PROTOCOLO de COORDINACIÓN del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Junta de Castilla y León

Sacyl

Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

AUTORES

Mª Concepción Láez Álvarez
Jefa de Servicio. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa.
Servicio de Atención a alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, Orientación y Convivencia.

Marta Requejo Gutiérrez
Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Especializada. Servicio de Asistencia Psiquiátrica.

José Javier Silvano Toquero
Técnico. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa.
Servicio de Atención a alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, Orientación y Convivencia.

Mª Concepción Velasco Velado
Jefa de Servicio. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Especializada.
Servicio de Asistencia Psiquiátrica.

COLABORADORES:

Rafael Arias Alonso
Técnico Asesor. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa. Servicio de Atención a alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, Orientación y Convivencia.

M.ª Eugenia Fernández Rodríguez
Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales.

Juan Fontanillas Moneo
Técnico. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa. Servicio de Atención a alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, Orientación y Convivencia

Siro Lleras Muñoz
Jefe del Servicio. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales.

Jesús de la Gándara Martín
Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría de Burgos.

Rocio Gordo Seco
Psiquiatra ESMIJ del Área de Salud de Burgos.

Begoña Antúnez María
Psiquiatra ESMIJ del Área de Salud de Burgos.

José R. García Soto
Psicólogo clínico ESMIJ del Área de Salud de Burgos.

Alicia Martín Jurado
Psicólogo clínico ESMIJ del Área de Salud de Burgos.

Lourdes Nuñez Turrientes
Enfermera ESMIJ del Área de Salud de Burgos.

Francisco Carlos Ruiz Sanz
Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría de Palencia.

José Antonio López Villalobos
Psicólogo clínico del ESMIJ del Área de Salud de Palencia.

Amaya Izquierdo Elizo
Psicóloga clínica del ESMIJ del Área de Salud de Palencia.

Ruth González Collantes
Psiquiatra del ESMIJ del Área de Salud de Palencia.

Mª del Carmen Ballesteros Alcalde
Psiquiatra, Jefe de sección infanto-juvenil, del Área de Salud de Valladolid Este.

Carlos Imaz Roncero
Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil de Referencia Regional. Área de Salud de Valladolid Este.

José María Valentín Conde-López
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Área de Salud de Valladolid Este (hasta el año 2008).

Grupo de trabajo del PROCESO ASISTENCIAL: "TRASTORNO por DEFICIT de ATENCIÓN e HIPERACTIVIDAD (TDAH) ", coordinado por GAP de Valladolid Este, integrado por:

Mercedes Garrido Redondo
Pediatra EAP "La Tórtola". Gerencia de At. Primaria Valladolid Este.

José Antonio López Villalobos
Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo, Complejo Hospitalario de Palencia.

Mª Teresa Martínez Rivera
Pediatra de Área Tudela de Duero - Esguevillas. Gerencia de At. Primaria Valladolid Este.

Luis Rodríguez Molinero
Pediatra EAP "Huerta del Rey". Gerencia de At. Primaria Valladolid Oeste.

Francisco Ruiz Sanz
Psiquiatra infantil Servicio de Psiquiatría. Hospital San Telmo, Complejo Hospitalario de Palencia.

Ana Mª Sacristán Martín
Pediatra EAP "Pintor Oliva". Gerencia de At. Primaria Palencia.

Y para la Coordinación colaboración y apoyo metodológico:

Encarnación Arranz Sinovas
Enfermera Hospital Río Hortega. Valladolid Oeste.

Rodrigo Arquiaga Thireau
Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.

Francisco Javier Posadas Alonso
Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este.

AGRADECIMIENTOS:

Fundación Curarte

© Junta de Castilla y León

Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Depósito Legal:

Imprime:

Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

PRESENTACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la etapa de la infancia y la adolescencia, con un impacto cada vez mayor en los ámbitos familiar, educativo y social. Esta realidad se ha traducido tanto en un incremento de las consultas médicas (médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras), como en un aumento en las intervenciones de los Equipos de Orientación Educativa/Departamentos de Orientación de los Centros escolares.

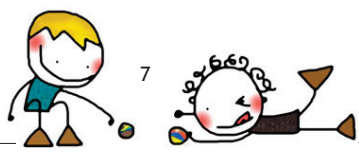
La coordinación entre los ámbitos sanitario y educativo se hace necesaria para que las intervenciones emprendidas en los dos niveles se efectúen de forma óptima y eficaz, y con ello alcanzar la satisfacción de los usuarios y los profesionales. Por ello, se plantea el abordaje del TDAH desde una perspectiva multimodal y multidisciplinar en la que resulta imprescindible la continuidad en la atención entre los niveles sanitario y educativo.

La Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad con el fin de facilitar la coherencia de las actuaciones establecidas y garantizar la correcta atención y seguimiento de los menores que presentan este trastorno, han determinado elaborar de forma consensuada un Protocolo de coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. Dicho Protocolo está encaminado a conseguir una coordinación efectiva y global en el abordaje de esta patología, facilitando cauces de comunicación y actuación entre profesionales de los Servicios Sanitarios y Educativos, y el menor afectado y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso.

El Protocolo de Coordinación se diseña como una herramienta de trabajo útil para todos los profesionales que participan en el abordaje de este Trastorno, permitiendo así homogeneizar el procedimiento de actuación y asegurar la calidad de las intervenciones emprendidas.

Juan José Mateos Otero
Consejero de Educación

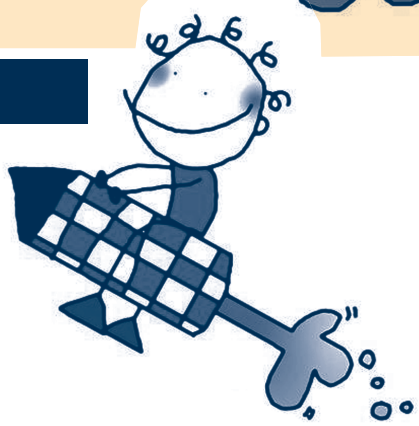
Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Sanidad



ÍNDICE

1. Introducción. .....pag. 11
3. Fases de Protocolo. .....pag. 13
4. Explicación de Términos. .....pag. 23
5. Recomendaciones. .....pag. 27
6. Evaluación. .....pag. 33
7. Anexos. .....pag. 35
8. Bibliografía. .....pag. 51

INTRODUCCIÓN



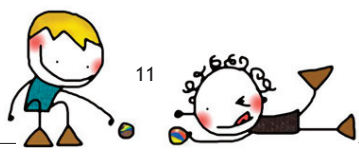
El trastorno por déficit de atención (TDAH) es un síndrome conductual heterogéneo de inicio precoz caracterizado por la combinación de los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad, con gran variabilidad en cuanto a su presentación, intensidad y gravedad. Se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia, constituyendo uno de los motivos más habituales en la población infantil y juvenil de remisión a los profesionales sanitarios. La tasa de prevalencia del TDAH más citada entre los niños en edad escolar oscila entre el 3 y el 5%, aunque la bibliografía refiere tasas entre el 4 y 17%. En el caso de las niñas, la prevalencia es menor, por cada dos niños, una niña padece el trastorno. En Castilla y León observamos un 6.6% de prevalencia, mediante un estudio epidemiológico en doble fase psicométrica – clínica (Rodríguez, López- Villalobos, Garrido, Sacristán, Martínez y Ruiz, 2009).

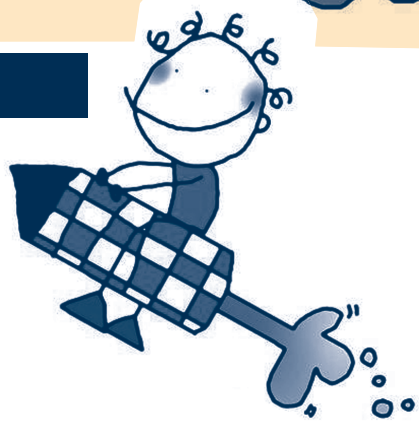
El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico. La afectación de los tres síntomas nucleares, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, es recogida en los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Americana DSM IV-TR y por la CIE-10.

Los menores que padecen TDAH presentan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas en muchos casos por la comorbilidad psiquiátrica que lleva asociada, principalmente con trastornos del comportamiento, del estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje. Estas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico, ya que hasta un 10% de los fracasos escolares se deben al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo, INECSE).

Por ello, el abordaje del TDAH se plantea desde una perspectiva multimodal y multidisciplinar en el que resulta imprescindible la prestación de atención coordinada y continuada desde el nivel sanitario, familiar y educativo. Con el fin de facilitar la coordinación de las actuaciones establecidas en estos ámbitos y garantizar la correcta atención y seguimiento de los menores que presentan este Trastorno, se ha desarrollado un Protocolo de Coordinación cuyo fin es facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente/discente y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial y educativa a lo largo del proceso.



FASES DEL PROTOCOLO



Primera Fase: Detección Temprana de TDAH.
Segunda Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria.
Tercera Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada.

Primera Fase: Detección Temprana de TDAH

1. Ámbitos de detección

La finalidad de esta primera fase es la detección temprana de posibles menores con TDAH. Los ámbitos próximos al menor, familia, profesorado, pediatra, médico de atención primaria (MAP) o cualquier otro miembro del centro educativo constituyen los puntos de referencia inmediata para la detección temprana.

Es básica la referencia por parte de los padres/ tutores legales y profesorado de la presencia ó no, de alteraciones en las tres dimensiones que se ven afectadas en el TDAH: la atención, el nivel de actividad y el grado de impulsividad.

2.Equipo Directivo/Tutor del Centro escolar

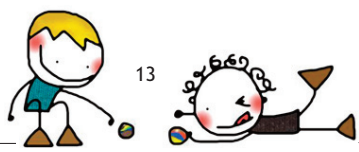
Los padres por iniciativa propia o por recomendación del pediatra, médico de atención primaria (MAP), y/o el profesor pueden poner en conocimiento del orientador del Centro Educativo las alteraciones detectadas y si lo considera necesario iniciará el procedimiento establecido en la normativa vigente[1].

3.Equipo de Orientación Educativa o Departamento de Orientación

Pre-evaluación
El Orientador, una vez recogida la demanda, realizará una pre-evaluación del alumno/a, a través de:

- Escalas de evaluación específica de TDAH (elección opcional):
  - Prueba de Conners para padres y profesores.
  - Escala DU PAUL para padres y profesores.
  - SNAP IV.

[1] ORDEN EDU/1603/2009, de 20 de julio, por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el del dictamen de escolarización.



- Entrevista con la familia.
- Entrevista con los profesores.
- Observación del alumno/a en el aula.

Evaluación del Orientador Educativo

Si del resultado de la pre-evaluación se infiere la sospecha de un posible TDAH, el orientador realizará un informe de derivación a los Servicios Sanitarios (anexo I), que incluirá:

- Nivel de competencia curricular.
- Capacidad Cognitiva (Escala WISC-IV)[2].
- Estilo de aprendizaje.
- Rendimiento académico.
- Adaptación y relación social.

Informe de Derivación

Si el resultado de la valoración previa del orientador educativo apunta a un posible TDAH, éste solicitará la autorización de la familia[3] para realizar el traslado del informe de derivación a los Servicios Sanitarios[4]: Pediatría / Médico de Atención Primaria/ Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Coordinación y Seguimiento

El orientador que atiende al Centro Educativo, una vez confirmado el diagnóstico valorará las necesidades educativas que pueda tener el alumno y elaborará el informe psicopedagógico; propondrá la intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia y profesorado (tutorías, agenda escolar, etc.) y participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto a los servicios sanitarios.

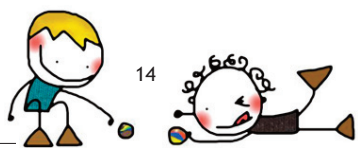
Si el alumno con TDAH no presentase necesidades específicas de apoyo educativo, se informará y dará orientaciones a la familia y al profesorado realizando el seguimiento.

Cuando no se objetive el cumplimiento de criterios de TDAH, valorará la existencia de otras posibles problemáticas, estudiando las necesidades individuales de cada caso y llevando a cabo su seguimiento en el Centro Escolar (valoración de apoyo educativo, orientaciones a familia y profesorado, etc.).

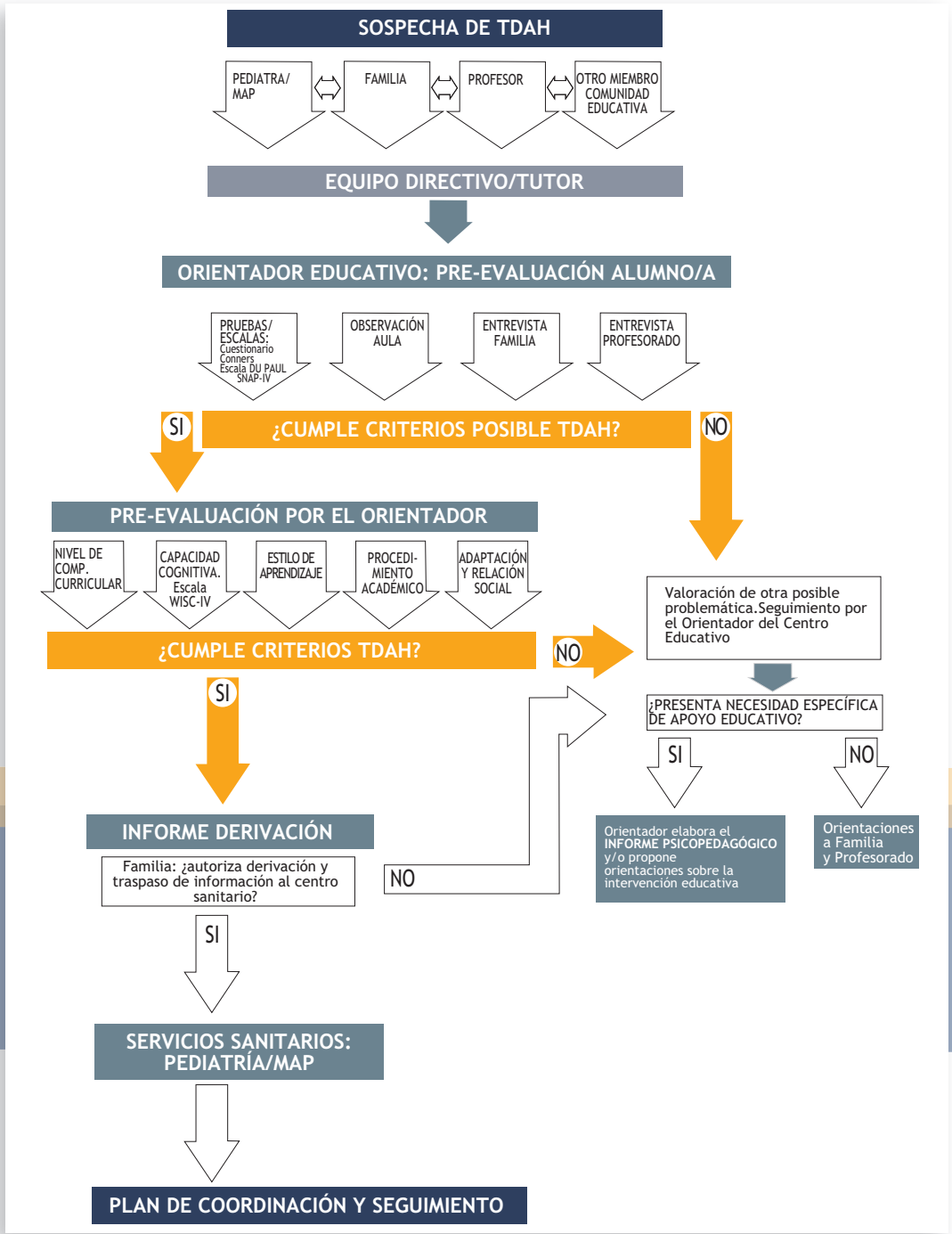
[2] Versión actualizada y renovada de las anteriores escalas de Weschler para niños (WISC, WISC-R y WISC_III).

[3] Anexo V Autorización de traspaso de información a Servicios Sanitarios/ Educativos.

[4] Mediante los Anexos III y IV se garantiza la respuesta de los Servicios Sanitarios a los Servicios Educativos.



Primera Fase: DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH (Algoritmo 1)



Segunda Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria

La finalidad de esta fase es la de realizar el diagnóstico en los casos que han sido detectados en la fase anterior, descartar otras patologías orgánicas que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa.

1.Acceso a los Servicios Sanitarios

Consulta médica
Puede ser:

1. Consulta de revisión programada[5].
2. Consulta solicitada por los padres a iniciativa propia.
3. Consulta solicitada por los padres por recomendación del orientador que atiende al Centro Escolar[6].

En el caso de las consultas 1 y 2, el MAP o Pediatra, solicitará al Centro Escolar, a través de los padres, un informe de evaluación elaborado por el orientador que atiende al centro educativo. (Anexo II).

2. Pediatra/MAP

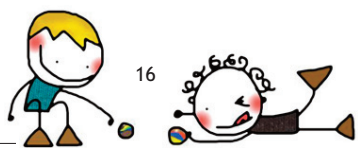
Evaluación
Incluye entrevista con la familia, examen general de salud del menor, exploraciones complementarias y el informe del orientador que atiende al centro educativo, previa solicitud de información.

Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDAH, deberá descartar patología orgánica que curse con síntomas comunes a este trastorno, principalmente patología oftalmológica, ORL y neurológica, además se diseñará el Plan de Acción Individualizado (PAI) desde el nivel de Atención Primaria, en el que se incorporarán las distintas intervenciones y medidas planificadas para cada caso: medidas psicofarmacológicas, medidas psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales.

Seguimiento y Coordinación
Se establecerá una pauta de seguimiento y control del tratamiento que incluye distintas actividades (valoración respuesta al tratamiento, efectos secundarios, adherencia, resistencia al tratamiento, repetición de cuestionarios…).

[5] Servicio de Revisión del Niño Sano de 2 a 5 años y de 6 a 14 años. En ambos se incluye de forma protocolizada la valoración psicopatológica del niño, teniendo entre otros objetivos, descartar síntomas de hiperactividad en esta población, a través de la observación directa del menor y/o la información aportada por los padres, incluidos los informes del centro escolar.

[6] Si la consulta se lleva a cabo por recomendación del Centro Escolar se aportará el Informe elaborado por el Orientador que atiende el Centro educativo. Anexo I.



Si la respuesta a las distintas intervenciones es favorable el seguimiento se llevará a cabo desde el nivel de Atención Primaria, con remisión de informe clínico protocolizado al orientador que atiende al Centro Escolar (anexo III) previa solicitud de autorización a los padres del menor (anexo V), con objeto de facilitar la coordinación entre los servicios sanitarios/educativos y con el objetivo de que desde el Centro escolar se proponga un Plan de Intervención Educativa (ver página 20 y sig.).

Derivación a Servicios especializados

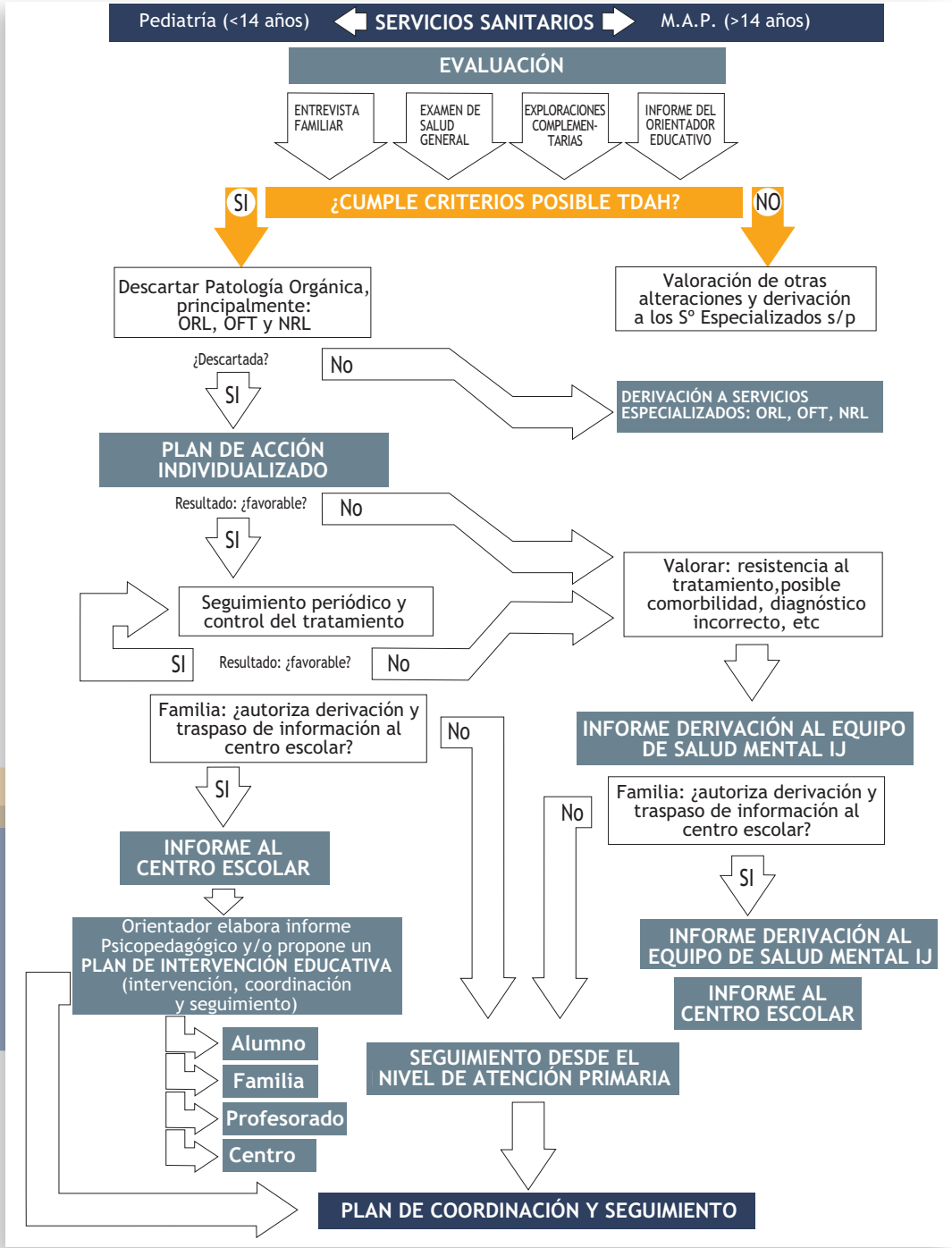
- Si se detectan alteraciones neurológicas, visuales o auditivas, se realizará derivación al Servicio especializado correspondiente.
- Si se precisa realizar un diagnostico diferencial, no existe seguridad en el diagnóstico, surgen problemas médicos, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico, si existe comorbilidad, si se precisa terapia conductual, si existe falta de respuesta al tratamiento, etc. se derivará al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En estas situaciones se enviara informe[7] clínico protocolizado al Orientador que atiende el Centro Educativo a través de los padres y con su autorización, incluyendo orientaciones a la familia y al profesorado. (Anexo III).

Para los casos en que los padres o tutores legales del menor no autoricen la derivación al nivel sanitario especializado, se continuará el seguimiento desde el nivel de Atención Primaria (MAP/Pediatra).

[7] Informe clínico protocolizado del Pediatra/ MAP, que entregarán los padres al orientador del centro educativo con la finalidad de optimizar la respuesta educativa que precisa el menor. Anexo III

Segunda Fase: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN A. PRIMARIA Algoritmo 2



Tercera Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada

La finalidad de esta fase es la confirmación diagnóstica y/o seguimiento clínico del TDAH por parte del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de los casos que accedan a este nivel. Los casos diagnosticados se incluirán en el Programa de Atención al TDAH, elaborando un Plan de Intervención Individualizado para cada paciente. El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto al resto de agentes implicados en el proceso (servicios educativos, servicios sanitarios y la familia).

1. Acceso al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil

Derivación

- Pediatra/MAP.
- Interconsulta de otras especialidades médicas.

Valoración

El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil realizará una valoración completa del menor utilizando para ello los siguientes instrumentos:

- Informe de evaluación del orientador del Centro Escolar.
- Informe del Pediatra/M.A.P.
- Entrevista con los padres.
- Valoración psicopatológica del paciente y solicitud de exploraciones complementarias si precisa, valorando la existencia de comorbilidad diagnóstica (especial interés de los T. del comportamiento: T. negativista desafiante, T. disocial, etc).

El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no criterios diagnósticos para TDAH, utilizando las clasificaciones CIE-10 y/ o DSM IV-TR. En caso afirmativo se incluirá en el Programa de Atención al TDAH.

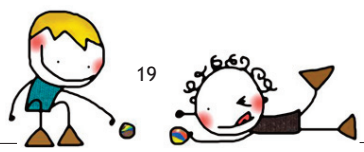
2. Programa de Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Elaboración de un Plan de Intervención Individualización (PII)

Una vez incluido el paciente en el Programa de TDAH se elaborará un Plan de intervención individualizado que incluye el abordaje psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducación sanitaria y abordaje psicosocial y ambiental.

Coordinación y seguimiento: a tres niveles

- Familia: La coordinación con la familia se llevará a efecto a través de las entrevistas clínicas y mediante la participación en el PII del menor.
- Servicios Sanitarios: se remitirá informe clínico protocolizado al pediatra/ MAP derivante. Se establecerán mecanismos que faciliten la comunicación interniveles, por ejemplo: consultorías telefónicas, sesiones clínicas docente asistenciales, etc.



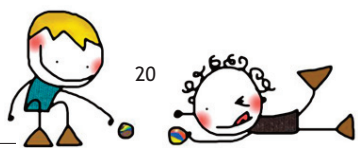
- Servicios Educativos: Se remitirá informe clínico protocolizado[8] al centro escolar previa autorización de los padres/ tutores legales, al orientador que atiende al centro escolar, incluyendo, si existe, el diagnóstico de trastornos comórbidos, con especial interés por los Trastornos del Comportamiento debido a su repercusión en el ámbito educativo (anexo IV). Se establecerán mecanismos de comunicación y coordinación con el sistema sanitario a través de consultorías, reuniones periódicas de los Equipos de Orientación Psicopedagógica, Departamentos de Orientación, etc.

3. Plan De Intervención Educativa

Una vez que hay una confirmación diagnóstica y se han detectado necesidades específicas de apoyo educativo se incluye al alumno en el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado "Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas" de la Consejería de Educación y se elaborará un Plan de Intervención Educativa para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos.

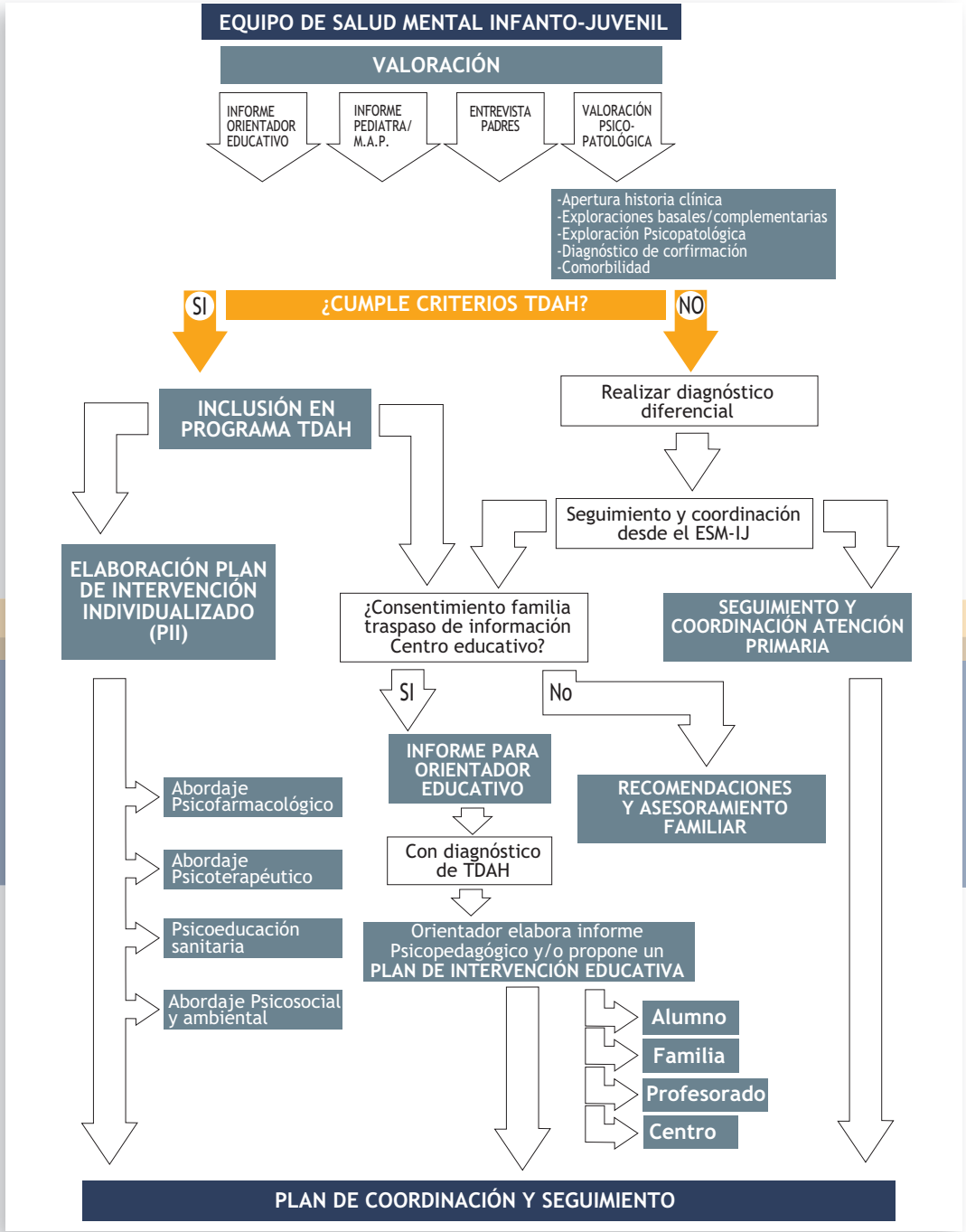
- Intervención, coordinación y seguimiento del alumno:
  Se intervendrá atendiendo a sus necesidades específicas de apoyo educativo a través de las adaptaciones que precise:
  - Adaptaciones metodológicas, de la organización del aula, adecuación de actividades, temporalización y a la adaptación de las técnicas, tiempos e instrumentos de evaluación, así como a los medios técnicos y recursos materiales que permitan acceder al alumnado al currículo.
  - Para el alumnado que lo precise se aplicarán programas específicos de intervención dirigidos a:
    - Modificación de conducta.
    - Entrenamiento en habilidades sociales.
    - Entrenamiento en autoinstrucciones.
    - Entrenamiento en verbalización interna para realizar una tarea.
    - Entrenamiento en control de la impulsividad.
    - Habilidades básicas.
    - Mejora de la capacidad de atención (focalización y mantenimiento).
    - Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Intervención, coordinación y seguimiento de la familia:
  Se informará a la familia de las conclusiones del informe psicopedagógico 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 escuela y orientaciones oportunas para el hogar.

[8] Informe clínico protocolizado del ESM-Infantojuvenil dirigido al Orientador del Centro Educativo que entregarán los padres.(Anexo IV)



- Intervención, coordinación y seguimiento del profesorado:
  El profesorado será informado y asesorado por el Orientador que atiende al centro sobre las conclusiones del Informe Psicopedagógico y tendrá la responsabilidad de aplicar dichas recomendaciones y realizar un seguimiento. También tiene la posibilidad de participar en la Formación Especializada sobre el TDAH incluida en los Planes de Formación de la Administración educativa y participar en los proyectos de innovación sobre TDAH.
- Intervención, coordinación y seguimiento del Centro:
  El Centro colaborará en el seguimiento y realizará las modificaciones oportunas en el proyecto educativo (Plan de Atención a la Diversidad, Plan de convivencia, Reglamento de Régimen interior, Programaciones Didácticas) para atender a las necesidades que presenta este alumno/a. Adaptará las actividades complementarias y extraescolares y podrá desarrollar proyectos de innovación como de formación en su propio centro educativo.

Tercera Fase: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (Algoritmo.3)



EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS

1. Asesoría Familiar

Atención y orientación prestada a los familiares del paciente y a sus educadores para apoyar y facilitar la comprensión del Trastorno y las distintas opciones de tratamiento e intervenciones a llevar a cabo.

2. Competencia Curricular

Es el conjunto de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que posee el alumno respecto al currículo ordinario.

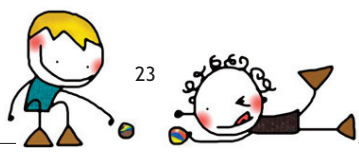
3. Equipos De Orientación Educativa Y Psicopedagógica

Son equipos de carácter interdisciplinar. De forma genérica su función es prestar un servicio de asesoramiento y apoyo a la comunidad educativa especialmente en los niveles de Educación Infantil y de Educación Primaria.
Se estructuran en:

- Equipos de Orientación Educativa de carácter generalista.
- Equipos de Orientación Educativa de carácter específico, cuyo ámbito de actuación se concentra en determinadas necesidades educativas especiales y comprende:
  - Equipos de Orientación Educativa Específicos para la Discapacidad Motora.
  - Equipos de Orientación Educativa Específicos para la Discapacidad Auditiva.
- Equipos de Orientación Educativa de carácter especializado, delimitados por determinadas necesidades educativas específicas de apoyo educativo, teniendo entre sus características diferenciadoras el asesoramiento y la intervención directa con alumnos a través de programas concretos; que comprenden:
  - Equipos de Atención al Alumnado con Superdotación Intelectual.
  - Equipo de Atención al Alumnado con Trastornos de Conducta.

4. Consultoría

Medio de coordinación que permite a través del contacto entre profesionales/niveles asistenciales la solución a un problema concreto, el conocimiento de una situación, el seguimiento de un proceso, etc. redundando en una mejora en la atención prestada al paciente.



5. Informe Psicopedagógico

Es un documento realizado por los especialistas de Orientación Educativa que refleja de forma clara y completa la situación evolutiva y educativa actual del alumno en los diferentes contextos de desarrollo o enseñanza, concreta su necesidad específica de apoyo educativo, si la tuviera, y por último, orienta la propuesta organizativa y curricular del centro y para el alumno, así como el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso.

6. Orientador Educativo

Es un profesional de la educación del cuerpo de Profesores de Enseñanza Secundaria de la especialidad de Orientación Educativa. Entre las funciones que tiene encomendadas se encuentra la valoración de las necesidades específicas de apoyo educativo y la elaboración del Informe Psicopedagógico y, en su caso, del dictamen de escolarización.

7. Plan de Coordinación y Seguimiento

Conjunto de actividades desarrolladas por los distintos agentes que intervienen en el proceso de atención al TDAH, familia, servicios educativos y servicios sanitarios, encaminadas a facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente/discente y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo del proceso.

8. Plan de Acción Individualizado

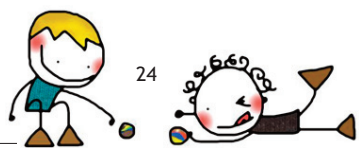
Plan sanitario efectuado desde el nivel de Atención Primaria en el que se incorporan intervenciones psicofarmacológicas, psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales, con el fin de proporcionar una atención integral e integrada para cada caso.

9. Plan de Intervención Educativa

Plan para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos. Incluye actividades de intervención, coordinación y seguimiento con alumno, familia, profesorado y centro. Para su elaboración se tendrán en cuenta las orientaciones establecidas en el Informe Psicopedagógico.

10. Plan de Intervención Individualizado

Plan sanitario efectuado desde el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil, en el que se efectúa una intervención global sobre el paciente abarcando aspectos: farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales, psicoeducativos y familiares, cuyo objetivo principal es proporcionar



una atención integral e integrada con la participación de todos los sujetos activos del proceso asistencial, pacientes, profesionales del Equipo de Salud Mental, maestros, Equipos Psicopedagógicos, y familiares[9].

11. Psicoeducación sanitaria

La psicoeducación sanitaria tiene por objeto favorecer el conocimiento del trastorno, proporcionar información al paciente y su familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontar distintas situaciones mejorando su calidad de vida.

12. Sesiones clínicas educativas

Reuniones participativas e interactivas del Equipo multidisciplinar con fines didácticos en las que se exponen casos clínicos, se diseñan líneas de actuación, abordaje de conflictos y resolución de problemas, debatiendo y consensuando las opciones presentadas.

[9] El Plan de Acción Individualizado y el Plan de Intervención Individualizado, son planes sanitarios destinados a realizar una intervención global sobre el menor con TDAH, tienen el mismo objetivo radicando su diferencia en el nivel de realización (Atención Primaria / Atención Especializada) y en la especificidad de algunas intervenciones como es el abordaje psicoterapéutico que es exclusivo del nivel de Atención Especializada.

RECOMENDACIONES

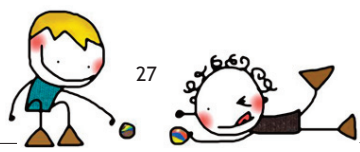
1. Terapéuticas Generales

En general, debe iniciarse el programa terapéutico con medidas ambientales, psicopedagógicas, psicoterapéuticas individuales y grupales.

Psicofarmacológicas

- El tratamiento debe ser individualizado.
- Elección del psicofármaco:
  - Se iniciará con medicación aprobada por las Agencias Europea y Española del Medicamento. (Metilfenidato/ Atomoxetina).
  - Se recomienda evitar la polifarmacia, buscando una utilización racional de una farmacoterapia combinada.
  - Para seleccionar el tratamiento tener en cuenta:
    - La asociación de trastornos comórbidos.
    - Tolerancia, seguridad y efectos adversos posibles.
    - Aceptación y preferencias del paciente y la familia.
- Posología:
  - Se inicia con dosis bajas, aumentándolas semanalmente, al menos hasta que los síntomas remitan o la aparición de efectos secundarios indique su supresión.
  - Una vez alcanzada la dosis adecuada se recomienda repetir las escalas/ cuestionarios de comportamiento por padres y maestros.
- Resistencia al tratamiento:
  - Revisar periódicamente las pautas posológicas y su eficacia. En caso de falta de respuesta o respuesta inadecuada replantear el diagnóstico de TDAH.
  - Considerar la asociación de psicoterapia antes de iniciar tratamiento con otro fármaco.
  - Atención a diagnósticos comórbidos (p.ej. afectivos, ansiosos, alteraciones del desarrollo) como problemas primarios que afecten la atención y el control de los impulsos.

- Efectos adversos de la medicación:
  - Síntomas digestivos (anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal):
    - Administrar las dosis con las comidas.
    - Proporcionar un desayuno con alto contenido calórico y lo mismo a la hora de la merienda y la cena.
    - Limitar los estimulantes a las necesidades más prioritarias.
    - Considerar la derivación a un dietista.



- Insomnio:
  - Ambiente tranquilo a la hora de acostarse, sin estímulos distractores (TV, videoconsolas, música...).
  - Evitar estimulantes (cacao, chocolate, Cola...) por las tardes.
  - Administrar la dosis por la mañana temprano, evitar la dosis del medio día o tarde si es posible.
  - Cambio de forma farmacéutica a un preparado de acción corta o intermedia.
- Cefalea:
  - Reducir la dosis con retorno gradual a la dosis óptima.
  - Ensayar preparados de larga acción.
  - Considerar tratamiento alternativo.
- Irritabilidad, disforia generalizada, agitación:
  - Considerar posible comorbilidad.
  - Considerar derivar a especialista.
  - Reducir o cambiar a preparados de larga duración.
- Tics Simples:
  - Sopesar beneficios/riesgos.
  - Considerar tratamiento alternativo.
  - Considerar derivar a especialista.

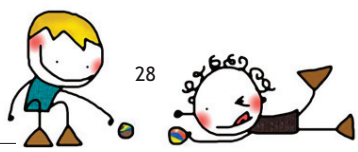
Psicoterapéuticas

- Considerarla como tratamiento inicial si:
  - Los síntomas de los pacientes son de intensidad leve, con escaso deterioro funcional.
  - El diagnóstico de TDAH no es seguro (incierto) no especificado.
  - Se observan marcadas diferencias acerca de los síntomas informados entre ambos padres, o entre estos y los maestros.
- Dirigida a la disfunción familiar (p.ej: depresión parental, problemas maritales, abuso de sustancias, etc.).
- Tratar a algunos de los padres afectados por síntomas de TDAH.

2. Para los Padres

Recomendaciones para la familia

- Ser coherentes. Hay que actuar siempre de la misma forma para no confundir al menor manteniendo ambos padres la misma línea de actuación. Conviene establecer hábitos regulares (horarios estables en comida, sueño, juego…).
- Deben establecerse unas normas en el hogar, que sean pocas, claras y bien definidas; el menor tiene que saber qué es exactamente lo que se espera de él.
- Tener en cuenta los efectos del aprendizaje social. Los menores observan lo que ocurre a su alrededor y después reproducen los comportamientos aprendidos.
- Utilizar preferentemente refuerzos positivos, reforzando de forma inmediata toda con-



ducta positiva. Felicitar al menor inmediatamente después de que haya hecho algo bueno.
- Modificar lo antes posible cualquier conducta negativa. Se explicará con claridad lo que ha hecho mal y que otras cosas buenas podía haber hecho.
- Las instrucciones y respuestas verbales deben ser concretas, sencillas y expresadas como afirmación ("recoge el juguete de tu cuarto") más que como petición o favor ("¿Quieres recoger el juguete de tu cuarto?"). No son eficaces los reproches y discusiones permanentes.
- Es importante estimular la autonomía del menor mediante el desempeño de actividades propias para su edad (lavarse solo, vestirse, recoger su cuarto…).
- Planificar de antemano las situaciones conflictivas y las consecuencias tanto de las conductas no deseadas como las de las conductas aprobadas.
- 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 puede resolver correctamente y garantizar de este modo las experiencias de éxito.

Psicoeducación
- Instruir a los padres y pacientes acerca de la naturaleza del TDAH ayudando a prever y anticipar los desafíos y cambios difíciles para los pacientes.
- Proveer orientaciones a los padres y pacientes para ayudar a mejorar el funcionamiento académico y comportamental en los diferentes ámbitos del menor.
- Aprender a responder adaptativamente a los trastornos y quejas del menor.
- En relación con la actitud paterna se debe intentar fortalecer las relaciones positivas y adaptativas con el hijo, establecer normas claras y estables, con consecuencias positivas y negativas, así como prever o intervenir precozmente en los problemas que puedan surgir.

Asesoría Familiar
- Se recomienda trabajar sobre el ambiente familiar desarrollando un clima afectivo adecuado y estable, evitando las contradicciones en presencia del menor.
- Se recomienda realizar orientaciones conductuales sobre:
  - El modelado de conducta: las conductas modelo deben ser desarrolladas con corrección por los padres para poder exigirlas al menor.
  - Los estímulos conductuales aplicados en el ámbito familiar: establecer registros de conducta, recompensas, economía de fichas, etc.
- Atención a las necesidades personales de los padres y a las de los hermanos del menor con TDAH.
- Información sobre las medidas adoptadas en los Planes de Intervención facilitando la implicación y participación de la familia en el desarrollo del programa.
- Resolución de problemas.
- Favorecer la implicación y las actuaciones de coordinación de la familia a lo largo del proceso, con los servicios sanitarios y el centro escolar.

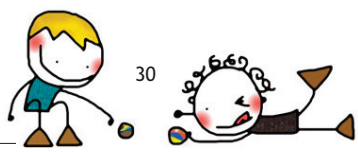
3. Para el Centro Educativo

Modificaciones en el ambiente del aula:

- Proporcionar ambientes estructurados que posibiliten los aprendizajes eliminando los objetos innecesarios y distractores.
- Establecer normas escritas claras y sencillas de comportamiento y de aula.
- Reservar un espacio visible y accesible en el aula para poner la información, llamando la atención del alumnado cuando haya novedades.
- La necesidad de moverse que manifiesta el alumnado con TDAH debe ser considerada como un aspecto relevante en la planificación de actividades y en la utilización de los espacios del aula, siendo necesario establecer tiempos que les permitan moverse.
- Cuando sea posible se han de ajustar los horarios en función del índice de fatiga, de rendimiento escolar o de toma/ efecto de la medicación (si está medicado).
- Se le reservará un tiempo para que ordene su mesa y materiales (libros, cuadernos), diciéndole cómo debe hacerlo y supervisándolo hasta que se convierta en un hábito.
- La ubicación del alumno/a se realizará en un lugar dónde se evite el máximo de distracciones, pero no se le aislará o separará de forma significativa. La proximidad al profesorado puede favorecer el contacto visual y la supervisión de tareas. El sentarlo al lado de un compañero que pueda servirle como modelo positivo será de gran utilidad.
- La utilización de medios técnicos e informáticos favorecerá su atención y motivación.

Actuación del profesorado

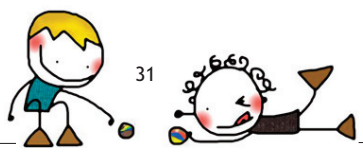
- Actitud positiva, capacidad para solucionar los problemas de forma organizada.
- Tener en cuenta que el menor no se comporta así porque quiere sino porque tiene un trastorno de etiología neurológica.
- Para asegurar y mantener la estructura del aula no vacile en proporcionar listados de las reglas básicas y/o colocar recordatorios a la vista del menor (tarjetas visuales, cartel, póster...).
- Proporcione instrucciones breves, simples y claras, por muchos y variados canales de comunicación, auditiva, visual, manipulativa (multisensorial).
- Adaptaciones metodológicas: situar al alumno en la primera fila del aula, lejos de ventanas o elementos que puedan llamar su atención, asegurar la comprensión de las explicaciones o de las instrucciones para realizar las tareas, permitir al alumno que realice algún desplazamiento por el aula a intervalos periódicos, adaptar el tiempo de realización de las tareas, así como la cantidad de las mismas, facilitar estrategias atencionales, priorizar los objetivos fundamentales, cambiar la temporalización, simplificar los objetivos, realizar una evaluación diferente, modificar el tiempo de evaluación y la cantidad de preguntas, ejercicios o cuestiones.
- Disposición para la coordinación a través de los padres y de los profesionales educativos y sanitarios.
- Formación y conocimiento en TDAH.



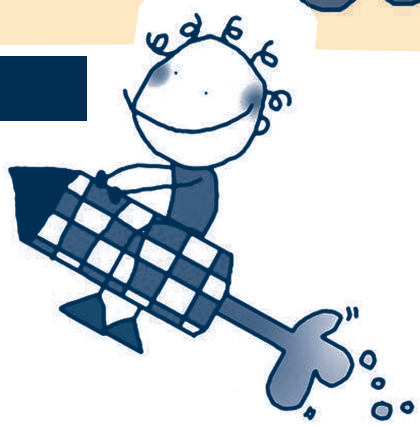
- Establecer estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.
- Valoración de la diversidad de estilos de aprendizaje y fomento de las habilidades sociales del alumno/a.
- Creación de ambientes estructurados y predecibles (rutinas, descansos, horarios, agendas...).

Técnicas de modificación de conducta

- Entrenamiento en relajación.
- Técnicas para potenciar o reducir conductas. Economía de fichas - Contrato conductual o de contingencia.
- Técnicas para enseñar nuevas conductas: Modelado o imitación - Encadenamiento - Representación de papeles o roles.
- Técnicas para potenciar y/o mantener conductas. Reforzamiento positivo - Reforzamiento negativo.
- Otras técnicas.



EVALUACIÓN

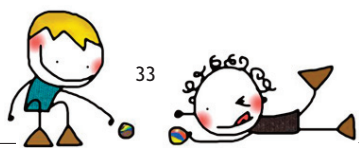


Los indicadores son las herramientas de medición del proceso, sirven para analizar la situación del proceso, establecer objetivos y evaluar el trabajo de las personas/ equipo implicados. En la fase de Evaluación del protocolo es muy importante determinar la diferencia entre lo planificado y las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados.

La evaluación del protocolo se llevará a cabo mediante el análisis de la actividad realizada anualmente que inicialmente contendrá la siguiente información recogida por los diferentes servicios implicados.

Informe de recogida de datos anuales de implantación del protocolo de coordinación de TDAH

SERVICIOS EDUCATIVOS		
1	Nº de alumnos derivados a los Servicios Sanitarios por cumplir criterios de TDAH.	
2	Nº de alumnos NO DERIVADOS a los Servicios Sanitarios, que cumplen criterios de TDAH, por falta de autorización familiar.	
3	Nº de reuniones de los orientadores que atienden a los centros educativos con los Servicios Sanitarios.	
4	Nº de pacientes incluidos en el Programa TDAH que precisan intervención del orientador que atiende el centro educativo.	
5	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:	
6	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:	

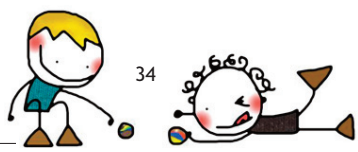


Informe de recogida de datos anuales de implantación del protocolo de coordinación de TDAH

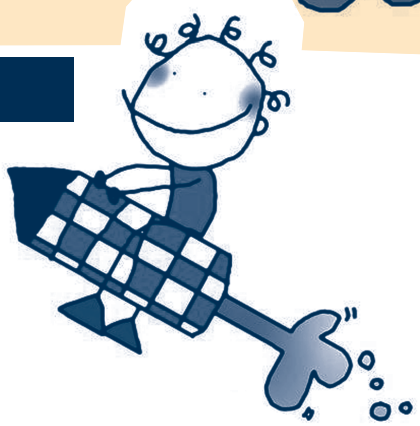
SERVICIOS SANITARIOS: A.P./PEDIATRÍA		
1	Nº de pacientes con tratamiento y seguimiento de TDAH en Atención Primaria.	
2	Nº de pacientes tratados inicialmente en Atención Primaria por TDAH que son derivados al ESM Infanto-Juvenil para valoración.	
3	Nº de reuniones de los Servicios Sanitarios con orientadores que atienden el centro educativo.	
4	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:	
5	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:	

Informe de recogida de datos anuales de implantación del protocolo de coordinación de TDAH

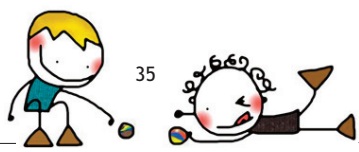
SERVICIOS SANITARIOS: E.S.M. INFANTOJUVENIL		
1	Nº de pacientes totales evaluados para su posible inclusión en el Programa TDAH.	
2	Nº pacientes que son incluidos en el Programa.	
3	Nº de reuniones de los Servicios Sanitarios con los orientadores que atienden el centro educativo.	
4	Nº de pacientes incluidos en el Programa TDAH que precisan intervención del orientador que atiende el centro educativo.	
5	Principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del protocolo:	
6	Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo:	



ANEXOS



- Anexo I: Informe de Derivación del Orientador Educativo para el Servicio Sanitario.
- Anexo II: Solicitud de información a Servicios Educativos.
- Anexo III: Informe del Centro de Salud: Pediatra/Médico de Atención Primaria para los Servicios Educativos.
- Anexo IV: Informe del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para los Servicios Educativos.
- Anexo V: Autorización de traspaso de información a Servicios Sanitarios / Educativos.
- Anexo VI: Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada).
- Anexo VII: Cuestionario de conducta de CONNERS para Profesores.
- Anexo VIII: Escala DU PAUL de padres.
- Anexo IX: Escala DU PAUL de profesores.
- Anexo X: Asociaciones de Familiares de afectados por TDAH Castilla y León.



ANEXO I: **INFORME DE DERIVACIÓN DEL ORIENTADOR EDUCATIVO PARA EL SERVICIO SANITARIO (PEDIATRÍA/MAP)**

(Posible alumno/a con TDAH)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre				
Apellidos				
F. nacimiento		Edad		
Domicilio				
Localidad		C. Postal		
Provincia		Teléfono		
CENTRO EDUCATIVO				
	Etapa educativa		Curso	

DATOS DEL ORIENTADOR EDUCATIVO:

Orientador/a						
Dirección				Población		
Provincia				C. Postal		
Teléfono			Fax		Correo electrónico	

DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA FAMILIAR, ESCOLAR, CONDICIONES PERSONALES DE SALUD Y OTROS FACTORES DE RIESGO DEL ALUMNO:

TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN	RESULTADO
Escala Conners Escala Du Pau para padres y profesores SNAP-IV		
Escala WISC-IV		

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA:

Necesidades de tipo personal

Aspectos cognitivos

Equilibro personal o afectivo-emocional

Relación interpersonal y adaptación social

Desarrollo Psicomotor

Desarrollo comunicativo-lingüístico

Necesidades de tipo curricular

Aspectos de tipo socio - familiar a considerar

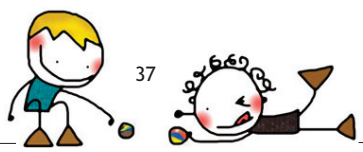
ACTUACIONES REALIZADAS CON EL ALUMNO/A:

En el contexto escolar
En el contexto socio - familiar

En _____ a _____ de _____ de 20

Sello
del EOE/Centro

Firma del orientador/a



ANEXO II: **SOLICITUD DE INFORMACIÓN A SERVICIOS EDUCATIVOS**
(Orientador que atiende al Centro educativo)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

☐ **CENTRO DE SALUD:**			
Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

SOLICITUD:

Evaluación o Informe realizado por el Orientador educativo del Centro Escolar.

En _____ a _____ de _____ de 20

Sello

Firma del médico/a

ANEXO III: **INFORME DEL CENTRO DE SALUD: PEDIATRA/MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS (ORIENTADOR QUE ATIENDE EL CENTRO EDUCATIVO)**

(Posible paciente con TDAH)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

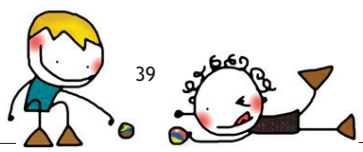
Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

CENTRO DE SALUD:			
Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	RESULTADO



APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

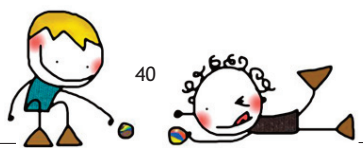
TRATAMIENTO:

CONCLUSIONES

En _____ a _____ de _____ de 20

Sello

Firma del médico/a



ANEXO IV: **INFORME DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS (ORIENTADOR QUE ATIENDE EL CENTRO EDUCATIVO)**

(Posible paciente con TDAH)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre				
Apellidos				
F. nacimiento		Edad		
Domicilio				
Localidad		C. Postal		
Provincia		Teléfono		

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

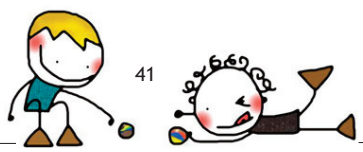
EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL:			
Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	**RESULTADO**

DIAGNÓSTICO (indicar, en su caso, otros trastornos comórbidos[10]):

[10] Especial interés en trastornos del comportamiento por su repercusión en el ámbito escolar.



TRATAMIENTO:

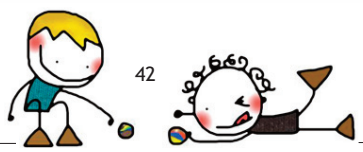
MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO:

CONCLUSIONES

En _____ a _____ de _____ de 20

Sello

Firma del médico/a



ANEXO V: **AUTORIZACIÓN TRASPASO INFORMACIÓN A SERVICIOS SANITARIOS/EDUCATIVOS**

D/Dña.: _____

D/Dña.: _____

en calidad de padre / madre / tutor o tutora (táchese lo que no proceda) del alumno/a

_____

Manifiestan:

☐ **Dar el consentimiento**

☐ **No dar consentimiento**

para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/hija/tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios/educativos (*tachar lo que no proceda*) que van a intervenir en el proceso de atención del mismo.

Los datos serán usados únicamente por los profesionales de estos servicios con fines educativos y sanitarios, y mantendrán el régimen de protección de datos que dispone la legislación vigente

En _____ a _____ de _____ de 20

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

ANEXO VI. **ESCALA CUANTITATIVA SNAP-IV (VERSIÓN ABREVIADA)**

Nombre:……..

Sexo: …… Edad…… Curso escolar…… Etnia…… …

Para el maestro.
Encuesta contestada por……

Número de alumnos en la clase…… Teléfono de contacto……..…

Hora de contacto recomendada……

Para los padres.
Encuesta contestada por……

¿Conviven ambos padres en el hogar? ……

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente)……

Periodo considerado para esta evaluación:

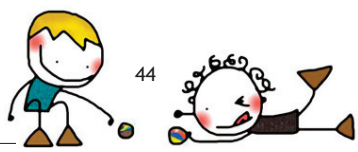
☐ Semana previa ☐Mes previo ☐Año previo ☐Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin puntuar**.

☐ Cero significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
☐ Uno que de forma leve o sólo a veces.
☐ Dos que un poco más o bastantes veces.
☐ Tres que mucho o muchas veces.

Déficit de atención

1. A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.
2. Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.
3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
4. Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.
5. A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.
6. En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. juguetes, lápices o libros).
8. Con frecuencia se distrae por estímulos externos.
9. Olvida actividades diarias.



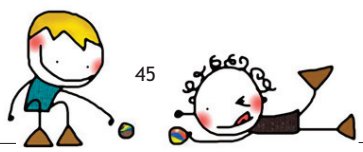
Hiperactividad /Impulsividad

10. Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.
11. A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.
12. Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.
13. Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.
14. A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.
15. Suele hablar en exceso.
16. A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.
17. Tiene dificultades para esperar su turno.
18. Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).

Interpretación de la escala SNAP-IV (para el profesional):

1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- ☐ Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- ☐ Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- ☐ Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres



ANEXO VII.

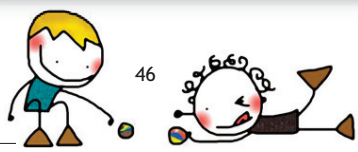
CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

INDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	nada	poco	bastante	mucho
Tiene excesiva inquietud motora				
Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Molesta frecuentemente a otros niños				
Tiene aspecto enfadado, huraño				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
Intranquilo, siempre en movimiento.				
Es impulsivo e irritable				
No termina las tareas que empieza				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
TOTAL…….				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
  NADA = 0 Puntos.
  POCO = 1 Punto.
  BASTANTE = 2 Puntos.
  MUCHO = 3 Puntos
- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:
  Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de TDAH
  Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de TDAH



ANEXO VIII.

ESCALA DE VALORACION DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL HOGAR.

Escala DU PAUL de padres

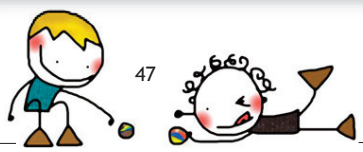
Nombre del niño**:** ……..

Persona que evalúa: …… Fecha: ……

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su hijo/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses, de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado.	
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego	
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado	
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente	
6	Trepa o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo	
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental	
12	Habla en exceso	
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades	
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas	
15	Se distrae fácilmente	
16	Tiene dificultad para esperar su turno	
17	Es olvidadizo en las actividades diarias	
18	Interrumpe a los demás o es entrometido	



INTERPRETACION ESCALA DU PAUL PADRES
Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario contestado por los padres (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17)

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10,12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por los padres

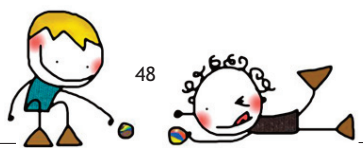
Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por los padres

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL
HOME VERSION

TDAH-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**15**	**11**
8 – 10 AÑOS	**13**	**8**
11 – 13 AÑOS	**14**	**8**
14 – 18 AÑOS	**10**	**8**
TDAH-INATENTO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**13**	**10**
8 – 10 AÑOS	**14**	**10**
11 – 13 AÑOS	**18**	**11**
14 – 18 AÑOS	**14**	**11**
TDAH-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**29**	**20**
8 – 10 AÑOS	**25**	**16**
11 – 13 AÑOS	**31**	**18**
14 – 18 AÑOS	**23**	**19**



ANEXO IX

ESCALA DE VALORACION DE LA HIPERACTIVIDAD EN LA ESCUELA

Escala DU PAUL de profesores

Nombre del niño: …….

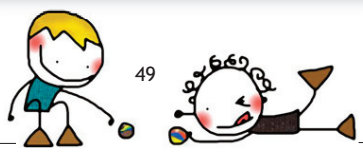
El tutor (o persona que evalúa): ……Fecha: ……..

Desde cuando conoce al niño (X):☐un año o más.☐6 meses o más.☐menos de 6 meses

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su alumno/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses (o desde que usted ha empezado a trabajar con el niño si es un tiempo inferior), de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado	
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego	
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado	
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente	
6	Trepa o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo	
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental	
12	Habla en exceso	
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades	
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas	
15	Se distrae fácilmente	
16	Tiene dificultad para esperar su turno	
17	Es olvidadizo en las actividades diarias	
18	Interrumpe a los demás o es entrometido	



INTERPRETACION ESCALA DU PAUL ESCUELA

Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) contestado por el profesor.

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10,12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por el profesor

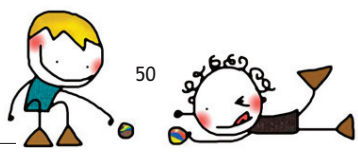
Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por el profesor.

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL SCHOLL VERSION

TDAH-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**20**	**19**
8 – 10 AÑOS	**22**	**12**
11 – 13 AÑOS	**17**	**11**
14 – 18 AÑOS	**13**	**8**
TDAH-INATENTO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**21**	**19**
8 – 10 AÑOS	**24**	**19**
11 – 13 AÑOS	**23**	**17**
14 – 18 AÑOS	**20**	**13**
TDAH-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5 – 7 AÑOS	**39**	**36**
8 – 10 AÑOS	**44**	**30**
11 – 13 AÑOS	**36**	**27**
14 – 18 AÑOS	**31**	**18**



ANEXO X.

ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE AFECTADOS POR TDAH CASTILLA Y LEÓN

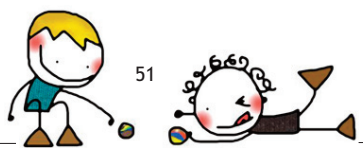
Federación de Asociaciones de C/L – TDAH
FACyL-TDAH
C/ Pío del Río Hortega, 2 bajo local 17
47013 Valladolid
E-mail: romanbreton@hotmail.com

Fundación de Ayuda a la Infancia de C/L
FUNDAICYL
C/ Domingo Martínez, 19 local
47007 Valladolid
Tfno. 983 221 889, 630 951 900.

Asociación Burgalesa de personas afectadas por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad
ABUDAH
Centro Socio-Sanitario "Graciliano Urbaneja"
Pº Comendadores, s/n
09001 Burgos
Tfno 646 254 333, 609 938 721
E-mail: asociacion_abudah@yahoo.es

Asociación Arandina de TDAH y TGD
Centro Comercial Isilla, 3 - 3ª planta Of. G
09400 Aranda de Duero – Burgos
Tfno 638 023 816, 680 455 269
E-mail: a.a.tdh@orangemail.es

Asociación Leonesa de afectados por el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad
ALENHI
C/ Cardenal Lorenzana, 1 - 1ºA
24008 León
Tfno 987 248 177, 669 867 949
E-mail: info@alenhi.org



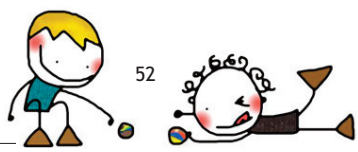
Asociación de afectados por el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad
ADAHIAS
Plz. San Miguel, 4 -CEAS-
24700 Astorga – León
Tfno. 987 079 025, 673 526 008
E-mail: adahias@gmail.com

Asociación de déficit de atención con o sin hiperactividad de El Bierzo
ADAHBI
C/ San Fructuoso, 28 - 3ºA
24400 Ponferrada – León
Tfno. 686 025 035
E-mail: adahbierzo@gmail.com, maracha@hotmail.com

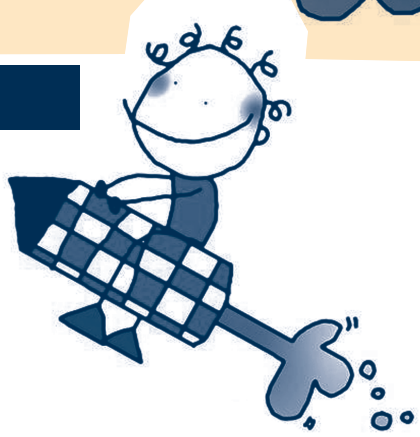
Asociación Palentina de afectados por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad
Centro Social "Pan y Guindas"
C/ Quito, s/n
34003 Palencia
Tfno. 979 110 330, 663 803 898
E-mail: info@tdah-palencia.org

Asociación Salmantina de niños hiperactivos
ASANHI
C/ La Bañeza, 7
37006 Salamanca
Tfno. 671 487 316, 664 844 058
E- mail: info@asanhi.org, carrocenasjm@telefonica.net

Asociación Vallisoletana de familiares y afectados por déficit de atención con o sin hiperactividad
AVATDAH
C/ Pío del Río Hortega, 2 bajo local 17
47013 Valladolid
Tfno. 983 115 786, 645 195 936
E- mail: info@avatdah.org



BIBLIOGRAFÍA



- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 894-921.

- American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, texto revisado (DSM- IV- TR).

- Análisis de contexto familiar en niños con TDAH. Tesis doctoral. María Dolores Grau Sevilla. Universidad de Valencia. Año 2007.

- Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo. Bonet T, Soriano Y y Solano C., Thomson Paraninfo. 2006.

- Cómo vivir con un niño/a hiperactivo/a. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Narcea. 2005.

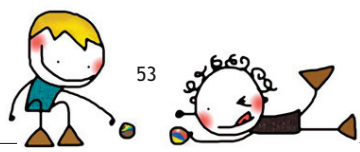
- Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Francisco Montañés-Rada, Xavier Gastaminza-Pérez, Miguel A. Catalá, Francisco Ruiz Sanz, Pedro M. Ruiz-Lázaro. Oscar herreros-Rodríguez, Marta García-Giral, Juan Ortiz-Guerra, José A. Alda-Díez, Dolores Mojarro-Práxedes,Tomás Cantó-Díez, María J. Mardomingo-Sanz, Jordi Sasot-Llevadot, Monserrat Pàmias, Francisco Rey-Sánchez; Grupo Especial de interés en el TDAH (GEITDAH).

- Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. Orjales Villar, I. CEPE. 2006.

- Didáctica escolar para alumnos con TDAH. Casajús Lacosta A., Horsori monográficos. 2009.

- Escolares con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). Orientaciones para el Profesorado. Editado por la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa del Gobierno de Canarias. 2006.

- Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rodríguez Molinero, López Villalobos



J.A, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera M T, Ruiz Sanz F. Rev. Pediatría Aten. Primaria v.11 n.42 Madrid abr.-jun. 2009.

- Guía Clínica de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Castilla la Mancha (SESCAM).

- Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH, transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Ureña E. STILL. 2007.

- Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. MENA B., Nicolau P. y otros. Ediciones Mayo. 2006.

- Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDA-H. FUNDAICYL. Junta de Castilla y León.

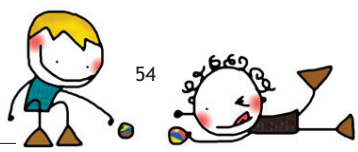
- La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Fernández M, Hidalgo I, Lora A, Sánchez L, Rodríguez L, Eddy LS, García JM, Casas J, Cardo E, Royo J, López-Villalobos JA, Cañete B y Gonzalvo C.

- NICE. Attencion deficit hyperactivity disorder: diagnosis and Management of ADHD in children, Young people and adults. London NICE: 2008.

- Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales. Barkley, Russell A. Paidos Iberica. 1999.

- OMS. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research". 1992.

- Programa de entrenamiento en planificación. De Miguel Durán M., CEPE. 2007.

- Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactivad. Orjales Villar, I., Polaina A., CEPE. 2006.

- Testimonios de Madres con hijos hiperactivos. Acebes I., Alcaraz MJ.- J deJ editores. 2005.