.
- Se solicitará la **Autorización Única de los padres/tutores (ANEXO IV)** para enviar información al centro escolar y proceder al intercambio de información entre profesionales educativos y sanitarios para que se pueda llevar a cabo una coordinación adecuada, según se establece en el presente Protocolo. Junto a la Autorización se entregará un documento que contiene información sobre el proceso que se debe seguir en el mismo.



- **El servicio de Neuropediatría o el ESM harán un informe clínico** que recogerá:
 - los motivos por los que se considera que el menor puede tener TDAH
 - los aspectos de la historia clínica que se consideren relevantes.

Se enviará este **informe al centro escolar** dirigido al orientador correspondiente del EOEP / DO y se entregará copia del mismo a los padres/tutores legales.

Muy importante es que en dicho informe estén recogidos los datos del **gestor del caso** en el servicio de neuropediatría / equipo de salud mental para la coordinación adecuada con los orientadores correspondientes.

En el caso de que el seguimiento se realice a nivel de Atención Especializada, se remitirá el **Informe clínico al Pediatra/ Médico de familia** de referencia con **especificación de la colaboración esperada** por parte de Atención Primaria. En algunos casos será especialmente significativa esta colaboración porque podrá ser designado como **gestor sanitario del caso algún miembro del Equipo de Atención Primaria** aunque el tratamiento principal se realice en Atención Especializada.

4. DETERMINACIÓN DE NEAE

En el **ámbito EDUCATIVO**, el objetivo es determinar las **necesidades específicas de apoyo educativo** (NEAE) del alumno y la **respuesta educativa correspondiente**, asociadas al diagnóstico de TDAH, que quedarán recogidas en el correspondiente **INFORME EDUCATIVO CENTRADO EN EL TDAH**.

4.1 ¿EN QUÉ CONSISTE LA DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO (NEAE) POR PARTE DEL EOEP / DO?:

La **solicitud de valoración** por parte de los EOEP / DO será realizada por:

- **Tutor escolar del niño:** según los indicadores de sospecha recogidos en el **ANEXO III**.
- **Pediatra o médico de familia del centro de salud a través de la familia:** Niños que probablemente cumple los criterios clínicos para el TDAH, que han sido valorados siguiendo este Protocolo en el centro de salud.

Se iniciará la **valoración del alumno** por el EOEP/DO, **agilizándose** el uso de instrumentos tales como:

- Escalas de evaluación específica TDAH, instrumentos de evaluación...
- Entrevista con la familia / profesores.
- Observación del alumno en el aula.
- ... Otros

Ante sospecha de TDAH se elaborará **Informe Educativo centrado en el TDAH** en el que se recojan las **CONCLUSIONES que faciliten la toma de decisiones** (Nivel cognitivo, trastornos/dificultades específicos del aprendizaje, nivel curricular, estilos de aprendizaje, integración en el medio escolar, relación con profesores y alumnos, comportamiento en el aula...). Este documento servirá para guiar la **intervención** que se llevará a cabo con el alumno.

El resultado de la evaluación realizada se comunicará:

- **Al tutor escolar**
- **A los padres:** El Servicio de Orientación, informará a los padres/tutores legales de los resultados. Se les facilitará copia del informe que se envía al pediatra del niño.
- Se enviará el informe centrado en el TDAH por correo electrónico al **pediatra /médico de familia**

Los **responsables de realizar el Plan de Intervención Educativa** serán los profesores de la especialidad de Orientación Educativa. En dicho plan se incluirán las aportaciones pertinentes que se hayan realizado por parte de los servicios sanitarios y sociales.

4.2. ACTUACIÓN DE LOS CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS EN LA DETERMINACIÓN DE LAS NEAE ASOCIADAS A TDAH.

Los **Servicios de Orientación propios** de los centros privados concertados, deberán llevar a cabo las actuaciones contempladas en este protocolo de igual forma que los centros públicos.



En el caso de que exista sospecha evidente de que las medidas a adoptar puedan ser de **carácter extraordinario o excepcional**, deberán proceder conforme al procedimiento habitual establecido y hacer la consiguiente demanda a los Servicios de Orientación de la administración educativa.

5. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA COORDINADA EN EDUCACIÓN Y SANIDAD

5.1 ¿QUÉ SE HARÁ DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO, UNA VEZ SE HAYA CONFIRMADO O EXCLUIDO EL DIAGNÓSTICO DE TDAH?

Una vez haya recibido el informe clínico confirmando o excluyendo el diagnóstico de TDAH, el EOEP / DO trasladará esta información al centro escolar.

5.1.1 SI SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH:

El **orientador** que atiende al Centro Educativo, en colaboración con el **Profesor de Servicios a la Comunidad y/o Educador Social**, valorará las necesidades educativas derivadas del TDAH que pueda tener el alumno/a y elaborará de manera coordinada con el ámbito sanitario el **Plan de Intervención Educativa. ANEXO VIII.**

En dicho plan de intervención se recogerá el nombre del **orientador responsable** de cada caso, que será el encargado de comunicarse con el gestor sanitario para coordinar las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social.

Se informará a la familia de las conclusiones del **informe centrado en el TDAH** y de cómo se va a dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades específicas de su hijo/a. También se trabajará y se crearán pautas de colaboración con la familia y orientaciones oportunas para el hogar que se incluirán en el Plan de Intervención Educativa.

El **Equipo educativo** participará en la elaboración del Informe centrado en el TDAH y del Plan de Intervención Educativa y aplicará las medidas y las estrategias metodológicas contenidas en dichos documentos con el asesoramiento del EOEP / DO.

El Centro contemplará dentro de su Plan de Atención a la Diversidad las medidas oportunas para dar respuesta a las necesidades educativas que presenta este alumnado.

Con el **alumno** se intervendrá en el ámbito **educativo** dando respuesta a sus necesidades específicas de apoyo educativo a través de los ajustes del proceso de enseñanza/aprendizaje que precise:

- En cuanto a las estrategias metodológicas, en la organización del aula y del centro, en la adecuación y temporalización de actividades, en los tiempos e instrumentos de evaluación.
- Para el alumnado con TDAH que lo precise, de forma complementaria a lo anterior, bien dentro del aula, bien fuera o de manera alterna, se aplicarán programas específicos de intervención dirigidos a:
 - Modificación de conducta.
 - Entrenamiento en: Habilidades sociales / Autoinstrucciones / Verbalización interna para realizar una tarea / Control de la impulsividad /expresión de emociones/ Habilidades básicas.
 - Mejora de la capacidad de atención a través de tareas de focalización y mantenimiento.
 - Entrenamiento en técnicas de relajación.
 - Dificultades de aprendizaje...

Estos programas serán desarrollados preferentemente por los **Profesores Especialistas de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje** en Educación Primaria, y en Educación Secundaria, coordinados por el orientador correspondiente. En caso de Enseñanza pos obligatoria, el Departamento de Orientación coordinará/asesorará las medidas que sean necesarias llevar a cabo por parte del Equipo Educativo que atiende al alumno.

5.1.2 SI SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PERO DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO NO SE DETERMINAN NEAE

Si a pesar de confirmarse el diagnóstico clínico de TDAH, desde los equipos de orientación se valorara que el alumno con TDAH **no presentase necesidades específicas de apoyo educativo**, se informará y dará orientaciones preventivas a la familia y al profesorado y se realizará un seguimiento de la evolución educativa del alumnado.



5.1.3 SI SE EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO PERO SE DETERMINAN NEAE

Cuando desde el ámbito sanitario NO se objeive el cumplimiento de criterios clínicos de TDAH, pero se considera necesario intervención individualizada en el ámbito educativo, el procedimiento de detección e intervención se llevará a cabo según lo descrito en el **punto 5.1.1.**, como establece la normativa extremeña que regula la atención a la diversidad.

5.1.4 SI EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO DE TDAH Y NO SE CONSIDERA NECESARIA LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA INDIVIDUALIZADA

El orientador, de manera coordinada con el tutor del alumno/a en cuestión, se reunirá con los padres para explicarles los resultados, y quedará a su disposición para mantenerles informados sobre la evolución de su hijo.

5.2 ¿QUÉ HARÁN LOS SERVICIOS SANITARIOS, UNA VEZ SE HAYA CONFIRMADO O EXCLUIDO EL DIAGNÓSTICO DE TDAH?

5.2.1 SI SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH:

El equipo sanitario elaborará un **Plan Individualizado de Intervención Sanitaria**, en el que se especificará el nombre del **gestor sanitario del caso**, que será el encargado de comunicarse con el orientador como responsable en el ámbito educativo, para **coordinar entre ambos las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social**.

Este plan será enviado al orientador responsable, y se entregará **copia a los padres /tutores legales del menor**.

El **PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO**, incluirá:

- **Intervención terapéutica** que se va a realizar con el **menor y su familia**. (Algunas consideraciones sobre el **tratamiento farmacológico** en **ANEXO IX**.)
- Orientaciones clínicas basándose en el informe educativo centrado en el TDAH para el **centro escolar**
- Intervenciones sociales coordinadas. **ANEXO X**
- Información si se solicita colaboración a otros recursos, en los casos en los que se considere necesaria.

5.2.2 NIVELES DE INTERVENCIÓN

El **Plan Individualizado de Intervención Sanitario** se llevará a cabo en Atención Primaria y/o en servicios especializados en coordinación con el ámbito educativo, dependiendo de diferentes factores:

- **ATENCIÓN PRIMARIA en colaboración con el centro escolar** llevará a cabo la intervención en casos de **TDAH leves y moderados** que:
 - No presenten asociación con circunstancias psicosociales complejas
 - No se asocien con otras alteraciones neurológicas o psicopatológicas.
 - Atención primaria solicitará la **colaboración de ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA** (Neuropediatría, Equipo de Salud Mental) cuando así lo requieran:
 - La gravedad del caso. **TDAH grave**, o que no ha mejorado con las medidas implementadas en el primer nivel (escuela – atención primaria)
 - La **asociación de TDAH con otros trastornos psicopatológicos** como:
 - Trastornos del sueño
 - Trastornos de la alimentación
 - Trastorno depresivo mayor o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo estado de ánimo
 - Trastornos de ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo
 - Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
 - Trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o alteraciones graves de conducta.
 - Trastornos por abuso de sustancias u otros trastornos adictivos.
 - La asociación de **TDAH con otros trastornos** como:
 - epilepsia, estigmas cutáneos o fenotipo dismórfico
 - trastornos de la coordinación motora
 - trastornos de tics
 - trastornos específicos del aprendizaje



- trastornos específicos del lenguaje
- trastornos del espectro autista
- discapacidad intelectual
- La **complejidad de las circunstancias psicosociales asociadas a TDAH**

Así mismo, podrán existir variaciones en función de los recursos de los que disponga cada área. Para optimizar la utilización de los recursos, se evitará en lo posible remitir simultáneamente a neuropsiquiatría y al equipo de salud mental.

¿CUÁNDO SE SOLICITARÁ COLABORACIÓN A OTROS SERVICIOS?

En casos de especial complejidad, desde SANIDAD, se podrá solicitar la colaboración, entre otros, de los **Equipos Específicos de Atención al Alumnado con Trastornos Graves de Conducta** a través de los Equipos Generales de Orientación/Departamento de Orientación.

Colaboración con el PROGRAMA DE FAMILIA de los servicios sociales

Se podrá solicitar la intervención del Programa de Familia de los Servicios Sociales:

- **Con el consentimiento de la familia**, cuando existan circunstancias psicosociales complejas, que sean difíciles de abordar desde el centro escolar y desde las consultas de atención primaria y atención especializada. Sus profesionales pueden intervenir en el domicilio y en el entorno más próximo, valorando mejor sus necesidades, apoyando a la familia, y poniendo en marcha intervenciones psicoeducativas y de entrenamiento de padres.
- En el caso de que existan determinadas circunstancias por las que los padres no den su consentimiento para el desarrollo de este protocolo en cualquiera de los dos ámbitos implicados, se valorará la solicitud de intervención a los servicios sociales. Se pasará un informe para que el programa de familia de la localidad/mancomunidad intervenga y favorezca la participación de la familia en el protocolo.

5.2.4 SI SE EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO DE TDAH

Puede ser que una vez realizada la valoración del menor y de su contexto sociofamiliar, no se confirme el diagnóstico de TDAH.

En este caso se emitirá un **diagnóstico alternativo** o se explicará a los padres que la conducta detectada, o que ha sido objeto de su preocupación, forma parte del proceso evolutivo del menor.

Se ofrecerá la posibilidad de consultar con el Equipo de Atención Primaria siempre que tengan dudas sobre las pautas que deben seguir en el cuidado y educación de sus hijos, así como cuando estén preocupados por las conductas observadas y las circunstancias que tengan que afrontar.

Se enviará **una nota informativa al orientador del centro escolar**, de la que se dará **copia a los padres/tutores**, en la que se hará constar el diagnóstico alternativo o la normalidad de las conductas observadas, así como recomendaciones para el centro escolar, si se consideran pertinentes.

6. COORDINACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DEL NIÑO O ADOLESCENTE CON TDAH

6.1 ¿ENTRE QUÉ NIVELES SE REALIZARÁ LA COORDINACIÓN?

La Coordinación y seguimiento se debe realizar en estos niveles:

- **Familia.**
- Servicios sanitarios: a nivel de Atención Primaria o/y Especializada
- Servicios educativos: a nivel de Servicios de Orientación generales (EOEP y DO) y específicos.
- **Otros servicios:** servicios sociales, servicios de protección de la infancia, ...



6.2 ¿COMO SE LLEVARÁ A CABO DICHA COORDINACIÓN?

6.2.1 FAMILIA

La coordinación con la familia se llevará a efecto a través de las diferentes entrevistas con Sanidad y Educación.

6.2.2 SERVICIOS SANITARIOS:

La coordinación dentro de los propios servicios sanitarios se realizará a nivel de Atención Primaria y/o Especializada.

En el caso de que el tratamiento se realice a nivel de Atención Especializada, se realizará y remitirá un **Informe clínico al Pediatra/ Médico de Familia que lo derivó**, con especificación de medidas psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y la colaboración esperada por parte de atención primaria.

La historia clínica estará disponible en **JARA**, aunque por motivos confidenciales se podrán obviar aspectos problemáticos, que solo quedarán reflejados en la historia del servicio.

Se establecerá **contacto telefónico o presencial** entre los profesionales implicados, siempre que se considere oportuno. Estableciendo horarios y periodicidad de dichos contactos.

6.2.3. SERVICIOS EDUCATIVOS

Se establecerán momentos de seguimiento y de coordinación **entre EOEP / DO y tutor de referencia del alumno** a través de reuniones periódicas.

Dichas reuniones se deberán incluir en los planes de actuación de los EOEP y en los planes de actividades de los DO.

6.2.4. ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS

En el **DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO CONJUNTO (ANEXO XI)** estarán recogidos los **coordinadores a nivel educativo y sanitario de cada caso**, estableciendo las **vías de comunicación** (telefónico, presencial...), los **horarios** y la periodicidad de los contactos.

Esta **periodicidad** será establecida **según necesidades y de manera ordinaria** en dos ocasiones durante el año escolar del alumno diagnosticado de TDAH:

- **ENERO:** tras finalizar el primer trimestre del curso escolar y valorar modificación o implementación de nuevas intervenciones.
- **MAYO:** antes de la finalización del curso escolar, para valorar los resultados de las intervenciones realizadas.

6.2.5 COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS

En **casos de especial complejidad**, se podrán realizar reuniones de coordinación entre los coordinadores sanitarios y educativos, los responsables del centro escolar, el ESM, Pediatra o Médico de Familia, y si procede el Equipo de trastornos graves de la conducta provincial (EETGC); así como los servicios sociales y de protección de infancia y familia.

6.3 ¿QUÉ INFORMACIÓN BÁSICA SE COMPARTIRÁ ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LOS SERVICIOS EDUCATIVOS?

6.3.1 Desde el ámbito sanitario:

- Confirmación del diagnóstico de TDAH con o sin comorbilidad (especificar) o juicio diagnóstico alternativo.
- Resultado de las pruebas psicométricas, en el que caso de que se hayan realizado
- Otros aspectos de la historia clínica que son relevantes para la atención en el centro escolar
- Tratamiento propuesto:
 - Intervención psicoterapéutica con el niño o su familia
 - Tratamiento farmacológico.

- Intervención social.
- Otras indicaciones (no educativas)

Esta información **se actualizará** cuando haya cambios en el tratamiento o en algunas de las medidas de intervención planteadas

Se enviará **por correo electrónico** u otro medio, siempre garantizando la confidencialidad, y se entregará copia a los padres.

6.3.2 Desde el ámbito educativo:

- Indicadores observados en el entorno escolar, propios del TDAH y posibles trastornos asociados (trastornos del aprendizaje, tics, síntomas de ansiedad o depresión, alteraciones conductuales)
- Perfil aptitudinal para el aprendizaje.
- Perfil actitudinal y comportamental que se manifiesta en las relaciones familiares, con adultos y con iguales.
- Integración en el grupo de iguales.
- Medidas adoptadas en el centro escolar para tratar los problemas que presenta el niño y orientar a sus padres.
- Aspectos problemáticos sin resolver.

Esta información **se actualizará** cuando haya cambios en el plan de intervención individualizado en cualquiera de los dos ámbitos.

Se enviará por **correo electrónico** u otro medio, siempre garantizando la confidencialidad y se entregará copia a los padres.





PARTE III: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

COMISIÓN MIXTA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE TDA-H

FUNCIONES

Corresponderá a la Comisión las siguientes funciones:

- Evaluar** los datos que aporte la puesta en marcha del protocolo basándose en los resultados de los **indicadores de evaluación** propuestos
- Elaborar un **informe de seguimiento anual**
- Realizar **propuestas de modificación** del protocolo
- Promover investigaciones** coordinadas entre los servicios sanitarios y educativos sobre el TDAH en Extremadura.
- Fomentar y difundir programas preventivos y de intervención eficaces.**

COMPONENTES

La **COMISIÓN MIXTA** estará compuesta por:

- Representante de la **Administración Educativa** (Jefe/a del Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad o persona en quien delegue)
- Representante de las **Administración Sanitaria** (Subdirector/a de Salud Mental y Programas Asistenciales o persona en quien delegue)
- Dos **profesionales sanitarios** especializados en el ámbito del TDAH
- Directores de los **Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica específicos de atención al alumnado con trastornos graves de conducta** de Cáceres y Badajoz.
- Un representante de las **Asociaciones específicas.**

PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES

Las reuniones se realizarán una vez al año, preferiblemente al final de curso (propuestas de evaluación) y de manera extraordinaria a propuesta de cualquiera de los miembros que componen dicha Comisión.

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DEL TDAH

Los indicadores son las herramientas de medición que sirven para analizar el proceso, establecer objetivos y evaluar el trabajo de los profesionales /equipos implicados.

En la fase de evaluación es muy importante detectar las dificultades que encuentran los profesionales para seguir el protocolo, así como determinar la diferencia entre lo planificado y las acciones ejecutadas, al igual que los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados.

El proceso de evaluación permite detectar las áreas que son mejorables, que serán tenidas en cuenta en la revisión del protocolo.

INDICADORES

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TDAH

- Nº de reuniones ordinarias de coordinación entre gestores sanitarios y orientadores educativos
- Nº de reuniones extraordinarias de coordinación entre gestores sanitarios y orientadores educativos
- Nº de reuniones extraordinarias de coordinación con otros servicios por casos complejos





INDICADORES PARA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TDAH DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

- Nº de alumnos evaluados por los EOEP/DO por sospecha de TDAH, en los que se ha confirmado el diagnóstico.
- Nº de alumnos evaluados por el EOEP/DO por sospecha de TDAH, en los que no se confirmó el diagnóstico de TDAH
- Nº de alumnos con sospecha de TDAH que no han podido ser evaluados por falta de autorización familiar.
- Nº de alumnos incluidos en el programa de TDAH que precisan intervención del orientador que atiende al centro educativo.
- Edad media de diagnóstico.
- Nº de alumnos remitidos al servicio de neuropsiquiatría
- Nº de alumnos remitidos al equipo de salud mental
- Nº de alumnos que reciben tratamiento farmacológico

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TDAH DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: PEDIATRAS Y MÉDICOS DE FAMILIA:

- Nº de pacientes que se han incluido en el Programa de TDAH
- Nº de pacientes diagnosticados de TDAH

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TDAH DE LOS SERVICIOS DE NEUROPSIQUIATRÍA:

- Nº de pacientes con diagnóstico de TDAH
- Nº de pacientes que se han incluido en el programa de TDAH
- Nº de pacientes diagnosticados de TDAH a los que se ha prescrito metilfenidato, atomoxetina, lisdetsanfetamina, tratamientos con más de uno de estos fármacos

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TDAH DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

- Nº total de pacientes con diagnóstico de TDAH, durante ese año
- Nº de pacientes que se han incluido en el programa de TDAH durante ese año
- Nº de pacientes diagnosticados de TDAH que llevan tratamiento con metilfenidato, atomoxetina, lisdetsanfetamina, tratamientos con más de uno de estos fármacos, o en los que se ha asociado otro psicofármaco (JARA)
- % de niños con diagnóstico de TDAH con respecto al total de niños atendidos (desglose por edades)

ENCUESTAS

Las encuestas serán anónimas y se procesarán externamente, con la participación de algún representante del centro escolar, de atención primaria, equipo de salud mental, servicio de neuropsiquiatría y asociaciones de padres. Los resultados serán remitidos a la Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud y al Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación y Cultura.

Encuesta al profesorado sobre los beneficios obtenidos con el protocolo, y dificultades que encuentran para ponerlo en práctica. Sugerencias para mejorarlo.

Encuesta de satisfacción de los padres, sobre el diagnóstico, tratamiento y la respuesta educativa que reciben sus hijos en los diferentes ámbitos.

Encuesta mediante muestreo, a todos los profesionales de algunos centros de salud (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) sobre los logros conseguidos con el protocolo, y dificultades que se encuentran para ponerlo en práctica. Sugerencias para mejorarlo.

El coordinador de cada centro de salud emitirá un informe con los resultados de la encuesta, que remitirá a la Subdirección de Salud Mental.

Encuesta a todos los profesionales de los servicios de salud mental, sobre los logros conseguidos con el protocolo, y las dificultades que se encuentran para ponerlo en práctica. Sugerencias para mejorarlo.

El coordinador del servicio emitirá un informe con los resultados de la encuesta, que remitirá a la Subdirección de Salud Mental.

Encuesta a todos los profesionales del servicio de neuropsiquiatría, sobre los logros conseguidos con el protocolo, y las dificultades que se encuentran para ponerlo en práctica. Sugerencias para mejorarlo.

El coordinador del servicio emitirá un informe con los resultados de la encuesta, que remitirá a la Subdirección de Salud Mental.

PUBLICIDAD DE ESTA EVALUACIÓN:

- Se realizará un **informe de seguimiento anual del protocolo de coordinación del TDAH** recogiendo los datos extraídos de los indicadores y conclusiones de las encuestas.
- En atención a la ley de transparencia, los datos de esta evaluación serán públicos, salvo los que se consideren que pueden afectar a la intimidad de las personas.
- Se incluirán **en el portal de transparencia** de la comunidad autónoma, en un formato comprensible y asequible para la ciudadanía.
- Los ciudadanos podrán expresar su opinión y realizar sugerencias para mejorar la atención que reciben los menores y adolescentes con TDAH.





A NEXOS



ANEXO I. AGENTES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	31
ANEXO II. REFERENCIAS ACTUALES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO (PRESENCIA EN EL DECRETO 228/2014 de 14 de Octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura).....	32
ANEXO III. INDICADORES DE SOSPECHA	33
ANEXO IV. MODELO DE AUTORIZACIÓN ÚNICA - DOCUMENTO INFORMATIVO	34
ANEXO V. INFORME EDUCATIVO CENTRADO EN EL TDAH	36
ANEXO VI. MEDIDAS DIRIGIDAS AL MENOR Y A SU FAMILIA	40
ANEXO VII. ¿EN QUÉ CRITERIOS SE SUSTENTARÁ EL DIAGNÓSTICO DE TDAH? (PRESENCIA EN EL DSM-5).....	44
ANEXO VIII. PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	46
ANEXO IX. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH	49
ANEXO X. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN SOCIAL	50
ANEXO XI. HOJA DE SEGUIMIENTO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN TDAH.....	51
ANEXO XII. RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE MENORES CON TDAH.....	53
ANEXO XIII. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA DE INTERÉS	54



ANEXO I

ANEXO I. AGENTES PARTICIPANTES

SANIDAD

ADMINISTRACIÓN CENTRAL: Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales

Taciana Valverde Calvo (psiquiatra)
Maripaz Casado Rabasot (psicóloga clínica)
Antonio Leal Micharet (psiquiatra)

Equipos de Salud Mental Infanto - Juvenil:

María Eulalia del Rosario González (enfermera especialista en salud mental)
Cristina Lancho Blázquez (trabajadora social)
Beni Calderón Carmona (psicóloga clínica)
Blanca Nieves Lusilla Rausa (psiquiatra)

Equipo de Salud Mental Comunitarios:

Inmaculada Gómez Moreno (psicóloga clínica)
Rosa Merchán García (psiquiatra)
Paco Alonso Naranjo (psicólogo clínico)

Pediatras Atención Primaria:

María Ángeles Martín Rodríguez
Teresita Castro Toschi
Jesús Gutierrez Gallego

Pediatras de atención especializada (Neuropediatras):

Cristina Cáceres Marzal
Antonio Polo Antúnez
Raquel Real Terrón

Otros

Psicóloga de atención al deterioro cognitivo: Laura Jiménez Marín
Terapeuta Ocupacional: Cristina García Gana

ASOCIACIONES

FEAFES CALMA: asociacioncalma@gmail.com

Luis Molano Rodríguez (Representante de la Junta Directiva)
Cristina Durán Cortés (Directora y Psicopedagoga de Feafes Calma)

ASHDANEX: ashdanex@gmail.com

Vanesa de la Fuente Nuñez (logopeda, pedagoga terapéutica y maestra de audición y lenguaje)
M^a Carmen Alonso Dionisio

ANDAH: ccandah@gmail.com

Javier García Márquez (psicólogo con amplia formación en TDAH infanto – juvenil)
Ana M^a Quintas Ares (diplomada en enfermería de atención continuada)



EDUCACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN

Eulalia Morales Morales, Jefa de Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad
David Reyes Pastor, Asesor Técnico Educativo (Orientador de Secundaria)

EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA.

M^a Luisa Grande Vizcaíno (Técnico de Servicios a la Comunidad)
Fátima Jociles Amaro (Orientadora)

EQUIPO ESPECÍFICO DE TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA

M^a Ángeles García-Hierro (directora del equipo Badajoz)
Francisco Javier Rosado Castela (director del equipo Cáceres)

ANEXO II

REFERENCIAS ACTUALES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO (PRESENCIA EN EL DECRETO 228/2014)

CAPÍTULO III: NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO

Sección Primera: DEFINICIÓN Y RESPUESTA EDUCATIVA

Artículo 16. Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Se considera alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad aquel a quien habiéndosele diagnosticado requiera, en algún momento de su escolarización o a lo largo de toda ella, de una respuesta educativa específica para atender a las necesidades derivadas de dicho trastorno.

Sin perjuicio del diagnóstico clínico que pudieren realizar los servicios sanitarios, corresponde a los servicios de orientación de la Administración educativa la realización de la evaluación psicopedagógica que determine las necesidades educativas específicas y la respuesta educativa que deba implementarse para este alumnado. Dicha información deberá quedar recogida en el correspondiente informe psicopedagógico.

En consonancia con lo anterior, la Consejería con competencias en materia de educación establecerá un **protocolo de coordinación** con la Consejería con competencias en materia de sanidad **para la detección y diagnóstico de TDAH**, así como para el **intercambio de información y documentación** entre ambas consejerías que facilite la coherencia en las intervenciones y garantice la correcta atención y seguimiento de la población escolar con este trastorno.



ANEXO III INDICADORES DE SOSPECHA

PREESCOLAR

- Se levantan de su asiento aun cuando se les pida lo contrario y lo comprendan.
- Muy impacientes, les cuesta esperar su turno en juegos o situaciones grupales, interrumpen de manera insistente las actividades de los otros.
- Pobre disposición para el juego social con otros niños.
- Se distraen fácilmente sin completar las tareas o juegos que están realizando.
- Retraso del lenguaje.
- Retraso y torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa.
- Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.
- Inmadurez emocional
- Constantes rabieta y más accidentes que los niños de su edad.
- Da la impresión de que no escuchan.
- Evitan actividades que requieren un esfuerzo de atención.
- Cometen errores por descuido en las tareas.
- Pierden y olvidan sus materiales.

EDAD ESCOLAR

- Al no prestar atención, desoyen lo que se está explicando en clase.
- Responden sin pensar, sin haber terminado de escuchar la pregunta o de leer el enunciado. No planean lo que van a hacer.
- No reflexionan antes de actuar lo que hace que no piensen en las consecuencias de sus actos.
- Sus dificultades con la memoria de trabajo impiden que aprendan de sus errores o experiencias previas.
- Dejan las tareas escolares sin finalizar.
- Les falta organización, método y hábito de estudio.
- Su conducta y actitud puede variar, dependiendo del tipo de actividad y de las personas con las que interactúe.
- Funcionan mejor en situaciones novedosas, atractivas y que conlleven una gratificación inmediata.
- Su comportamiento puede llegar a alterar la actividad escolar de la clase.
- Presentan inseguridad, dependencia de los adultos y baja autoestima.

SECUNDARIA

Las actitudes más frecuentes de los jóvenes que acusan hiperactividad e impulsividad son:

- Hablan más de la cuenta, innecesariamente y se van a menudo por las ramas. Les cuesta controlarse y a menudo actúan de forma impulsiva. Tienen cambios de humor muy repentinos.
- Nunca encuentran el tiempo para realizar sus trabajos y siempre los hacen en el último momento. Les cuesta establecer un orden de prioridades en las cosas que tienen que hacer.
- Les cuesta controlar el paso del tiempo, siempre piensan que tienen tiempo de sobra para todo y en cuanto se dan cuenta "Ya es demasiado tarde".
- Les cuesta planificar actividades con antelación y se dejan llevar fácilmente por las apetencias del momento.
- Les cuesta entender, olvidan y discuten con mucha facilidad las reglas que le son impuestas.
- A menudo se sienten inquietos y necesitan mover los pies, columpiarse en las sillas, jugar con algunas cosas en las manos, llegando incluso a retorcerse en su propio asiento.
- Se meten fácilmente en líos o son fácilmente blanco de las acusaciones cuando los líos se producen cerca de ellos.



Las actitudes más frecuentes de los jóvenes que manifiestan inatención y problemas de concentración son:

- Les cuesta seleccionar la información más importante.
- Les cuesta mantener la atención en clase y no pueden evitar pensar en sus cosas.
- A menudo olvidan y pierden cosas importantes: La entrega de trabajos, la fecha de un examen, la cita con alguien, traer el material a clase, etc.
- No les resulta nada fácil desviar la concentración de una actividad para destinársela a otra.
- Cuando lo que están haciendo no les atrae, se distraen con increíble facilidad.
- Tienen problemas para organizarse en el tiempo. Planificar su tiempo de estudio, organizar sus tareas, etc.

ANEXO IV HOJA DE AUTORIZACIÓN ÚNICA FAMILIAR

Don/Dña. padre, madre, tutor legal

(subrayar lo que proceda) del alumno/a
autorizo a la administración educativa y a la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura a coordinarse y llevar a cabo la actuaciones recogidas en el Protocolo de actuación para alumnado con TDAH en relación a mi hijo/a.

Igualmente, otorga su consentimiento al intercambio de información entre los distintos ÁMBITOS (agentes sociales, educativos y sanitarios del sector), con objeto de proporcionar una actuación de manera conjunta e integral y una atención de calidad a las distintas necesidades que planteen sus hijos y manteniendo la confidencialidad, según Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.

Fecha:

Fdo.:

(Padre/Madre/Tutor legal)



DOCUMENTO INFORMATIVO.

El objeto de este Protocolo, es coordinar las actuaciones entre las administraciones educativas y sanitarias con el fin de ofrecer una atención integral y multimodal al niño con TDAH.

Consta de varias fases:

1. DETECCIÓN:

Esta primera fase se puede iniciar cuando haya indicadores de sospecha, por la familia, el servicio educativo y/o sanitario.

Desde Atención Primaria y/o centro escolar, se recabarán datos a través de entrevistas familiares, cumplimentación de escalas/cuestionarios... necesarios para el diagnóstico.

Es importante que el Centro de Salud y el Equipo de Orientación Educativa del colegio de su hijo/a, tengan datos compartidos para poder planificar de manera coordinada las actuaciones oportunas.

2. MEDIDAS PROVISIONALES:

Si hay indicadores de sospecha y hasta que se confirme diagnóstico de TDAH, en esta fase se desarrollarán acciones desde Educación y Sanidad para ir atendiendo las necesidades de su hijo/a.

Los profesores pondrán en marcha MEDIDAS favorecedoras del control atencional y conductual para niños con posible TDAH en las distintas etapas (Informe Educativo centrado en TDAH). Desde el ámbito de Atención Primaria, se deberán concretar intervenciones familiares, sociales y comportamentales.

3. DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Se basa en la valoración clínica, escolar y sociofamiliar del niño o del adolescente.

Se realizará por el facultativo de Atención Primaria o si procede por servicios sanitarios especializados como Neuropediatría o Equipo de Salud Mental según el caso.

4. INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA Y EDUCATIVA

Una vez confirmado el diagnóstico, desde Educación se elaborará el **Plan de Intervención Educativa** y desde Sanidad el **Plan Intervención Sanitaria**, con objetivos coordinados.

El **orientador** que atiende al Centro Educativo, valorará las necesidades educativas derivadas del TDAH que pueda tener el alumno/a y será el encargado de comunicarse con el gestor sanitario para coordinar las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social. Se informará a la familia de las conclusiones del informe centrado en el TDAH y de cómo se va a dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades específicas de su hijo/a.

En algunos casos se podrá recabar la colaboración de otros recursos, como servicios sociales, asociaciones, programas de familia...

5. COORDINACIÓN

En ambos planes de intervención se recogerán los nombres del **orientador responsable** de cada caso, como coordinador educativo y del **gestor sanitario**, que serán los encargados de coordinar a los diferentes profesionales que intervendrán en el seguimiento del niño/a con TDAH.

El seguimiento se irá recogiendo en un documento que los tutores/padres tendrán consigo. El objetivo de este documento es tener actualizada la información sobre los alumnos/as que tengan necesidades educativas asociadas a TDAH y estén en seguimiento en el ámbito sanitario.



ANEXO V INFORME EDUCATIVO CENTRADO EN EL TDAH

EL EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA / DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN DE

con objeto de dar respuesta a las necesidades específicas de apoyo educativo y determinar la respuesta educativa más adecuada para el alumno/a....., emite el siguiente:

INFORME CENTRADO EN TDAH

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A

Nombre y Apellidos:

F. nacimiento: Edad:

Nº hermanos: Lugar que ocupa:

Padre/tutor legal:

Madre/tutora legal:

Domicilio:

Localidad: C. Postal:

Provincia: Teléfono:

Centro educativo:

Etapa educativa: Curso:

2.- MOTIVO DE LA DEMANDA O DERIVACIÓN

Determinar necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de TDAH.

.....

.....

.....

.....

.....

.....



3.- TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Escalas de evaluación específicas TDAH.
- Entrevistas con la familia/profesorado.
- Observación del alumno/a.
- Pruebas estandarizadas.
- ...

4.- SÍNTESIS DE LA HISTORIA DEL ALUMNO/A

4.1.- *Datos relevantes de la historia personal, familiar y social*

- Nivel cognitivo
- Aspectos médicos relevantes
- Aspectos psicológicos relevantes
- Datos relevantes del contexto sociofamiliar

4.2.- *Contexto escolar e historia educativa*

- Nivel curricular
- Estilo de aprendizaje
- Comportamiento en el aula
- Integración en el centro y aula
- Relación con profesorado y alumnado

4.3.- *Síntomas, presentes en el alumno/a, compatibles con TDAH:*

a) Inatención:

- No atiende a los detalles, comete errores.
- Tiene dificultad para mantener la atención en las actividades que está realizando.
- Parece que no escucha, parece tener la mente en otras cosas.
- Con frecuencia no sigue instrucciones, no termina las tareas.
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- Evita tareas que requieren esfuerzo de concentración continuado.
- Con frecuencia olvida y pierde cosas necesarias para su actividad.
- Se distrae fácilmente con estímulos externos.
- Con frecuencia se olvida de las tareas cotidianas.

b) Hiperactividad e impulsividad:

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta cuando debería estar sentado.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones inapropiadas.
- Con frecuencia tiene dificultad para jugar tranquilamente.
- Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que finalice la pregunta.
- Tiene dificultad para esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros en los juegos, conversaciones, etc.

5.- SÍNTESIS DEL PROCESO (Para la definición de necesidades específicas de apoyo educativo, debemos remitirnos al Capítulo III del Decreto 228/2014 de 14 de octubre)

El alumno/a
presenta necesidades específicas de apoyo educativo por TDAH



6.- IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO Y RESPUESTA EDUCATIVA

6.1.- Necesidades educativas derivadas de sus necesidades específicas de apoyo educativo

- Necesidad de un ambiente estructurado y predecible.
- Necesidad de una ubicación especial en el aula clase que facilite su rendimiento y concentración (se recomienda delante, en las primeras mesas).
- Necesidad de reducir la estimulación ambiental (controlar al máximo los estímulos distractores).
- Necesidad de un reforzamiento social explícito.
- Necesidades socio-afectivas: favorecer las relaciones con los demás y evitar las experiencias de fracaso social.
- Necesidad de favorecer su autoestima.
- Necesidad de entrenamiento en:
 - Habilidades de autocontrol y en auto-instrucciones que le permitan regular su impulsividad.
 - Habilidades de focalización y mantenimiento de la atención.
 - Habilidades metacognitivas que le ayuden a reflexionar sobre sus propios procesos mentales, lo que hace y cómo lo hace.
 - Habilidades de solución de problemas. (definición del problema, comprensión de los sentimientos y objetivos propios y del otro, generación creativa de alternativas, toma de decisiones,...).

6.2.- Recursos personales

6.3.- Recursos materiales

7.- ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR

- Prestar atención a las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en clase. Presentar tareas de focalización y mantenimiento de la atención.
- Priorizar aspectos de gestión de aula: normas y consecuencias.
- Potenciar el control conductual:
 - ignorar conductas no adecuadas cuando no corre peligro ni el alumno/a ni los demás; reforzar las conductas adecuadas.
 - entrenamiento en autoinstrucciones: verbalización interna para realizar las tareas.
 - entrenamiento en el control de la impulsividad.
 - proporcionar experiencias de éxito.
 - entrenamiento en técnicas de relajación.
- Potenciar el desarrollo socioemocional: entrenamiento en competencia social, expresión de emociones, etc.
- Priorizar aspectos académicos en los que presenta dificultades.

8.- ORIENTACIONES A LA FAMILIA (En este apartado se recogerá un breve resumen de las orientaciones entregadas a la familia)

- Proporcionar un ambiente familiar estructurado.
- Poner límites educativos claros y adecuados a la capacidad del alumno/a.
- Favorecer la autonomía personal del niño/a.
- Crear buenos hábitos de estudio.
- Reforzar su autoestima.
- Generalizar las habilidades entrenadas en el centro educativo.
- Favorecer el desarrollo social del niño/a.
- Favorecer la coordinación entre los distintos agentes sociosanitarios y educativos.
- ...



9.- PROPUESTA DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN

10.- BREVE JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ALGUNAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

(Este apartado se cumplimentará solamente cuando se solicite la autorización de una medida específica)

En..... a..... de de 2.....

Sello del EOEP/DO

Nombre y firma

Nombre y firma

Fdo:

Fdo:
(Nombre y firma del profesional/es que han intervenido)

Los datos contenidos en este Informe Psicopedagógico que debe permanecer archivado en el Expediente Académico del alumno/a en tanto mantenga su vigencia y ser remitido, junto con éste, en caso de traslado oficial de centro escolar, son estrictamente confidenciales, están recogidos –con autorización de los padres o tutores legales- con la única finalidad de ajustar la ayuda psicopedagógica a sus necesidades educativas, y sólo reflejan su situación en el momento actual.



ANEXO VI MEDIDAS DIRIGIDAS AL MENOR Y A LA FAMILIA

ES FUNDAMENTAL QUE INTERPRETEN LAS CONDUCTAS DEL NIÑO, TENIENDO EN CUENTA SUS DIFICULTADES:

- Tienen que contar con sus despistes y falta de atención, y anticiparse a los problemas que estas características pudieran ocasionar. También con su dificultad para pensar antes de actuar.
- Los problemas del niño se deben a una inmadurez o disfunción leve de su sistema nervioso, no a que ellos no sean buenos padres.
- Tienen que pensar en que “le cuesta centrarse y controlarse”. No es que pase de ellos, les ignore o les esté retando.
- No se deben sorprender o enfadar cada vez que se le olvida algo, hace alguna travesura por falta de control o se coge una rabieta.
- Deben contar con las dificultades del niño, y aceptar a su hijo como es, e intentar no sentirse mal porque no es como a ellos les gustaría que fuera. Esto les ayudará a no sentirse frustrados ante la reiteración de los despistes y conductas impulsivas.
- **Limitar el uso de videopantallas**, que suelen calmar al niño, pero que pueden empeorar la falta de atención y la hiperactividad. Seleccionar contenidos adecuados.
- **Como norma general, la tele estará apagada, y las videopantallas desconectadas o recogidas**. Se darán por tiempo limitado, como premio a las buenas conductas y logros. No es apropiado que los niños tengan tele o conexión a internet en su habitación, o lejos de la supervisión de los adultos.
- **Las comidas se deben hacer sin tele**, aprovechando el momento para hablar. **Por la mañana no se debe conectar la tele hasta que haya desayunado, y esté listo para ir al colegio**. Entonces podrá ser premiado con unos minutos de sus dibujos favoritos, hasta la hora de salir de casa. Si cuando vamos a salir para el colegio, tarda en apagar la tele, perderá minutos del rato de tele de después de la comida.
- **Nunca se debe permitir tener la tele, la música o el móvil al lado**, mientras se hace los deberes. La atención se dispersará y cometerá más errores.

AYUDAR A LOS PADRES A ESTABLECER PAUTAS COHERENTES:

- **Hay que actuar siempre de la misma forma para no confundir al menor**, manteniendo ambos padres la misma línea de actuación. Conviene **establecer rutinas** (horarios estables en comida, sueño, juego...). Repitiendo muchas veces las mismas conductas, en el mismo orden, se crean **hábitos**.
- Los padres deben acordar unas **normas en el hogar, que sean pocas, claras y bien definidas**; el menor tiene que saber exactamente lo que se espera de él.
- Tienen que **tener en cuenta los efectos del aprendizaje social**. Los menores observan lo que ocurre a su alrededor (también en la tele) y después reproducen los comportamientos aprendidos.
- **Hablarán al niño de cerca, con tranquilidad, captando su atención y fijando su mirada**. Se asegurarán de que el niño les ha entendido. Puede ser útil pedirle que nos repita lo que le hemos dicho.
- Las **instrucciones y respuestas verbales deben ser concretas, sencillas y expresadas como afirmación** (Ej: “recoge los juguetes”, mejor que como petición o favor (“¿Quieres recoger los juguetes?”)). No son eficaces los reproches y discusiones permanentes. No deben dar órdenes o hablar al niño de lejos o con gritos. Así sólo conseguirán ponerlo más nervioso. Además le darán un modelo equivocado, de pedir las cosas a gritos.
- **No repetir muchas veces el mismo mensaje u orden:**
 - **Una técnica**. aviso una primera vez asegurándonos de que nos ha escuchado. Damos un poco de tiempo. El segundo toque es el definitivo: ya no hay “espera” sino que me quedo a su lado y le insto a hacerlo en ese momento. No pierdo la calma.
 - **Cuando haya que cambiar de actividad** (ej: dejar de jugar o ver la tele para asearse o hacer los deberes) Avisarán un rato antes, informando del tiempo que falta para finalizar dicha actividad. El segundo aviso es ya el definitivo y actúo como en el punto anterior.
- **Otra técnica muy útil con niños pequeños**: Anunciamos lo que tiene que hacer (ej: cepillarse los dientes). No le volvemos a hacer caso hasta que no lo haga. Si se coge una rabieta, la ignoramos. Cuando reclama nuestra atención, le decimos con tranquilidad, “hasta que no lo hagas no te puedo hacer caso”. Si insiste lloriqueando, insistimos,” hasta

que no te calmes y te cepilles los dientes, no te puedo hacer caso”. Permanecemos tranquilos, continuando con nuestras tareas. En cuanto hace lo que le hemos pedido, celebramos lo que ha hecho. Ej : ¡ “Qué dientes más brillantes”!

- También es útil la **técnica de los tres avisos**. **Primer aviso**, decirle lo que queremos que haga (ej: recoge tu cuarto) y asegurarnos de que nos ha escuchado. Dar un poco de tiempo. **Segundo aviso**: Repetir el mensaje y anunciar una consecuencia por no obedecer (ej: si no recoges tu cuarto, no podrás sacar hoy la bici). Asegurarnos de que ha entendido el mensaje y la consecuencia. Dar un poco de tiempo. **Tercer aviso**: Se dice lo que no ha hecho y se aplica la consecuencia (No has recogido tu cuarto, y te has quedado sin bici). Nosotros no recogemos el cuarto. Al día siguiente, si quiere sacar la bici, ya sabe lo que tiene que hacer. Si al día siguiente llueve, cambiamos la bici por otra cosa que le guste. Ej: media hora jugando a su juego favorito en el ordenador.
- **No deben estar corrigiendo a su hijo continuamente. Deben seleccionar uno o dos momentos del día para revisar lo acordado y hacer lo que falte.** Ej: Si han acordado que las pertenencias de cada uno deben ir a la habitación de cada uno y los espacios comunes deben estar ordenados, pero vemos que ha dejado la cartera en el salón, los zapatos en el baño,...en lugar de estar diciendo constantemente “recoge esto o aquello” podemos establecer dos momentos del día (antes de comer y antes de acostarse) para revisar todo lo que hay fuera de lugar y ponerlo en su sitio.
- **Planificar de antemano las situaciones conflictivas** y las consecuencias tanto de las conductas no deseadas, como de las conductas adecuadas. **Intentar que el niño no esté aburrido**. Involucrarle en las actividades de los adultos como limpiar la casa, cocinar, regar el jardín, buscar productos en el super....
- **Ser persistentes e intentar transmitir ánimo**, para no decaer ante los pequeños fracasos. Para evitar experiencias de fracaso que puedan mermar la autoestima, es recomendable **comenzar el aprendizaje con tareas simples y fáciles**, que puedan resolver correctamente y garantizar de este modo las experiencias de éxito.
- **Los padres necesitan dedicar tiempo para estar con sus hijos y escucharles**, así como manifestarles el afecto con elogios verbales y caricias.
- **Dar oportunidad al niño de hacer ejercicio**, jugar al aire libre y de **interaccionar con otros niños** de su edad. Compartir ocio con los padres y otros hermanos. Enseñarle habilidades que faciliten su integración en los juegos (tirar la pelota, reglas de los juegos habituales...) o incluirles en actividades deportivas.
- **Promover la autonomía y la responsabilidad del niño** (vestirse solo, ducharse solo, preparar su desayuno, recoger sus juguetes, arreglar su cuarto...) y evitar las prendas complicadas que le hacen más dependiente.
- **Seleccionar los momentos o actividades claves donde más se despista**: hablarán con el menor a solas, para buscar soluciones con su colaboración. Harán un listado (con palabras y/o con imágenes) del orden de las cosas que debe hacer y lo pegarán en el lugar donde se lleva a cabo la actividad. Ej: si se le olvida tirar de la cisterna, lavarse las manos, lavarse los dientes... pondrán el listado de tareas en el espejo del baño y le recordarán que revise si ha hecho todo lo que pone.
- **Dar las órdenes de una en una, y realizar una actividad cada vez**, especialmente aquellas cosas en las que tiene más despistes.
- **Evitar las regañinas cuando comete errores. Es mejor hacer preguntas para que él lo vea.**
¿En qué habíamos quedado? ¿Qué tenías que hacer antes de salir del baño? ¿Has mirado el listado? Te falta algo de lo que señalamos, fíjate bien...
- **Hay que instruir a los padres sobre cómo evitar accidentes**, informándoles de las situaciones de riesgo y peligros más frecuentes en cada edad.
- **No pueden olvidar que el objetivo principal**, al menos al principio, no es que todo sea perfecto, **sino hacer las cosas con atención y orden. Es muy importante reconocer el esfuerzo del menor con nuestra atención, elogios, caricias y pequeños premios.**

EN RELACIÓN CON LAS TAREAS ESCOLARES:

- **Hacer los deberes siempre en el mismo sitio, a la misma hora**, en un lugar que no esté cerca de ventanas ni de distractores (tele, otros hermanos jugando, adultos que conversan...)
- **Enseñarle a satisfacer todas las necesidades antes de empezar a hacer los deberes**, estirar las piernas, recogerse el pelo, beber agua, ir al baño...
- **Establecer tiempos cortos de estudio con frecuentes descansos**: partimos del tiempo máximo que suele aguantar concentrado, ej: 20 minutos; transcurrido ese tiempo le permitimos que se levante un momento a beber, al w.c. y vuelva a trabajar otros 20 minutos/seguidos de un breve descanso de nuevo...y así sucesivamente.
- Cuando observemos que es capaz de estar atento durante ese tiempo sin dificultad iremos incrementando la duración en 10 minutos, después 20 minutos,...

- Es muy importante elogiarle o hacerle alguna caricia por haber logrado estar “concentrado” durante estos períodos.
- **Se puede motivar aún más mediante un sistema de economía de fichas:** reforzando la conducta de estar atento con el asesoramiento profesional del servicio de orientación que atiende al centro.
- **Intentaremos organizar la tarde de forma que tenga tiempo de estudiar pero también de descansar** haciendo algo que le guste (bici, paseo, tv, amigos,...) aunque para ello tengamos que eliminar alguna actividad.

HACER LA MOCHILA SIN OLVIDOS:

- Al principio supervisamos cada paso. Después estamos presentes mientras lo hace. Poco a poco le damos autonomía y le felicitamos por el orden.
- Pegamos un horario escolar en la pared de la habitación donde hace los deberes. En la parte de abajo del horario, las cosas que tiene que llevar todos los días: Ej: estuche, agenda escolar, bonobus...
- Vaciamos la mochila. Tiramos los desperdicios, papelitos, bocadillos olvidados... Sacamos punta a los lápices del estuche. Reponemos lo que falte. Ej. una goma nueva.
- Guardamos las fichas sueltas en una carpeta.
- Vamos leyendo el horario, y ponemos sobre una mesa o cama lo que necesita para cada materia. Si toca música, la flauta. Si toca gimnasia, dejamos preparado el chándal. Al final ponemos al lado las cosas que hay que llevar todos los días, como el estuche.
- Metemos todo en la mochila. La situamos al lado de un recordatorio del bocadillo, para que no se olvide al día siguiente.

MEJORAR LAS RELACIONES ENTRE LOS HERMANOS:

- **No establecer comparaciones entre los hermanos o con otros niños.** Aumenta la rivalidad entre los hermanos y el niño problemático suele empeorar la conducta.
- **No permitir que un hermano diga al otro lo que debe de hacer.** Esto es una tarea de los padres.
- **No arbitrar las peleas entre los hermanos.** Todas las personas tienen que discutir asuntos de gran importancia, incluidos los niños. Está prohibido insultar y pegar.
- **Establecer, pactando previamente, una consecuencia para el que insulte o pegue.**
- **Si la discusión sube mucho de tono, darles 5 minutos para concluir.**
- **Si no lo hacen, mandar uno a cada habitación, y que no salgan en un rato.** (Un minuto por cada año de edad).
- **Esta técnica de resolver peleas, se puede utilizar cuando se invita a los amiguitos a casa, y se inicia una discusión que va subiendo de tono.** En este caso, se da unos minutos para llegar a un acuerdo, advirtiendo de que si no llegan a un acuerdo, vais a llamar a los padres de los otros niños para que los vengán a buscar, y vuestro hijo se irá a su habitación. No suele ser necesario llamar a los padres de los otros niños.
- **Con estas tácticas evitamos que nos acusen de favoritismo, y además les enseñamos a negociar y a pactar.**
- **No decir nunca que un hermano tiene celos de otro.** Lo único que vamos a conseguir es poner las cosas peor.
- Explicarles que **los padres tienen que dar a cada hijo lo que necesita según su edad.** Al mayor ventajas y responsabilidades por ser mayor. Al menor otras ventajas y mayor control por ser pequeño.
- **Dar oportunidad al hermano mayor de participar en el cuidado del bebé.** Hacerle ver que el hermanito pequeño aprenderá a hacer lo que nosotros le enseñemos. Si le pega, le enseñará a pegar. Si le hace rabiar, le enseñará a chingar.

6. ENSEÑAR A LOS PADRES A ESTABLECER DISCIPLINA, SIN RECURRIR A CASTIGOS FÍSICOS:

6.1 “PONER LA LUPA EN LO BUENO”: Tienen que **aprender a fijarse en las cosas buenas** que hace su hijo, y a “premiarlas” con:

6.2.1 Elogios verbales, como: ¡“Qué bien lo has hecho!” , “Me gusta cuando haces...” . Los niños inquietos escuchan demasiadas correcciones y aspectos negativos de sí mismos. Al final se habitúan, no surge efecto y acaban convenciéndose de que son así y no pueden cambiar nada.

6.2.2 Caricias, jugar un rato con el niño, o pequeños premios.

Es imprescindible prestar atención y premiar las conductas deseadas.

6.2 NO PRESTAR ATENCIÓN A LO INADECUADO: Ignorar las conductas inadecuadas siempre que sea posible, es decir:

- cuando no interfieran en exceso las actividades de los demás,
- el niño no corre un riesgo importante
- y no pone en peligro a nadie.

6.3 Ojo! Al principio **puede aparecer un efecto rebote**, haciéndose más intensa esa conducta porque está esperando que reaccionemos como siempre. Si los padres se mantienen sin hacer caso, la conducta problemática terminará disminuyendo.

6.4 Pueden intentar **dirigir su atención hacia otro tema** o actividad de su interés.

6.3 SELECCIONAR LAS CONDUCTAS QUE VERDADERAMENTE MEREcen TENER UN CASTIGO. Es importante **modificar lo antes posible las conductas que resultan intolerables.**

- **Se explicará con claridad al niño lo que ha hecho mal** y que otras cosas buenas podía haber hecho.
- Es bueno hacerle preguntas, para que él mismo saque conclusiones de por qué está mal lo que ha hecho. Es muy importante **escuchar al niño**, y mostrar receptividad ante sus razonamientos.
- **El adulto debe manejar adecuadamente tanto su enfado, como el del niño.** Los adultos no podemos olvidar que somos modelos de conducta para el niño. Si corregimos gritando o pegando, los niños aprenden a hacer lo mismo.
- Debemos tener en cuenta que los enfados, suben en intensidad y luego bajan. Para calmarnos, es bueno respirar profundamente y alejarnos uno del otro, hasta estar tranquilos.
- Es mejor castigar quitando algo agradable para el niño, que imponiendo algo negativo. **Poner una consecuencia proporcionada, con tiempo limitado, y lo más inmediata posible a la conducta.**
- **Puede ser útil la sobrecorrección.** Ej: tras un insulto grave, pedir perdón y escribir varias veces “no insultaré a...”, o dar tres motivos por los que no se puede insultar a otras personas. O como castigo por el desorden, recoger y limpiar.
- **Otra técnica para enseñar disciplina es “tiempo fuera”.** Ayuda al niño a relajarse y a pensar. Por ej. Está subiendo la tensión entre los hermanos y uno estrella contra el suelo el juguete favorito de su hermano o le raya lo que está pintando. Mandamos al niño a un sitio tranquilo, que puede tener un color o una característica especial. Debe permanecer sentado tranquilo, sin levantarse y sin hablar. Tiene que estar sentado un minuto por cada año de edad. En ese tiempo solo puede respirar y pensar. No se le permite tener ningún juego o preguntar cuánto tiempo falta, porque en este caso, se vuelve a empezar a contar el tiempo.
Al principio puede costar que el niño esté sentado los minutos que le corresponden, y hay que empezar a contar el tiempo varias veces. Poco a poco el niño va entendiendo, que la mejor forma de terminar el “tiempo fuera” pronto, es estando tranquilo.



ANEXO VII CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TDAH DSM-5

El diagnóstico se sustentará en los criterios del Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad del DSM-5

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).

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).

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:

- **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 laboral.

Especificar la gravedad actual:

- **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.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- **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.



ANEXO VIII PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Esta propuesta de programa será **coordinada por el orientador** que atiende al centro educativo.

En un principio se deben utilizar las medidas ordinarias, recogidas en el Decreto 228/2014. Si se considera necesario se pasará a una intervención más específica.

Su **desarrollo** en los centros será llevado a cabo por el PT y/o AL con el asesoramiento del Servicio de Orientación del mismo (Orientador y/o TSC-Educador Social, en aquellos casos en los que se considere adecuado). Para ello, se plantea este proceso:

- > Inicialmente, de forma individualizada y puntual en un espacio distinto al aula ordinaria.
- > A continuación, alternando como espacios de intervención el aula ordinaria y otros distintos.
- > Finalmente, dentro del aula ordinaria de forma contextualizada y grupal.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

ALUMNO	Nombre	Fecha Nac.	Edad
CENTRO			Teléfonos
Localidad			C. Postal



II. BREVES CONCLUSIONES DEL INFORME CENTRADO EN EL TDAH (o de los datos preliminares):

- Necesidades educativas.
- Datos clínicos.
- Datos personales o sociales relevantes.
- Competencia curricular y estilo de aprendizaje en relación al TDAH.
- **ORIENTACIONES a la propuesta curricular y a la familia.**

III. OBJETIVOS:

Los objetivos de este plan tienen como fin que el alumno desarrolle todas las competencias del currículo de su etapa.

Objetivos de la ETAPA que se pretenden alcanzar con este plan de intervención educativa:

(Indicar los objetivos de la etapa que van a servir de referentes al programa)

Específicos:

IV. METODOLOGÍA (puntos relevantes del Decreto del currículo de las diferentes etapas educativas que pueden guiar la intervención).

La legislación educativa de Extremadura, en los diferentes decretos curriculares para cada etapa, indica que los métodos pedagógicos deben ser los adecuados a las características de sus alumnos.

V. RECURSOS (ejemplos)

- **Materiales**
- ...
- **Personales (incluyendo la descripción de las tareas de los PT y AL).**
- ...

VI. ACTIVIDADES DE INTERÉS VINCULADAS CON OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ejemplos).

- **Para favorecer la integración/inclusión en el grupo de iguales.**
- **Objetivo específico a)** *Identificar y expresar emociones propias e identificar las ajenas, i)* Favorecer la integración del alumno en su grupo de referencia y **d)** *Aumentar la tolerancia a la frustración utilizando el lenguaje verbal como medio de interacción y regulación de su conducta.*
- **Para aumentar el tiempo que logra mantener la atención y para elevar su competencia curricular.**
Objetivos específicos b y f. *Aumentar el tiempo que logra mantener la atención y Elevar su competencia curricular mediante la utilización de programas individuales y el trabajo en grupo e individualmente.*
Cada orientación debe tener un objetivo específico al que va dirigido)
Objetivo específico f. *Elevar su competencia curricular mediante la utilización de programas individuales y el trabajo en grupo e individualmente.*
- **Para regular la conducta del alumno.**
Objetivos específicos c: *Mejorar el control de sus impulsos anticipando el resultado de su conducta, d)* *Aumentar la tolerancia a la frustración, e)* *Aceptar las normas de conducta del aula y centro, h)* *Realizar el seguimiento de la conducta del alumno durante el primer trimestre e i)* *Favorecer la integración del alumno en su grupo.*
- **Para mejorar la coordinación entre el colegio y a familia.**
Objetivo específico g: *Mejorar la coordinación familia-centro para que, en lo posible, los problemas familiares influyan lo menos posible en la evolución del alumno.*
Objetivo específico h: *Realizar un seguimiento de la conducta del alumno.*

VII. EVALUACIÓN. Se trata de reflejar claramente cómo se van a evaluar cada uno de los objetivos anteriores de la siguiente manera:

- a) Grado de cumplimiento de las normas del aula y centro (entrevistas con la tutora y equipo directivo).
- b) Valoración de su nivel de competencia curricular mediante el análisis del trabajo realizado individualmente y en grupo (equipo docente).
- c) Grado de integración en su grupo de referencia y en el centro (evaluación del sociograma y entrevistas con el alumno).
- d) Análisis de la forma de solucionar los conflictos (registro de su conducta).
- e) Análisis de la evaluación de la percepción del profesorado sobre la conducta del alumno (BASC) .
- f) Valoración del perfil de la línea base de conducta de atención, hiperactividad, organización (PMC, Programa de Modificación de Conducta).
- g) Análisis de la percepción del alumno de la situación familiar ya que como hemos dicho y, según dice el alumno, es el origen de sus enfados (entrevista con el alumno y con su familia).
- g) Evaluación del propio programa (reunión de coordinación con EOEP/DO, equipo directivo, tutora y familia).

XI. SEGUIMIENTO

El EOEP/DO entregará antes del comienzo del periodo lectivo durante el mes de septiembre la propuesta de Plan de Intervención Educativa al centro educativo o después de que se haya realizado el Informe educativo centrado en el TDAH. Al finalizar el primer trimestre se realizará una primera evaluación del funcionamiento del plan y, en su caso, las modificaciones pertinentes que sean necesarias. Al finalizar el segundo trimestre se valorará la eficacia o no de lo establecido. Y al finalizar el curso escolar, la conveniencia o no de su continuidad para el curso siguiente.



ANEXO IX EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH

La medicación que se prescribe en el TDAH (metilfenidato, atomoxetina y lisdetsanfetamina) incluye en su ficha técnica la indicación para el TDAH, a partir de los 6 años de edad. En casos graves, existen estudios que avalan su indicación en la edad preescolar.

¿NECESITAN MEDICACIÓN TODOS LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH?

- Algunos niños tienen TDAH leve y logran un buen nivel de adaptación con medidas psicopedagógicas y asesoramiento a los padres, por lo que no precisan medicación.
- En otros casos, la medicación puede no ser necesaria en los primeros cursos, y ser útil cuando aumenta la complejidad de los contenidos académicos.
- Cuando las medidas anteriores no son suficientes, se puede solicitar una nueva evaluación a un servicio especializado (Neuropediatría o Equipo de Salud Mental), que tras confirmar el diagnóstico puede prescribir medicación, que siempre se incluirá en un tratamiento multimodal que abarque todas las áreas de funcionamiento del niño.
- Cuando los pediatras o los médicos de familia tengan formación en el tratamiento farmacológico del TDAH y el nivel de recursos del área así lo requiera, podrán iniciar el tratamiento farmacológico, cuando las medidas psicopedagógicas y psicoeducativas no sean suficientes, y no exista asociación con otros trastornos neurológicos o alteraciones psicopatológicas.
- La utilidad del tratamiento farmacológico puede quedar limitada, sin un ajuste de los requerimientos académicos a las capacidades del niño, y sin establecer pautas de conducta y límites adecuados.

¿ES PELIGROSA LA MEDICACIÓN?

- Existe una amplia experiencia en el uso de estos fármacos, sin que se hayan detectado efectos secundarios peligrosos.
- Para evitar cualquier tipo de riesgo, y dado que es un tratamiento a largo plazo, se indicarán una serie de controles previos al tratamiento (valoración cardíaca cuidadosa, analítica básica) y cada tres meses (peso, talla, tensión arterial y pulso).
- Los padres siempre deben informar a los médicos de que el niño toma este tratamiento. También es conveniente que lo sepa el centro escolar.

ANEXO X LA INTERVENCIÓN SOCIAL

El/la trabajador social forma parte del equipo multidisciplinar, planifica y evalúa conjuntamente con el resto de los componentes del equipo, el trabajo a todos los niveles, y específicamente la intervención en el área social, cuyos ejes de acción serán el menor, la familia y su entorno.

Como objetivos generales de la intervención social hay que señalar:

- Estudiar, investigar y valorar los factores familiares así como los condicionantes socioeconómicos y culturales, influyentes en el proceso de salud-enfermedad del menor y su familia.
- Establecer canales de comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinar y con otras estructuras socio-sanitarias y educativas.
- Favorecer el bienestar del niño/a y adolescente mediante la integración en su medio y la adaptación de las familias a la nueva situación y a la comprensión de las dificultades del niño/a.

Entre las acciones a desarrollar, destacan:

- Valoración socio-familiar
- Análisis de la red social y su funcionalidad
- Elaboración del diagnóstico social e inclusión de medidas sociales en el Plan de Atención Individualizada y Plan Educativo.
- Gestión de Casos cuando proceda, según indicadores, en consenso con el Equipo profesional donde esté ubicado.
- Información, orientación y tramitación de recursos y prestaciones sociales (ayudas económicas, medicamentos pediátricos, discapacidad,...).
- Derivación y coordinación con otros servicios e instituciones (Servicios Sociales de Base, Programas de Familia, Asociaciones, Servicios de Protección a la Familia...)
- Información y orientación sobre actividades de ocio y tiempo libre, actividades deportivas, sociales...
- Intervención específica sobre factores de riesgo social o problemática social, que incidan en el proceso de tratamiento de TDAH.
- Conocimiento y actualización de los recursos existentes: funcionamiento, requisitos de acceso, posible adaptación del menor a los recursos...



ANEXO XI DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO CONJUNTO

El objetivo de este documento es tener actualizada la información sobre los alumnos que tengan necesidades educativas asociadas a TDAH y estén en seguimiento en el ámbito sanitario.

El documento lo cumplimentarán los dos profesionales implicados en el caso (gestor sanitario y coordinador educativo) tal y como se indica en el protocolo, al inicio de la coordinación. Además serán los responsables de recoger las modificaciones significativas que se produzcan y de transmitir la información que contiene dicho documento al resto de los profesionales y de las familias de los alumnos.

Las comunicaciones referidas a las modificaciones significativas recogidas en el informe se realizarán mediante correos electrónicos y en papel a través de los padres / tutores legales del menor.

Contendrá información sobre **datos del alumno y familiar** responsable, así como de los profesionales implicados.

Se deberá cumplimentar la tabla adjunta que quedará en **poder de los padres o tutores legales** del menor y que aportarán en las diferentes visitas de seguimiento con los distintos profesionales

Se recogerá la **fecha** tanto de la **primera intervención como de los cambios significativos** que se produzcan en las intervenciones desde los ámbitos educativo y/o sanitario.

Se anotarán las diferentes intervenciones en el ámbito sanitario (p.ej. cambios en el tratamiento farmacológico, intervención en control de impulsos, participación en grupo de padres de la asociación, derivación a servicios de Familia...), así como las establecidas en el ámbito educativo.

Si es necesaria la intervención de otros servicios, estos también se recogerán en el documento, así como la manera de contactar con ellos

Por último, también se recogerán diferentes observaciones que se consideren relevantes para el caso.

DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO CONJUNTO

NOMBRE DEL ALUMNO:

FECHA DE NACIMIENTO:

FAMILIAR RESPONSABLE:

TEÉFONO DE CONTACTO:

CENTRO SANITARIO:

GESTOR SANITARIO

FORMA DE CONTACTO

CENTRO EDUCATIVO

ORIENTADOR RESPONSABLE

FORMA DE CONTACTO

OTROS SERVICIOS IMPLICADOS

PROFESIONAL RESPONSABLE

FORMA DE CONTACTO

FECHA (inicial y modificaciones)	PROFESIONAL	INTERVENCIONES SANITARIAS	INTERVENCIONES EDUCATIVAS	OBSERVACIONES
		P.ej.: - Tto. farmacológico - Derivación a P. Familia - Participa Grupo de Padres de Asociación. - l. control de impulsos	Adaptaciones en el aula	Mejoría con tto. Farmacológico.

NOTAS:

Fdo.: Gestor Sanitario

Fdo.: Coordinador Educación

NOTA: Este documento deberá ser conservado por la familia y entregado a cada profesional implicado en la valoración e intervención del menor, desde el momento en que se inicia el protocolo de actuación en casos de TDAH.

ANEXO XII
RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE MENORES CON TDAH

GOBIERNO DE EXTREMADURA

Salud Extremadura

¿Dónde pueden atenderme?
Localice centros de salud, farmacias, hospitales y otros servicios de atención sanitaria en Extremadura

Tipo de recurso: Nombre del recurso:

Servicio Asistencial:

Ubicación:

Área de salud: Zona sanitaria:

Provincia: Municipio: Cod. Postal:

Tipo de vía: Dirección:

Localización Resultados

Mapa

GOBIERNO DE EXTREMADURA

“Parecíame, Sancho, que no hay refrán que no sea verdadero, porque todos son sentencias sacadas de la misma experiencia, madre de las ciencias todas.”
Miguel de Cervantes (1547-1616) Escríban

educarEx

Inicio: David

Junio - 2015

Calendario Escolar

Información Educativa

Biblioteca

Estuche

Agenda

Inicio **Atención diversidad** PROTOCOLOS EN MARCHA...

Portada

Programas/Acciones de Éxito Educativo

Recursos Atención a la diversidad

PROTOCOLOS EN MARCHA...

Programa Lengua y Cultura Portuguesa

Recursos y enlaces de interés

Normativa de referencia

Instrucción 2/2015 sobre Atención a la Diversidad

Orden de Aulas Abiertas Especializadas

Orden de Aulas Especializadas de TEA

PROGRAMA de MEJORA DEL APRENDIZAJE Y DEL RENDIMIENTO en el curso 2015-2016

Programas Específicos de FPB - TALLERES ESPECÍFICOS

CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS

Atención a la Diversidad
Nuestras diferencias nos **entriquecen** a todos.

- **Protocolo de actuación ante alumnado con TDAH.**
 - En colaboración con el SES, está relacionado con la actuación coordinada con este alumnado entre educación y sanidad y la sensibilización ante la comunidad educativa.
 - Se lleva a cabo a través de un **grupo de trabajo mixto** entre Educación (Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad) y Sanidad (Subdirección de Salud mental y Programas Asistenciales), con la participación de las tres asociaciones extremeñas más representativas (CALMA, ANDAH y ASHDANEX).
 - **RECURSOS PARA ALUMNOS CON TDAH:**
 - **GÚÍA SOBRE EL ALUMNO CON TDA-H DEL CEDEC-MEC.**
 - **EQUIPO ESPECÍFICO TGC BADAJOZ.**
 - **EQUIPO ESPECÍFICO TGC CÁCERES.**
 - **ASOCIACIONES TDAH EXTREMADURA: FEAFES-CALMA / ANDAH / ASHDANEX**



ANEXO XIII BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, 2013.
- Beltrán, J., Torres, A. (2003). Programa de Entrenamiento en Habilidades Metacognitivas para Maestros de Niños Hiperactivos. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.
- Brown, T. (2003). Trastornos por déficit de Atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Masson S.A.
- García Pérez, E.M. (2006). S.O.S. en el Aula. Ayudas para Padres y Maestros de Niños Hiperactivos e Inatentos. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.
- García Pérez, E.M. y Magaz, A. (2006). Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA). Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.
- García Pérez, E.M. y Magaz, A. (2007). Protocolo de Evaluación General y Específica de los TDAs. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.
- Informe PANDAH. El TDAH en España (2013)
- Informe del Consejo escolar de Navarra sobre el TDAH (Abril, 2015).
- Miranda, A., Amado L. y Jarque, S. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga: Aljibe
- Orjales, I. (2005). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE.
- Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo. Altaria (2013)
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Elsevier Masson. 2009.

ENLACES DE INTERÉS (WEBGRAFÍA)

- Test autodiagnóstico del TDAH <http://www.trastornohiperactividad.com/test-autodiagnostico-tdah>
- Trastorno Hiperactividad: juegos online, los cuentos, los vídeos, guía para educadores... <http://www.trastornohiperactividad.com/>
- TDAH-TDA (Portal dedicado al TDA con o sin hiperactividad) www.tda-h.com
- ADHD. Trastorno por déficit de la atención e hiperquinesia <http://www.adhd.com.ar/>
- Saludalia <http://www.saludalia.com>
- Cedai (Argentina). <http://www.cedai.org.ar/>
- Video-charlas sobre TDAH <http://fundacioncadah.org/web/video-charlas/index.html>
- Mediateca de la FEAADAH <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/mediateca.htm?lng=es&p=2>
Asesoramiento sobre discapacidad y Universidad (ADU) <http://adu.usal.es/>
- [www.san.gva.es/.../Intervencion del TSS unidades de salud mental.pdf](http://www.san.gva.es/.../Intervencion%20del%20TSS%20unidades%20de%20salud%20mental.pdf).



GOBIERNO DE EXTREMADURA