



Protocolo

de Atención a Personas con
**Trastorno por Déficit
de Atención e Hiperactividad**

PROTOCOLO de atención a personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad [Recurso electrónico]
[Autoría: Pérez Madroñal, Isidoro...et al.]. -- Sevilla : Consejería de Salud y Familias : Consejería de Educación y Deporte, 2021.
Texto electrónico (pdf), 51 p.

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 2. Salud mental. 3. Niño. 4. Adolescente. 5. Andalucía.
I. Pérez Madroñal, Isidoro. II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias. III. Andalucía. Consejería de Educación y Deporte.
WS 350.8.A8



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Protocolo de atención a personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2021

Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Deporte, 2021

Diseño y Maquetación: Bualá Comunicación

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Consejería de Educación y Deporte: <https://juntadeandalucia.es/organismos/educacionydeporte.html>



Protocolo para el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

1. Por qué y para qué un protocolo	05
2. Dimensiones del TDAH	08
3. Detección	12
3.1. Desde el centro educativo:	12
3.1.1. Reunión del equipo docente.	12
3.1.2. Reunión con la familia.	13
3.1.3. Procedimiento de solicitud de Evaluación psicopedagógica.	14
3.2. Desde los servicios sanitarios:	15
4. Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico	17
4.1. Desde el centro educativo: Evaluación psicopedagógica	17
4.2. Desde el centro sanitario: Diagnóstico clínico	18
4.3. Espacios de Coordinación y colaboración de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Comunitaria	19
5. Proceso de intervención y tratamiento	21
5.1. Desde educación:	21
5.2. Desde salud:	22
6. Factores que pueden condicionar un pronóstico desfavorable del TDAH en la persona	27
7. Coordinación y colaboración interniveles e intersectoriales	28
8. Bibliografía	30



ANEXO I.	
CRITERIOS DIAGNÓSTICO CIE-10	31
ANEXO II	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA EL TDAH	35
ANEXO III	
INFORME INICIAL DE SALUD PARA EL CENTRO EDUCATIVO	39
ANEXO IV	
INFORME INICIAL DE EDUCACIÓN PARA EL CENTRO SANITARIO	41
ANEXO V	
AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS	42
ANEXO VI	
MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL FAMILIAR	43
ANEXO VII	
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	44
ANEXO VIII	
DIRECTORIO DE REFERENTES INFANTOJUVENIL EN LAS USMC (por UGC)	49
ANEXO IX	
DIRECTORIO DE REFERENTES PROVINCIALES DE TRASTORNOS DE CONDUCTA EN EDUCACIÓN	50



1. ¿Por qué y para qué un protocolo?

El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH) presenta unos síntomas principales como son la inatención, la hiperactividad e impulsividad y otros asociados, que pueden implicar un gran impacto y deterioro en todas las áreas de la vida de las personas que lo padecen (cognitiva, emocional, social y comportamental). Debido a las consecuencias que el TDAH produce en su entorno más próximo, la investigación acerca de este trastorno va adquiriendo mayor interés, reflejándose en un importante número de publicaciones a nivel nacional e internacional, en profesionales que desarrollan su trabajo tanto en el ámbito educativo como sanitario.

Es una realidad la gran variabilidad y diversidad de modelos comprensivos, de evaluación y orientación, de criterios de actuación, que en ocasiones genera confusión en familiares y en las propias personas afectadas. Los mensajes entre los diferentes actores que intervienen, sanitarios y no sanitarios, pueden adolecer de una falta de calidad y consenso, ocasionando respuestas diversas. Se hace necesario, pues, construir una herramienta que corrija esta variabilidad, que marque unas secuencias de acciones definidas y coordinadas, orientadas a que el conjunto de profesionales que en diferentes contextos y momentos vamos a atender a las personas con sospecha o ya identificados como TDAH y a sus familias, tengan una respuesta adecuada a los retos que plantean.

Contar con un Protocolo que especifique las rutas de actuación, las formas de coordinación entre profesionales del sistema educativo y sanitario, va a ayudar no solo a una mayor fluidez y rapidez en la toma de decisiones, sino a facilitar a las familias un marco al que puedan acudir para obtener respuestas y herramientas, que les permita una mejor comprensión y ayuda.

El presente **Protocolo** pretende **dar respuesta** a tres cuestiones:

- a) ¿Qué es el TDAH?
- b) ¿Cómo se identifica y diagnostica en el sistema educativo y sanitario?
- c) ¿Qué tipos de ayudas se pueden prestar?




Estas tres cuestiones están estructuradas en tres grandes Áreas:

1. Definición, características, sintomatología, y posibles complicaciones del TDAH.
2. El proceso de identificación y evaluación del TDAH y las áreas de intervención tanto en el sistema educativo como sanitario.
3. Recursos terapéuticos: psicológicos, psicopedagógicos y farmacológicos. La Coordinación Interdispositivos (Sanidad y Educación) e Interniveles (Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Comunitaria, Neuropediatría y las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil), definiendo criterios de derivación.

En el **ámbito educativo**, las Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad, establecen un Protocolo de Detección, Identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y Organización de la Respuesta Educativa, donde se articula un proceso de prevención y valoración del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo orientado hacia una escolarización y una respuesta educativa ajustada a las necesidades del alumnado en el marco de una escuela inclusiva.

En este Protocolo, se establece una serie de fases para detectar, identificar y organizar la respuesta educativa del alumnado que presente Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE). De acuerdo con lo establecido en el artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, se entiende por alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo aquellos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.



En el **ámbito sanitario**, el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, establece las funciones y tareas que la red de dispositivos sanitarios, Primaria y Hospitalaria, han de desarrollar a la demanda sanitaria de la ciudadanía, constituyendo el estudio de niños, niñas, jóvenes y adultos con sospecha de TDAH, uno de los principales motivos de consulta, aunque el porcentaje de diagnósticos concluidos no coincide con el número de estudios solicitados.

También, en el Plan Integral de Salud Mental (PISMA) III (2016-2020) se especifica: *“Se requiere un abordaje más efectivo de los trastornos mentales, con especial atención a aquellas problemáticas con un marcado carácter intersectorial, que asegure la garantía de los derechos, la calidad y la seguridad en las intervenciones”*: el TDAH constituye un problema que requiere ese abordaje intersectorial y en red.

Por tanto, se cuenta con un soporte normativo que indica no sólo lo que se debe hacer, sino que, además, pone en valor la necesidad de un trabajo en red, interniveles e intersectorial, para aquellas demandas que por su complejidad requieran un trabajo coordinado y con un mensaje que sea coherente para las familias por parte de los diferentes profesionales que van a tener algún protagonismo en el proceso de evaluación y ayuda.

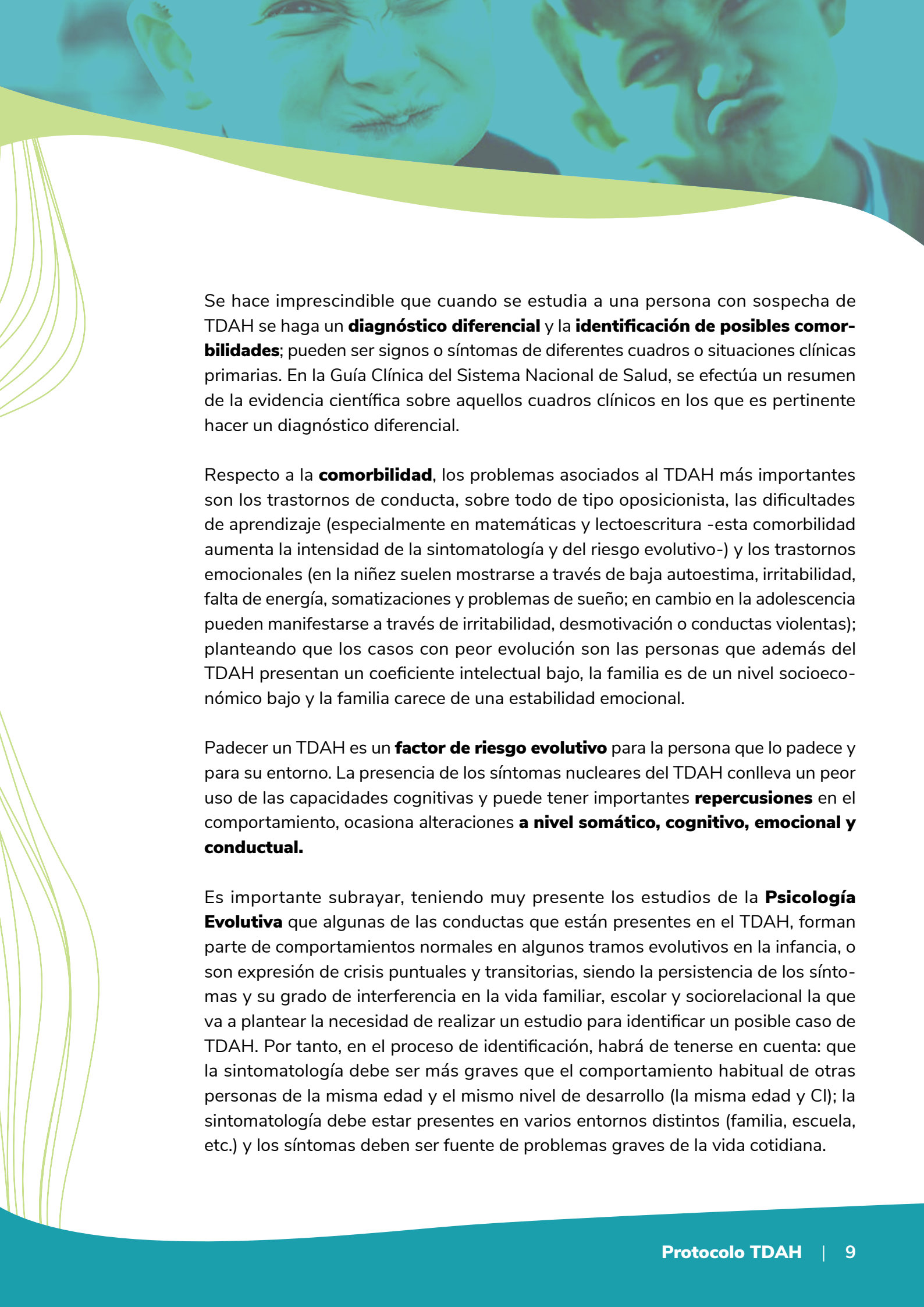


2. Dimensiones del TDAH

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que comprende un **patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad** y, aunque en la clínica se comprueba que suelen coexistir los tres síntomas, hay patrones en los que predomina uno de ellos. Es necesario señalar que hay **otros síntomas asociados**, como trastornos en el aprendizaje, en el lenguaje, inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y dificultades para un ajuste satisfactorio a las exigencias del medio. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas y por tanto su capacidad de ajuste psicosocial (relaciones familiares y relaciones con iguales).

Estamos ante un **trastorno sin una etiología clara**, con presencia de múltiples factores (neurológicos, genéticos, psicológicos y sociales), que supone **un factor de riesgo** para el desarrollo y el ajuste psicosocial óptimo en la infancia y adolescencia, e incluso en la vida adulta, y parece, por tanto, que la respuesta más plausible es que la **intervención** de ayuda tenga un **enfoque** igualmente **multidimensional** y necesariamente coordinado, evitando modelos comprensivos de etiquetado rápido y respuestas reduccionistas. La consideración comprensiva de una etiopatogenia multicausal, llevara a un abordaje terapéutico multimodal.

El TDAH es uno de los **trastornos más prevalentes en la salud mental de la infancia y la adolescencia en todo el mundo** con una prevalencia en estas edades en España del 6,8% [95% (CI) 4,9 – 8,8%]. Tomando como fuente de datos el Programa de Salud Mental de Andalucía, los datos disponibles más recientes, hablan del 12,4% de las personas menores atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) -en 2015 fueron el 14,2% - (que llevados a datos poblacionales significa 0,15 menores atendidos en las USMC con TDAH por cada 100.000 habitantes menores de 18 años), y el 15,9 % de los menores atendidos en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Andalucía -en el 2015 fueron 19,8%- (0,20 menores atendidos con TDAH en las USMIJ por cada 100.000 habitantes menores de 18 años).

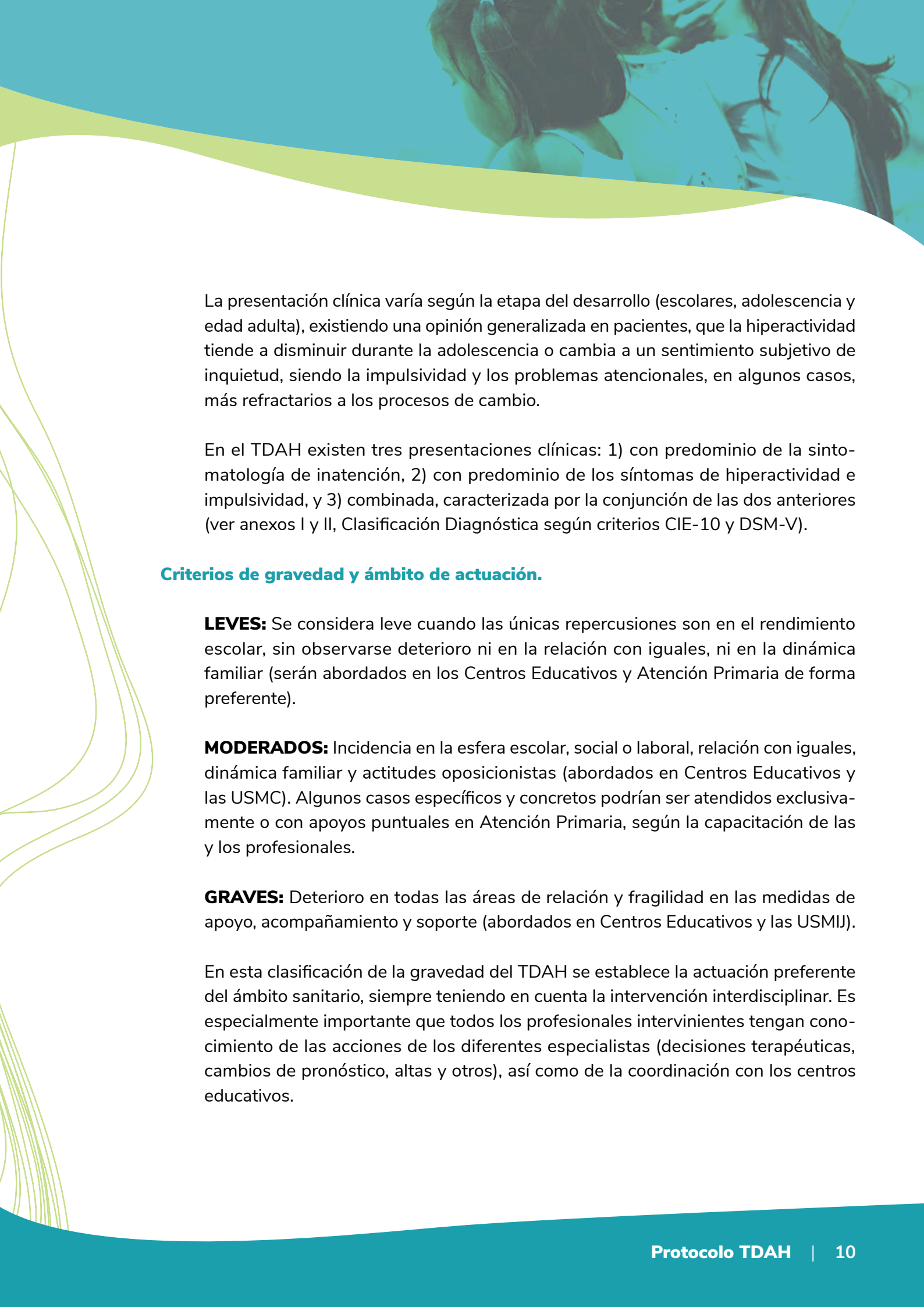


Se hace imprescindible que cuando se estudia a una persona con sospecha de TDAH se haga un **diagnóstico diferencial** y la **identificación de posibles comorbilidades**; pueden ser signos o síntomas de diferentes cuadros o situaciones clínicas primarias. En la Guía Clínica del Sistema Nacional de Salud, se efectúa un resumen de la evidencia científica sobre aquellos cuadros clínicos en los que es pertinente hacer un diagnóstico diferencial.

Respecto a la **comorbilidad**, los problemas asociados al TDAH más importantes son los trastornos de conducta, sobre todo de tipo oposicionista, las dificultades de aprendizaje (especialmente en matemáticas y lectoescritura -esta comorbilidad aumenta la intensidad de la sintomatología y del riesgo evolutivo-) y los trastornos emocionales (en la niñez suelen mostrarse a través de baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas de sueño; en cambio en la adolescencia pueden manifestarse a través de irritabilidad, desmotivación o conductas violentas); planteando que los casos con peor evolución son las personas que además del TDAH presentan un coeficiente intelectual bajo, la familia es de un nivel socioeconómico bajo y la familia carece de una estabilidad emocional.

Padecer un TDAH es un **factor de riesgo evolutivo** para la persona que lo padece y para su entorno. La presencia de los síntomas nucleares del TDAH conlleva un peor uso de las capacidades cognitivas y puede tener importantes **repercusiones** en el comportamiento, ocasiona alteraciones **a nivel somático, cognitivo, emocional y conductual**.

Es importante subrayar, teniendo muy presente los estudios de la **Psicología Evolutiva** que algunas de las conductas que están presentes en el TDAH, forman parte de comportamientos normales en algunos tramos evolutivos en la infancia, o son expresión de crisis puntuales y transitorias, siendo la persistencia de los síntomas y su grado de interferencia en la vida familiar, escolar y sociorelacional la que va a plantear la necesidad de realizar un estudio para identificar un posible caso de TDAH. Por tanto, en el proceso de identificación, habrá de tenerse en cuenta: que la sintomatología debe ser más grave que el comportamiento habitual de otras personas de la misma edad y el mismo nivel de desarrollo (la misma edad y CI); la sintomatología debe estar presente en varios entornos distintos (familia, escuela, etc.) y los síntomas deben ser fuente de problemas graves de la vida cotidiana.



La presentación clínica varía según la etapa del desarrollo (escolares, adolescencia y edad adulta), existiendo una opinión generalizada en pacientes, que la hiperactividad tiende a disminuir durante la adolescencia o cambia a un sentimiento subjetivo de inquietud, siendo la impulsividad y los problemas atencionales, en algunos casos, más refractarios a los procesos de cambio.

En el TDAH existen tres presentaciones clínicas: 1) con predominio de la sintomatología de inatención, 2) con predominio de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, y 3) combinada, caracterizada por la conjunción de las dos anteriores (ver anexos I y II, Clasificación Diagnóstica según criterios CIE-10 y DSM-V).


Criterios de gravedad y ámbito de actuación.

LEVES: Se considera leve cuando las únicas repercusiones son en el rendimiento escolar, sin observarse deterioro ni en la relación con iguales, ni en la dinámica familiar (serán abordados en los Centros Educativos y Atención Primaria de forma preferente).

MODERADOS: Incidencia en la esfera escolar, social o laboral, relación con iguales, dinámica familiar y actitudes oposicionistas (abordados en Centros Educativos y las USMC). Algunos casos específicos y concretos podrían ser atendidos exclusivamente o con apoyos puntuales en Atención Primaria, según la capacitación de las y los profesionales.

GRAVES: Deterioro en todas las áreas de relación y fragilidad en las medidas de apoyo, acompañamiento y soporte (abordados en Centros Educativos y las USMIJ).

En esta clasificación de la gravedad del TDAH se establece la actuación preferente del ámbito sanitario, siempre teniendo en cuenta la intervención interdisciplinar. Es especialmente importante que todos los profesionales intervinientes tengan conocimiento de las acciones de los diferentes especialistas (decisiones terapéuticas, cambios de pronóstico, altas y otros), así como de la coordinación con los centros educativos.



Además de los síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad) del TDAH, el 63% de las personas presentan tres o más síntomas no nucleares al diagnóstico, que son en muchas ocasiones los que motivan la consulta y el objetivo principal a mejorar con el tratamiento, además de la mejora de los síntomas nucleares.

Conviene señalar finalmente que la familia es un espacio que marca una importantísima influencia sobre sus miembros, y la preparación al nacimiento con unos hábitos saludables en el embarazo y la crianza constituyen una época privilegiada para fomentar el conocimiento y las experiencias agradables ligadas a un ejercicio positivo de la parentalidad.

Las relaciones con los hijos y las hijas basadas en la calidez y el cariño, en la estimulación y el apoyo al aprendizaje, en la visión positiva de las características propias de cada persona y en el acompañamiento estimulante de su proyecto de vida, el apego seguro, entre otras, son dimensiones que comienzan a definirse ya durante el embarazo. Este proceso de acompañamiento de padres, madres y personas cuidadoras, tratan de ayudar a que la persona afectada construya una imagen positiva de sí mismos, una base de seguridad emocional que les coloque en una posición de confianza; no obstante, este objetivo no siempre está dentro de lo posible, sobre todo cuando las manifestaciones de niños y niñas, sus fricciones con las normas y obligaciones externas, pueden ir creando sentimientos de culpa y estrés en padres y madres, añadiendo generalmente la presión externa de la escuela, de la familia extensa, de los espacios de juego y ocio que comparte con sus iguales, que no acababan de entender el porqué de las conductas que manifiestan. Se puede iniciar ahí un proceso de búsqueda de ayuda profesional en la que una evaluación minuciosa y precisa lleve a establecer un correcto plan de orientaciones y/o intervención.



3. Detección

El motivo de consulta o demanda diagnóstica puede originarse en diversos escenarios: familia y/o cuidadores habituales, centro educativo o desde los servicios sanitarios. El entorno más próximo es el más adecuado para la detección en las fases iniciales del trastorno.

En el entorno sanitario, además de la consulta a demanda que se genere, se prestará especial atención al reconocimiento y detección precoz de los signos y síntomas de alarma prevalentes en cada edad a través de las diferentes visitas y actividades del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía.

3.1. Desde el centro educativo:

Los pasos que se tomarán desde un centro educativo cuando se tiene sospecha de un posible caso de TDAH, serán los siguientes:


3.1.1. Reunión del equipo docente.

El tutor o tutora reunirá al equipo docente. A esta reunión deberá asistir, al menos, una persona en representación del equipo de orientación del centro (en los centros de educación infantil y educación primaria sostenidos con fondos públicos) o departamento de orientación (en los institutos de educación secundaria).

En esta reunión se han de abordar los siguientes aspectos:

a) Análisis de los indicios de TDAH detectados. El equipo docente junto con la representación del equipo de orientación de centro o departamento de orientación analizarán y valorarán conjuntamente los indicios detectados, asimismo intervendrán en la elaboración de los siguientes puntos.

b) Valoración de la eficacia de las medidas que se vienen aplicando: Comprobación de la efectividad de las medidas educativas que se aplican en el grupo clase con el



alumno o alumna o, en el caso de no haber aplicado aún ninguna medida decidir estrategias de intervención para atender a sus necesidades educativas.

En el apartado dedicado a la respuesta educativa, se presentan medidas generales de atención a la diversidad del alumnado. Dichas medidas deben ser aplicadas por cada profesor o profesora en el mismo momento en que detecten indicios de NEAE, o bien a raíz de los acuerdos adoptados por el equipo docente.

c) Toma de decisiones sobre la continuación de las medidas aplicadas o medidas y estrategias a aplicar, si se constata que éstas no estaban siendo aplicadas o si su aplicación resulta insuficiente tras la valoración de su eficacia.

d) Establecer un cronograma de seguimiento de las medidas adoptadas, que dependerá de las áreas implicadas, la etapa y la edad del alumno o alumna. Este cronograma lo realizará el equipo docente junto con el orientador u orientadora y deberá contemplar una serie de indicadores y criterios de seguimiento que permitirán la valoración de la efectividad de las medidas y estrategias adoptadas, así mismo se establecerán plazos y fechas de reuniones para la realización de dicho seguimiento.

Las consideraciones del equipo docente serán recogidas en un acta que elaborará el tutor o tutora, que incluirá todos los aspectos tratados en la reunión y firmarán todos los asistentes a la misma. Del contenido de esta reunión se dará traslado a la jefatura de estudios.

3.1.2. Reunión con la familia.

Tras esta reunión el tutor o tutora mantendrá una entrevista con la familia del alumno o alumna con objeto de informarles de las decisiones y acuerdos adoptados, así como de las medidas y estrategias que se van a aplicar y el cronograma de seguimiento. Así mismo en esta entrevista también se establecerán los mecanismos y actuaciones para la participación de la familia.

Si tras la aplicación de las medidas referidas en el apartado anterior, durante un período no inferior a tres meses, y según el cronograma de seguimiento establecido, se evidencie que las medidas aplicadas no han resultado suficientes o no se



apreciase una mejora de las circunstancias que dieron lugar a la aplicación de las mismas, se realizará el procedimiento de solicitud para la realización de la evaluación psicopedagógica.


Este procedimiento podría llevarse a cabo antes de agotar el plazo de tres meses establecido cuando:

- Se evidencie un agravamiento de las circunstancias que dieron lugar a la intervención, a juicio del equipo docente con el asesoramiento del profesional de la orientación.
- Se aprecien indicios evidentes de NEAE, requiriendo la aplicación de atención específica y/o estos indicios se encuentren apoyados por informes externos (médicos, psicológicos...).

3.1.3. Procedimiento de solicitud de evaluación psicopedagógica.

El procedimiento de solicitud de evaluación psicopedagógica constará de los siguientes pasos:

- a) Reunión del equipo docente en la que se analizarán las medidas adoptadas hasta el momento con el alumno o alumna. A esta reunión deberá asistir, al menos, una persona en representación del equipo de orientación del centro (en los centros de educación infantil y educación primaria sostenidos con fondos públicos) o departamento de orientación (en los institutos de educación secundaria). En esta reunión el tutor o tutora recogerá los datos necesarios para la cumplimentación de la solicitud de realización de la evaluación psicopedagógica, que incluirá las medidas educativas previamente adoptadas y los motivos por los que no han dado resultado.
- b) El o la profesional de la orientación establecerá los criterios de priorización establecidos en las Instrucciones de 8 de marzo de 2017.
- c) Ante la posible existencia de solicitudes (aportadas por la familia) de inicio del proceso de evaluación psicopedagógica por parte de servicios externos de otras administraciones públicas o entidades de carácter privado, las personas responsables de



la realización de dicha evaluación la considerarán si ya existiesen indicios de TDAH en el contexto escolar o si, a juicio del equipo docente, se considera procedente.

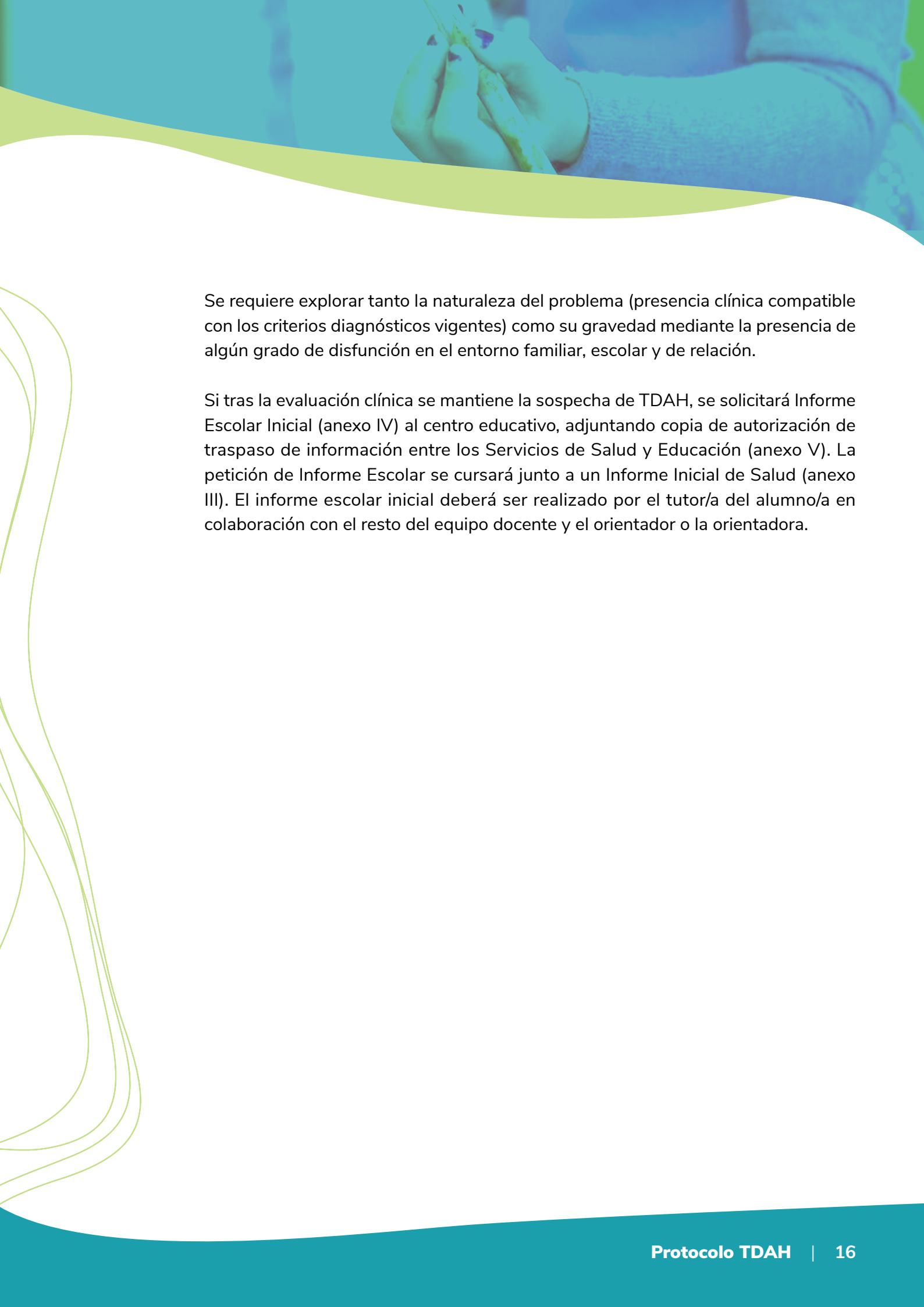
d) Una vez aplicados los criterios de priorización, el o la profesional de la orientación realizará un análisis de las intervenciones realizadas hasta el momento, así como de las circunstancias que han motivado dicha solicitud.

Tras la finalización de dicho análisis, el o la profesional de la orientación:

- En caso de que no se han llevado a cabo de forma correcta y completa el procedimiento a seguir tras la detección de indicios de TDAH, lo pondrá en conocimiento de la jefatura de estudios para que se tomen las medidas oportunas.
- Podrá concluir que el alumno o la alumna no precisa la realización de evaluación psicopedagógica. En este caso, elaborará un informe en el que se expondrán las actuaciones realizadas que justifiquen la decisión de no realizar la evaluación psicopedagógica, así como una propuesta de las medidas generales de atención a la diversidad que conformarán la respuesta educativa al alumno o alumna. Este informe se entregará al tutor o tutora para que coordine, junto con el equipo docente, la aplicación de dichas medidas generales e informará a la familia de la decisión adoptada y de la respuesta educativa propuesta. El contenido de este informe, así como la valoración de la eficacia de las medidas generales aplicadas quedarán reflejadas en el informe de final de curso, ciclo o etapa.
- Si concluye que el alumno o la alumna presenta indicios de TDAH, requerirá la realización de la correspondiente evaluación psicopedagógica. Paralelamente solicitará un Informe Inicial de Salud (anexo III).

3.2. Desde los servicios sanitarios:

Ante la sospecha inicial de TDAH que las familias suelen plantear en Atención Primaria, se iniciará una valoración para su diagnóstico.



Se requiere explorar tanto la naturaleza del problema (presencia clínica compatible con los criterios diagnósticos vigentes) como su gravedad mediante la presencia de algún grado de disfunción en el entorno familiar, escolar y de relación.

Si tras la evaluación clínica se mantiene la sospecha de TDAH, se solicitará Informe Escolar Inicial (anexo IV) al centro educativo, adjuntando copia de autorización de traspaso de información entre los Servicios de Salud y Educación (anexo V). La petición de Informe Escolar se cursará junto a un Informe Inicial de Salud (anexo III). El informe escolar inicial deberá ser realizado por el tutor/a del alumno/a en colaboración con el resto del equipo docente y el orientador o la orientadora.



4. Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico

El objetivo de esta fase es realizar el diagnóstico, descartar otras patologías y comorbilidades, e iniciar la intervención cuando sea necesaria.

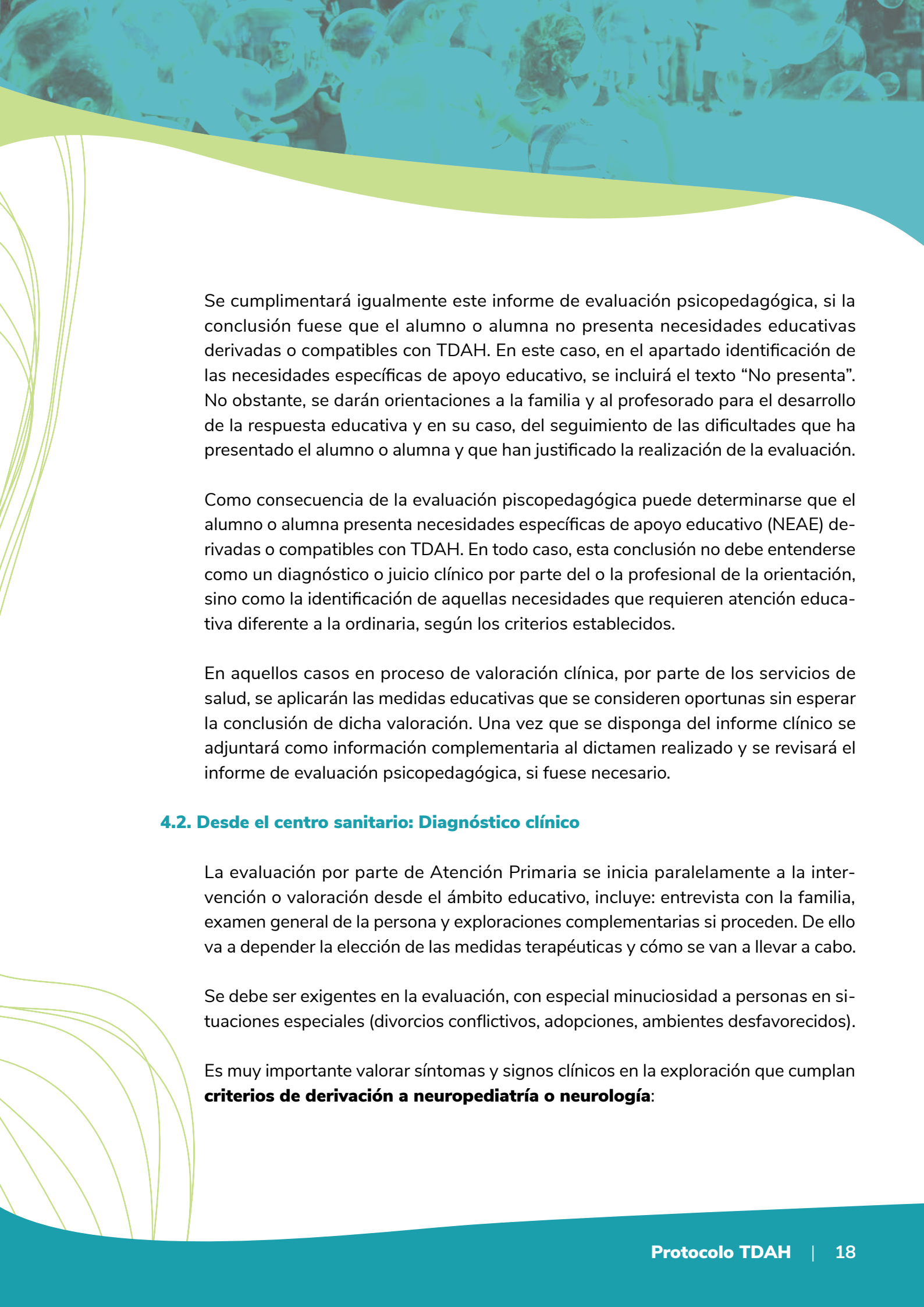
4.1. Desde el centro educativo: Evaluación psicopedagógica

Esta fase consistirá en la realización de la evaluación psicopedagógica, y en su caso, del dictamen de escolarización (ver punto 3.1.3).

La evaluación psicopedagógica, como requisito para la identificación de las NEAE, se concibe como una parte del proceso de la intervención educativa y ha de poner el énfasis en lograr el ajuste adecuado entre las necesidades del alumno o la alumna y la respuesta educativa que se le proporcione. Para ello, la evaluación psicopedagógica se entenderá como un proceso interactivo, participativo, global y contextualizado, que trascienda de un enfoque clínico de la evaluación y profundice en la detección de necesidades desde un enfoque holístico, ofreciendo orientaciones útiles y precisas para el ajuste de la respuesta educativa.

El o la profesional de la orientación que ha coordinado la evaluación psicopedagógica elaborará el correspondiente informe, a partir de las informaciones y valoraciones de todos los agentes implicados, incluido, si se considera necesario, el Equipo de Orientación Educativa Especializado en Trastornos Graves de Conducta (EOEE en TGC).

Al alumno o alumna con una evaluación psicopedagógica realizada y en proceso de valoración clínica, por parte de los servicios de salud, se hará el informe correspondiente de dicha de evaluación, sin esperar la conclusión de la valoración. Una vez finalizada la misma, y cuando se disponga del informe clínico, se adjuntará al informe psicopedagógico como información complementaria y se revisará, si fuera necesario.



Se cumplimentará igualmente este informe de evaluación psicopedagógica, si la conclusión fuese que el alumno o alumna no presenta necesidades educativas derivadas o compatibles con TDAH. En este caso, en el apartado identificación de las necesidades específicas de apoyo educativo, se incluirá el texto “No presenta”. No obstante, se darán orientaciones a la familia y al profesorado para el desarrollo de la respuesta educativa y en su caso, del seguimiento de las dificultades que ha presentado el alumno o alumna y que han justificado la realización de la evaluación.

Como consecuencia de la evaluación psicopedagógica puede determinarse que el alumno o alumna presenta necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) derivadas o compatibles con TDAH. En todo caso, esta conclusión no debe entenderse como un diagnóstico o juicio clínico por parte del o la profesional de la orientación, sino como la identificación de aquellas necesidades que requieren atención educativa diferente a la ordinaria, según los criterios establecidos.

En aquellos casos en proceso de valoración clínica, por parte de los servicios de salud, se aplicarán las medidas educativas que se consideren oportunas sin esperar la conclusión de dicha valoración. Una vez que se disponga del informe clínico se adjuntará como información complementaria al dictamen realizado y se revisará el informe de evaluación psicopedagógica, si fuese necesario.

4.2. Desde el centro sanitario: Diagnóstico clínico

La evaluación por parte de Atención Primaria se inicia paralelamente a la intervención o valoración desde el ámbito educativo, incluye: entrevista con la familia, examen general de la persona y exploraciones complementarias si proceden. De ello va a depender la elección de las medidas terapéuticas y cómo se van a llevar a cabo.

Se debe ser exigentes en la evaluación, con especial minuciosidad a personas en situaciones especiales (divorcios conflictivos, adopciones, ambientes desfavorecidos).

Es muy importante valorar síntomas y signos clínicos en la exploración que cumplan **criterios de derivación a neuropsiquiatría o neurología:**

- Existencia de patología neurológica de base, ya sea de manera aislada o en el marco de enfermedades multisistémicas.
- Sintomatología atípica que pueda sugerir base orgánica: progresividad de síntomas u otros síntomas neurológicos asociados.
- Signos neurológicos “duros” a la exploración física.
- Duda diagnóstica o necesidad de pruebas diagnósticas.
- Comorbilidad que afecta a la esfera motora: tics que repercutan en su calidad de vida o duda diagnóstica de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.

En la derivación se aportarán las escalas y/o cuestionarios realizados, el informe escolar, a ser posible con valoración psicométrica, y el informe médico con los tratamientos realizados.

Si tras la valoración se cumplen los criterios diagnósticos según codificación diagnóstica vigente (anexos I y II), se diseñará el Plan de Atención Individualizado, se registrará en DIRAYA y se realizará un informe para el centro educativo.

En esta fase de identificación, evaluación y diagnóstico, las fuentes generales y específicas de información, procederán de la entrevista a los progenitores y a la persona menor, la anamnesis y evaluación psicológica y biológica, la información recabada del entorno educativo y socio-comunitario, si es pertinente, la interconsulta con neuropediatría, el diagnóstico diferencial y la posible comorbilidad.

4.3. Espacios de coordinación y colaboración de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Comunitaria

La persona referente de los programas de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de las USMC será la encargada de estos espacios de coordinación y de la puesta en marcha de este Protocolo, junto con el resto de profesionales implicados. El contenido de estos espacios contemplará: coordinación vía telefónica o presencial, clarificación de dudas, formación, derivaciones, etc. Siempre que sea posible es deseable que en estos espacios de colaboración y coordinación esté representado el sector educativo.

Ilustración 1. Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico.





5. Proceso de intervención y tratamiento

El abordaje del TDAH debe estar orientado a pacientes y familiares con los que convivan. Requiere de una intervención multicomponente que incluye **educación familiar, psicoterapia cognitivo conductual, tratamientos farmacológicos y adaptación escolar o laboral.**

Según el Grupo Europeo Interdisciplinar para la calidad en el TDAH (EINAQ,2003), los objetivos del tratamiento del TDAH deben ser:

- Reducir los síntomas del TDAH
- Reducir los síntomas comórbidos
- Reducir el riesgo de complicaciones
- Educar al menor y su entorno sobre el trastorno
- Adaptar el entorno a las necesidades del menor
- Mejorar las habilidades de afrontamiento de menores, familia y educadoras/es
- Cambiar las percepciones desadaptativas

5.1. Desde educación:

La respuesta educativa para atender a la diversidad del alumnado se compone de medidas, generales y específicas, y recursos que también pueden ser generales y específicos. La combinación de dichas medidas y recursos dará lugar a distintos tipos de atención educativa, distinguiéndose entre atención educativa ordinaria y atención educativa diferente a la ordinaria (Instrucciones de 8 de marzo de 2017).

El Equipo de Orientación Educativa o el Departamento de Orientación, si lo estima necesario, facilitará a la familia un informe para pediatría (anexo IV).

5.2. Desde salud:

Se asumirá la intervención en Atención Primaria en los casos leves, acordada de forma conjunta entre el pediatra referente del niño o niña y el referente del programa de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de la USMC. Las actuaciones por realizar consistirán en realizar un seguimiento de las medidas educativas y aplicación de medidas de control ambiental en el contexto familiar (anexo VI). Si tras la aplicación de estas medidas no se obtiene el resultado esperable, y se mantiene la sintomatología, se valorará la opción del tratamiento farmacológico (anexo VII) y/o derivación a USMC. En ningún caso, se optará por el tratamiento farmacológico en primera instancia.

Se derivará a las USMC en casos moderados o graves para evaluación más específica y diseño de un Plan Individualizado de Tratamiento integral o cuando las actuaciones realizadas en Atención Primaria no han resultado eficaces, siempre que no se haya derivado a neuropsiquiatría o neurología.

Por tanto, **el flujo de derivaciones** en el sistema sanitario se hará por **criterios de gravedad**, cuando hay una evolución complicada, por la coexistencia de **comorbilidad**, en caso de **dudas diagnósticas**, y ante casos que **no responden** a las propuestas iniciales y necesitan ofertas de tratamiento intensivas y especializadas.

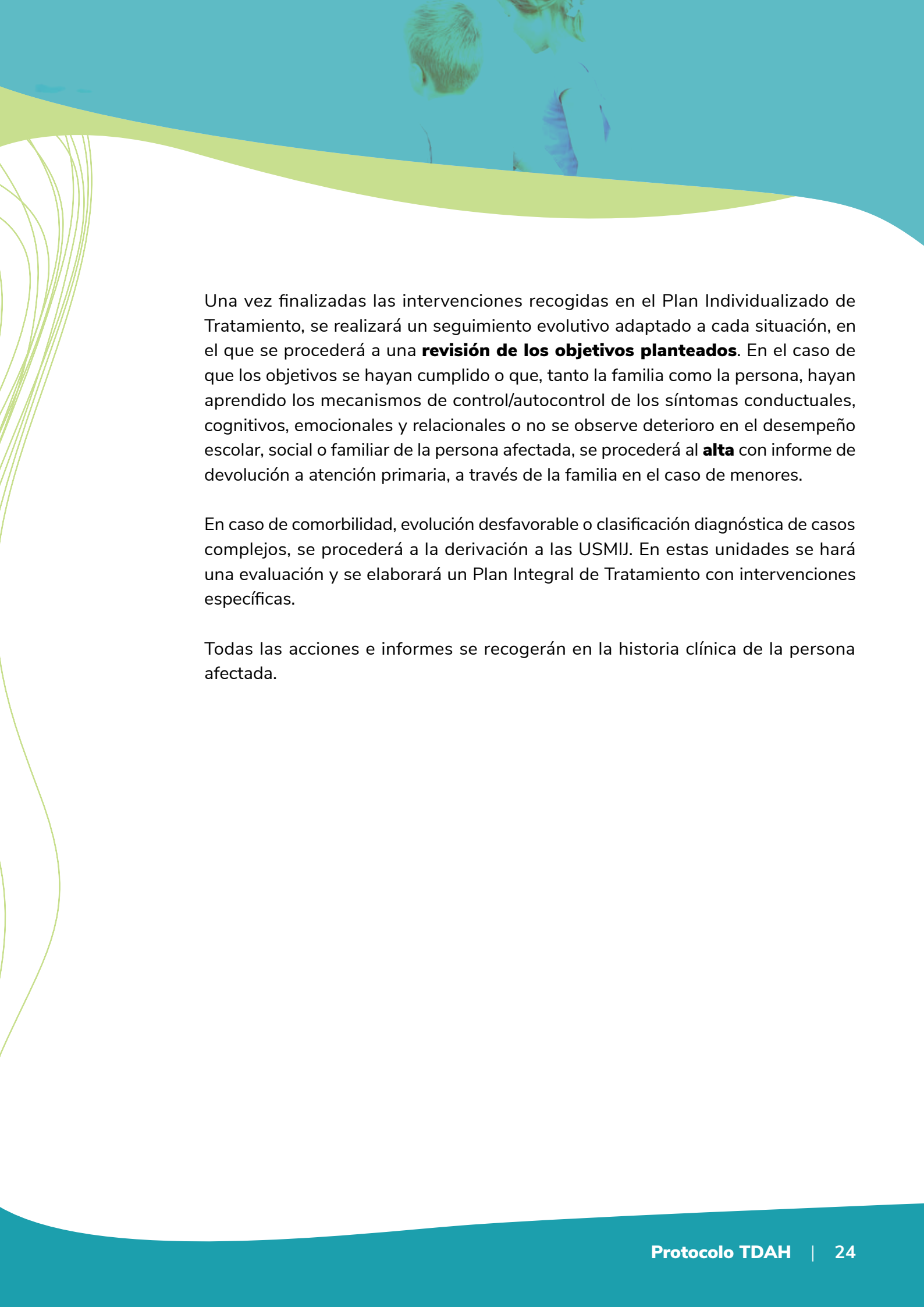
Los planes individualizados de tratamiento deben incluir:

- Objetivos generales y específicos
- Actividades a realizar
- Profesionales que intervienen
- Plazos de realización de actividades
- Evaluación de resultados



Las intervenciones que, en la actualidad, se presentan como más relevantes y su **ámbito de aplicación** son las siguientes:

INTERVENCIÓN	ÁMBITO DE APLICACIÓN
Control ambiental familiar	Atención Primaria
Programas de parentalidad positiva y disciplina inductiva	Atención Primaria o USMC
Técnicas de modificación de conducta. Resolución de problemas	Por las características funcionales pueden desarrollarse en distintos formatos en los Centros Escolares y en las USMC
Entrenamiento habilidades cognitivas y metacognitivas (atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas,...)	Centros Escolares
Entrenamiento en autoinstrucciones	USMC o USMIJ
Entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol	Por las características funcionales pueden desarrollarse en distintos formatos en los Centros Escolares y en las USMC
Autorregulación socio-emocional	USMC o USMIJ
Intervención familiar especializada	USMC o USMIJ
Tratamiento farmacológico	Atención Primaria, USMC, USMIJ



Una vez finalizadas las intervenciones recogidas en el Plan Individualizado de Tratamiento, se realizará un seguimiento evolutivo adaptado a cada situación, en el que se procederá a una **revisión de los objetivos planteados**. En el caso de que los objetivos se hayan cumplido o que, tanto la familia como la persona, hayan aprendido los mecanismos de control/autocontrol de los síntomas conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales o no se observe deterioro en el desempeño escolar, social o familiar de la persona afectada, se procederá al **alta** con informe de devolución a atención primaria, a través de la familia en el caso de menores.

En caso de comorbilidad, evolución desfavorable o clasificación diagnóstica de casos complejos, se procederá a la derivación a las USMIJ. En estas unidades se hará una evaluación y se elaborará un Plan Integral de Tratamiento con intervenciones específicas.

Todas las acciones e informes se recogerán en la historia clínica de la persona afectada.

Ilustración 2. Circuito de detección, evaluación e intervención.

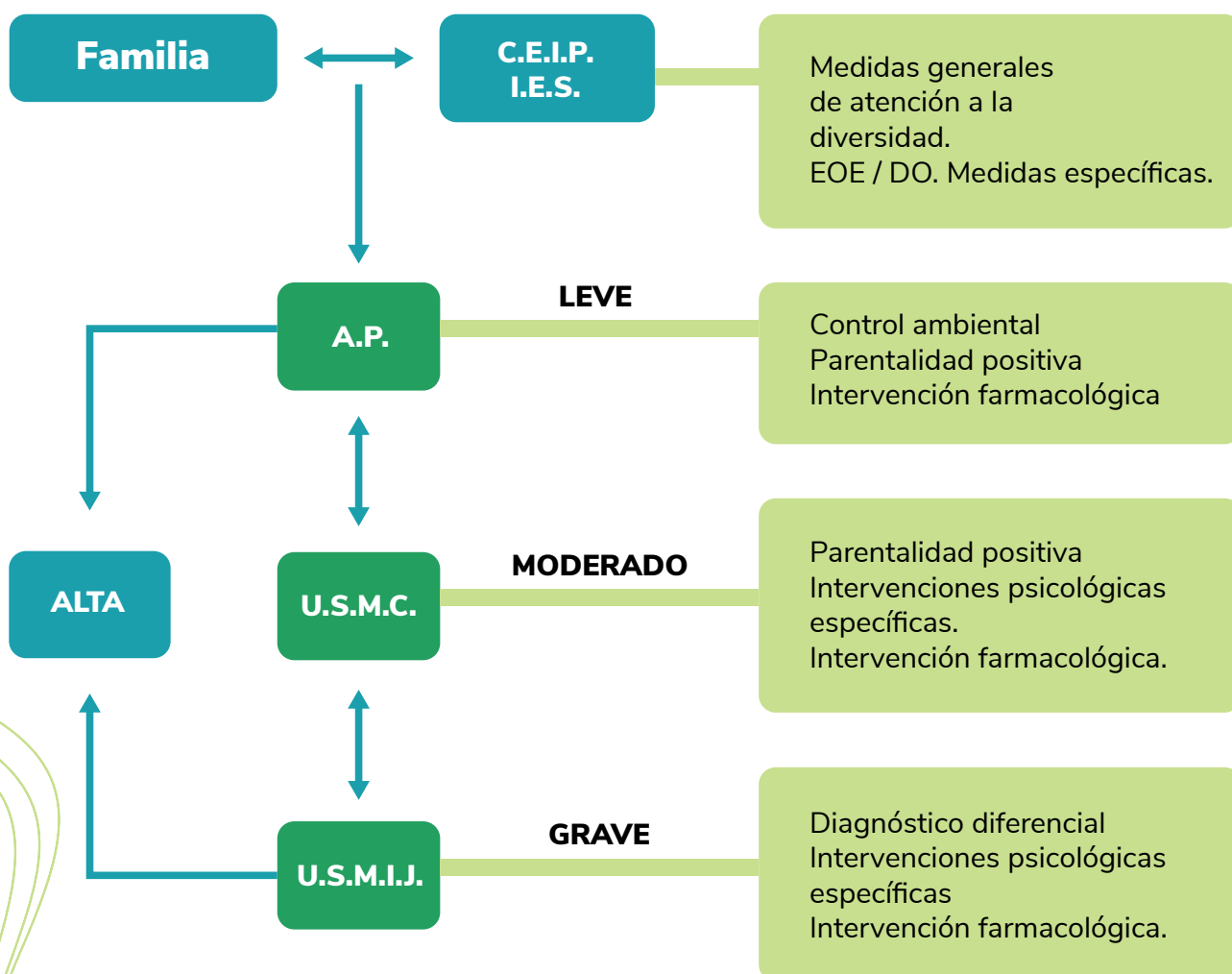
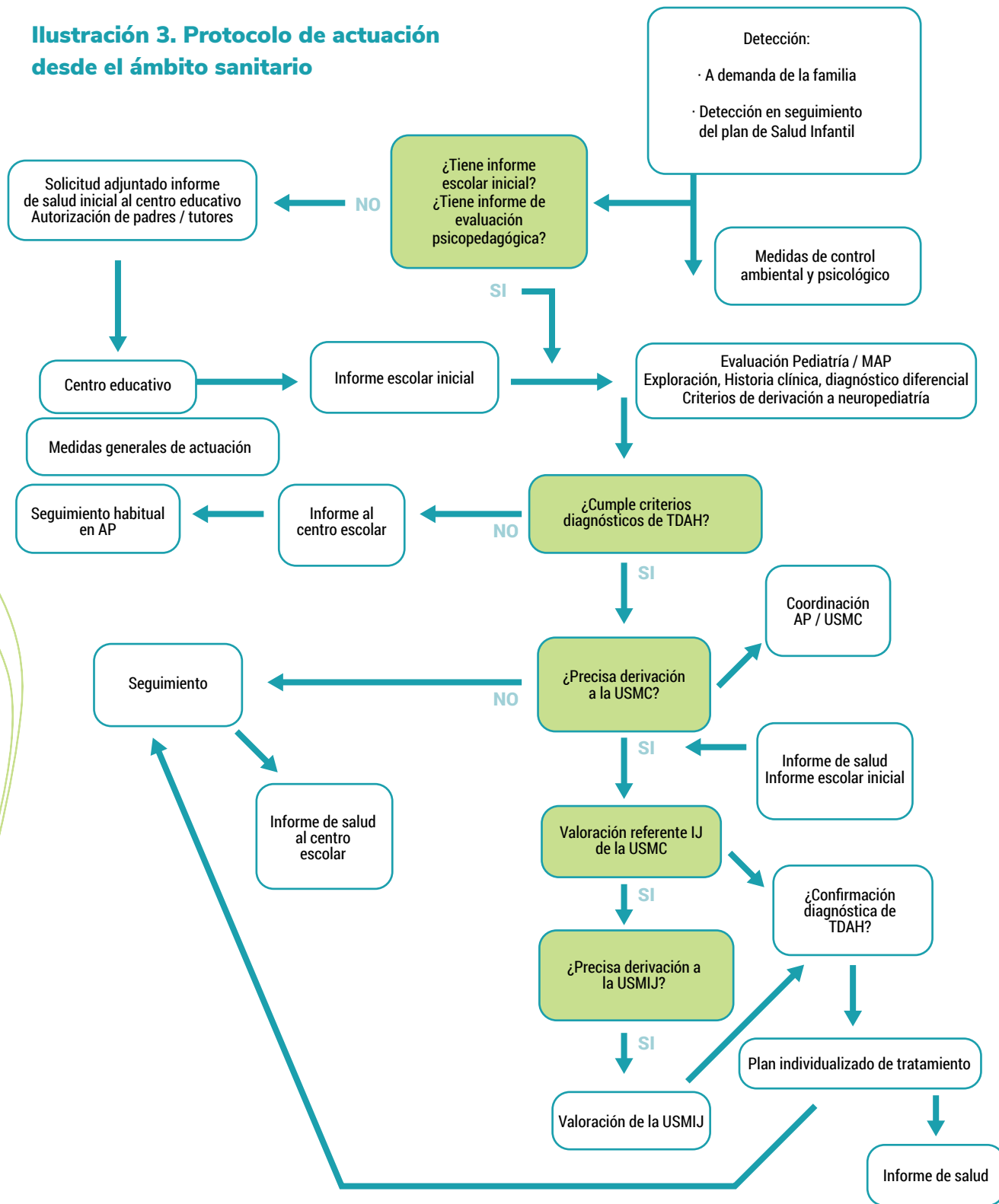


Ilustración 3. Protocolo de actuación desde el ámbito sanitario





6. Factores que pueden condicionar un pronóstico desfavorable del TDAH en la persona:

- Inteligencia límite o discapacidad intelectual.
- Cuadro de TDAH con sintomatología grave.
- Presencia de otros trastornos de la conducta o de dificultades específicas del aprendizaje (complicación por la comorbilidad)
- Demora diagnóstica de TDAH.
- Diagnósticos erróneos.
- Mala aceptación del TDAH por parte de la familia, el colegio o el entorno social, basado en creencias o modelos explicativos erróneos.
- Bajo nivel educativo y socioeconómico de la familia.
- Retraso en el comienzo de las intervenciones terapéuticas.
- Tratamiento farmacológico incorrecto o inadecuado.
- Trastorno del desarrollo de la coordinación.



7. Coordinación y colaboración interniveles e intersectoriales

Será necesario hacer hincapié en la **necesidad de coordinación y colaboración** entre las distintas instituciones y profesionales que intervienen:

Desde el Sector Educativo:

- Profesionales de la orientación de EOE (Equipo de Orientación Educativa) y DO (Departamento de Orientación)
- Equipo Especializado en Trastornos de Conducta (EOEE en TGC-Equipo de orientación Educativa especializado en Trastornos Graves de Conducta)
- Maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje

Desde el Sector Sanitario:

- Profesionales de Atención Primaria
- Profesionales de Salud Mental, Neuropediatría, Neurología y otras especialidades

Desde el Sector Social:

- Profesionales de Servicios Sociales Comunitarios



Coordinación interniveles e intersectoriales

Cada USMC tendrá un referente para el programa de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia tal como se recoge en el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (PASMIA).

Se establecerán **Comisiones Locales de Coordinación** con la finalidad de mejorar la intervención y seguimiento de las diferentes acciones en los ámbitos implicados y estarán compuestas por profesionales del área sanitaria, educativa y de los servicios sociales.

Se establecerán reuniones al inicio del curso escolar, así como una reunión en cada trimestre. También podrán realizarse a petición de sus integrantes cuando lo consideren necesario.

El directorio de profesionales referentes de las USMC será proporcionado a los centros educativos y el directorio de profesionales referentes en trastornos de conducta de las Delegaciones Territoriales de Educación será proporcionado a los centros sanitarios de Atención Primaria, UCM y USMI-J.



8. Bibliografía

- Boletín terapéutico andaluz. Tratamiento del TDAH: actualización. Año 2018; 33(4)
- SNS. Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).2017.
- Protocolo de coordinación del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Castilla y León. 2ªEdición. Consejería de educación. 2016
- Consejería de Salud. Protocolo de abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2017
- DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2018). Editorial Médica Panamericana.
- Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (PASMIA). Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental. 2010 Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. EDITA: Servicio Andaluz de Salud.



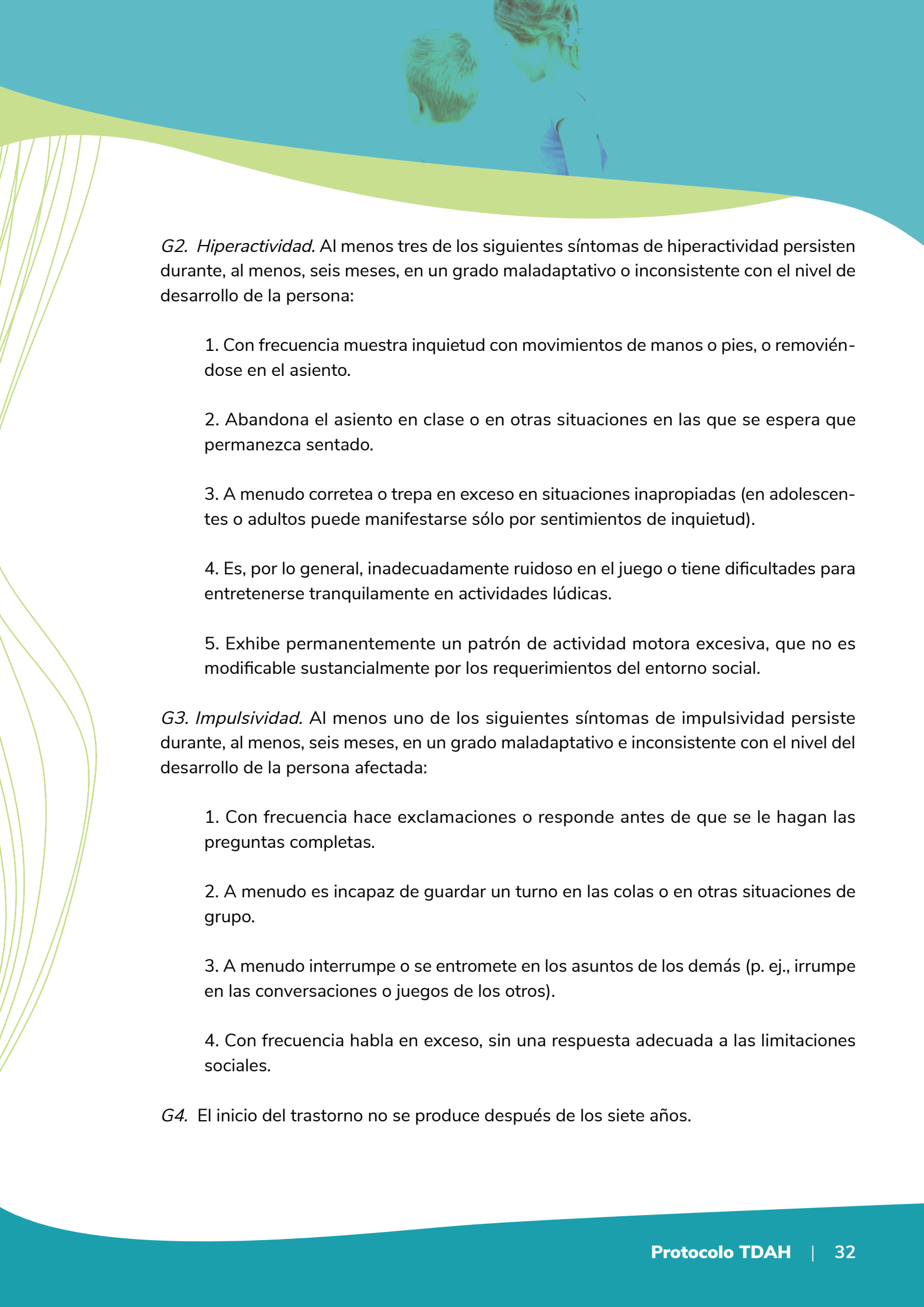
ANEXO I

CRITERIOS DIAGNÓSTICO CIE-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperactivo requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo de la persona:

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. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente se distrae por estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.




G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo de la persona:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo de la persona afectada:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.



*G5. **Carácter generalizado.*** Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde la persona menor puede ser observada, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de las madres y padres acerca de la conducta en el colegio de la persona menor no es normalmente suficiente).

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.


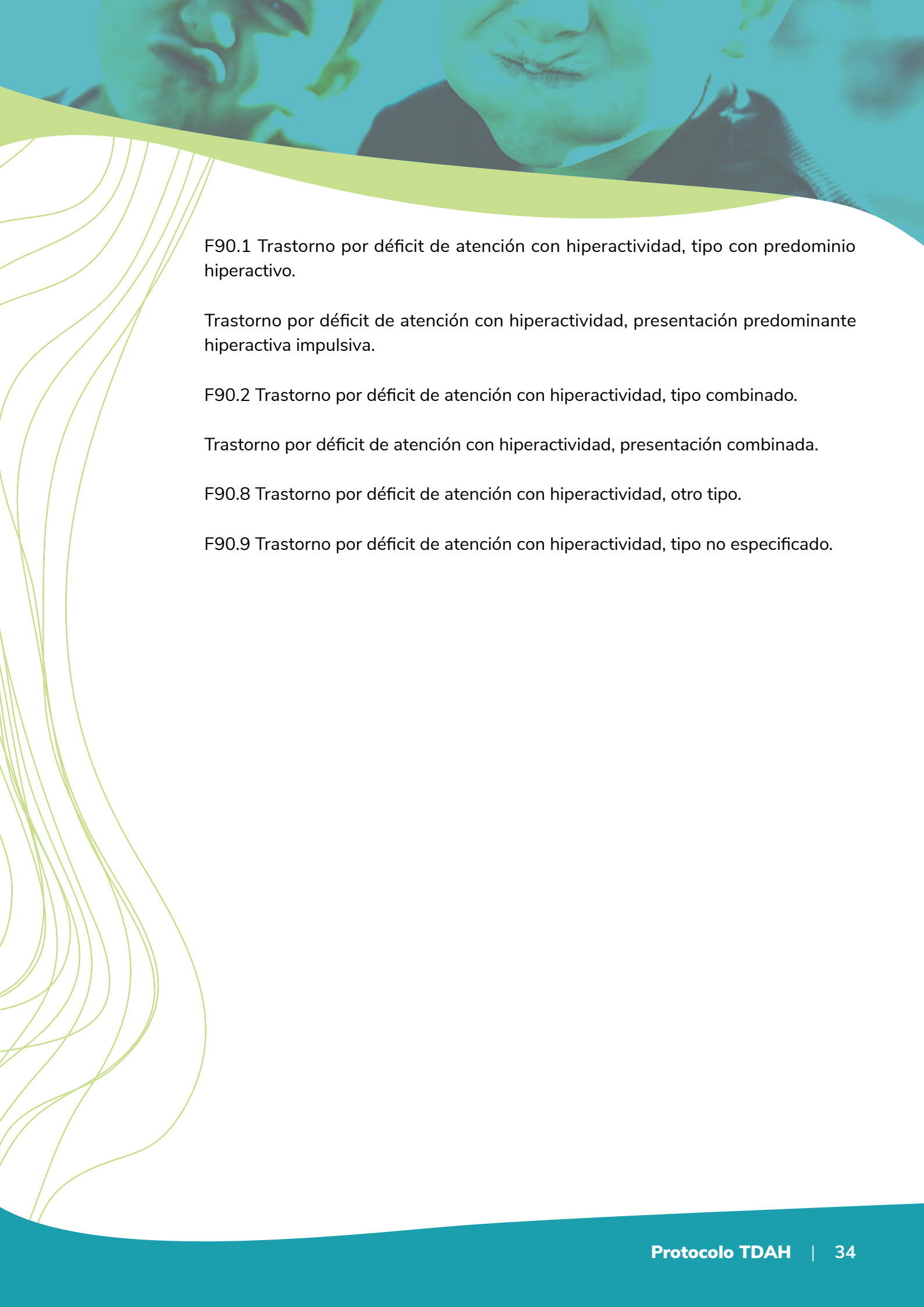
G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).

Nota diagnóstica

Muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De las personas que cumplen criterios varios, pero que no muestran anomalías del tipo hiperactividad/impulsividad, se dice que padece un déficit de atención; por el contrario, las personas que no cumplen los criterios para las anomalías de la atención, pero que cumplen los criterios en las otras áreas, padecerían un trastorno de la actividad. De la misma manera, las personas que cumplen criterios diagnósticos en sólo una situación (p. ej., sólo en casa o en el colegio) pueden etiquetarse como trastorno específico del hogar o trastorno específico del colegio. Estas categorías no están incluidas todavía en la clasificación principal debido a una insuficiente validación empírica, y porque muchas personas con estos trastornos subsindrómicos muestran también otros síntomas (tales como trastorno disocial desafiante y opositor, F91.3) y deben por ello ser clasificados en la categoría apropiada.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de falta de atención.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominante de falta de atención.



F90.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominante hiperactiva impulsiva.

F90.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, otro tipo.

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo no especificado.



ANEXO II

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA EL TDAH

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las ACTIVIDADES sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o INSTRUCCIONES.


- Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en PRESTAR la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clase, conversaciones o lectura prolongada).

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d. Con frecuencia no sigue las INSTRUCCIONES y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).



e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en INICIAR tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones.

* Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.



b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de TRABAJO, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, PUEDE limitarse a estar inquieto.).

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en ACTIVIDADES recreativas.

e. Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto DURANTE un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

Impulsividad


g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el COLEGIO o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).



D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados **se podrán clasificar las siguientes presentaciones:**

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

COINCIDENCIAS DE CRITERIOS ENTRE LA CIE-10 Y LA DSMV

- Tienen 18 síntomas descritos.
- Implican la presencia de síntomas durante más de 6 meses.
- Requieren que los síntomas afecten a varios ámbitos de la vida de la persona afectada.
- Consideran que debe haber un deterioro funcional causado por el trastorno coinciden en que la sintomatología no pueda explicarse por otro trastorno.

ANEXO III

INFORME INICIAL DE SALUD PARA EL CENTRO EDUCATIVO

DATOS PERSONALES PACIENTE

Nombre		Apellidos	
F. Nacimiento		Domicilio	
Localidad	Código Postal	Provincia	Teléfono

DATOS DEL CENTRO SANITARIO

Centro de Salud
Pediatra
Teléfono
Correo electrónico
USMC
Profesional referente
Teléfono
Correo electrónico

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA E INTERVENCIÓN (Impresión diagnóstica, pautas proporcionadas a la familia, intervención con el paciente, seguimiento propuesto)

OBSERVACIONES



Desde los Servicios de Salud se está llevando a cabo valoración del paciente indicado por sospecha de TDAH, para lo que precisamos información relativa del contexto escolar.

A tal fin, agradecemos que nos aporten la mayor información posible respecto de los aspectos recogidos en el Protocolo de Coordinación de TDAH, así como en su caso, de aquella del Informe de Evaluación Psicopedagógico realizado por el Equipo de Orientación Educativa o Departamento de Orientación.

Gracias por su colaboración.

En _____ a _____ de _____ de 20____
Sello: _____ Firma del Facultativo

Fdo.:

ANEXO IV

INFORME INICIAL DE EDUCACIÓN PARA EL CENTRO SANITARIO

DATOS PERSONALES ALUMNO/A

Nombre	Apellidos		
F. Nacimiento	Edad	Etapa / Curso	
Dirección		Localidad	
Código Postal	Provincia	Teléfono	

DATOS DEL ORIENTADOR/A Y DEL CENTRO EDUCATIVO:

Orientador/a			
Centro Educativo			
Dirección		Localidad	
Código Postal	Provincia	Teléfono	
Fax	Correo electrónico		

DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DEL ALUMNO/A:

Nivel de Competencia Curricular:					
¿Tiene Informe de Evaluación Psicopedagógica?	SI	NO	¿Y Dictamen de Escolarización?	SI	NO
¿Es un alumno/a con NEAE?	SI	NO	En caso de Sí, indique tipo de NEAE:		
En caso de que el alumno no presente NEAE ¿Se están llevando a cabo medidas de atención a la diversidad generales?	SI	NO	¿Están funcionando dichas medidas?	SI	NO
Seguimiento:					
Otras observaciones					

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.:

Nota: Adjuntar copia de la autorización de traspaso de información entre los Servicios Sanitarios y Educativos



ANEXO V

AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS

D/Dña.: _____ en calidad de padre/madre o tutor/a del
alumno/a o paciente Escolarizado en el Centro Educativo _____
y adscrito al Centro de Salud _____

Manifiestan: Dar el consentimiento para que la información que los profesionales consideren relevante en relación a mi hijo / hija / tutelado esté a disposición de las y los profesionales sanitarios / educativos que van a intervenir en el proceso de atención al mismo.

La información es proporcionada a la familia, comprometiéndose explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Salud o al Servicio de Educación que corresponda.

La información podrá ser transmitida por vía interna entre el Servicio de Salud y el Servicio de Educación bajo el régimen de protección de datos vigente.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Nombre y Firma

Fdo.:



ANEXO VI

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL FAMILIAR

- Aceptarlo/a tal como es.
- Establecer normas claras y bien definidas.
- Crear rutinas educativas.
- Educar a la familia sobre la naturaleza del TDAH.
- Dar órdenes cortas y de una en una. No confundir peticiones con órdenes.
- Utilizar un lenguaje con un tono directo, pero con calma.
- Reconocer los esfuerzos del/a menor, adolescente, reforzando su autoestima.
- Evitar conductas sobreprotectoras. Asignar responsabilidades, sobre todo hacia sus tareas escolares (que monitoricen y evalúen sus tareas).
- Aplicar contingencias de refuerzo positivo, castigo o extinción, según conductas adaptadas o desadaptadas presentadas.
- Evitar la escolarización de la vida familiar.
- Limitar y supervisar los tiempos de ocio digital.
- Fomentar sus puntos y habilidades de fortaleza.
- Fomentar juegos con iguales en espacios abiertos
- Reforzar el uso de juegos que impliquen atención y mecanismos de coordinación (puzles, laberintos, juegos de mesa, construcciones, dibujar, recortar, ...).
- Ir creando hábitos de lectura.

ANEXO VII

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Con la finalidad de favorecer mejores resultados y facilitar la adherencia, la elección del tratamiento debe basarse en:

- La edad.
- La gravedad de los síntomas y la repercusión funcional.
- La presencia de comorbilidad.
- Las características y preferencias de la familia.

En menores en edad preescolar (menores de 6 años), solo se recomienda cuando las terapias no farmacológicas no son eficaces y los síntomas conllevan una grave repercusión funcional. Debe iniciarse a las dosis más bajas posibles y con estrecha supervisión, por el mayor riesgo potencial de efectos adversos.

Entre los 6 y los 18 años, se recomienda el tratamiento farmacológico en caso de afectación moderada, cuando no hay respuesta al abordaje no farmacológico. Está indicada como primera opción junto a terapias no farmacológicas en pacientes con afectación grave.

En mayores de 18 años se recomienda en caso de afectación leve que no responde a tratamiento no farmacológico y como primera línea en casos moderados- graves.

Los fármacos autorizados en España para el tratamiento del TDAH son: metilfenidato, lisdexanfetamina, atomoxetina y guanfacina.

Previo al inicio del tratamiento se recomienda:

- Examen físico que incluya: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla.
- Descartar antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiovasculares.
- Realizar estudio cardiovascular previo al inicio del tratamiento en caso de historia personal o familiar de enfermedad cardiovascular grave, antecedentes de muerte súbita en la familia o hallazgos anormales en la exploración física inicial. Dichos antecedentes deben siempre quedar recogidos en la historia clínica.



Psicoestimulantes

Tratamiento de primera línea salvo contraindicaciones, ya que presenta eficacia superior a los no psicoestimulantes (se estima que responden alrededor del 70%), alcanzando su efecto más rápido.

Aunque no se conoce totalmente el mecanismo de acción, parece que incrementan la concentración de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) en el espacio sináptico, mediante el bloqueo de su recaptación en la neurona presináptica, favoreciendo su liberación al espacio extraneuronal. Los efectos adversos más comúnmente notificados son: pérdida de apetito, trastornos del sueño, dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y sintomatología ansiosa. Son muy raros los trastornos sensorio-perceptivos u otros síntomas psicóticos. En menores de 6 años parece incrementar la disforia y la labilidad. Respecto al retraso de crecimiento, los estudios son controvertidos aconsejándose controles periódicos de peso y talla para poder actuar en cada caso particular (ej. disminución de dosis, periodos de descanso...). Los efectos disminuyen a partir del tercer año de tratamiento y pueden aparecer particularmente cuando se utilizan dosis elevadas. No obstante, la disminución de la talla total es de 1 ó 2 cm.

Metilfenidato

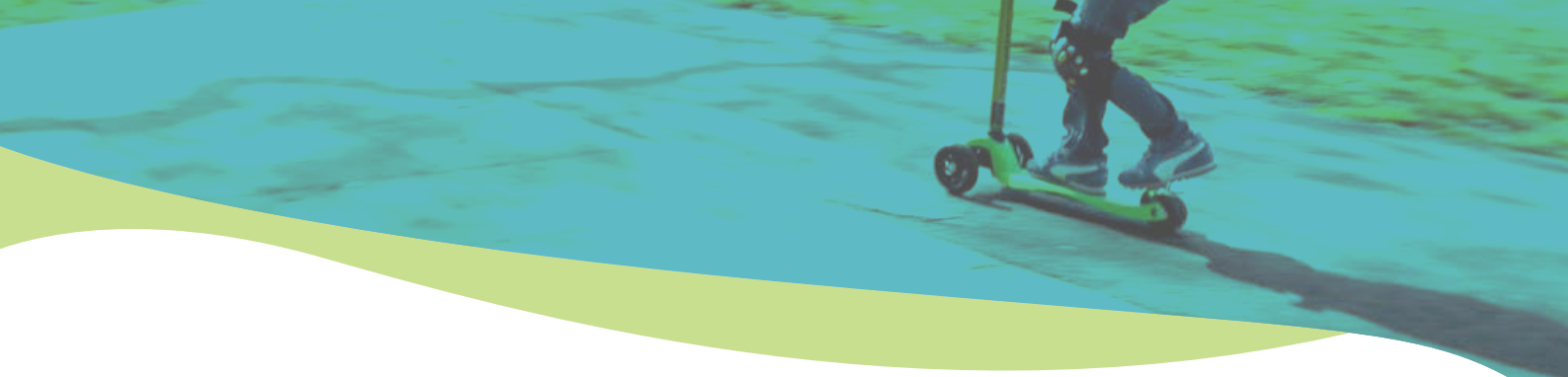
Primera opción al ser el fármaco con mayor evidencia. Inicio: 0,5mg/kg/día. El rango habitual está entre 0,8 y 1,2 mg//kg/día. Incremento de dosis cada 1-3 semanas hasta remisión o dosis máxima.

Disponible en formulaciones:

- De liberación inmediata: útil para dosificaciones más flexibles o como tratamiento inicial para ajustar dosis. 5- 10- 20 mg (duración aproximada de 4 horas).
- De liberación modificada y prolongada: mayor duración de efecto y cobertura de síntomas, así como menor dosis al día, lo que facilita la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de abuso.

Liberación inmediata y prolongada (pellets): 50:50 (5-10-20-30-40-50-60mg) / 30:70 (10-20-30-40-50mg) (duración aproximada 7-8horas)

Liberación osmótica: 18-27-36-54mg (duración aproximada 10-12 horas)



Su eficacia y seguridad pueden diferir de unos pacientes a otros, por lo que, en caso de ineficacia o intolerancia a uno de ellos, se recomienda probar con otro antes de pasar al tratamiento con lisdexanfetamina o a un no estimulante a un no psicoestimulante. Puede combinarse una formulación de liberación modificada o prolongada con una de liberación inmediata a diferentes horas del día.

Lisdexanfetamina (30-50-70 mg.) (duración aproximada 13 horas)

Profármaco que se metaboliza gradualmente alcanzando niveles plasmáticos sostenidos de dexanfetamina. Indicada para el tratamiento del TDAH en menores/adolescentes cuando la respuesta al metilfenidato se considera ineficaz tras administración a dosis adecuada durante 4-6 semanas.

Su perfil de seguridad es comparable a metilfenidato. Es más potente y de efecto más prolongado tanto para los efectos terapéuticos como para los adversos. La lisdexanfetamina requiere visado para ser prescrita.

No está indicada en adultos, aunque al igual que el metilfenidato se ha propuesto que su administración puede continuarse en adultos que lo necesiten si ya estaban siendo tratados con dicho fármaco desde la infancia.

No psicoestimulantes


No hay evidencias concluyentes sobre la eficacia comparativa de fármacos no psicoestimulantes frente a metilfenidato en el TDAH, pero en términos generales, se han mostrado menos eficaces que los psicoestimulantes, requiriendo además varias semanas para valorar su efecto.

Aunque no presentan riesgo de abuso, se asocian a efectos adversos que aconsejan prescribirlos con precaución y que podrían considerarse potencialmente graves y a un importante riesgo de interacciones.

Atomoxetina: 10- 18- 25-40-60-80-100mg. Solución oral: 4mg/ml.

Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.

Posología: Inicio 0,5mg/kg/día. Subir en 3 semanas a dosis recomendadas de 1,3 mg/kg/día. Dosis máxima: 1,8 mg/kg/día.



Los efectos adversos más relevantes son somnolencia y síntomas gastrointestinales (particularmente si las dosis se incrementan rápidamente), así como disminución de apetito. Indicado como alternativa a psicoestimulantes en caso de contraindicación, efectos adversos o ausencia de respuesta.

Guanfacina: 1-2-3-4mg.

La guanfacina es un principio activo no estimulante agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa_{2A}. Se trata de un antihipertensivo de acción central al reducir los impulsos sinápticos del centro vasomotor hacia el corazón y los vasos sanguíneos. Modula la liberación de noradrenalina en corteza prefrontal y locus coeruleus.

Posología: Inicio 1mg/día 1 vez al día, aumentando 1mg/día por semana, hasta un máximo de 4 mg/día en menores y 7 mg/día en adolescentes (0,1 mg/kg/día).

Los efectos adversos más frecuentes son somnolencia y boca seca.

Suele emplearse en coterapia con psicoestimulantes, aunque las evidencias son escasas y esta asociación podría incrementar el riesgo de interacciones y efectos adversos.

Puede ser de utilidad en el tratamiento del TDAH en menores/adolescentes que no responden a psicoestimulantes ni a atomoxetina, tras un periodo de 4-6 semanas con cada uno a dosis adecuadas o bien cuando los anteriores están contraindicados o no se toleran.


También pueden ser de utilidad en TDAH asociado a comorbilidad con trastornos de conducta, consumo de sustancias, trastornos por tics graves y trastornos del espectro autista.

No debe ser utilizado en adultos por ausencia de evidencias sobre su eficacia y seguridad en mayores de 18 años.

Otros (su uso se debería instaurar sólo por psiquiatras infantiles y neuropediatría).

Bupropión, imipramina, clonidina, modafinilo

Ante la ausencia de respuesta o tolerancia a fármacos anteriores, se han utilizado otros tratamientos no autorizados para el tratamiento del TDAH en España, pero que podrían resultar



de utilidad. Su eficacia en el TDAH es limitada y su perfil de seguridad complicado, por lo que debería ser supervisado estrechamente por un especialista.

Controles

Es necesario un seguimiento regular y estructurado del tratamiento, planificándolo de forma individualizada, siendo recomendable revisiones cada 2-4 semanas durante el periodo de ajuste de dosis, pudiendo ser menos frecuentes, p. ej. cada 3- 6 meses, una vez estabilizado el tratamiento. Valorar la evolución de los síntomas y su funcionalidad, adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos. El control de la frecuencia cardíaca y presión arterial es especialmente frecuente y necesario en la fase de ajuste, pero una vez se alcanza la dosis estable final, si los parámetros se mantienen normales, no es necesario un seguimiento estrecho. Es recomendable así mismo el control del peso y la talla.

Se recomienda valorar anualmente la necesidad de continuar o suspender el tratamiento farmacológico, de forma individualizada en función de la sintomatología y la repercusión funcional. La suspensión del tratamiento de forma temporal no está recomendada, dado el riesgo de recaída y efecto rebote. Esta opción puede considerarse únicamente con psicoestimulantes, en caso de efectos adversos, con la finalidad de minimizar los mismos, comprobando así mismo la respuesta clínica.

Edita:



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias
Consejería de Educación y Deporte