



Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

AUTORES

Coordinadora

Carmen Merina Díaz. *Psiquiatra. USMIJ. CS Espartero. Logroño.*

Secretaria

Cristina Nuez Vicente. *Psicóloga. Dirección General de Salud Pública y Consumo.*

Dirección General de Educación

M^a Ángeles Grisaleña Martín. *Jefa del Servicio de Atención a la Diversidad.*

Inmaculada Anguiano Ladrón. *Coordinadora General del Servicio de Atención a la Diversidad.*

Ana M^a Rodríguez Martínez. *Directora del Equipo de Orientación Educativa de la Rioja Alta. Haro.*

Montserrat Santos Herce. *Directora del Equipo de Orientación Educativa de la Rioja Baja. Calahorra.*

M. Maryolen Calleja Miguel. *Orientadora del IES La Laboral. Logroño.*

M^a Ángeles Sánchez García. *Orientadora y maestra PT del CPC Santa María. Logroño.*

Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria

M^a De los Llanos De la Torre Quiralte. *Pediatra. CS Labradores. Logroño.*

Francisco Jiménez Monteagudo. *Pediatra. CS Espartero. Logroño.*

Neuropediatría

M^a Luisa Poch Olive. *Pediatra. Hospital San Pedro. Logroño.*

Alberto García Oguiza. *Pediatra. Hospital San Pedro. Logroño.*

Cristina Fuentes Rodrigo. *Pediatra. Fundación Hospital de Calahorra.*

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Marta Aurés Serrat. *Psicólogo Clínico. USMIJ CS Espartero. Logroño.*

Isabel Jiménez Martínez. *Psicólogo Clínico. USMIJ CS Espartero. Logroño.*

Raisa Agustín Morras. *Psiquiatra. USMIJ CS Espartero. Logroño.*

Marta Fernández González. *Psicólogo Clínico. USMIJ CS Espartero. Logroño.*

Medicina de Familia y Comunitaria

Rosa Ana Arribas García. *Médico de Familia. CS Cascajos. Logroño.*

Laura Morales Lafuente. *Médico de Familia. CS Arnedo. Arnedo.*

AGRADECIMIENTOS

Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia.

Asociación Riojana de Padres de Niños Hiperactivos - ARPANIH.

PRESENTACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y la adolescencia, con clara repercusión en los ámbitos familiar, educativo y social. Esto ha llevado a lo largo de los años a un incremento progresivo en la demanda asistencial de los profesionales que abordan este trastorno.

Tanto es así que en el año 2013 ya se presentó un protocolo de intervención educativa de esta población y, en el año 2016, el III Plan de Salud Mental recogía entre sus objetivos la necesaria coordinación y colaboración entre todos los servicios implicados en la intervención de los trastornos de mayor prevalencia, como es el caso del TDAH.

La Consejería de Salud y la Consejería de Educación, Formación y Empleo 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 elaborado de forma conjunta y consensuada este *Protocolo de coordinación para la atención a los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Pretende conseguir una coordinación efectiva y multidisciplinar en el abordaje de esta patología, facilitando cauces de comunicación y actuación entre profesionales sanitarios y educativos, con el menor y su familia. De esta forma, garantizar el éxito de las intervenciones, unificando criterios de intervención y manteniendo la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso.

En este protocolo se ha querido dar énfasis a los niveles primarios de atención, tanto en salud como en educación, siendo los pediatras de atención primaria y los tutores de los centros educativos los profesionales implicados principalmente en la detección de los niños y adolescentes con TDAH.

Conscientes de la implicación de factores sociofamiliares que a veces están presentes en la fase diagnóstica, Servicios Sociales en este nivel primario, ha incorporado un programa de grupo de apoyo a las familias con factores sociales o estilos educativos discordantes.

El Protocolo de Coordinación se ha diseñado como una herramienta de trabajo práctica y dinámica dirigida a todos los profesionales que participan en el abordaje de este trastorno, que les permita homogeneizar el procedimiento de actuación, asegurando la calidad de las

intervenciones emprendidas y logrando un mayor grado de satisfacción tanto de las familias como de los propios profesionales.

Por tanto, se plantea el abordaje del TDAH desde una perspectiva multidisciplinar en la que resulta fundamental la continuidad de cuidados entre los niveles sanitario y educativo, así como en la atención en su paso a la vida adulta.

No queda más que agradecer el trabajo realizado a todos aquellos profesionales que han hecho posible la realización de este protocolo.

María Martín Díez de Baldeón
Consejera de Salud

Alberto Galiana García
Consejero de Educación, Formación y Empleo

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS	11
3. FASES DEL PROTOCOLO	12
3.1. Primera fase: Preevaluación.....	12
3.2. Segunda fase: Evaluación y diagnóstico.....	13
3.2.1 Educación	13
3.2.2 Salud	14
Diagnóstico diferencial.....	14
Comorbilidad	15
Criterios de derivación a servicios de atención especializada de Salud	15
3.3. Tercera fase: Tratamiento y seguimiento	17
3.3.1 Salud	17
3.3.2 Educación	18
3.4. Algoritmo de intervención (niños)	20
3.5. Algoritmo de intervención (adolescentes).....	21
3.6. Algoritmo de intervención (educación)	22
4. EVALUACIÓN	23
5. BIBLIOGRAFÍA	25
6. ANEXOS.....	28
6.1. Coordinación	29
6.1.1 Autorización de traspaso de información entre profesionales	29
6.1.2 Cuestionarios SDQ y Conners para padres y tutores	30
6.1.3 Petición de información escolar por parte del pediatra al tutor	33
6.1.4 Petición de información sanitaria por parte del tutor al pediatra.....	35
6.1.5 Criterios de inclusión en los Grupos de Apoyo Familiar de Servicios Sociales.....	37
6.1.6 Formulario de derivación a los Grupos de Apoyo Familiar de Servicios Sociales.....	38
6.2. Ámbito sanitario.....	39
6.2.1 Criterios TDAH en DSM-5 y CIE-10	39
6.2.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidades	45
6.2.3 Pediatría de Atención Primaria	46
6.2.3.1 Criterios de sospecha clínica para el pediatra de atención primaria.....	46
6.2.3.2 Modelo de informe clínico de atención primaria para el centro escolar.....	47

6.2.3.3 Modelo de informe clínico para la derivación a atención especializada (neuropediatría / USMIJ)	49
6.2.3.4 Tratamiento del TDAH desde la consulta de pediatría de atención primaria.	50
6.2.4 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil	52
6.2.4.1 Evaluación y tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.	52
6.2.4.2 Derivación a Unidad de Adolescentes.....	54
6.2.4.3 Modelo de informe clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil para familias, profesionales de atención primaria y centros escolares.....	57
6.2.5 Neuropediatría	59
6.2.5.1 Modelo de informe clínico de neuropediatría para familias, profesionales de atención primaria y centros escolares.	59
6.2.6 Tratamiento farmacológico	60
6.2.6.1 Cribado de riesgo cardiovascular	60
6.2.6.2 Fármacos con indicación para el tratamiento de TDAH	61
6.2.6.3 Seguimiento durante el tratamiento farmacológico.	62
6.3. Ámbito educativo	63
6.3.1 Informe psicopedagógico de derivación	63
6.3.2 Pruebas psicopedagógicas de uso frecuente en orientación.....	68
6.3.3 Estrategias a desarrollar con el alumnado TDAH en el centro y en el aula.....	70
6.3.4 Glosario.....	78

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual heterogéneo de inicio precoz caracterizado por la combinación de los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad, con una frecuencia e intensidad superior a lo esperable para la edad y desarrollo del individuo, con gran variabilidad en cuanto a su presentación, intensidad, gravedad y repercusión en su vida diaria. Se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

Es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y adolescencia, constituyendo un motivo frecuente de consulta en atención primaria y de derivación a atención especializada. Por ello y dada la elevada prevalencia, puede considerarse un problema de salud pública.

El diagnóstico del TDAH es eminentemente clínico. La afectación de los tres síntomas nucleares —déficit de atención, hiperactividad e impulsividad— es recogida en los criterios diagnósticos establecidos en el manual DSM-5 de la American Psychiatric Association y en la clasificación CIE-10 de la OMS.

Los menores con TDAH presentan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas en muchos casos por la comorbilidad que lleva asociada, principalmente con trastornos del aprendizaje, del comportamiento, del estado de ánimo y de ansiedad.

Es evidente que los pediatras de atención primaria de salud y los tutores de las etapas de educación primaria y secundaria se encuentran en una posición privilegiada para realizar la detección y preevaluación del niño o adolescente con sospechas de TDAH por su accesibilidad y experiencia comparativa con su grupo de edad. El papel referente en su salud y educación redundará en agilizar la intervención y evitar la derivación innecesaria a otros niveles asistenciales. En este sentido, es importante conocer las dificultades del niño, con independencia de que exista o no un diagnóstico clínico, para que los servicios educativos y sanitarios activen cuantos recursos pedagógicos consideren oportunos para paliar dichas dificultades.

El objetivo de este primer nivel es mantener y tratar las dificultades que se puedan subsanar en aquellos casos que no necesiten una intervención más específica o no cumplan los criterios diagnósticos, proporcionando una educación y atención sanitaria adecuada a sus características y necesidades.

El abordaje del TDAH se plantea desde una perspectiva multidisciplinar en la que resulta imprescindible definir los criterios de actuación y coordinación en los diferentes niveles y recursos con un diseño del flujo de actuación claro y eficaz.

Con este fin se ha desarrollado este Protocolo de Coordinación que pretende facilitar la comunicación y traspaso de información entre los profesionales implicados. Hemos considerado al menor y su familia el centro de transmisión de la información, al objeto de garantizar el éxito de las intervenciones en la continuidad asistencial y educativa a lo largo del proceso

Datos epidemiológicos

El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más común a nivel mundial, con una prevalencia, en países desarrollados, que se estima en torno al 3'4% en niños y al 3% en adultos, según los últimos estudios epidemiológicos publicados.

En nuestro país, según un metaanálisis de Catalá-López publicado en 2012 sobre 14 estudios epidemiológicos españoles, la prevalencia estimada es del 6'8%.

No existen estudios amplios de población para conocer la prevalencia real del TDAH en La Rioja. Los cambios en el sistema de registro informático, así como la unificación de criterios diagnósticos en los diferentes niveles sanitarios, ofrecen una buena oportunidad para facilitar futuros estudios epidemiológicos.

La Consejería de Educación, Formación y Empleo, a través de los datos recogidos en la Plataforma RACIMA, ofrece cifras del curso escolar 2016-2017. De un total de 44.455 alumnos (desde Educación Infantil a Bachillerato) un 2'1% tienen señaladas necesidades específicas de apoyo educativo asociadas al TDAH.

Etapa formativa	Nº de alumnos	% TDAH	Total	% TDAH
2º ciclo de educación infantil, educación primaria, ESO, bachillerato,	44.455	2.1%		
Formación profesional básica, ciclos formativos de grado medio y superior	5.762	-	54.264	1.74%
Adultos y educación a distancia	4.047	-		

Alumnos del curso escolar 2016-2017: 64.597 alumnos (incluyendo idiomas y educaciones artísticas)

En este protocolo se ha seguido los criterios recogidos en el DSM-5 y la CIE-10. Dichos criterios, así como las variaciones recogidas en el DSM-5 respecto al DSM-IV, pueden consultarse en el anexo 6.2.1.

2. OBJETIVOS

Objetivos generales

- Crear una red coordinada en el abordaje de los niños y adolescentes con TDAH entre los profesionales encargados de dicha intervención.
- Mejorar la evolución y pronóstico de los menores con TDAH, minimizando el impacto negativo que provoca en su vida y en la de su familia.

Objetivos específicos

- Detectar los casos existentes en todos los niveles asistenciales de actuación.
- Consensuar herramientas de diagnóstico en los distintos niveles.
- Unificar los criterios de intervención para el TDAH.
- Revisar los criterios de derivación y flujo entre los profesionales.
- Establecer pautas de comunicación entre los mismos.
- Potenciar la atención multidisciplinar y seguimiento individualizado del menor en un plano tanto transversal como longitudinal.
- Identificar población de riesgo con situaciones familiares y/o sociales negativas que influyan de manera determinante en el inicio del trastorno.
- Mejorar el sistema de registro de los menores con TDAH para conocer así la incidencia y prevalencia del trastorno en nuestra comunidad autónoma.

3. FASES DEL PROTOCOLO

Primera fase: Preevaluación

Segunda fase: Evaluación y diagnóstico

Tercera fase: Tratamiento y seguimiento

3.1. Primera fase: Preevaluación

La finalidad de esta primera fase es identificar niños en las etapas tempranas de un posible TDAH. Los ámbitos más próximos en los que se pueden detectar precozmente son tres: la familia, el tutor o profesorado del centro educativo y el pediatra o médico de atención primaria.

En este protocolo consideraremos la familia como núcleo central y canal de la comunicación e información entre profesionales. En cumplimiento de las normas vigentes, se les solicitará que firmen la autorización para el traspaso de información (anexo 6.1.1).

En caso de no aceptarse dicha evaluación ni ofrecerse manejo alternativo por parte de la familia, en función de la gravedad, se evaluará la necesidad de derivar a servicios sociales de base.

En la práctica, lo más habitual, es que la sospecha surja en el centro docente por las dificultades (de aprendizaje, de atención, de comportamiento...) que presentan estos alumnos.



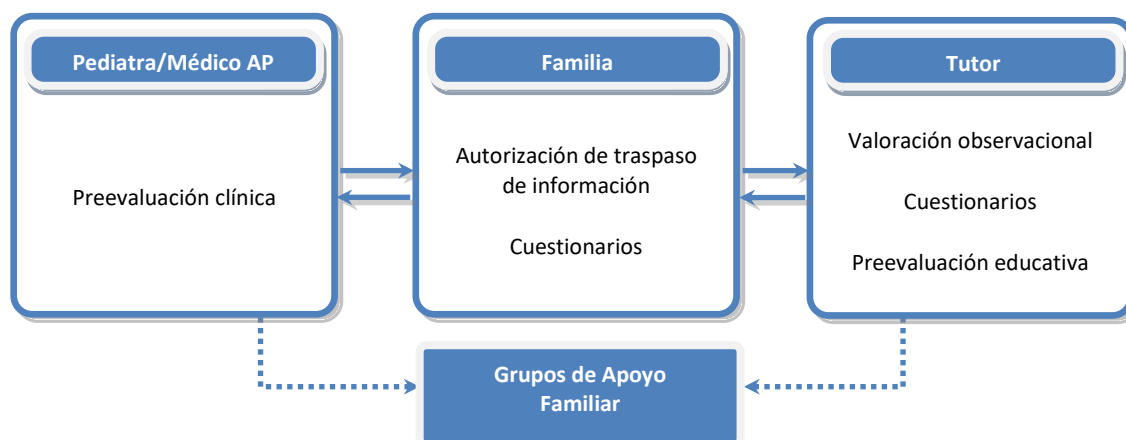
En estos casos el tutor o responsable de orientación (ESO) del centro educativo contactará, a través de la familia, con el pediatra o médico de atención primaria para solicitarle información acerca de la situación clínica del niño (anexo 6.1.4) y, además, adjuntará a la solicitud, una vez cumplimentados, los cuestionarios SDQ y Connors para tutores (anexo 6.1.2).

Si el caso es detectado por el pediatra o el médico de atención primaria, éstos contactarán con los tutores del centro educativo solicitándole información acerca del alumno en el entorno escolar e incluirán la justificación de la sospecha de este trastorno (anexo 6.1.3).

Para ayudar en esta fase de preevaluación, también se solicitará a los padres que rellenen los cuestionarios (SDQ y Conners) (anexo 6.1.2) y los aporten a su pediatra o médico de atención primaria.

Una vez realizada la preevaluación, el pediatra o médico de atención primaria emitirá un informe clínico (anexo 6.2.3.2) que la familia aportará al centro escolar, en el que se recogerá la impresión diagnóstica inicial si la tuviera y posibles recomendaciones.

Si se detectan síntomas coincidentes con TDAH cuyo origen se sospeche en dificultades familiares por inconsistencia en las pautas educativas, disfunciones familiares, problemas de contención, factores ambientales... se derivará a los Grupos de Apoyo Familiar dependientes de Servicios Sociales (anexos 6.1.5 y 6.1.6). Dicha derivación se hará, básicamente, desde el primer nivel y podrá partir tanto desde los profesionales sanitarios como de los educativos.



3.2. Segunda fase: Evaluación y diagnóstico

3.2.1 Educación

Si del resultado de la preevaluación se recomendara la valoración por parte del orientador, éste emitirá un informe psicopedagógico de derivación (anexo 6.3.1) que incluirá:

- Nivel de competencia curricular y rendimiento académico.
- Capacidad cognitiva (recomendado WISC).
- Estilo de aprendizaje.

- Existencia, si las hubiera, de dificultades específicas de aprendizaje.
- Información acerca de su adaptación e integración en el medio escolar, si no han sido aportadas anteriormente por el tutor.

Las pruebas psicopedagógicas de uso frecuente en orientación, así como las aconsejadas en estos casos, están reflejadas en el anexo 6.3.2.

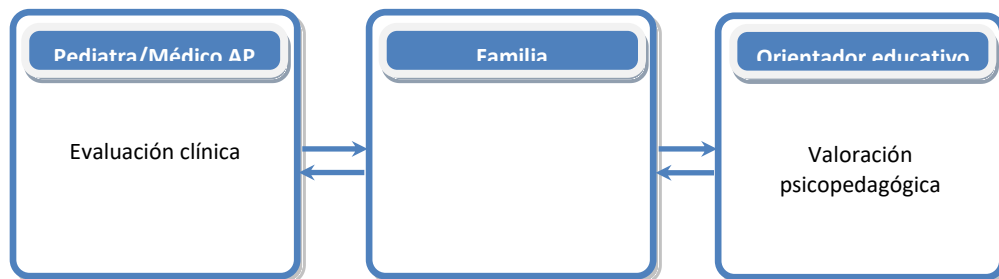
3.2.2 Salud

En caso de sospecharse un trastorno clínico, el profesional de atención primaria solicitará en su informe clínico la valoración psicopedagógica por parte de los servicios de orientación del centro educativo, iniciándose así la fase de evaluación.

Al tratarse de un diagnóstico clínico, la entrevista con la familia y el menor, incluyendo una anamnesis y una exploración regladas, siguen siendo la principal herramienta del profesional sanitario. De forma opcional pueden utilizarse otras escalas y cuestionarios (Vanderbilt, Magallanes, EDAH, SNAP-IV...) que, aunque no permiten ser utilizadas como herramientas diagnósticas exclusivas, suponen una buena medida de estudio y análisis de información.

El diagnóstico se realiza en base a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 o la CIE 10 (anexo 6.2.1). Siempre tiene que existir una clara limitación funcional en las áreas personal, familiar, escolar y social que no se puedan justificar por otras causas.

Sólo serán necesarias exploraciones clínicas complementarias (EEG, potenciales evocados, analítica...) si la exploración física y la historia clínica del paciente lo justifican. A fecha de hoy, ninguna prueba reúne la sensibilidad y especificidad como para ser considerada por sí misma como diagnóstica en el TDAH.



Diagnóstico diferencial

Los síntomas nucleares del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad) no son específicos exclusivamente del trastorno. El primer diagnóstico diferencial obligado se debe plantear

con conductas que se encuentren dentro de la normalidad. Para ello, es importante valorar la cantidad e intensidad de los síntomas, la permanencia en el tiempo y su impacto funcional en las diferentes situaciones; la existencia de factores estresantes, así como las exigencias del entorno y la existencia de unas pautas familiares educativas consistentes y adecuadas.

A la hora de hacer el diagnóstico diferencial es importante para el clínico de atención primaria tener en cuenta otras entidades orgánicas, neurológicas, psicológicas, psiquiátricas... (anexo 6.2.2)

Comorbilidad

Los trastornos que con más frecuencia están asociados de forma comórbida al TDAH en niños y adolescentes son los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno de conducta, el trastorno del desarrollo del lenguaje, el trastorno negativista desafiante, los trastornos de ansiedad y el consumo de tóxicos en adolescentes.

En los casos que presenten dudas diagnósticas o comorbilidad está indicada la derivación a atención especializada. Ésta se realizará de forma coherente a los criterios clínicos que orienten a la existencia de un diagnóstico diferencial o comorbilidad de tipo neurológico o psicopatológico, evitando la duplicidad innecesaria o la arbitrariedad de interconsultas (anexo 6.2.3.3).

Criterios de derivación a servicios de atención especializada de Salud

Criterios de derivación a Neuropediatría

- Si existe sospecha de trastorno sindrómico, genético u organicidad subyacente (epilepsia, talla baja...).
- Si presenta un nivel cognitivo bajo.
- Si el diagnóstico orienta a un trastorno específico del aprendizaje.
- Si existe un trastorno específico del lenguaje.
- Si existen dudas diagnósticas con un trastorno neurológico.
- Si se sospecha interferencia orgánica.

Criterios de derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

- Si existen dudas diagnósticas.
- Si es necesario diagnóstico diferencial con otros trastornos psicopatológicos.
- Si se asocia a otros trastornos psicopatológicos, comórbidos a los síntomas nucleares.
- Si desde Atención Primaria la evolución no es favorable y/o necesita orientación sobre el tratamiento farmacológico.
- Si se sospecha interferencia psicopatológica familiar.

Criterios de derivación a la Unidad de Adolescentes (a partir de 14 años)

- Si presenta comorbilidad.
- Si precisa valoración psicopatológica para poder establecer un plan de acción individualizado.
- Si precisa reevaluación un paciente tratado previamente que no siga tratamiento farmacológico.
- Si en un paciente con TDAH existe consumo de tóxicos.
- Si presenta mala evolución a pesar del ajuste farmacológico.
- Cuando precisen cambio de principio activo del tratamiento farmacológico, para iniciar pauta y valorar eficacia.

Criterios de derivación entre los servicios de atención especializada de salud

- Para mejorar la calidad asistencial y evitar la duplicidad no justificada en la atención se realizará la derivación a otro servicio cuando los síntomas comórbidos, psicopatológicos u orgánicos conformen el diagnóstico principal, siendo dado de alta en el servicio de origen.

Criterios de derivación a otros servicios especializados de salud

- Si existe sospecha de alteración sensorial (oftalmología, ORL)

3.3. Tercera fase: Tratamiento y seguimiento

3.3.1 Salud

Tratamiento

Una vez finalizada la fase de evaluación y diagnóstico, cada profesional establecerá el plan de intervención individualizado que constará de la propuesta de tratamiento, seguimiento, derivación o alta.

En todos los casos, el facultativo informará a la familia del diagnóstico y ofrecerá las pautas de actuación con el menor, las medidas de intervención propuestas y los objetivos a alcanzar. El plan de tratamiento individual se hará de forma coordinada salud-familia-colegio, por lo que todo el personal sanitario (facultativos de atención primaria, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras) deben emitir un informe clínico que será facilitado al servicio de orientación escolar y, en su caso, al resto de profesionales sanitarios implicados. El protocolo dispone de un modelo para el pediatra de atención primaria (anexo 6.2.3.2) y para los profesionales de la USMIJ (anexo 6.2.4.3) y de neuropediatría (anexo 6.2.5.1).

El tratamiento multidisciplinar del TDAH sigue siendo el que ha demostrado mayor eficacia, combinando terapia psicopedagógica, psicológica y farmacológica, según cada caso. En niños menores de 6 años se recomienda priorizar tratamientos no farmacológicos y derivar a Atención Temprana.

En caso de instaurar tratamiento farmacológico será necesario:

- a) Que sea prescrito por un facultativo experimentado en su manejo (notas para el pediatra de atención primaria en el anexo 6.2.3.4).
- b) Realizar y registrar la historia cardiovascular antes de instaurar tratamiento farmacológico (anexo 6.2.6.1).
- c) Valorar contraindicaciones e interacciones farmacológicas (anexo 6.2.6.2). Aquellos casos que no haya respondido o no hayan tolerado el metilfenidato, se derivarán a atención especializada para valorar otras opciones terapéuticas.
- d) Coordinar con el tratamiento pedagógico y psicológico.

Seguimiento

En esta fase es imprescindible la continuidad de coordinación entre los distintos profesionales implicados, tanto para verificar la evolución del menor, como para evaluar el funcionamiento del plan de intervención previsto en salud, en el ámbito educativo y familiar.

El seguimiento debe realizarse periódicamente, incluyendo la valoración de la respuesta a la intervención psicopedagógica, psicológica, familiar.

En caso de indicarse tratamiento farmacológico, deberá valorarse además el control de síntomas nucleares, la aparición de efectos secundarios, las constantes somatométricas, la reevaluación de posibles comorbilidades (anexo 6.2.6.3) y la calidad de vida.

Tras instaurar tratamiento farmacológico se recomienda seguimiento al mes, 3 meses y posteriormente cada 6 meses o si hay cambios en la medicación. Tras lograr estabilidad, al menos una vez al año se evaluará el impacto del TDAH en el niño y familia.

En caso de no instaurar tratamiento farmacológico, el seguimiento será flexible en función de la edad y los objetivos propuestos, cada 4 o 6 meses.

Atención Especializada

Los casos derivados a atención especializada serán evaluados por el servicio pertinente, que marcará las pautas de tratamiento y seguimiento en el propio servicio o explicitará alta y derivación para su seguimiento en atención primaria.

Si existe mejoría clínica y evolución favorable y estable, el seguimiento, incluidos los mayores de 14 años, se continuará desde atención primaria. En cualquier caso, será necesario informe de alta o derivación (anexos 6.2.4.3 y 6.2.5.1) que deberá incluir recomendaciones sobre el seguimiento. Si está en tratamiento farmacológico, constarán las pautas de tratamiento (ajustes de dosis, vacaciones terapéuticas) y señales de alarma si las hubiera. Tras un período de tiempo con estabilidad sintomática y buena calidad de vida, se consensuará con la familia la supresión temporal y valorar la necesidad de tratamiento farmacológico.

3.3.2 Educación

El orientador del centro educativo, una vez confirmado el diagnóstico, reevaluará las necesidades psicopedagógicas que pueda tener el alumno y diseñará una estrategia de

intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia y profesorado (intervención en el aula, tutorías, agenda escolar, etc.).

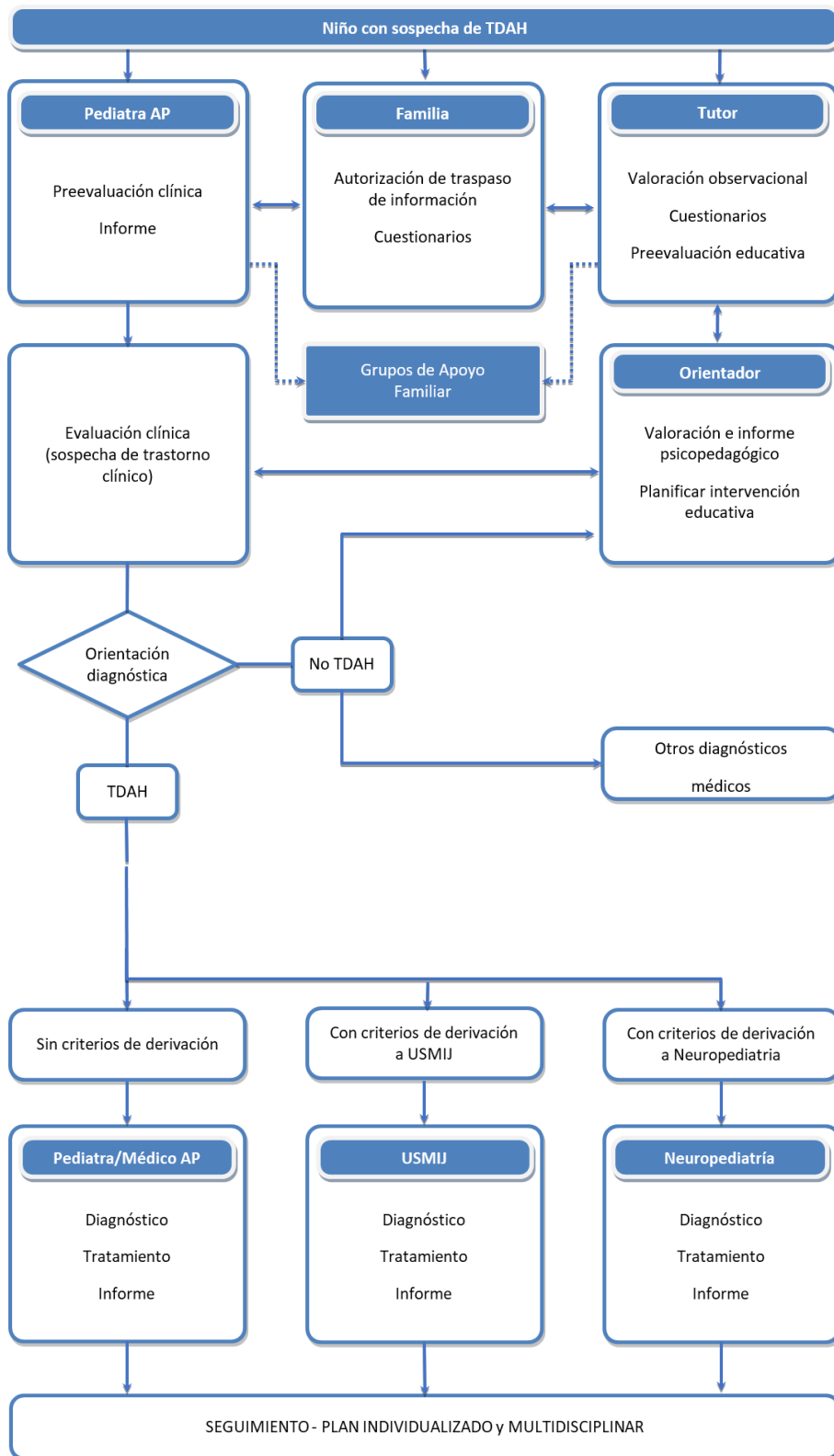
Las estrategias a desarrollar con el alumnado TDAH en el centro y en el aula están recogidas en el anexo 6.3.3.

De esta forma, participará del plan de tratamiento y seguimiento individualizado, junto a los servicios sanitarios.

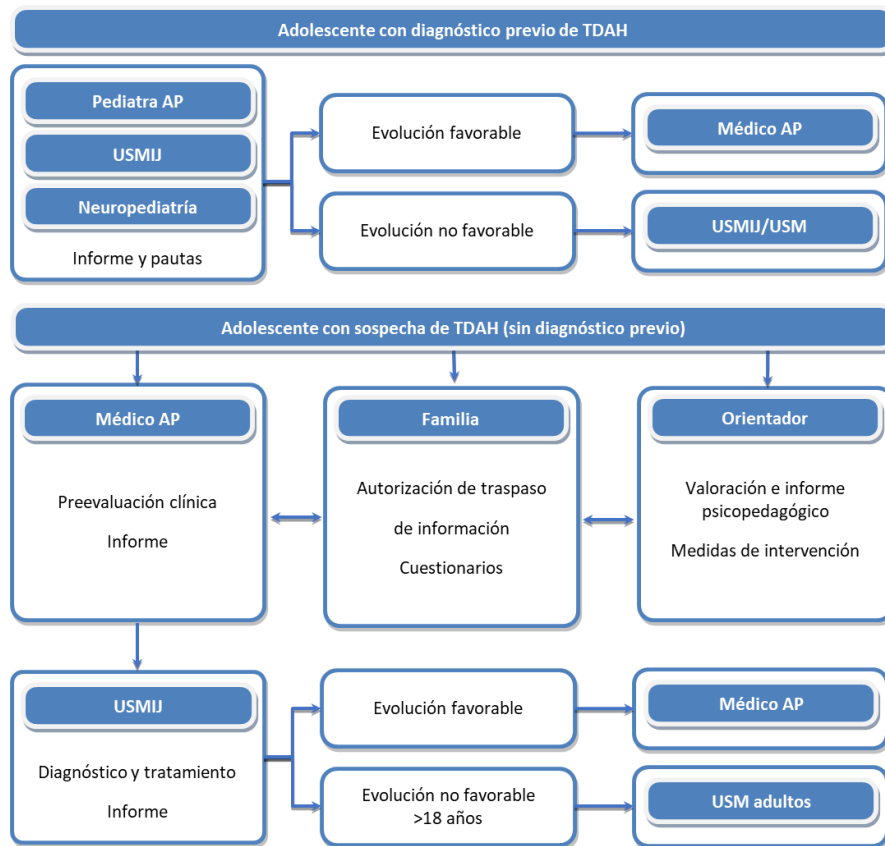
Si el alumno con TDAH no presenta necesidades específicas de apoyo educativo, se informará y darán orientaciones a la familia y al profesorado realizando el seguimiento.

Cuando no se objetive el cumplimiento de criterios de TDAH, el orientador valorará la existencia de otros problemas educativos, estudiando las necesidades individuales de cada caso y llevando a cabo el seguimiento en su centro escolar (valoración de apoyo educativo, orientaciones a familia y profesorado, etc.).

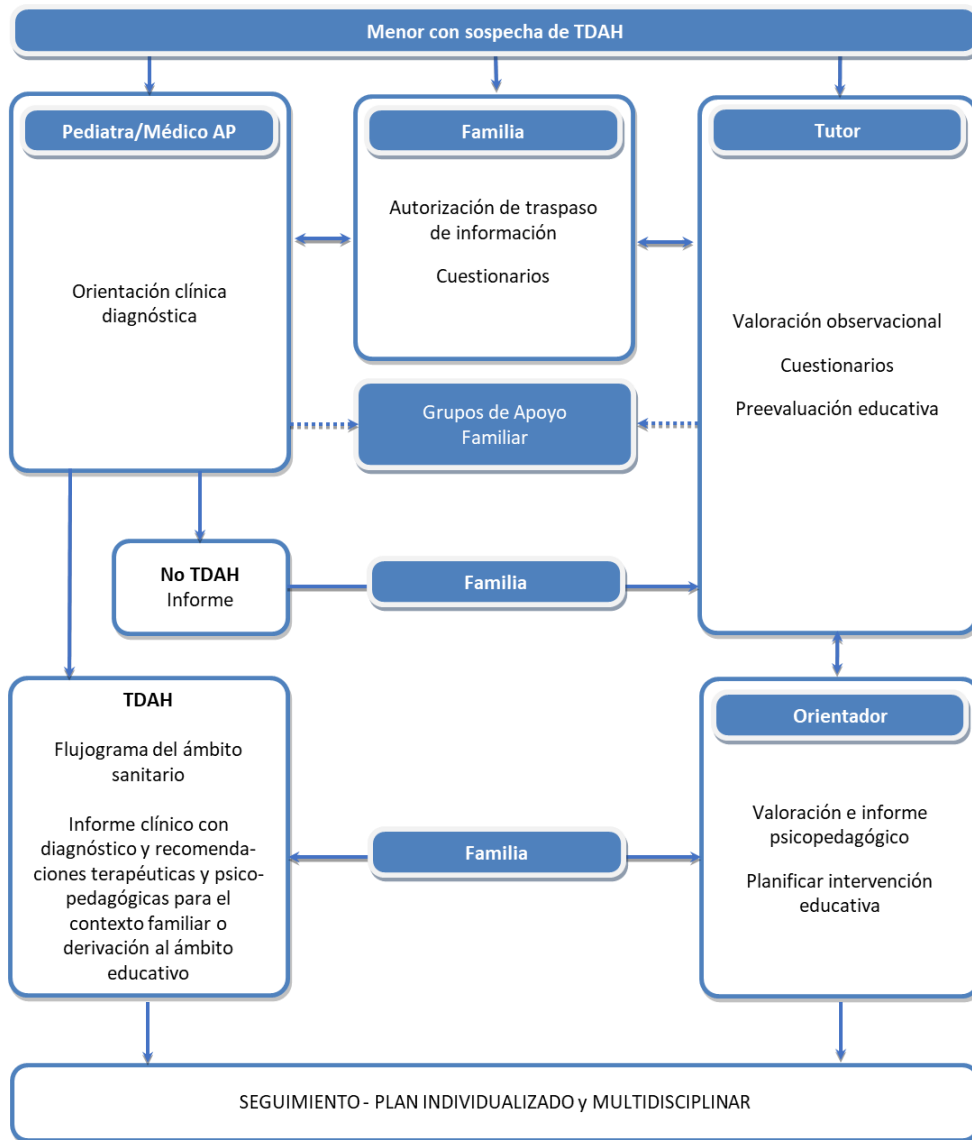
3.4. Algoritmo de intervención (niños)



3.5. Algoritmo de intervención (adolescentes)



3.6. Algoritmo de intervención (educación)



4. EVALUACIÓN

La evaluación del protocolo se llevará a cabo a través de la Comisión de Seguimiento formada por un representante de cada servicio y que se reunirá periódicamente.

Siguiendo los objetivos generales de este protocolo, la evaluación se realizará en base a:

Información de Servicios educativos

- Nº de alumnos derivados a Servicios Sanitarios por cumplir con criterios de TDAH.
- Nº de familias derivadas a programa Grupo de Apoyo Familiar de servicios sociales.
- Nº de alumnos con diagnóstico de TDAH que precisan intervención de los Servicios de Orientación que atiende el centro educativo.
- Principales dificultades encontradas en el protocolo.
- Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo.

Información de Servicios sanitarios

Pediatría de Atención Primaria

- Nº total de pacientes con diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de TDAH en Pediatría de Atención Primaria.
- Nº de pacientes que son derivados al servicio de Neuropediatría para diagnóstico o tratamiento.
- Nº de pacientes que son derivados a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para diagnóstico o tratamiento.
- Nº de familias que son derivadas al programa de Grupos de Apoyo Familiar.
- Principales dificultades encontradas en el protocolo por los pediatras de Atención Primaria.
- Principales beneficios y logros percibidos por los pediatras de Atención Primaria con la puesta en marcha del protocolo.

Medicina Familiar y Comunitaria

- Nº total de pacientes con diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de TDAH en Atención Primaria.
- Nº de pacientes derivados a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (adolescentes) para diagnóstico y/o tratamiento-seguimiento.
- Nº de pacientes derivados a la Unidad de Salud Mental (adultos) para diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento.
- Principales ventajas/inconvenientes encontrados en el protocolo por los médicos de Atención Primaria.

Neuropediatría

- Nº de pacientes evaluados y diagnosticados por Neuropediatría.
- Nº de pacientes derivados a Atención Primaria.
- Nº de pacientes derivados a Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Principales dificultades encontradas en el protocolo.
- Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

- Nº de pacientes evaluados con sospecha de TDAH.
- Nº de pacientes con diagnóstico de TDAH más comorbilidad.
- Nº de pacientes con tratamiento farmacológico y/o psicológico.
- Principales dificultades encontradas en el protocolo.
- Principales beneficios y logros alcanzados con la puesta en marcha del protocolo.

5. BIBLIOGRAFÍA

Utilizada para la elaboración de este protocolo

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). *Informe de Posicionamiento Terapéutico de guanfacina (Intuniv®) en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. IPT, 13/2017. V2.
2. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Artigas-Pallarés J, Guitart M, Gabau-Vila E. (2013) *Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo*. Rev Neurol 2013; 56(1): S23-24.
4. Asociación Riojana de Padres de Niños Hiperactivos - ARPANIH. *Guía TDAH*. Consultado el 04/05/2018. Disponible en: www.arpanih.org
5. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies*. BMC Psychiatry. 2012 Oct 12; 12: 168.
6. Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud. *Protocolo de abordaje del TDAH en el sistema sanitario público de Andalucía*. 2017.
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Base de Datos del Conocimiento Sanitario Bot PLUS 2.0*. Disponible en : botplusweb.portalfarma.com
8. Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja. *Protocolo de intervención educativa con el alumnado con TDAH*. 2012.
9. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias. *Programa para la atención educativa del alumnado con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH-Canarias)*. 2010.
10. Faraone SV, Doyle AE. *Genetic influences on attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biol Psychiatry 2005; 57: 1313-1323.
11. Fernández Pérez M (coord). *El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 (Supl 4).
12. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sánchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives LS, et al. Grupo de Trabajo para el TDAH de la AEPap. Grupo de Trabajo de la SEPEAP. *La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica*. Madrid: Ed. Acindes; 2009.
13. García Cruz JM, González Lajas JJ. *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. AEPap. 2016 (en línea) consultado el 04/05/2018. Disponible en algoritmos.aepap.org
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010*. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM No 2007/18.

15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
16. Grupo de trabajo EOEP de Aragón. *Guía práctica: déficit de atención*.
17. Grupo de trabajo perteneciente a la USMIJ del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del área la Mancha - Centro. *Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDA-H en niños y adolescentes para profesionales*. 2010.
18. Láez Álvarez MC, Requejo Gutierrez M, Silvano Toquero JJ, Velasco Velado MC, et al. *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León.
19. Mitchell JF, McIntyre EM, English JS, et al. *Pilot Trial of mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning and Emotion Dysregulation*. J of Att Dis. 2017; 21(13) : 1105-20.
20. Montañés-Rada F, Gastaminza Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, et al; Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH). *Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Rev Neurol 2010; 51: 633-7.
21. NICHQ. American Academy of Pediatrics. *Caring for Children with ADHD: A Resource Toolkit for Clinicians* (en línea). Disponible en: www.nichq.org/resource/caring-children-adhd-resource-toolkit-clinicians
22. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiatry. 2007; 164: 942–948.
23. Quintero FJ. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Barcelona: Elsevier Masson ; 2009.
24. Soutullo C, Díez A. *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
25. Thapar A, Cooper M. *Attention deficit hyperactivity disorder*. Lancet. 2016; 387; 1240-50.
26. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Riojano de Salud. *Protocolo para atención primaria de intervención y derivación en el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en la infancia*. Documento de trabajo. 2004.
27. Van der Oord S, Bögels S, Peijnenburg D. *The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents*. J Child Fam Stud. 2012; 21 (1): 139-47.
28. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011; 21: 655–79.

Recomendada para profesionales, incluyendo páginas webs

29. Asociación de Padres de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: www.anshda.org/
30. Asociación Riojana de Padres de Niños Hiperactivos - ARPANIH: www.arpanih.org

31. Castells P. Nunca quieto. Siempre despistado: ¿tendrá TDAH? Ed. Espasa Calpe. Madrid 2006
32. CHADD: www.chadd.org
33. F.E.A.A.D.A.H.: www.feaadah.org
34. Fundación ADANA: www.fundacionadana.org
35. Fundación Educación activa: www.educacionactiva.com
36. Orientación educativa en La Rioja: orientacion.edurioja.org
37. Oviedo García J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía práctica para profesores de secundaria
38. TDAH Europe. Plataforma Europea de TDAH: www.adhdeurope.eu
39. Grupo de TDAH y Desarrollo Psicoeducativo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: www.aepap.org/grupos/grupo-de-tdah-y-desarrollo-psicoeducativo
40. NIH. Instituto Nacional de Salud de los EE.UU.:
www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-facil-de-leer/index.shtml

6. ANEXOS

6.1. Coordinación

6.1.1 Autorización de traspaso de información entre profesionales

D/D^a

(nombre y apellidos del padre/madre/tutor legal)

mayor de edad, en calidad de padre / madre / tutor legal del menor

(nombre y apellidos del menor)

- Sí doy el consentimiento
 NO doy el consentimiento

para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo(a)/tutelado(a) esté a disposición de los profesionales sanitarios, educativos y sociales que han de intervenir en el proceso de atención del mismo.

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

Para que conste a los efectos oportunos,

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firmado

(firma del tutor legal)

(si corresponde, firma del menor)

6.1.2 Cuestionarios SDQ y Conners para padres y tutores

A continuación, le agradeceríamos marcarse con una cruz el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Para ello, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

SDQ-Cas M4-17 ©R. Goodman		No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
01	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas para tutores:

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

.....
.....

¿Cree usted que este niño/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

- Sí, pequeñas dificultades Sí, claras dificultades Sí, severas dificultades No

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

- Más de un año 6 a 12 meses 1 a 5 meses Menos de 1 mes

¿Cree usted que estas dificultades le preocupan o le causan malestar al niño/a?

- No Sólo un poco Bastante Mucho

¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de este niño/a en las siguientes áreas?

- | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Relacion con compañeros | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |
| Aprendizaje en la escuela | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |

¿Suponen estas dificultades mayor esfuerzo para usted o para la clase?

- No Sólo un poco Bastante Mucho

Por último, marque la opción que MEJOR describa el comportamiento de su alumno/a:

CTRS ©K.Conners		Nada	Poco	Bastante	Mucho
01	Tiene excesiva inquietud motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Se distrae fácilmente, tiene escasa atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Molesta frecuentemente a otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Tiene aspecto enfadado, huraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Cambia bruscamente sus estados de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Intranquilo/a, siempre en movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Es impulsivo/a e irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	No termina las tareas que empieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sus esfuerzos se frustran fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración.

Preguntas para padres:

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

.....

.....

¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

- Sí, pequeñas dificultades Sí, claras dificultades Sí, severas dificultades No

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

- Más de un año 6 a 12 meses 1 a 5 meses Menos de 1 mes

¿Cree usted que estas dificultades le preocupan o le causan malestar a su hijo/a?

- No Sólo un poco Bastante Mucho

¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

- | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Vida en la casa | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |
| Amistades | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |
| Aprendizaje en la escuela | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |
| Ocio y tiempo libre | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sólo un poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |

¿Suponen estas dificultades mayor esfuerzo para usted o su familia?

- No Sólo un poco Bastante Mucho

Por último, marque la opción que MEJOR describa el comportamiento de su hijo/a:

		Nada	Poco	Bastante	Mucho
01	Es impulsivo/a, irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es llorón/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Es más movido/a de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	No puede estarse quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Es destructor/a (ropas, juguetes, otros objetos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	No acaba las cosas que empieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Se distrae fácilmente, tiene escasa atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Cambia bruscamente sus estados de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Sus esfuerzos se frustran fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Suele molestar frecuentemente a otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración.

6.1.3 Petición de información escolar por parte del pediatra al tutor

Estimado/a Sr/a. tutor/a:

De conformidad con los padres/representantes legales del alumno(a)
.....,
nacido(a) el día, y que en la actualidad se encuentra
realizando..... curso de educación en el centro educativo
..... de la
localidad de, le agradeceríamos
cumplimentara este formulario en calidad de docente principal del alumno.

Justificación de la solicitud y comentarios adicionales del médico

- Se adjunta copia de la autorización de traspaso de información entre profesionales.
- Presenta factores de riesgo y/o conductas sugestivas y/o dificultades de aprendizaje compatibles con un posible TDAH (especificar):

Sello, fecha y firma

A rellenar por el tutor

Observaciones del aula (comportamiento y relaciones en el aula y el patio con otros niños; grado de actividad física y su estado anímico; su grado de absentismo; grado de asistencia a tutorías; canal de comunicación con la familia...)

Rendimiento escolar actual y respecto a etapas educativas previas

Intervenciones pedagógicas que se hayan realizado hasta el momento con el niño

Nota: si se dispone de un informe psicopedagógico, adjuntar copia.

Otras consideraciones de interés

6.1.4 Petición de información sanitaria por parte del tutor al pediatra

De conformidad con los padres/representantes legales del alumno(a)
.....,
nacido(a) el día, y que en la actualidad se encuentra
realizando..... curso de educación en el centro educativo
..... de la
localidad de, D^(a)
....., en calidad de
tutor(a)/docente principal, solicita la evaluación por parte del equipo de Pediatría de Atención
Primaria.

Motivo de derivación

- Dificultades escolares
- Conducta sugestiva de TDAH
- Otros:

A rellenar por el tutor

Observaciones del aula (comportamiento y relaciones en el aula y el patio con otros niños; grado de actividad física y su estado anímico; su grado de absentismo; grado de asistencia a tutorías; canal de comunicación con la familia...)

Rendimiento escolar actual y respecto a etapas educativas previas

Intervenciones pedagógicas que se hayan realizado hasta el momento con el niño

- Se adjunta informe psicopedagógico del EOEP

Otras consideraciones de interés

- Se adjunta copia de la autorización de traspaso de información entre profesionales.
 - Se adjunta cuestionario cumplimentado por el tutor
 - Se ha entregado cuestionario para padres

6.1.5 Criterios de inclusión en los Grupos de Apoyo Familiar de Servicios Sociales

- Niños de 3 a 12 años que presenten riesgo de TDAH, cuyas familias no puedan dar apoyo necesario.

- Niños con síntomas de TDAH que no configuren un cuadro clínico completo, o dudas diagnósticas:

- Presentación de los síntomas en un ámbito únicamente.
- Por variabilidad en la intensidad o presentación de forma inusual.
- Dificultad para aceptar normas, desorganización.
- Incumplimiento de tareas escolares, escasa motivación...
- Que presenten dificultad de relación con iguales.

Y que pertenezcan a familias:

- Con escasa contención emocional o tengan conflictos con los hijos, por pautas ambivalentes, o inconsistentes.
- Con escasas pautas familiares.
- Con disparidad de criterios educativos entre padres.
- Con padres ausentes y abuelos de sostén básico insuficientes.
- Escasa estructuración familiar.

6.1.6 Formulario de derivación a los Grupos de Apoyo Familiar de Servicios Sociales

HOJA DE DERIVACIÓN DE FAMILIAS A GRUPOS DE PADRES	
FECHA/...../ 20	
DATOS DE LA FAMILIA:	
Nombre del padre	Edad
Nombre de la madre	Edad
Nombre del hijo/a	Edad
Persona de contacto en la familia	
Teléfono/s de contacto	
SÍNTOMAS OBSERVADOS POR EL PROFESIONAL:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
NOMBRE, PROFESIÓN Y CENTRO DE TRABAJO DE QUIEN DERIVA A LA FAMILIA:	
.....	
.....	

6.2. **Ámbito sanitario**

6.2.1 **Criterios TDAH en DSM-5 y CIE-10**

Manual DSM-5 de la Academia Americana de Psiquiatría

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

A1. Inatención (desatención): Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que presenta un impacto directo en actividades sociales y académico-laborales. Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad o fallo en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren 5 síntomas.

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (p.ej. pérdida de detalles, trabajo sin precisión)
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (p.ej. tienen dificultades para permanecer centrado durante conferencias, conversaciones o lecturas largas).
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej. la mente parece estar en otro sitio, incluso ausente sin distracciones aparentes).
- d. A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (p.ej. empieza las tareas, pero rápidamente pierde el interés y fácilmente se distrae).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej. dificultades en la realización de tareas secuenciales, para guardar su material y sus pertenencias siguiendo un orden, desordenado/confuso, trabajo desorganizado, pobre administración del tiempo, falla en seguir los plazos).

- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej. trabajos escolares o domésticos, para adolescentes y adultos, para preparar informes, completar formularios, revisar documentos largos/extensos).
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, relojes, llaves, gafas, teléfonos móviles).
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en el caso de adolescentes en edad avanzada y adultos podría incluir pensamientos no relacionados).
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias (p. ej. hacer las tareas, hacer recados, para adolescentes en edad avanzada y adultos devolver llamadas, pago de facturas, mantener citas).

A2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y que presenta un impacto directo en las actividades sociales y académico-laborales. Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento oposicionista, desafiante, hostilidad o fallo en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 años o más), al menos se requieren 5 síntomas.

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej. abandona su lugar en la clase, en la oficina o lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren la permanencia en el lugar).
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. (Nota: en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

- e. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si estuviera “conducido por un motor” (p.ej. incomodidad para estar o permanecer tiempos prolongados, como en restaurantes, encuentros; puede ser percibido por otros como inquieto o con dificultad para tratar con él).
 - f. A menudo habla en exceso.
 - g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h. A menudo tiene dificultades para guardar turno (p.ej. guardar la cola)
 - i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej. se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede empezar usando las cosas de otras personas sin preguntar o recibir permisos; para adolescentes y adultos, intromisión o asunción de lo que otros están haciendo).
- B. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (p.ej. en el hogar, escuela o trabajo; con los amigos o pareja; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico, laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Esquizofrenia u otro Trastorno Psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. Trastorno del Estado del Ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Disociativo, Trastorno de la Personalidad, Intoxicación por Sustancias o retirada de las mismas – Abstinencia-).

Variaciones en los criterios diagnósticos de la DSM-5

En el año 2014 se actualizó la clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), recogiendo algunas novedades respecto al TDAH.

En la actualidad, se incluye el TDAH dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, en lugar de en los trastornos del comportamiento disruptivo (DSM-IV-TR); de esta forma se refleja mejor el concepto actual del TDAH. Dentro de este grupo de trastornos se encuentra también el Trastorno del Espectro Autista, con el que se acepta el diagnóstico comórbido; anteriormente se consideraba que los síntomas del TDAH podían explicarse por el TEA y se excluía el diagnóstico conjunto.

La edad de debut de los síntomas se amplía a antes de los 12 años (en el DSM-IV se requería la presencia de síntomas antes de los 7 años), reconociendo el diagnóstico aunque los problemas aparezcan de forma más tardía. También recoge las diferencias en la presentación clínica a partir de los 17 años, permitiendo el diagnóstico del TDAH del adolescente/adulto manteniendo los mismos criterios, pero aceptando que sea suficiente con presentar cinco de ellos.

Actualmente es suficiente que los síntomas produzcan interferencia o disminuyan la calidad de funcionamiento en un solo ámbito (escolar/laboral, familiar o social), siempre que estén presentes en otro distinto, aunque no interfieran. Además, reconoce la posible remisión del trastorno cuando los síntomas disminuyen y no producen interferencia significativa.

Ya no clasifica el TDAH en subtipos (inatento/hiperactivo/combinado), sino que establece distintas presentaciones clínicas del mismo trastorno, con niveles de gravedad según el impacto funcional.

Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.

6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

La CIE-10 establece que, para realizar el diagnóstico de TDAH, el paciente cumpla, al menos:

- 6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”
- 3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”

- 1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”

Estos síntomas deben además estar presentes antes de los 7 años de edad y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), afectando negativamente a su calidad de vida.

Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

6.2.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Entidades clínicas y problemas a considerar en el diagnóstico diferencial del TDAH
Problemas pediátricos
<ul style="list-style-type: none">- Daño cerebral- Retraso mental- Trastornos auditivos y visuales- Patología tiroidea- Anemia ferropénica- Sd. de alcohol fetal- Exceso de plomo- Fármacos y drogas: benzodiacepinas, fenobarbital; antihistamínicos, antiasmáticos, antiepilépticos, cafeína, sustancias de abuso- Epilepsias: ausencias, lóbulo temporal- Neurofibromatosis- Esclerosis tuberosa- X frágil- Sd. de Turner- Sd. de Angelman y Williams- Trastornos ORL- Trastornos del sueño (SAHOS, piernas inquietas...)
Problemas psiquiátricos
<ul style="list-style-type: none">- Trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante.- Trastornos de ansiedad- Tics / Tourette- TOC- Depresión- Otros trastornos afectivos (distimia/ trastorno bipolar).- Psicosis- TGD- Trastornos del espectro autista: especialmente el síndrome de Asperger
Otras condiciones
<ul style="list-style-type: none">- Retraso escolar o trastornos del aprendizaje (dislexia, discalculia, disgrafía...) no ligados al TDAH- Trastorno específico del lenguaje- Abandono, abuso, maltrato infantil- Entorno familiar disruptivo/caótico- Estrés familiar/transiciones- Factores culturales- Psicopatología de los padres- Infraestimulación- Sobreestimulación- Altas capacidades

Adaptado del Protocolo de abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2017.

6.2.3 Pediatría de Atención Primaria

6.2.3.1 Criterios de sospecha clínica para el pediatra de atención primaria

La posibilidad de presentar un TDAH debe plantearse ante todo niño con **dificultades escolares**, patrones de **conducta sugestivos** o presencia de **factores de riesgo**, entre los que se han identificado los siguientes:

- Antecedente familiar.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Prematuridad.
- PEG (Recién nacidos pequeños para su edad gestacional).
- Exposición prenatal a alcohol, tóxicos, plomo o zinc.
- Traumatismos craneoencefálicos moderados/graves.
- Infecciones del SNC.

En estos casos, es recomendable que, a partir de los 6 años de edad, se realice un despistaje del trastorno dentro de las actividades preventivas del **Programa de Salud Infantil**, prestando especial atención al rendimiento escolar, la dinámica familiar, la accidentabilidad o conductas sugestivas. La Academia Americana de Pediatría (AAP) propone un cuestionario breve que puede ser empleado como método de cribado.

<i>Las respuestas afirmativas en los ítems 2, 4, 7, 8 ó 9, al igual que las negativas en las cuestiones 3, 5 y 6 o bien la alteración del rendimiento académico, apoyan iniciar una evaluación complementaria.</i>					
1	¿Cómo es el rendimiento escolar?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Variable
2	¿El profesor ha detectado problemas de aprendizaje?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3	¿Está feliz en el colegio?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4	¿Tiene algún problema de conducta?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5	¿Sigue instrucciones de principio a fin?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6	¿Termina el trabajo escolar asignado?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7	¿Se accidenta en exceso?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8	¿Existen signos de inatención?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9	¿Los padres tienen que sentarse a su lado para hacer los deberes?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

6.2.3.2 Modelo de informe clínico de atención primaria para el centro escolar

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento Teléfono

Centro escolar y curso actual

Fase de preevaluación

- Sospecha de **trastorno clínico** que interfiere en ámbito escolar Sí No
(especificar si procede

- Se propone **seguimiento** por (márquense todas las opciones necesarias):
 Pediatría de Atención Primaria Neuropediatría USMIJ ORL Oftalmología
 Servicios de orientación Grupos de apoyo psicopedagógico de padres Servicios Sociales
 Otros (especificar

- Se solicita evaluación e **informe psicopedagógico** al servicio de orientación Sí No

Ver comentarios al dorso

Fase de evaluación y diagnóstico

- Orientación diagnóstica de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** Sí No
Si procede, indicar presentación Hiperactividad/impulsividad Inatención Combinada

- Orientación diagnóstica de **otro trastorno clínico** que interfiere en ámbito escolar Sí No
(especificar si procede

- Se propone **seguimiento** por (márquense todas las opciones necesarias):
 Pediatría de Atención Primaria Neuropediatría USMIJ ORL Oftalmología
 Servicios de orientación Grupos de apoyo psicopedagógico de padres Servicios Sociales
 Otros (especificar

- Se solicita evaluación e **informe psicopedagógico** al servicio de orientación Sí No

Ver comentarios al dorso

Fase de tratamiento y seguimiento

- Orientación diagnóstica de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** Sí No
Si procede, indicar presentación Hiperactividad/impulsividad Inatención Combinada

- Orientación diagnóstica de **otro trastorno clínico** que interfiere en ámbito escolar Sí No
(especificar si procede

- Se propone **seguimiento** por (márquense todas las opciones necesarias):
 Pediatría de Atención Primaria Neuropediatría USMIJ ORL Oftalmología
 Servicios de orientación Grupos de apoyo psicopedagógico de padres Servicios Sociales
 Otros (especificar

- Plan de **tratamiento** (márquense todas las opciones necesarias):

Farmacológico Psicoterapéutico Psicopedagógico

6.2.3.3 Modelo de informe clínico para la derivación a atención especializada (neuropediatría / USMIJ)

A la petición de interconsulta generada en la aplicación Selene-AP de historia clínica informatizada, se acompañará un informe clínico con los siguientes contenidos:

1. **Antecedentes médicos y del desarrollo:** enfermedades actuales o previas con mención a trastornos neurológicos, del sueño, sensoriales o TDAH. Antecedentes familiares. En los casos en que el cribado de riesgo cardiovascular (anexo 6.2.6.1) lo indique, se aportará informe cardiológico y electrocardiográfico.
2. **Historia actual:** clínica relacionada con síntomas nucleares, edad de comienzo, duración e impacto; fortalezas.
3. **Informe psicopedagógico** aportado desde el centro educativo en la fase de evaluación.
4. **Escalas** y cuestionarios realizados
5. **Exploración física:** somatometría, TA y FC, exploración general y neurosensorial, conducta.
6. Exploraciones **complementarias** (solo si justificación clínica)
7. **Orientación diagnóstica y motivo de derivación.**

6.2.3.4 Tratamiento del TDAH desde la consulta de pediatría de atención primaria.

En aquellos casos en que se llega al diagnóstico y no reúnan criterios de derivación, se planteará el abordaje terapéutico desde atención primaria, teniendo en cuenta que el tratamiento multidisciplinar o multimodal del TDAH es el que ha demostrado mayor eficacia, combinando terapia farmacológica, psicológica y psicopedagógica.

La comunicación entre los diferentes ámbitos (atención primaria y especializada de salud, educativo, familias, asociaciones de pacientes, servicios sociales) es fundamental para lograr una alianza terapéutica entre los profesionales implicados y las familias, con el objeto de alcanzar objetivos comunes y una respuesta eficaz.

El conocimiento del trastorno por parte de la familia resulta crucial en el manejo, por lo que la educación sanitaria debe plantearse también como un objetivo esencial en la consulta de atención primaria.

Dentro de las medidas iniciales de apoyo psicológico y pedagógico, se dispone de recomendaciones generales encaminadas a abordar la convivencia doméstica, mejorar las dificultades escolares y aumentar la autoestima del propio niño. Se informará igualmente y se fomentará la participación asociativa.

Se desaconsejará el uso de tratamientos sin evidencia científica demostrada de su eficacia y seguridad (suplementos alimenticios o dietas especiales, ejercicios de lateralidad cruzada, biofeedback, homeopatía, medicina herbaria, tratamientos de optometría y/o estimulación auditiva (Método Tomatis), osteopatía, terapias ocupacionales o de integración sensorial...).

Respecto al tratamiento farmacológico, el metilfenidato constituye el fármaco de elección en atención primaria cuando esté indicado. La dosificación y galénica quedan a criterio facultativo. La necesidad de otros principios activos o la falta de respuesta constituyen un criterio de derivación a atención especializada.

El tratamiento con fármacos se debe siempre plantear a largo plazo. Además, previamente debe contarse con la exploración física completa con peso, talla, exploración cardiológica y tensión arterial. Se recomienda facilitar información escrita a las familias.

No es necesario el ECG en niños sanos sin antecedentes personales, familiares o clínica sugestiva de cardiopatía.

El seguimiento evolutivo de los pacientes afectados de TDAH debe realizarse de manera sistemática al ser tan importante como la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno.

Por defecto, se intentará emitir un informe diagnóstico y evaluativo de la respuesta terapéutica antes de tres meses de iniciado el protocolo, dirigido al tutor escolar, aunque se mantendrá la comunicación en todo momento en que la evolución lo aconseje. Se recogerán, en la medida en que se conozcan, las pautas de intervención psicológicas, psicoeducativas, sociales y familiares que pudiera estar recibiendo, el tratamiento farmacológico en caso de haberse indicado y el seguimiento previsto (desde atención primaria, especializada, servicios sociales...)

Se establecerán controles periódicos reglados (en caso de tratamiento farmacológico, se recomiendan a los 15 días, 1, 3 y cada 6 meses o cada vez que se modifique el tratamiento; o según indicaciones de atención especializada) para evaluar:

- Respuesta clínica
- En los pacientes tratados con metilfenidato o atomoxetina también se debe registrar y evaluar la curva de crecimiento, así como la tensión arterial y la frecuencia cardíaca y la existencia de posibles secundarismos.
- Calidad de vida.
- Síntomas comórbidos preexistentes o de nueva aparición

6.2.4 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil

6.2.4.1 Evaluación y tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

La familia aportará informe de atención primaria y del orientador según recomendaciones de este protocolo.

Evaluación diagnóstica

El objetivo será la evaluación del menor en su conjunto a través de la exploración psicopatológica del niño y la familia.

La exploración física complementaria y psicométrica, se harán las necesarias de cara a realizar un diagnóstico, diagnóstico diferencial y/o comórbido.

En concreto se utilizan:

- Pruebas específicas de atención y funciones ejecutivas. CPT3, CSAT, CARAS, ENFEN, D2, Toulouse-Pieron, WISC IV (MT, VP)
- Cuestionarios de evaluación conductual y evaluaciones complementarias. Rosa Nicolau Palou

Devolución diagnóstica

El objetivo es la explicación al menor y familia de los hallazgos encontrados en la evaluación clínica. Si cumple criterios de TDAH (DSM5-CIE10), así como otros síntomas evolutivos u otros trastornos comórbidos. Se expondrán igualmente las fortalezas y dificultades de funcionamiento tanto familiar como del menor.

Propuesta del Plan Terapéutico

Se explicará el plan a seguir en la Unidad y la intervención de tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, psicoeducativo...

Realización de Informe Clínico

Según modelo propuesto (anexo 6.2.4.3), que se entregará al menor y familia, para su pediatra o médico de Atención Primaria y para el orientador escolar.

Coordinación

- Servicios sanitarios, favoreciendo reuniones, sesiones clínicas, consultas telemáticas.

- Con Educación se establecerán mecanismos de comunicación, favoreciendo reuniones periódicas o consultas telemáticas.
- Servicios Sociales, si en el informe se recomienda intervención de servicios sociales, apoyo psicosocial, intervención familiar, etc.

Seguimiento o derivación a Atención Primaria y alta

6.2.4.2 Derivación a Unidad de Adolescentes

Adolescentes sin diagnóstico previo de TDAH

- Derivar para valoración diagnóstica a Atención Especializada. El diagnóstico de TDAH que no se ha realizado hasta esta edad suele acompañarse de una complejidad diagnóstica mayor y en la adolescencia suele presentar una comorbilidad más frecuente, por lo que sería preferible al menos una entrevista de valoración diagnóstica en atención especializada.
- Si existen antecedentes personales o familiares de patología cardiovascular, especialmente en casos de arritmias): Exploración cardiológica básica y ECG.
- Sería conveniente disponer en la primera visita de los resultados de una analítica básica que descarte patología tiroidea y anemia ferropénica (patologías altamente prevalentes que pueden cursar con déficit de atención).
- Reflejar en el volante de derivación del M.F.C. si el paciente presenta alguna intolerancia alimentaria o alergia (de cara a prescribir la medicación).

Adolescentes con diagnóstico previo de TDAH

Pacientes entre 14 y 17 años con:

- Trastorno de Conducta (Negativista Desafiante).
- Consumo problemático de tóxicos.
- Psicopatología asociada (ansiedad, TOC, TEA...).
- TDAH no estable a pesar del tratamiento.

Alta

A control por su M.F.C.

Pacientes diagnosticados y tratados, estables clínicamente. En el informe de devolución a atención primaria constará el diagnóstico y tratamiento actuales, recomendando:

- Controles periódicos (cada 6-12 meses) para detectar disminuciones de peso y talla o ascensos de tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Pauta de ajuste de dosis, si está en tratamiento farmacológico, ya que con el tiempo puede producirse efecto de tolerancia y necesitar aumento de dosis para mantener el mismo efecto.

- El paciente debe ser advertido de que no puede consumir bebidas estimulantes (tipo Red Bull, Monster, Burn...) ya que pueden potenciar de forma importante los efectos adversos a nivel cardiaco. Del mismo modo, el consumo de alcohol aumentará su efecto, teniendo más riesgo de intoxicación etílica.
- Derivación de nuevo a la unidad de adolescentes si:
 - Mala evolución a pesar del ajuste de tratamiento.
 - Paciente que precisa cambio de tratamiento farmacológico (cambio de principio activo).
 - Paciente tratado previamente que no sigue tratamiento farmacológico en la actualidad, para revalorar antes de reiniciar medicación.
 - Aparición de comorbilidad psiquiátrica.
 - Dependencia de tóxicos asociada al TDAH.

A Salud Mental Adultos

Si al cumplir los 18 años existe comorbilidad psiquiátrica o si el paciente no está estable a pesar del tratamiento farmacológico.

Consideraciones sobre el tratamiento

Tratamiento psicológico

Individual

- Terapia cognitivo-conductual: Cuyo objetivo será identificar y modificar las cogniciones y conductas desadaptativas, poniendo de relieve el impacto sobre las conductas y las emociones para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas, a través de diversos procedimientos.
- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, de cara a mejorar sus relaciones personales, para iniciar y mantener relaciones sociales constructivas con su entorno.
- Terapia de las emociones: centrada en la identificación, aceptación, expresión y gestión de emocional.
- Tratamiento psicológico específico en sintomatología comórbida.

Intervención familiar

- psicoeducación de cara a informar sobre el trastorno.

- aumentar la competencia de los padres para mejorar la relación familiar mediante el fomento de una comunicación adecuada y el desarrollo de una atención positiva para ayudar al desarrollo del niño.

Tratamiento grupal

Grupos Psicoeducativos de padres y entrenamiento en estrategias.

Grupos de padres con hijos con trastornos de conducta.

Técnicas de relajación

Realizadas por Enfermera de la Unidad. En pacientes con elevado estrés secundario al TDAH o con problema comórbido de ansiedad.

Tratamiento farmacológico

La primera línea de tratamiento farmacológico continúa siendo los psicoestimulantes como el Metilfenidato (bien de liberación inmediata, de liberación prolongada o de liberación OROS), o la Lisdexanfetamina. La principal diferencia entre ellos radica en la duración del efecto (desde 4 horas hasta 13 horas, según la forma de presentación) y la eficacia (mayor con la Lisdexanfetamina).

También son de utilidad fármacos no estimulantes como la Atomoxetina o la Guanfacina, más recientemente comercializada (anexo 6.2.6.2).

Están contemplados como alternativas terapéuticas de tercera línea otros fármacos utilizados antiguamente en el TDAH y con cierto efecto sobre los síntomas nucleares, aunque de menor eficacia, como la Clonidina o los Antidepresivos Tricíclicos.

Con frecuencia se asocian fármacos sin efecto sobre los síntomas nucleares del TDAH, pero que pueden ser útiles con otros síntomas relacionados (agresividad, impulsividad, etc.), como son los Neurolépticos (Risperidona, Olanzapina, Paliperidona, etc.) o los Estabilizadores (Topiramato, Valproico, etc.).

6.2.4.3 Modelo de informe clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil para familias, profesionales de atención primaria y centros escolares.

Nombre y apellidos
Fecha de nacimiento Teléfono
Fecha de primera consulta Fecha de alta

<p>Motivo de consulta</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Exploración psicopatológica</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Juicio diagnóstico</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Plan terapéutico</p> <p>Tratamiento farmacológico (si está indicado)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tratamiento psicoterapéutico</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Recomendaciones

Necesidades de tratamiento/intervención psicopedagógica

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Derivaciones

- Servicios Sociales
- Logopedia
- Psicomotricidad
- ARPANIH
- ARPA
- Adicciones
- Otras estructuras o servicios

Continuación asistencial

- Seguimiento. Especificar la cadencia aproximada de las revisiones si se pueden estructurar

.....

.....

.....

- Derivación para seguimiento desde atención primaria. Especificar recomendaciones y tiempo previsto para nueva revisión en la USMIJ

.....

.....

.....


.....

- Derivación a atención primaria con alta en atención especializada.

En, a de de 20.....
Firmado

6.2.5 Neuropediatría

6.2.5.1 Modelo de informe clínico de neuropediatría para familias, profesionales de atención primaria y centros escolares.

Gobierno de La Rioja www.larioja.org		C/ Piqueras 98 26006 Logroño, La Rioja Teléfono: 941 298 000		Apell. 1: _____ Apell. 2: _____ N°Rgto.: _____ Fecha Nac.: _____ N°SS: _____		Nombre: _____ N°HC: _____ Edad: _____ Sexo: _____ N°. Tarjeta: _____	
		Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja					
NEUROPEDIATRÍA				Informe de Consulta Externa			
Servicio: PEDIATRÍA		Médico: _____					
Domicilio: _____				CP.: _____		Tfno.: _____	
Fecha de Cita: _____		Motivo: _____					

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANAMNESIS:

MEDICACIÓN ACTUAL:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

Tratamiento médico:

Pautas:

Orientación/derivación:

Logroño a ___/___/___

Responsable del informe Dr./Dra. _____

INFORME DE CONSULTA EXTERNA

14.00

LEY ORGÁNICA 15/1999 sobre PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. Los datos personales facilitados por Vd forman parte del fichero "Historias Clínicas", cuya finalidad es la realización de la Historia Clínica para la Asistencia, Gestión e Investigación. El Servicio Riojano de Salud, propietario de dicho fichero, garantiza la seguridad de sus datos de carácter personal. Vd podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición de dichos datos según establece la Ley, dirigiéndose a: Unidad de Registro del Servicio Riojano de Salud, At. Responsable de Seguridad del fichero de Derechos LOPD, C/ Piqueras, 98 - 26006 Logroño (La Rioja).

6.2.6 Tratamiento farmacológico

6.2.6.1 Cribado de riesgo cardiovascular

Cuestionario de detección de factores de riesgo cardiacos de muerte súbita en niños, antes de ser tratados con medicación estimulante para el TDAH: cualquier respuesta positiva requiere investigación o interconsulta a cardiología pediátrica.

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Disnea de esfuerzo (mayor que la de otros niños de esa edad) en ausencia de otra causa que lo justifique (asma, obesidad, estilo de vida sedentario)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Historia personal de síncope o convulsiones con ejercicio, sobresalto o susto
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Palpitaciones en relación con ejercicio
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Historia familiar (hasta segundo grado) de muerte súbita a cualquier edad, cardiopatía no isquémica, QT largo u otras arritmias familiares, Wolff-Parkinson-White, miocardiopatías, trasplante cardiaco, hipertensión pulmonar o desfibrilador implantado
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipertensión arterial
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplos no funcionales
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cirugía cardiovascular, marcapasos, tratamiento de arritmias

Adaptado de Can J Cardiol Vol 25 No 11 November 2009

6.2.6.2 Fármacos con indicación para el tratamiento de TDAH

Farmacos comercializados en España con indicación para el tratamiento del TDAH					
Psicoestimulantes					
Principio activo	METILFENIDATO				LISDEXANFETAMINA
Tecnología	-	OROS (osmótica)	Pellets	Pellets	-
Nombre comercial (año)	Rubifen® (1981) Medicebran® (2010)	Concerta® (2004) Rubicrono® (2016) Genéricos (2013-)	Medikinet® (2007)	Equasym® (2013)	Elvanse® (2014)
Presentación (mg)	5, 10, 20	18, 27, 36, 54	5, 10, 20, 30, 40	10, 20, 30, 40, 50	30, 50, 70
Acción inmediata (fracción y dosis liberada (mg))	100% 5, 10, 20	22% 4, 6, 8, 12	50% 5, 10, 15, 20	30% 3, 6, 9, 12, 15	-
Acción prolongada (fracción y dosis liberada (mg))	-	78% 14, 21, 28, 42	50% 5, 10, 15, 20 mg	70% 7, 14, 21, 28, 35	-
Inicio y duración	0'5 hasta 3-4 h	1 hasta 10-12 h	0'5 hasta 6-8 h	1'5 hasta 8 h	2 hasta 13 h
Dosis	0'5 a 2 mg/kg/día				30 mg de inicio
Efectos secundarios	Anorexia, pérdida de peso, cefalea, dolor abdominal, insomnio, ligera elevación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial				
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, uso concomitante con IMAO en los 14 días posteriores, hipertiroidismo, hipertensión arterial, cardiopatía estructural, glaucoma, trastornos psicóticos, trastorno bipolar grave, estados de agitación, feocromocitoma. No se recomienda su administración durante el embarazo.				
Interacciones	Guanfacina, antihipertensivos, analgésicos narcóticos, anestésicos halogenados, clorpromazina, haloperidol, litio, alcohol, anticoagulantes cumarínicos, anticonvulsivantes, clonidina, agonistas dopaminérgicos (antipsicóticos, DOPA, antidepresivos tricíclicos), pseudoefedrina, atomoxetina				
No psicoestimulantes					
Principio activo	ATOMOXETINA		GUANFACINA		
Nombre comercial (año)	Strattera® (2006)		Intuniv® (2017)		
Presentación (mg)	Solución oral 4 mg/ml Cápsulas 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100				
Inicio y duración	24 h		24 h		
Dosis	0'5 a 1'8 mg/kg/día		1 mg de inicio (aumentar hasta 0'05-0'12 mg/kg/día)		
Efectos secundarios	Anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, ligera elevación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, somnolencia. Raras veces: hepatotoxicidad, ideación suicida.				
Contraindicaciones	Sensibilidad, glaucoma, administración conjunta de IMAO, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular grave, feocromocitoma				
Interacciones	Inhibidores CYP2D6 (fluoxetina, paoxetina), otros inhibidores del citocromo P 450, antihipertensivos, salbutamol nebulizado a dosis altas, fármacos que aumenten el QT (neurolepticos, antiarritmicos, moxifloxacino, eritromicina, metadona, litio, antidepresivos tricíclicos, cisaprida), descongestivos (fenilefrina, pseudoefedrina), psicoestimulantes				

6.2.6.3 Seguimiento durante el tratamiento farmacológico.

Todos los profesionales sanitarios que prescriban tratamiento farmacológico deben incluir en los controles de seguimiento, al menos, las siguientes comprobaciones:

Comprobación	Propuesta
<input type="checkbox"/> Talla, peso y valoración del apetito	Registrar en historia clínica
<input type="checkbox"/> Anorexia sin pérdida de peso ni alteración del crecimiento	No obligar a comer (avisar a cuidadores o comedor escolar). Compensar aporte calórico en la merienda y la cena.
<input type="checkbox"/> Anorexia con pérdida de peso o con alteración del crecimiento	Probar descanso de tratamiento fines de semana y vacaciones (priorizar necesidades). Consultar con dietista-nutricionista.
<input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> náuseas	Administrar con comida o lácteos
<input type="checkbox"/> Documentar indicios de abuso o uso incorrecto del fármaco	Evaluar relación beneficio-riesgos
<input type="checkbox"/> Documentar grado de adherencia al tratamiento	Evaluar relación beneficio-riesgos
<input type="checkbox"/> Embarazo	Evaluar relación beneficio-riesgos
<input type="checkbox"/> Tensión arterial y frecuencia cardíaca	Registrar en historia clínica
<input type="checkbox"/> Aparición de síntomas cardiovasculares (palpitaciones, dolor torácico, síncope inexplicado, disnea...)	Evaluación cardiológica
<input type="checkbox"/> Aparición de síntomas neurológicos (cefalea grave, parálisis, problemas de coordinación, del habla o de la memoria; aparición de convulsiones o aumento de la frecuencia)	En caso de cefaleas leves y ocasionales al inicio del tratamiento, valorar analgésico habitual. En el resto de casos, suspender tratamiento y evaluación neurológica para valorar medicamento alternativo.
<input type="checkbox"/> mareos o vértigos	Evitar cambios posturales bruscos.
<input type="checkbox"/> insomnio (de nueva aparición) con <input type="checkbox"/> irritabilidad, nerviosismo o mal humor <input type="checkbox"/> deterioro conductual vespertino	Probable efecto rebote ("desgaste de dosis"): suplementar dosis basal o añadir mínima dosis vespertina de MTF de acción inmediata. Según respuesta considerar medicamento alternativo.
<input type="checkbox"/> insomnio (de nueva aparición) sin signos de rebote	Si duerme al menos 8 horas sin signos de somnolencia diurna, abstención. Tener un tiempo de relajación tras la escuela. Adelantar, disminuir o retirar la 3ª dosis de MTF-rápido. Si utiliza MTF-sostenido o prolongado, adelantar su toma por la mañana (incluso antes de despertarse) o cambiar a MTF-rápido. Según respuesta considerar medicamento alternativo.
<input type="checkbox"/> Aparición o empeoramiento de síntomas psiquiátricos (síntomas psicóticos o maníacos, comportamiento o tendencias suicidas, comportamiento agresivo y hostil, ansiedad, agitación, síntomas depresivos, tics motores o verbales)	Considerar comorbilidad o efecto secundario en la esfera psicoafectiva. Valorar supresión de tratamiento y derivación a USMIJ.

Basado en las recomendaciones de seguridad de la AEMPS

6.3. **Ámbito educativo**

6.3.1 **Informe psicopedagógico de derivación**

Los profesionales que, en razón de su cargo, deban conocer el contenido, tanto del informe de evaluación psicopedagógica como del dictamen de escolarización, garantizarán su CONFIDENCIALIDAD. Serán responsables de su guardia y custodia las unidades administrativas en las que se deposite el expediente. (Art. 7.3 de la O.M. de 14 de febrero de 1.996 (B.O.E. de 23 de febrero))

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre

Fecha de nacimiento Edad

Domicilio C.Postal

Teléfono

Centro escolar Nivel y grupo

Población

HISTORIA ESCOLAR

.....

.....

.....

.....

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN (y fecha)

por presencia de síntomas compatibles con un TDAH que afectan a su rendimiento escolar

otros:

Fecha:

PRUEBAS Y TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO

Pruebas obligatorias	Fecha de aplicación	Protocolos - adjuntos
Escalas Weschler de Inteligencia		

Otras pruebas complementarias		
De funciones ejecutivas De atención Específicas de diagnóstico de TDAH Aptitudes escolares Personalidad- social		

DATOS ESCOLARES

NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR (aproximación)

ESTILO DE APRENDIZAJE

<p>Tipo de actividades donde tiene más dificultades</p>	<input type="checkbox"/> Razonamiento lógico <input type="checkbox"/> Razonamiento abstracto <input type="checkbox"/> Razonamiento verbal <input type="checkbox"/> Razonamiento espacial <input type="checkbox"/> Expresión oral <input type="checkbox"/> Expresión escrita <input type="checkbox"/> Comprensión verbal <input type="checkbox"/> Comprensión lectora <input type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Memoria
<p>Posibles causas de los bajos resultados escolares</p>	<input type="checkbox"/> Falta de esfuerzo <input type="checkbox"/> Pobre organización del estudio <input type="checkbox"/> Problemas de atención <input type="checkbox"/> Dificultad de las materias <input type="checkbox"/> Escasa motivación ante el estudio <input type="checkbox"/> Bajas capacidades

Atribuciones del éxito	<input type="checkbox"/> A su esfuerzo <input type="checkbox"/> A su capacidad
Atribuciones del fracaso	<input type="checkbox"/> A falta de trabajo <input type="checkbox"/> A falta de capacidad
Carácter	<input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Colaborador
Atención	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Media-baja <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja
Persistencia y constancia en las tareas	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja
Ritmo de ejecución de tareas	<input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Muy lento
Tipo de estudio	<input type="checkbox"/> Memorístico <input type="checkbox"/> Comprensivo <input type="checkbox"/> Apenas estudia
Tendencia a la	<input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Reflexividad
Creatividad	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja
Iniciativa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja

Hábito de estudio	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo	
Regularidad en el trabajo	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
Trabajo en casa	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
Trabajo en clase	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
Asistencia a clase con material	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
Interacción con los profesores	Pregunta dudas	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
	Es participativo	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
	Relación	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícil

	Habilidades sociales	<input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Escasas
Interacción con los compañeros	Amistades en el centro	<input type="checkbox"/> Muchos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pocos
	Problemas de relación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Actitud en clase	<input type="checkbox"/> Líder <input type="checkbox"/> Integrado <input type="checkbox"/> Desapercibido <input type="checkbox"/> Rechazado
Nivel de asistencia a clase	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	
Comportamiento en el aula	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Negativo	

MEDIDAS ADOPTADAS

Centro	Aula	Individuales

En, a de de 20.....

Firmado

Orientador/a del Centro

6.3.2 Pruebas psicopedagógicas de uso frecuente en orientación

Las señaladas con asterisco (*) son las pruebas aconsejables

Desarrollo cognitivo-neuropsicológico

- (*) EMADDA-ESMIDA: Escala Magallanes de detección de TDAH y otros problemas de desarrollo
- (*) EMAV 1 y 2: Escala Magallanes de Atención Visual
- (*) ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas
- (*) WISC IV -V: Escala Weschler de Inteligencia (niños de 6 a 16 años)
- BASS II Escolar: Escalas de Aptitudes Intelectuales, de 6 años a 17 años
- BASS II Infantil: Escalas de Aptitudes Intelectuales, de 2 años y medio a 5 años y 11 meses
- BATELLE: Inventario de Desarrollo Batelle
- CARAS: Test de Percepción de Diferencias
- CSAT: Tarea de Atención Sostenida en la Infancia
- CUMANES: Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar
- CUMANIN: Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil
- D 2: Test de Atención de Rolf Bribrikenkamp
- DN-CAS: Sistema de Evaluación Cognitiva
- EDAH: Escala cribado y evaluación de los TDAH (A. Farré y J. Narbona)
- ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas
- ITTPA: Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas
- K-ABC: Batería de evaluación para niños de Kaufman
- MFF20: Test de Reflexibilidad / Impulsividad ante las tareas
- MSCA: Escala Mc Carthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños.
- NEPPSY-II: Evaluación Cognitiva de 3 a 6 años de Kokman, Kirk y Kemp
- PLON-R: Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada para, 3, 4, 5 y 6 años
- RAVEN: Matrices Progresivas
- RIAS: Escalas de Inteligencia Reynolds
- SNAP IV: Escala para valoración del TDAH
- WIPPSI III: Escala Weschler de Inteligencia (niños de 2 años y medio a 6 años, 1ª y 2ª etapa)

Aptitudes escolares

- (*) PROESC: Batería de Evaluación de los Procesos de Escritura
- (*) PROLEC-R: Evaluación de los Procesos Lectores Revisado
- ACL: Cuestionario de Comprensión Lectora
- BADYG: Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales para Educación Infantil
- IGF: Inteligencia General y Factorial (Para la etapa de Educación Infantil)
- TALE: Test de Análisis de Lecto- Escritura

Atención, Memoria, Percepción

- (*) D 2: Test de Atención de Rolf Bribrikenkamp
- (*) EMAV 1 y 2: Escala Magallanes de Atención Visual
- CARAS: Test de Percepción de Diferencias
- CSAT: Tarea de Atención Sostenida en la Infancia

Específicos para el diagnóstico de TDAH

- EDAH: Escala cribado y evaluación de los TDAH (A. Farré y J. Narbona)
- EMADDA-ESMIDA: Escala Magallanes de detección de TDAH y otros problemas de desarrollo
- MFF20: Test de Reflexibilidad / Impulsividad ante las tareas
- SNAP IV: Escala para valoración del TDAH

Área personal y social

- (*) BASC (S): Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- (*) CAS: Cuestionario de Ansiedad Infantil
- A-EP: Cuestionario Para la Evaluación de la Autoestima
- AUTOESTIMA: Test de Autoestima de Ediciones TEA
- BASC (P): Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- BASC (T): Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- CDI: Inventario de Depresión Infantil de M. Kovacs
- CECAD: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión
- HSPQ: Cuestionario de Personalidad para Niños
- STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños
- TAMAI: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil.

6.3.3 Estrategias a desarrollar con el alumnado TDAH en el centro y en el aula

Este trastorno queda enmarcado dentro de la diversidad del alumnado existente en los centros educativos, por lo que las medidas educativas quedarán concretadas en el Plan de Atención a la Diversidad del propio centro.

El centro deberá establecer los mecanismos necesarios para:

- Ofrecer una preparación teórico-práctica al profesorado sobre el trastorno para poder reconocer de forma rápida las necesidades educativas especiales y /o específicas de estos alumnos/as y poder hacer las modificaciones apropiadas para mejorar su adaptación general dentro del aula y que puedan alcanzar los objetivos establecidos. Esta preparación podría conllevar la formación en técnicas de modificación de conducta, tanto para potenciar comportamientos positivos como para reducir los comportamientos inadecuados, formación en el uso de estrategias dirigidas a la organización y autodirección y procedimientos de manejo instruccional educativo, entre otras.
- Garantizar el intercambio de información en los cambios de curso, etapa educativa o centro educativo que asegure la continuidad de las pautas establecidas.
- Facilitar la coordinación entre los diferentes agentes implicados: centro, familia, servicios de orientación, salud y sociales.

Las medidas propuestas a continuación deberán ser seleccionadas en función de las características del alumno y de la etapa educativa que curse.

EL AULA

Cualquier medida de atención a la diversidad supone adaptaciones organizativas y metodológicas enfocadas a adecuar el contexto académico a las necesidades de los alumnos y a sus diferencias en la forma de aprender. El aula es el nivel donde deben focalizarse nuestros esfuerzos de adaptación. Los documentos que deben explicar dichas adaptaciones

son las Programaciones de Aula y, si las hubiere, las Adaptaciones Curriculares Individuales o Programas específicos de Intervención.

Algunas de las siguientes estrategias pueden servir como guía de actuación para que el profesorado finalmente pueda adaptarlas a su grupo y a las edades de sus alumnos.

La ubicación dentro del aula:

- Sitúe al alumno en lugares próximos a la mesa del profesor, alejados de elementos distractores (puertas, ventanas, paredes con múltiples estímulos), donde la supervisión sea más fácil.
- Coloque al alumno junto a compañeros con buenas habilidades atencionales, ordenados y preferiblemente mesa individual o en pequeño grupo para evitar dispersiones.

Un ambiente estructurado y predecible:

- Comience la clase adelantando la organización y el orden del día.
- Habilite en el aula un espacio para colocar el horario semanal, las normas de funcionamiento, las tareas para casa, las fechas de exámenes, entrega de trabajos o cualquier otro documento de obligado cumplimiento para los alumnos para permitir que lo consulten siempre que sea necesario.
- Poner en conocimiento del alumno cualquier novedad con respecto a horarios, normas, fechas... etc. con recordatorios a la vista del menor.

Control del material de trabajo:

- Es conveniente no tener sobre la mesa más material que el estrictamente necesario para trabajar, animándole a mantener la mesa y el material ordenado.

Asignación de tareas y deberes:

- Es conveniente dividir las tareas largas en varias actividades cortas, las actividades largas agotan rápidamente al alumno y se dirá a sí mismo: “Yo no soy capaz de hacer esto”.
- Busque más la calidad de las tareas que la cantidad. Estos alumnos, frecuentemente, necesitan una cantidad de tareas reducida, no se les debe abrumar con más de lo que ellos pueden manejar.

- No sobrecargue las tareas para casa, seleccionando bien el tipo y el número de actividades más importantes. Asegurarse de que conoce las tareas a realizar utilizando apoyos visuales y/o auditivos en las instrucciones previas para comprobar que ha entendido lo que debe hacer. Si es necesario orientarle en la fragmentación de los periodos de trabajo en casa, de acuerdo con el umbral de atención estimado.
- Fomente el uso de una agenda donde apuntar todas las tareas, fechas de exámenes, entrega de trabajos, así como compruebe que tiene en su mochila todos los materiales necesarios para realizarlas. Servirá, además como estrategia de comunicación con la familia. Felicítele por su uso.
- Sea flexible en los plazos de entrega de las tareas, suelen perder con frecuencia los trabajos, o los olvidan.

Instrucciones en el aula:

- Es importante establecer contacto visual con frecuencia y antes de cualquier instrucción.
- Formule las instrucciones una a una y si fuese necesario, pedir que la verbalice para verificar que ha sido comprendida.
- Supervisar con frecuencia el seguimiento de la instrucción, utilizar frases cortas, claras, resaltando lo más importante a través de: diferentes tonos de voz, utilizando colores o tamaños de escritura... Complementar las instrucciones orales con apoyos visuales y modelos de ejecución.

Evaluaciones y exámenes:

- Presente los exámenes como una actividad de aprendizaje más, para evitar tensión, y anunciadas con tiempo suficiente para poder planificarlas.
- Reduzca o elimine la frecuencia de las pruebas de evaluación con límite de tiempo. No tiene gran valor educativo y no permiten que los alumnos con TDAH demuestren lo que saben.
- Utilice diferentes formas de evaluación (orales, escritas, trabajos...), diferentes formatos de prueba (preguntas cerradas, estructuradas y de opción múltiple, tipo test.). Es muy eficaz utilizar, en la medida de lo posible, preguntas cortas, sencillas y cerradas de un mismo tipo, dado que la combinación de formas en que se

presentan las preguntas puede aumentar los fallos, que no ocurren por desconocer los conceptos sino por la forma en que se pregunta.

- En los exámenes impresos utilice: impresión solo al anverso, diferentes formatos de preguntas, resaltar en negrita las palabras clave.
- Divida en al menos dos sesiones los exámenes. Resulta muy útil hacer pruebas cortas en días sucesivos que hacer una prueba de larga duración en un solo día. Estos alumnos tienen dificultades de atención y concentración durante periodos prolongados (el tiempo de atención sostenida no suele durar más de media hora).
- Proporcione al alumno alguna estrategia que le facilite el control del tiempo en la prueba.
- Brindar apoyo individual, siempre que se pueda, durante el examen para centrarles la atención con preguntas como: “vuelve a leer”, “para y piensa”, “estoy seguro de que lo sabes”, “termina la pregunta”
- Tener en cuenta otros factores en la evaluación, no solo el examen, como la asistencia, el esfuerzo, la entrega de trabajos, el interés, etc. la realización de exámenes no es “el fuerte” de estos alumnos.

Aspectos metodológicos:

- La actitud y la conducta del profesorado es determinante para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de estos alumnos.
- Sea flexible, dentro de lo razonable, con la hiperactividad: suelen tener problemas para controlar su conducta, se levantan y se mueven más de lo “normal” en el aula, esa necesidad de movimiento es inevitable. Permitir que realice algún desplazamiento por el aula a intervalos periódicos
- Sea lúdico e innovador.
- Valore su trabajo diario, esto les permite saber qué se espera de ellos, si están alcanzando sus metas y si van en la dirección deseada por el profesor.
- Valore el esfuerzo: hay que tener en cuenta que a estos alumnos les cuesta mucho más que a los demás la realización de los deberes, trabajos propios del proceso de enseñanza- aprendizaje
- Asegúrese que el alumno mantiene contacto con sus compañeros con los que poder consultar dudas fuera de clase, comprobar tareas y deberes...

Algunos aspectos metodológicos útiles:

- Adaptar los criterios de calidad de las tareas: proponiendo en cada una de ellas criterios de calidad mínimos, satisfactorios para el profesor, junto con otros criterios de calidad progresiva con los cuales podrán mejorar su calificación.
- Facilitar estrategias atencionales y reglas nemotécnicas a la hora de hacer tareas y de estudiar para exámenes.
- Facilitar estrategias de organización del material escolar (cuadernos de colores, clasificadores, gomets para priorizar...) así como listados de materiales necesarios para realizar las tareas.
- Priorizar objetivos y estándares de aprendizaje fundamentales para adquirir aprendizajes posteriores.
- Cambiar la temporalización del logro de objetivos y estándares.
- Si es posible reducción de la complejidad de determinados objetivos y estándares de aprendizaje, dividiéndolos en partes, así como las instrucciones dadas.
- Uso de estrategias para mejorar su motivación y estado emocional incrementando el número de situaciones estimulantes y resaltando cualquier pequeño logro o éxito que obtenga.
- Revisa lecciones anteriores: haciendo hincapié en los temas que más dificultades causaron y respondiendo de nuevo a algunas de las preguntas que surgieron durante esa clase.
- Proporciona materiales de apoyo, si los necesitase.
- Avisar sobre las novedades, a través de información anticipada y si es necesario con apoyos visuales al alcance del alumno/a
- Listado de errores frecuentes en las áreas para que pueda revisarlos y no los cometa de nuevo.
- Utilizar el Plan de Acción Tutorial (PAT) para llevar a cabo programas grupales cognitivo-emocionales: funciones ejecutivas, habilidades sociales, resolución de conflictos, habilidades metacognitivas, etc.

EL ALUMNO

Aunque no podemos afirmar que todo alumno que tenga un diagnóstico de TDAH es un niño con necesidades educativas especiales, que necesite adaptaciones curriculares significativas, estos alumnos sí manifiestan dificultades de aprendizaje, derivadas del trastorno, por lo tanto, será necesario articular determinadas estrategias que faciliten su proceso de enseñanza- aprendizaje.

Algunas pautas generales para trabajar con alumnos con TDAH.

- Tenga en cuenta que el alumno con TDAH presenta un trastorno con causa orgánica que da lugar a comportamiento *que el alumno no puede controlar*. Si habla demasiado, si es impulsivo, si se olvida de trabajos o de material de clase es debido al TDAH.
- *Busque y subraye el éxito todo lo que sea posible*: Estos niños experimentan tantos fallos y sensaciones de fracaso que necesitan mucho apoyo positivo, elogios y premios. Su autoestima se ve frecuentemente afectada.
- *Los alumnos con TDAH necesitan estructura*: les cuesta mucho organizar la información y sus conductas. Haga listas, calendarios de actividades que le sirvan como referencia para que no se pierdan en lo que deben hacer. Los recordatorios son muy útiles como previsiones estructuradas y les permiten estructurar lo que ellos no pueden estructurar internamente por sí mismos.
- *Un sistema de bonificación de puntos* es una buena forma de aumentar la participación de los alumnos como parte de un programa de modificación conductual: estos alumnos suelen responder muy bien a recompensas e incentivos sobre todo si estos se hacen de forma organizada y diariamente.
- *Pregúntele cómo puede ayudarlo*: Estos alumnos pueden decirnos cómo pueden aprender mejor si se lo preguntamos bajo un ambiente de confianza, ellos no darán esta información de forma espontánea y nosotros en muchas ocasiones ignoramos sus opiniones.
- *Reúnase con los padres a menudo*: no solo en momentos de crisis, los padres pueden aportar mucha información sobre sus rutinas, comportamientos, sentimientos....

- *Asegúrese que se le apoya:* Acuda al responsable de la orientación del centro. No dude en pedir ayuda si lo considera necesario.

En algunas ocasiones estas pautas no son suficientes para atender correctamente a sus dificultades y necesitarán de *ADAPTACIONES CURRICULARES INDIVIDUALES*, entendidas como ajustes que afectan a los diferentes elementos de la propuesta educativa desarrollada para un alumno con el fin de responder a sus necesidades educativas especiales y que no pueden ser compartidos por el resto de sus compañeros. Para el alumnado que lo precise, se aplicarán ACI o Programas específicos de intervención en función de las necesidades que presente (entrenamiento en habilidades básicas, modificación de conducta, autoinstrucciones, técnicas de relajación, etc.)

Habitualmente, los alumnos con diagnóstico de TDAH manifiestan dificultades en dos grandes grupos de síntomas: alto nivel de actividad motora e impulsividad y dificultades de atención y concentración, esto suele originar frecuentemente dificultades de aprendizaje y/o emocionales que se manifiestan tanto en su vida familiar como social. Por todo esto es importante resaltar que las ACI atenderán, además de los elementos propiamente curriculares, aspectos emocionales relacionados con:

- Control y manejo de las emociones (frustración, ira, impulsividad, miedos, ansiedad...).
- Autoestima y seguridad.
- Habilidades sociales y resolución de conflictos.
- Motivación.
- Empatía.

LAS FAMILIAS

La relación y coordinación con las familias es imprescindible para la formación integral y armónica de sus hijos/as. La función educadora y socializadora es compartida por ambas familias y escuela y deberá existir una comunicación permanente, respetuosa y colaboradora entre ellos, tomando acuerdos conjuntos y compartiendo estrategias, en aras de conseguir un desarrollo pleno del alumno/a.

Algunas de las actuaciones siguientes favorecerán el trabajo compartido:

- Tanto profesorado como familiares adoptarán una actitud y un compromiso positivo ante las diversas manifestaciones y características del trastorno.
- Se favorecerá la existencia de citas regulares coordinadas por el tutor para el seguimiento y la evolución con los diferentes profesores y áreas del currículo.
- Información realista de los avances académicos, la conducta, el desarrollo emocional, social del alumno/a, siempre atendiendo tanto a los aspectos positivos como negativos de los mismos, centrándonos más en las fortalezas que en las debilidades del alumno/a.
- Concreción y planificación conjunta de objetivos realistas, alcanzables, cada uno dentro de sus responsabilidades y sus ámbitos de actuación.
- Los responsables de la orientación proporcionarán el apoyo técnico necesario en cada caso.

6.3.4 Glosario

ACA: *Adaptación curricular de acceso:* Son modificaciones o provisión de recursos espaciales, materiales, personales o de comunicación que van a facilitar que algunos alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo puedan desarrollar el currículo ordinario, o en su caso, el currículo adaptado.

ACI: *Adaptaciones curriculares individualizadas:* Todos aquellos ajustes o modificaciones que se efectúan en los diferentes elementos de la propuesta educativa desarrollada para un alumno con el fin de responder a sus necesidades específicas de apoyo educativo y que no pueden ser compartidos por el resto de sus compañeros.

ACIS: *Adaptación curricular individual significativa:* Modificaciones que se realizan desde la programación, previa evaluación psicopedagógica y que afectan a los elementos prescriptivos del currículo oficial por modificar objetivos generales de la etapa, competencias básicas, contenidos básicos y nucleares de las diferentes materias y criterios de evaluación.

ACNEAE: *alumnado con necesidad específica de apoyo educativo:* constituye un grupo más amplio y que engloba al anterior. Estaría formado por quienes cumplen alguno de estos criterios (LOE, art. 71): Existencia de dificultades de aprendizaje, Altas capacidades intelectuales, Incorporación tardía al sistema educativo, Condiciones personales, de historia escolar o salud.

ACNEE: *alumnado con necesidad educativa especial:* La ley (LOE, art. 73) lo define como aquel que requiere determinados apoyos y atenciones a causa de la discapacidad o de presencia de trastornos graves de conducta.

ACNS: *Adaptación curricular no significativa:* Modifican elementos no prescriptivos o básicos del Currículo. Son adaptaciones en cuanto a los tiempos, las actividades, la metodología, las técnicas e instrumentos de evaluación.

AL: *maestro/a especialista en Audición y Lenguaje:* Sus competencias versan acerca del tratamiento y la intervención de forma pormenorizada, casi clínica de los trastornos y patologías que atañen tanto al aspecto expresivo, como al aspecto comprensivo del lenguaje.

AT: Auxiliar Técnico Educativo: Es la persona que presta servicios complementarios para la asistencia y formación de los escolares con discapacidad, atendiendo a éstos, en su limpieza y aseo, en el comedor, y demás necesidades análogas.

EAT: Equipo de Atención Temprana.

EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

Informe Psicopedagógico: documento escrito que refleja la situación educativa del alumno obtenida a través de un proceso de evaluación previo y que orienta la propuesta curricular y la ayuda que necesita el estudiante durante su periodo escolar.

PROA: Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo con alumnado en situación de desventaja educativa asociada al entorno socio cultural.

PT: maestro/a especialista en Pedagogía Terapéutica: Es el profesional especialista en atender al alumnado con necesidades educativas especiales, dentro de los centros educativos docentes de infantil, primaria y/o secundaria.

PTSC: profesor/a Técnico de Servicios a la Comunidad: es un profesional enmarcado en el EOEP, con el objetivo de prevenir y compensar las desigualdades en educación derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos

Servicios de Orientación Educativa: equipos de profesionales educativos (EOEP) y psicólogos-pedagogos (orientador de centro) a disposición de los centros escolares y de las familias para asesorar, evaluar y planificar actuaciones concretas en los alumnos que tienen dificultades.



riojasalud.es