



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SEGOVIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Detección y Tratamiento del
TDAH. Protocolo de Actuación**

Presentado por Andrea Rogero Pascual

Dirigido por José María Arribas Estebaranz

Para optar al Grado de Educación Primaria

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e/y Hiperactividad es uno de los subtipos reconocidos por Ley desde la LOMCE, dentro del grupo de Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo y uno de los más frecuentes dentro de dicho grupo.

Con este trabajo pretendemos informar y formar, especialmente al profesorado, acerca de las características de este tipo de alumnos y darles a conocer los principales indicadores que les permitan detectarlos lo antes posible, con el fin de poder iniciar las intervenciones más adecuadas en cada caso. Para ello proponemos un Protocolo de Actuación con los niños con TDA/H, elaborado por nosotros mismos, derivado de la investigación y análisis de casi todos Protocolos y Guías publicados por las distintas Comunidades Autónomas

Abstract

Hyperactivity Attention Deficit Disorder is one of the subtypes recognized by law from the LOMCE, within the Group of students with specific needs of educational support and one of the most frequent within that group.

This work intends to inform and form, especially to teachers, about the characteristics of this type of students and let them know about the main indicators that allow them to detect them as soon as possible, in order to be able to start the most appropriate interventions in each case. For this purpose we propose a protocol of action with children with ADHD, developed by ourselves, derived from the research and analysis of almost all protocols and guides published by the different autonomous communities

Palabras Clave

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Protocolo de actuación, Detección temprana, Comunidades Autónomas, Diagnóstico, Propuesta de Actuación, Tratamiento.

Key Words

Disorder Attention Deficit and hyperactivity, Protocol of action, early detection, autonomous communities, diagnosis, proposal for action, treatment.

Índice

1. Justificación	3
2. Introducción	3
3. Objetivos	4
4. Marco legal	5
5. Marco teórico	5
5.1. ¿Qué es un TDA/H? ¿Qué es hiperactividad?	5
5.2. Características de un niño con TDA/H	6
5.2.1. Criterios diagnósticos y tipos de TDA/H en función de esos criterios..	7
5.3. Recorrido histórico hasta la actualidad	10
5.4. Causas del TDA/H. Factores que intervienen	11
5.5. Evolución de los niños con TDA/H	12
5.6. Comorbilidad y los trastornos asociados	14
6. La atención a los alumnos con TDA/H desde la Administración de las diferentes Comunidades Autónomas de España	17
6.1. Análisis Comparativo de los diferentes protocolos de actuación respecto de los alumnos con TDA/H de las diferentes CCAA en función de las siguientes variables seleccionadas	19
7. Nuestra Propuesta de Actuación	29
8. Conclusiones	33
9. Referencias bibliográficas	34
10. Anexos	37
Anexo I	37
Anexo II	38
Anexo III	40
Anexo IV	41
Anexo V	42

1. Justificación

A lo largo de la carrera de Magisterio hemos tratado diferentes aspectos sobre algunos trastornos o dificultades de aprendizaje más comunes entre los alumnos, pero siempre lo hemos hecho de manera superficial. Entre ellos destaca el Trastorno por Déficit de Atención e/o Hiperactividad (TDA/H), el más común -llega a afectar hasta un 5% del alumnado- y uno de los que más incide en el aprendizaje, sobre todo, si no se detecta a tiempo y se interviene de manera adecuada.

Los maestros, todos los maestros, independientemente de su especialidad, han de estar mínimamente formados y sensibilizados en la atención a la diversidad y han de contar con los conocimientos y estrategias de intervención más adecuados en cada caso ya que son ellos, aunque cuenten, por supuesto, con la ayuda profesional de los Equipos de Orientación y Atención Temprana, los que han de bregar día a día, en el aula con estos alumnos que presentan características peculiares que les convierten en receptores, con todo derecho, de una educación distinta a la ordinaria. Es una enorme responsabilidad que han de gestionar de forma profesional. Todo ello es lo que me ha motivado a realizar este trabajo, con el deseo de que se convierta en un instrumento útil para todos aquellos –especialmente padres y maestros- que convivan habitualmente con niños con TDA/H.

2. Introducción

Actualmente, al hablar de TDA/H, según Green & Chee (2000), nos referimos a una diferencia leve en el funcionamiento cerebral normal que hace que un niño inteligente rinda poco en los estudios y su comportamiento no sea el más adecuado, aunque reciba la mejor educación.

Estos comportamientos, en un principio, recibieron el nombre de Hiperactividad, posteriormente se los renombró como Déficit de Atención, y en la actualidad se les conoce como Trastorno por Déficit de Atención e/o Hiperactividad (TDA/H).

El TDA/H es un problema muy serio para el niño o niña que lo padece y para las personas de su entorno, principalmente entorno educativo y familiar, debido a las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social de dicha persona, por su conducta antisocial y por su naturaleza crónica. (Miranda, Amado & Jarque, 2001). Según Green & Chee (2000, p. 2), “el TDA/H es un trastorno real que, en mayor o menor medida, afecta aproximadamente a un porcentaje de niños que oscila entre el 2 y el 5 por ciento”. En palabras de Castells (2006), la conducta cotidiana de un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se caracteriza por tres grupos de síntomas, que son desatención o inatención, hiperactividad o exceso

de movimientos e impulsividad o atolondramiento. Todo ello implica una repercusión negativa en el rendimiento académico.

Según Green & Chee (2000) el TDA/H es un trastorno de curso largo, afectando al aprendizaje y a la conducta a lo largo del periodo escolar. Aproximadamente el 50% de los niños arrastrarán parte de su TDA/H al comenzar la edad adulta. Con los años, el TDA/H tiende a sufrir cambios, la conducta hiperactiva e impulsiva desemboca problemas de atención, incapacidad para tener un nivel bueno de trabajo, deficiencias en la memoria a corto plazo y, finalmente, frustración ante el aprendizaje. Estos problemas repercuten en la adolescencia y en la adultez de niños con TDA/H.

Cada día es más frecuente el diagnóstico de este problema, lo que implica una alta probabilidad de que los maestros nos encontremos con este tipo de alumnos en el aula. Casi todas las comunidades autónomas disponen de un protocolo de actuación ante estos casos. Vamos a realizar en este trabajo un análisis comparativo entre algunos de ellos, extrayendo los aspectos comunes en los que nos fundamentaremos para realizar nuestra propuesta personal de protocolo, que esperemos que sea de utilidad para quienes accedan a este trabajo.

3. Objetivos

Los objetivos fundamentales que nos hemos propuesto al realizar este trabajo son:

- Proporcionar información sobre los aspectos fundamentales que presenta el TDA/H: características, modalidades, prevalencia, mitos y prejuicios...
- Concienciar a los maestros de la importancia de la atención y detección temprana en alumnos con TDA/H.
- Investigar sobre los diferentes protocolos de actuación implantados en las Comunidades Autónomas de España.
- Diseñar, a partir de los protocolos existentes, nuestro propio protocolo de actuación orientado a los maestros, con el fin de facilitarles una herramienta realmente útil para la detección, diagnóstico e intervención de los alumnos con TDA/H.

4. Marco legal

La base para trabajar con alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y con cualquier tipo de alumnos, en la legislación. Por ello, en este apartado vamos a mencionar aquellas normativas en las cuales aparezcan aspectos relacionados con la educación de dichos alumnos.

En primer lugar, contamos con la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), aprobada el 30 de diciembre de 2013, que ha modificado algunos aspectos de la anterior normativa, la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación (LOE). La LOMCE reafirma el principio de Atención a la Diversidad de la LOE, y en el Capítulo II de dicha normativa se basa en el principio de Equidad de la Educación, por el cual debemos igualar los recursos para todos los alumnos teniendo en cuenta tanto los intereses como las dificultades de cada uno de ellos.

Asimismo, en el artículo 71 de la LOMCE, se trata a los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE), en los cuales se agrupan los alumnos con dificultades de aprendizaje, entre otros, aunque no se nombra al TDA/H de manera explícita.

Del mismo modo, es necesario conocer el currículo de Educación Primaria para saber que contenidos tenemos que trabajar con los alumnos, y las posibles adaptaciones que sean necesarias realizar. Para ello, contamos con el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de Educación Primaria, en el cual se menciona la igualdad de oportunidades de los alumnos con TDA/H en el artículo 14 de dicho documento.

Para finalizar, también es necesario conocer la Orden 1493/2015, de 22 de mayo, de la Conserjería de Educación, por la que se establece la evaluación y la promoción de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo. En la misma, se trata la importancia de la evaluación psicopedagógica, la documentación a rellenar, la participación de la familia en el proceso de detección, evaluación y tratamiento de un alumno, así como la adaptación curricular incluida en el Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC).

5. Marco teórico

5.1. ¿Qué es un TDA/H? ¿Qué es hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H), en palabras de Miranda et al (2001) es el término actual con el que se conoce a un síndrome que se caracteriza por deficiencias atencionales, impulsividad y un exceso grado de actividad

Según Green & Chee (2000) el TDA/H es un trastorno biológico ocasionado por una leve diferencia en el ajuste fino de un cerebro normal, es decir, una sutil disfunción cerebral. Éste se presenta de dos formas diferentes, una de ellas se denomina comportamiento hiperactivo e impulsivo, que se caracteriza por el comportamiento impulsivo y la falta de control, y la otra forma se denomina problemas de déficit de atención y de aprendizaje, caracterizado por problemas de atención, de memoria a corto plazo y de aprendizaje.

Siguiendo a Moreno (1995) un concepto muy importante relacionado con este trastorno es la hiperactividad. Resulta bastante complicado definirlo, puesto que no existe un acuerdo en cuanto a la terminología. Para poder aclarar dicho concepto es necesario discernir entre los distintos enfoques de los diferentes modelos teóricos: médico, pedagógico y psicológico/conductual.

- Desde el enfoque pedagógico, la hiperactividad infantil está relacionada con deficiencias perceptivas y dificultades en el aprendizaje.
- Desde el modelo conductual, hiperactividad se entiende como el trastorno a partir de una evaluación del comportamiento del niño en situaciones específicas.
- Desde el enfoque médico, los neurólogos entienden la hiperactividad como una deficiencia o anomalía cerebral; en cambio, los psiquiatras lo define como un trastorno caracterizado por excesiva actividad motriz, falta de atención e impulsividad.

Tomando como referencia a Taylor (2003), la hiperactividad es un patrón de comportamiento que se caracteriza principalmente por la vehemencia y la inquietud. Los niños con este problema están siempre en movimiento, no pueden estar quietos ni siquiera en las situaciones que lo requieren, como puede ser en clase. Asimismo, también se caracteriza por la falta de autocontrol, que suele motivar con demasiada frecuencia conductas disruptivas y accidentes.

5.2. Características de un niño con TDA/H

Los especialistas no han llegado a un consenso para elaborar una definición de hiperactividad, sin embargo, si han acordado unas características que describen el comportamiento de un niño con TDA/H.

La conducta de los niños hiperactivos tiende a ser caótica e inquieta, según Moreno (1995) su comportamiento no está focalizado en torno a objetivos o finalidades concretas, por lo que carece de persistencia.

Son niños desordenados y descuidados, no suelen prestar atención en clase y tienden a cambiar de tarea de manera continua. Presentan dificultades para permanecer en reposo, es decir, sentados y quietos. Son impacientes y no tienen capacidad para esperar su turno en las actividades

grupales o simplemente en una fila. No tienen conciencia del peligro, debido a esto suelen sufrir accidentes y caídas con frecuencia.

Suelen ser desobedientes, no cumplen las normas o instrucciones. Por ello, tienen frecuentes problemas con sus compañeros, y presentan dificultades para realizar trabajos cooperativos.

Según Moreno (1995), “los síntomas definatorios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son: actividad motora excesiva, falta de atención e impulsividad”. (p. 31).

Su excesiva movilidad contrasta con su alto grado de rigidez y poca flexibilidad de sus movimientos. También presentan problemas en la coordinación motora, afectando así a las actividades de coordinación manual, en las que muestran grandes dificultades.

Presentan un alto grado de déficit de atención, que se hace evidente en la no finalización de sus tareas, en su constante distracción, que se acentúa al elevar la complejidad de las actividades y al exigir conceptos abstractos.

Sin embargo, al contrario de lo que mucha gente piensa, la falta de atención no es una característica exclusiva de la hiperactividad. Hay muchos niños que son tranquilos, pero que muestran un déficit de atención en la escuela y, por lo tanto, tiene dificultades de aprendizaje.

Otra característica de estos niños es la impulsividad. Este síntoma se evidencia en la escasa tolerancia a la frustración, al deficiente control de sus impulsos y de autocontrol.

5.2.1. Criterios diagnósticos y tipos de TDA/H en función de esos criterios

Según el DSM-V (2013), se diferencian tres tipos de presentaciones del TDA/H, que son el inatento, el hiperactivo/impulsivo y el combinado.

El tipo inatento únicamente presenta problemas de inatención, es decir, suelen cometer errores por falta de atención, les cuesta seguir instrucciones y pierden con frecuencia sus cosas. Suele presentar trastornos de ansiedad asociados.

El tipo hiperactivo/impulsivo suele presentar síntomas de hiperactividad y de impulsividad, pero no suele presentar síntomas de inatención. Son niños que están continuamente en movimiento, incluso cuando están en reposo (por ejemplo: sentados o tumbados). Suelen tener problemas para participar en actividades que requieren silencio, suelen hablar mucho e interrumpen conversaciones ajenas.

Por último, el tipo combinado, el más frecuente, presenta síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad.

En el DSM-V se especifican una serie de criterios para realizar el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Son los siguientes:

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

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

- Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

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

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

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes: en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los síntomas.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

5.3. Recorrido histórico hasta la actualidad

Según Castells (2006), la primera descripción del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en términos científicos, la realizó Sir Georges Frederich Still, un pediatra inglés, en el año 1902. Consideraba que los niños que no solían atender ni estar quietos tenían un “defecto anormal en el control moral”, entendiendo control moral como “el control de la acción en conformidad con la idea del bien, que sólo puede existir cuando haya una relación cognitiva con el medio” (p. 39).

Asimismo, en la conducta de este tipo de niños era evidente lo que él denominó “inhibición volitiva”, ya detectada anteriormente en niños con retraso mental o con trastornos orgánicos, pero lo destacable de este caso es que él lo había detectado en niños con una inteligencia normal.

Sir Georges Frederich Still agrupó una serie de características, para así definir la conducta de este tipo de niños. Estas características son las siguientes:

- No presentan desventajas psicosociales.
- Propensos a robar y mentir sin ningún motivo.
- Fracaso del castigo al tener algún efecto disuasorio.
- Capacidad anormal para la atención sostenida.

Estas características coinciden con los síntomas del actual TDA/H, por lo que podemos considerar a este médico pionero en describir dicho trastorno.

Posteriormente, entre los años 1920 y 1940, tomando de referencia a Castells (2006) varios autores ponen de manifiesto una posible interrelación entre los trastornos de conducta (hiperactividad, impulsividad y desatención) y el daño cerebral. Esta concepción se mantuvo

durante varios años, desembocando en la acuñación del término de impulsividad orgánica en 1934, y de niño con daño cerebral en 1947.

En la década de los 50, la concepción hasta ahora establecida evolucionó hacia la existencia de una alteración en la intimidad neuronal del cerebro. Lo que provocó nuevas etiquetas para este trastorno, como síndrome hiperkinético o trastorno hiperkinético impulsivo. Esta última denominación fue difundida por Laufer y Detroff en el ámbito sanitario, con el objetivo de modificar las teorías psicoanalíticas, las cuales atribuían gran parte de la responsabilidad a los progenitores por los problemas de conducta de sus hijos.

En 1960, se impone el término “niño hiperactivo”, al igual que otros conceptos como “inestabilidad psicomotora”, “síndrome coreiforme” e “inestabilidad subcoreica”. Años más tarde, se asigna el nombre de “lesión cerebral mínima” para este trastorno, que termina evolucionando a “disfunción cerebral mínima”. Sin embargo, este trastorno no se reconoció hasta el año 1980, con la publicación del DSM-III, en el cual se denominaba trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

5.4. Causas del TDA/H. Factores que intervienen

La aparición del TDA/H, tomando como referencia a la Federación española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad (FEAADAH), está relacionada con una producción insuficiente de dos neurotransmisores, la dopamina y la noradrenalina.

Los neurotransmisores son unas sustancias químicas que favorecen la correcta comunicación de las neuronas. Para ello es necesario una cantidad adecuada de los dos neurotransmisores anteriormente citados, la dopamina y la noradrenalina. El problema de los niños con TDA/H se debe a la segregación irregular de ambos neurotransmisores.

El déficit de dopamina y noradrenalina origina problemas en los circuitos reguladores de algunas zonas del cerebro, como son el córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales.

Sin embargo, el origen de esta irregularidad en la producción de dopamina y noradrenalina es desconocida. Por otro lado, los estudios apuntan a que no existe una única causa que provoque el TDA/H, sino que éste se origina debido a numerosas causas que se dan en el niño. Para explicar lo anterior, podemos distinguir entre dos factores principales: los factores biológicos y los factores psicosociales.

Los factores biológicos están vinculados íntimamente con los factores genéticos y con los hechos producidos durante el embarazo o en el nacimiento del niño, es decir, con los factores prenatales y perinatales. La mayoría de las causas se producen en esta etapa. Debido a lo anterior,

se puede afirmar que el TDA/H tiene un alto grado de carácter hereditario, y que está más vinculado con la genética que con el entorno.

Uno de los factores genéticos más importantes es la causa genética. Los niños cuyo padre o madre hayan padecido TDA/H, tienen un 75% de probabilidades de ser diagnosticados con el mismo trastorno. Por lo tanto, un alto componente es genético.

Asimismo, el bajo peso al nacer del niño, que la madre fume durante el embarazo o que beba alcohol aumenta en un 300% el riesgo de ser diagnosticado en TDA/H.

Por otro lado, son destacables los factores psicosociales. Este trastorno se da con mayor abundancia en los medios urbanos desfavorecidos. Algunos de estos factores son los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social y problemas familiares, entre otros.

Asimismo, un entorno escolar desestructurado y desorganizado también ocasiona en el niño un deterioro en su conducta, y una mayor probabilidad de fracaso escolar.

5.5. Evolución de los niños con TDA/H

Miranda, Amado & Jarque (2001) para explicar el curso evolutivo de los niños hiperactivos dividen la evolución en tres periodos, el periodo de la primera infancia, el periodo de la etapa de Educación Infantil y, por último, el periodo de la etapa escolar.

Los niños con TDA/H manifiestan una falta evolutiva crónica que repercute negativamente en su capacidad para enfrentarse a las exigencias ambientales en toda su vida. En base a numerosos estudios, se ha demostrado que entre un 50% y un 80% de los niños con este trastorno experimentan dificultades como consecuencia de los diferentes síntomas del mismo, durante su adolescencia, y posteriormente en su vida adulta.

➤ Periodo de la primera infancia

Según Miranda et al (2001) los niños con TDA/H, desde su nacimiento ya presentan dificultades para adaptarse a nuevas situaciones. Suelen reaccionar de manera desmedida a los estímulos ambientales, se irritan con gran facilidad, demandan atención continuamente, son muy activos y muestran escasa tolerancia a la frustración.

Asimismo, tienen dificultades en referencia a los hábitos de alimentación y de sueño. Estos niños suelen dormir menos de lo habitual y suelen ser caprichosos con las comidas.

Este comportamiento origina en las familias de los afectados sentimientos de frustración, rechazo e incluso enfado, que repercute en la relación padre/madre-hijo, y que tienen como consecuencia un impacto negativo en el futuro desarrollo del niño.

➤ Etapa de Educación Infantil

En esta etapa resulta complicado discernir entre los niños con TDA/H y el resto de niños según Miranda et al (2001), sin embargo, a través de la observación directa a estos niños se puede apreciar una exageración de las conductas comunes y normales sin problemas de atención.

Estos niños presentan entre sus características más destacables un elevado nivel de actividad, inatención e impulsividad, suelen tener habitualmente accidentes como consecuencia de ello. Asimismo, suelen ser desobedientes, desafiantes y opositorista, que en la mayoría de ocasiones desembocan en una “rabieta” como forma de expresar sus sentimientos.

En relación a su atención en el aula, se concentran menos cuando las actividades son monótonas o repetitivas. Del mismo modo ocurre en la relación con el resto de compañeros, su juego es más inmaduro y funcional y menos simbólico, en el cual destacan los movimientos musculares repetitivos. No tienen capacidad para jugar solo, pero tampoco acatan las normas en juegos grupales.

Algunos preescolares con TDA/H desarrollan hábitos nerviosos, con bastante frecuencia se encuentran tensos y ansiosos, lo cual desemboca en cólicos, dolores de cabeza y de estómago, e incluso problemas del habla y del lenguaje.

➤ Etapa escolar.

Al comienzo de la etapa escolar es el momento de mayor evidencia de las dificultades de los alumnos con TDA/H en palabras de Miranda et al (2001), esto se hace presente en sus problemas para permanecer sentado, inhibir las conductas impulsivas, estar atento y cumplir las normas o instrucciones de los profesores. Del mismo modo, muestran dificultades para compartir, cooperar e interactuar con los demás alumnos de la clase.

Es en este momento cuando la mayoría de los alumnos con TDA/H son diagnosticados, debido a todas las dificultades anteriormente descritas.

En relación al rendimiento escolar son poco constantes, es decir, un día pueden realizar correctamente un ejercicio y al mismo que sus compañeros, mientras que al día siguiente puede ocurrir lo contrario, realizando el mismo ejercicio o actividad.

Las deficiencias atencionales y organizativas y su negativa repercusión en el funcionamiento académico y conductual son muy claras en esta etapa. Suelen dedicar menos tiempo al estudio, realizan un menor esfuerzo para conseguir sus objetivos y llevan a cabo estrategias de aprendizaje de un nivel más bajo.

Para finalizar, Miranda et al (2001) destacan que la competencia social de este tipo de alumnos es bastante menor que los alumnos que no presentan ningún tipo de dificultad. En esta edad, los niños suelen acudir a actividades extraescolares, sin embargo, estos niños tienen problemas de integración en estas actividades debido a sus deficientes habilidades sociales, lo que puede desembocar en el rechazo social debido a la escasa habilidad para hacer amigos y mantenerlos. Si esto se mantiene, puede llegar a producir en el afectado, sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollar un concepto negativo de sí mismos.

5.6. Comorbilidad y los trastornos asociados

La mayoría de los niños diagnosticados de TDA/H, según Castells (2006) suelen sufrir otro tipo de trastorno asociado, de hecho, “hasta el 65% de los niños con este trastorno presenta otras alteraciones psicopatológicas asociadas” (p. 81).

En palabras de Green & Chee (1999), la presencia del TDA/H aumenta la probabilidad de que en el niño se muestren otros trastornos asociados o comórbidos. Sin embargo, el TDA/H no es el causante de estos trastornos, únicamente incrementa la posibilidad de que aparezcan.

“El hecho de que estos problemas asociados se presenten en más de la mitad de las personas afectadas de TDA/H implica que gran parte de lo que denominamos TDA/H es, de hecho, un trastorno comórbido”. (Green & Chee, 1999, p. 56).

Los trastornos asociados más comunes, establecidos por la Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad son trastorno oposicional/negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno del humor, trastorno del sueño, trastorno del aprendizaje, ansiedad por la separación, entre otros trastornos.

➤ Trastorno oposicional/negativista desafiante

Este trastorno se trata de un agravamiento del problema de comportamiento en la infancia y en la adolescencia temprana. Según la Fundación Adana entre el 40 y 60 % de los niños con TDA/H presentan en algún momento de su vida dicho trastorno.

La conducta del niño consiste en la dificultad para el cumplimiento de órdenes o reglas, suele ser hostil, desafiante y obstinado. Esta actitud dura al menos 6 meses de manera continua, lo que desemboca en numerosas discusiones con todas las personas que le rodean.

➤ Trastorno de conducta

Este trastorno se suele hacer evidente en la adolescencia, a causa de los problemas existentes tanto con el colegio como con los padres. Los niños con este trastorno no cumplen las reglas, no

acuden al colegio, se escapan de casa,... Todo esto puede desembocar en el incumplimiento de las normas sociales, incluso llegar a la delincuencia juvenil.

Las principales típicas de dicha conducta son: Agresión a personas o animales, destrucción de las cosas, engaños o robos, violaciones serias de las normas

Esta conducta suele persistir durante al menos una año. Algunos estudios realizados prueban que entre un 1,5% y un 3,4% de los adolescentes pueden sufrir dicho trastorno, y se produce con más frecuencia en chicos que en chicas.

➤ **Trastorno del humor**

El trastorno del humor o trastorno afectivo afecta entre un 20 y un 30% de los niños con TDA/H. Según la Fundación Adana, entre un 15 y un 20% de los afectados de TDA/H sufre un trastorno depresivo alguna vez en su vida, de ellos, el 10% intentará suicidarse y el 5% morirá por suicidio por lesión accidental.

Se trata de alteraciones emocionales que provocan diferentes estados de ánimo, como tristeza, euforia, irritabilidad o depresión. Asimismo, este trastorno puede generar en el afectado sentimiento de inutilidad, culpabilidad, superioridad o puede generar alteraciones físicas de la energía, sueño, apetito y actividad.

Existen varias enfermedades pertenecientes a este trastorno, estas son:

- Depresión: Son episodios de corta duración, unas dos semanas aproximadamente, de un estado anímico deprimido.
- Distimia: Son periodos de larga duración, incluso de uno o dos años, de un estado de humor de tristeza.
- Enfermedad bipolar o maníaco depresivo: Son episodios de manías, drásticos cambios de humor, reducción de la necesidad de descansar o dormir, comportamiento hiperactivo y síntomas paranoides.

➤ **Trastorno del sueño**

Este trastorno consiste en la tenencia de problemas relacionados con el sueño, es decir, no concilian ni mantienen de manera ordinaria el sueño, es difícil para ellos dormirse, y si lo consiguen se suelen despertar a lo largo de la noche o muy pronto por la mañana.

Asimismo, suelen presentar otro tipo de problemas como son: somniloquio (hablar dormidos), pesadillas y sonambulismo, entre otros.

➤ **Trastorno del aprendizaje**

Este trastorno es consecuencia de los principales síntomas del TDA/H: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Más del 20% de niños con TDA/H suelen presentar problemas específicos del aprendizaje.

Los problemas más frecuentes son la dislexia, disgrafía y discalculia, es decir, enfocados principalmente en la lectura, la escritura y el cálculo. Según la Fundación Adana, el 26% aproximadamente de los niños es diagnosticado con alguno de estos problemas de aprendizaje.

Aunque son frecuentes los problemas anteriormente citados, destaca los problemas significativos en las capacidades lectores. Los niños con este trastorno suelen tener graves dificultades en los aspectos relacionados con la comprensión y velocidad lectora, así como en la descomposición de palabras en fonemas.

➤ **Ansiedad por la separación**

Este tipo de trastorno ocasiona en el niño con TDA/H un alto grado de sufrimiento al ser separado de sus padres. Este suele ser causado por el rechazo frecuente y el fracaso escolar, por lo cual el niño se opone a acudir al colegio, y cuando asiste a las clases suele presentar síntomas como dolores de cabeza o de estómago, e incluso vómitos.

Según la Fundación Adana, entre un 20 y un 25% de los niños con TDA/H presentan este tipo de trastorno.

➤ **Otros trastornos**

Además de los trastornos citados anteriormente, existen otros trastornos que aunque son menos frecuentes también pueden ocasionar problemas en el niño con TDA/H.

Algunos de estos trastornos son:

- El trastorno de Tourette: Consiste en la emisión repetitiva de tics, tanto motores como verbales. Según la Fundación Adana, aproximadamente el 70% de las personas con este trastorno padecen TDA/H.
- El trastorno obsesivo-compulsivo.
- Desórdenes en la comunicación: Consiste en la existencia de alteraciones en el desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo
- Trastornos de coordinación.

6. La atención a los alumnos con TDA/H desde la Administración de las diferentes Comunidades Autónomas de España

Tras una exhaustiva búsqueda de los diferentes protocolos de actuación en las diferentes Comunidades Autónomas de España, he podido apreciar que en algunas de ellas se presta más atención a los alumnos con TDA/H que en otras.

De hecho, en algunas Comunidades Autónomas no tienen implantado ningún programa de atención educativa o protocolo de actuación para alumnos con TDA/H o para alumnos con dificultades de aprendizaje en general. Este es el caso de Aragón, Valencia y las Islas Baleares. En ésta última, aunque no tienen protocolo de actuación oficial, está aprobada la Guía de la Asociación “Still” por la cual se rigen.

El resto de Comunidades Autónomas tienen al menos algún tipo de programa establecido para los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya sea un protocolo de actuación, una guía para profesores o un programa de atención educativa. En algunos casos, tienen establecido un programa genérico para los alumnos con necesidades educativas especiales, en el cual se incluyen los alumnos con TDA/H. (Véase Tabla 1)

Tabla 1

Protocolo de intervención con alumnos con TDA/H por comunidades autónomas

PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN CON ALUMNOS CON TDA/H POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de Actuación y Coordinación para la Detección e Intervención Educativo con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad en el año 2012. http://www.elpuentetdah.com/descargas/PROTOCOLO_ANDALUZ_TDAH.pdf
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con TDAH, tratada como una Guía para orientadores, en el año 2014. http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDH_orientacion[1].pdf ➤ Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnos con TDAH. http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDAH_profesorado[2].pdf
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH, a modo de orientaciones para el profesorado, publicado en el año 2006.

	http://feaadah.org/admin/archivo/docdow.php?id=570
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de actuación para alumnos con TDAH, aprobado en el año 2014. http://www.educantabria.es/docs/planes/atencion_a_la_diversidad/2014_2015/follet_o_TDAH_2_tintas_version_corregida_3_dic_14.pdf
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Libro, llamado “Ideas clave en la respuesta educativa para el alumnado con TDAH”, publicado en el año 2010. http://www.educa.jccm.es/recursos/es/recursos-educativos/recursos-diversidad-alumnado/ideas-clave-respuesta-educativa-alumnado-tda-h
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. http://www.youblisher.com/p/110957-Protocolo-Coordinacion-TDAH/
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Guía para maestros, llamada “El TDAH: Detecció i actuació en l’ àmbit educatiu. Guia per a Mestres i professors”, publicada en el año 2013. http://integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/Protocol-TDAH1.pdf ➤ Protocolo de actuación, denominado “Protocol per al maneig del trastorn per déficit d’atenció amb hiperactivitat (TDAH)”, publicado en el año 2015. http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/TDAH/PROTOCOLTDAHFINAL_maig2015.pdf
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de actuación para el alumnado con TDAH, desde el año 2015. http://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/PROCOLO_ACTUACI%C3%93N.pdf
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo denominado “Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario”, publicado en el año 2014. http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/protected/content_type/advertisement/2014/07/02/libro_tdah_definitivo_16-06-14.pdf
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de intervención educativa con el alumnado con TDAH, publicado en el año 2012. http://feaadah.org/admin/archivo/docdow.php?id=578 ➤ Programa de apoyo escolar a alumnos con trastorno de la atención con o sin hiperactividad.
Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrucciones sobre la aplicación de medidas para la evaluación de los alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de aprendizaje o trastorno por déficit de atención e hiperactividad, aprobado en el año 2014. http://www.madrid.org/dat_norte/archivos14-15/sie/INSTRUCCIONESevalumnosdislexia.pdf
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico de TDAH, publicado en 2012. http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ley que regula la respuesta educativa al ACNEAE derivada de trastornos de aprendizaje y TDAH, aprobada en 2012. http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=26478

	<p>➤ Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH, publicado en 2014. http://creena.educacion.navarra.es/equipos/conducta/pdfs/protocolo_derivacion.pdf</p>
País Vasco	<p>➤ Guía de actuación con el alumnado con TDAH, publicado en 2006. http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dia6/es_2027/adjuntos/RecursosParaLaInclusion/hi_per_tda_c.pdf</p>

Fuente: elaboración propia

6.1. Análisis Comparativo de los diferentes protocolos de actuación respecto de los alumnos con TDA/H de las diferentes CCAA en función de las siguientes variables seleccionadas

Por *Protocolo* se entiende según el DRAE, en su cuarta acepción: “secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.”, es decir, una sucesión de actuaciones ordenadas y previstas de antemano con el objeto de implementarlas en el caso de que ocurra la situación para la que dicho protocolo ha sido previsto.

Todos los protocolos de actuación con alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo han de incluir, necesariamente, los siguientes aspectos fundamentales:

- Prevención
- Detección temprana
- Evaluación psicopedagógica de las variables personales, escolares y familiares
- Análisis de necesidades, en función de la evaluación psicopedagógica
- Intervención
- Plan de coordinación, seguimiento y evaluación

Estos aspectos pedagógicos claves se complementan, generalmente, con el marco legal en el que se sustenta cada uno de ellos en función de las competencias legislativas que tienen transferidas las CCAA en materia de educación, el marco teórico desde el que se fundamentan las distintas intervenciones, así como los anexos oficiales que unifican administrativamente las diferentes actuaciones: el DIAC, el documento de derivación, el documento de solicitud de permiso a los padres, etc.

Estas son las variables que vamos a utilizar en el análisis comparativo de los *protocolos de actuación* de las CCAA que vamos a analizar.

No todas las comunidades autónomas tienen elaborado un protocolo de actuación como tal, con los alumnos con TDA/H, muchas de ellas tan solo disponen de orientaciones para el profesorado, a modo de guía para la respuesta educativa de este tipo de alumnado, en al cual se incluyen consejos o recomendaciones a la hora de trabajar con un niño con TDA/H, así como las principales pautas a seguir.

Por ello, los criterios utilizados para seleccionar las Comunidades autónomas objeto de estudio serán: uno, la densidad de población y dos, que dispongan de algún documento referido al TDA/H, ya sea una guía para el profesorado o un protocolo de actuación.

En función de dichos criterios hemos seleccionado las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Comunidad de Madrid, Castilla y León, País Vasco, Castilla-La Mancha, Murcia y Extremadura.

El resultado del estudio comparativo se puede ver en la Tabla 2 (p. 20-25). En la primera columna aparecen las diferentes variables objeto de estudio: Introducción, Marco legal, Marco teórico, las diferentes fases del protocolo (detección temprana, evaluación y tratamiento), Recomendaciones, Evaluación del Protocolo, así como diferentes anexos.

En las columnas de la derecha aparece el análisis del tratamiento que de cada una de esas variables se realiza en el Protocolo de las Comunidades analizadas: Andalucía, Castilla y León, Extremadura y Murcia. Posteriormente aportamos en la Tabla 3 la información disponible al respecto de la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y el País Vasco, que no disponen de un protocolo como tal, sino que presentan ideas u orientaciones hacia el profesorado o las familias, para enfrentarse a un caso de posible TDA/H.

Tabla 2

Análisis comparativo de los Protocolos de las Comunidades Autónomas seleccionadas

		Andalucía	Castilla y León
		<i>Instrucciones de 20 de Abril, de la Dirección General de Participación e Innovación, por la que se establece el Protocolo de Actuación y Coordinación para la Detección e Intervención Educativa con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (2012)</i>	<i>Protocolo de Coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</i>
INTRODUCCIÓN		Al tener formato de “ley”, al comienza aparece una introducción, en la cual se especifica hacia qué tipo de alumnos está dirigida, así como, un breve resumen de los diferentes pasos a seguir para diagnosticar a un alumno con problemas o trastornos de conducta o con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.	Aparece una pequeña introducción, en la cual explica que es el TDA/H, su tipología, el porcentaje de afectados en Castilla y León, así como sus principales problemas. Para finalizar, aparece un resumen de lo que va a tratar el protocolo.
MARCO LEGAL		A lo largo de documento, se va haciendo referencia a alguna normativa anterior (Orden de 25 de julio de 2008, Orden de 20 de junio de 2011)	No aparece ninguna referencia a la normativa
MARCO TEÓRICO		En el tercer párrafo de dicho documento, se define trastorno de conducta. Esta es la única referencia teórica.	Tras las fases del protocolo, existe un apartado en el que se explican algunos términos, como por ejemplo: Competencia Curricular, Orientador educativo, PII,...
	DETECCIÓN TEMPRANA	<p>Detección e Intervención Inicial</p> <p>Primer paso de las instrucciones para establecer el protocolo básico de actuación y coordinación en el ámbito educativo.</p> <p>Cuando el tutor, o cualquier miembro del equipo docente, aprecien de manera reiterada conductas disruptivas, agresivas, de déficit de atención, de inhibición o de aislamiento, pondrá en funcionamiento una serie de medidas educativas.</p> <p>Dos tipos de medidas:</p> <p>1. Medidas recogidas en la Orden de 25 de julio de 2008, que resulten adecuadas para el alumnado correspondiente. Asimismo, se aplicarán medidas de atención a la diversidad recogidas en el</p>	<p>Detección Temprana</p> <p>Primera fase del protocolo. En ella, están involucrados el Equipo Directivo y el tutor del centro escolar, el Equipo de Orientación Educativa o el Departamento del Orientación y la familia del alumno.</p> <p>Tras una recomendación (de los padres, del alumno o del pediatra), se pone en conocimiento al orientador, y, si lo considera oportuno, iniciará el procedimiento establecido en la normativa vigente.</p> <p>Los pasos a seguir son los siguientes:</p> <p>1. Pre-evaluación del alumno por el orientador a través de escalas de evaluación específica de TDA/H.</p>

F A S E S DEL P R O T O C O L O		<p>Proyecto Educativo (adecuaciones en la gestión del aula, medidas de ajuste curricular,...)</p> <p>2. Medidas establecidas en la Orden de 20 de junio de 2011 (programas de mediación, intervención con el alumnado desde el aula de convivencia,...)</p> <p>Para realizar la selección de estas medidas, y su posterior aplicación, se contará con el asesoramiento del orientador del Equipo de Orientación Educativa.</p>	<p>2. Si en el anterior paso, se sospecha de TDA/H, se realizará un informe de derivación a los Servicios Sanitarios, tras una autorización de la familia.</p> <p>3. Una vez confirmado el diagnóstico, el orientador elaborará el informe psicopedagógico, propondrá la intervención educativa y participará en el Plan de Coordinación y Seguimiento junto a los servicios sanitarios.</p>
	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (En Atención Primaria)	<p style="text-align: center;">Evaluación Psicopedagógica</p> <p>Si tras la aplicación de las medidas adoptadas en el paso anterior, no se aprecia mejora o indicios de compatibilidad con alguno de los trastornos se realizará, previo consentimiento de la familia, la evaluación psicopedagógica por parte del Equipo de Orientación Educativa o el Departamento de Orientación.</p> <p>De dicha evaluación, contando con el asesoramiento del Equipo de Orientación Educativa Especializado, se derivará el informe de evaluación psicopedagógica, y si fuese procedente el dictamen de escolarización en el que se propongan los recursos y respuesta educativa más adecuada.</p> <p style="text-align: center;">Compatibilidad con trastornos graves de conducta o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad</p> <p>Cuando en el proceso de evaluación psicopedagógica, se compruebe que el alumno presenta conductas compatibles con alguno de los trastornos, el orientador trasladará el caso a los servicios de salud (pediatra o médico en atención primaria) para su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Dicha derivación irá acompañada de un informe de derivación elaborado por el orientador.</p> <p>La unidad correspondiente de la Conserjería de Salud devolverá al Equipo de Orientación Educativa o al Departamento de Orientación del centro la información sobre su valoración y tratamiento.</p> <p>Cuando un alumno sea derivado a los servicios de salud y se confirme el diagnóstico o se prescriba atención especializada, el EOE comunicará dicha circunstancia a la Delegación Provincial de</p>	<p style="text-align: center;">Diagnóstico y Tratamiento (En Ed. Primaria)</p> <p>Tras una consulta médica, en la cual el Pediatra ha tenido a su disposición el informe de evaluación elaborado por el orientador del centro, se realizará un estudio por el mismo.</p> <p style="text-align: center;">Este estudio consta de los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación: Incluye una entrevista con la familia, examen general de salud del alumno, exploraciones complementarias y el informe del orientador, anteriormente citado. 2. Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDA/H, el pediatra descartará patología orgánica con síntomas comunes a este trastorno, y diseñará el Plan de Acción Individualizada (PAI). 3. Seguimiento y coordinación: Establecimiento de una pauta de seguimiento y control de tratamiento. Si la respuesta a las distintas intervenciones es favorable, el seguimiento se llevará a cabo desde el nivel de Atención Primaria. Con informe clínico protocolizado al orientador previa autorización de los padres. 4. Derivación a Servicios especializados: Si se detectan alteraciones neurológicas, visuales o auditivas o si se precia un diagnóstico diferencial, surgen problemas o si existe comorbilidad se derivará al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

	Educación para que lo ponga en conocimiento del Equipo de Orientación Educativa Especializado.	
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (En Atención Especializada)	No se destaca nada al respecto.	<p>Diagnóstico y Tratamiento (En atención especializada)</p> <p>Una vez derivado el caso al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, se diagnosticará en base a varios El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no criterios diagnósticos para TDA/H (CIE-10 y DSM IV-TR).</p> <p>Si éste es positivo, se incluirá en el Programa de Atención al TDA/H, elaborando un Plan de Intervención Individualizado (PII) para cada paciente. Este plan consta de una coordinación y seguimiento a tres niveles: 1. Familia: Entrevistas clínicas y participación en el PII.</p> <p>2. Servicios Sanitarios: Informe clínico protocolizado al pediatra y consultorías telefónicas, sesiones clínicas docente asistenciales,...</p> <p>3. Servicios Educativos: Informe clínico protocolizado al centro escolar previa autorización de los padres, y consultorías, reuniones periódicas de los Equipos de Orientación, Departamentos de Orientación,...</p> <p>Una vez que exista confirmación diagnóstica, y se han detectado NEAE, se incluirá al alumno en el fichero “Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas”, y se elaborará un Plan de Intervención Educativa. A través del cual se realizará una intervención, coordinación y seguimiento tanto del alumno, de la familia, del profesorado como del Centro.</p>
RECOMENDACIONES	No aparecen recomendaciones.	El protocolo cuenta con una serie de recomendaciones, tanto terapéuticas generales, para los padres como para el Centro Educativo. En ellas se expresan unos consejos a la hora de enfrentarse a un alumno con TDA/H.
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	No se muestra evaluación del protocolo.	<p>Al final, se encuentra la evaluación la evaluación del protocolo.</p> <p>Se llevará a cabo mediante el análisis de la actividad realizada anualmente.</p> <p>A continuación, se presentan los informes de recogida de datos anuales de implantación del protocolo de coordinación de TDA/H: Servicios Educativos, Servicios Sanitarios: Pediatría y Servicios Sanitarios: E.S.M. Infanto-juvenil.</p>
ANEXOS	Las instrucciones cuentan con un anexo, que se corresponde con el informe de derivación a los servicios de salud.	El protocolo cuenta con 10 anexos, en el cual adjuntan los informes e instrumentos de evaluación a los que se hace referencia en las fases del protocolo.

Fuente: elaboración propia

Tabla 2

Análisis comparativo de los Protocolos de las Comunidades Autónomas seleccionadas

		Extremadura	Murcia
		<i>Protocolo de Actuación Conjunta para el Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Extremadura (2015)</i>	<i>Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2012)</i>
INTRODUCCIÓN		La introducción se corresponde con el marco teórico.	Aparece una breve introducción, en la cual se explica que es el TDA/H, a que factores es debido, así como sus principales síntomas.
MARCO LEGAL		Al inicio del protocolo, aparece una justificación, en la cual se hace referencia a varias normativas en las que se han basado para realizar dicho protocolo.	No aparece ninguna referencia a la normativa.
MARCO TEÓRICO		En la introducción cuentan con un extenso marco teórico, en el cual se explica que es el TDA/H, sus tipos, las características dependiendo de la edad, los trastornos con los que se relaciona, así como las consecuencias funcionales.	Se corresponde con la introducción, donde se explican algunos conceptos teóricos básicos.
	DETECCIÓN TEMPRANA	<p>Primer periodo: Detección temprana de menores con posible TDAH</p> <p>Procedimiento si se sospecha de TDA/H:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Padres: Observar indicadores de sospecha. 2. Profesores: Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica les entregarán información sobre cómo detectar alumnos con necesidades educativas específicas de apoyo educativo asociadas al TDA/H, así como orientaciones metodológicas. <p>Actuación del profesorado ante un caso de posible alumnos con TDA/H:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una escala de detección del TDA/H <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistarse con la familia 	<p>Fase inicial de detección</p> <p>Esta fase comienza con la sospecha de TDA-H por parte de familia/padres/tutores, del pediatra o desde el centro escolar del profesor o tutor. Este se pondrá en contacto con el Servicio de Orientación (en casos de Educación Primaria con el EOEP).</p> <p>El EOEP realiza la valoración mediante la observación del niño, la entrevista con los padres/tutores y la utilización de instrumentos y escalas de conducta para padres y profesores específicas.</p> <p>Cuando el resultado del análisis de estos procedimientos muestra indicadores de posible TDA/H, el SO evalúa el Nivel de Competencia Curricular del niño, la Capacidad Intelectual y el Estilo de Aprendizaje.</p> <p>Si de estas últimas evaluaciones se sigue confirmando la presencia de indicadores de TDA/H, el SO informa a la familia/padres/tutores de estos resultados, y de este Protocolo, solicitando su Autorización para continuar las fases y las valoraciones</p>

F A S E S DEL P R O T O C O L O		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar valoración al EOEP/DO del centro educativo • Solicitar autorización única de padres/tutores legales del alumno para ser valorado por EOEP <p>Actuación del pediatra o médico de familia ante un caso de posible menor con TDA/H:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas con el menor y su familia • Realización de una valoración general de la salud del menor • Consideración de los posibles efectos secundarios de los medicamentos que el niño esté tomando <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de existencia de alteraciones psicopatológicas • Consideración de circunstancias sociofamiliares <p>Posteriormente se realizará un informe clínico, previa autorización de los padres, con los datos necesarios para la valoración por los EOEP/DO.</p> <p>Mientras se realiza el estudio, los profesores pondrán en marcha medidas favorecedoras del control atencional y conductual para niños con posible TDA/H.</p>	<p>complementarias necesarias para confirmar o descartar el diagnóstico así como para tratamiento.</p> <p>Se elaborará un informe de derivación con los resultados de todas las pruebas y las conclusiones al respecto que los padres llevarán en mano, junto a una copia de la Autorización firmada, al pediatra.</p> <p>Cuando el orientador descarta el TDA/H, procederá a la valoración de otra problemática.</p>
		<p>Fase intermedia de detección-identificación</p> <p>Esta fase comienza en la consulta del pediatra, con el informe de derivación del SO y la copia de autorización firmada, el niño y los padres o tutores.</p> <p>La evaluación pediátrica incluye la valoración de dicho informe, la anamnesis pertinente, la valoración de la dinámica familiar y la exploración del niño, así mismo, el pediatra valorará la necesidad de realizar exámenes clínicos complementarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el resultado de esta evaluación muestra indicadores de posible TDA/H se remite al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil para una valoración por parte de psiquiatría, emitiendo la Hoja de Interconsulta a Salud Mental y un informe para el SO que los padres llevarán a este SO. • Cuando el resultado de la evaluación pediátrica descarta TDA/H, el pediatra informa a la familia y emite un informe para el SO para intervención escolar. <p>Valoración Neurológica</p> <p>Si de la evaluación pediátrica, se sospecha una alteración neurológica, se derivará, mediante Interconsulta a Neuropediatría junto el informe del SO.</p>	
	<p>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (En Atención Primaria)</p> <p>Diagnóstico clínico</p> <p>La realiza un facultativo con formación y experiencia en el diagnóstico del TDAH y de sus comorbilidades más frecuentes.</p> <p>Se basa en la valoración clínica y sociofamiliar del niño y de las aportaciones del Informe Educativo centra en el TDAH.</p> <p>Los criterios en los que se sustenta el diagnóstico son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. 	<p>Fase final de diagnóstico</p> <p>Comienza en la consulta de Salud Mental e incluye la valoración de los informes del EOEP y del pediatra, una entrevista con el niño, entrevista con los padres y las exploraciones y pruebas complementarias pertinentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el resultado de estas evaluaciones concluye con el diagnóstico de TDA/H, el profesional de Salud Mental inicia tratamiento y elabora un informe para el pediatra y un informe para el SO confirmando dicho diagnóstico que los padres/tutores llevarán a ambas partes. • Cuando se descarta el TDA/H pero se diagnostica otra psicopatología, Salud Mental seguirá el caso junto a su pediatra y elaborará un informe para el pediatra y un informe para el SO. 	

**F
A
S
E
S

DEL

P
R
O
T
O
C
O
L
O**

	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años. • Varios síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más contextos, que en el niño suelen ser la familia y la escuela. • Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social o académico. <p>Si se necesitara derivación a los Servicios Sanitarios, el procedimiento sería el siguiente: La solicitud de colaboración se hará a través de Orden clínica de derivación del Pediatra o Médico de Familia, a través de JARA, que incluirá como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sintomatología que motiva la consulta • el resultado de las escalas que ha administrado • los antecedentes médicos personales y familiares de interés, información sobre déficit sensoriales (visuales y/o auditivos) si existen • resultado de consultas a otros especialistas y pruebas complementarias, que sean relevantes • tratamientos médicos y psicofarmacológicos previos • Valoración sociofamiliar realizada por el trabajador social sanitario del equipo de atención primaria <p>Informe educativo centrado en el TDAH del EOEP / DO, asegurándonos de que contiene información necesaria y suficiente para la toma de decisiones. Este será enviado por correo electrónico por el pediatra, simultáneamente a la orden clínica cursada por JARA.</p> <p>La solicitud de valoración por parte de los EOEP / DO será realizada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutor escolar del niño: según los indicadores de sospecha. • Pediatra o médico de familia del centro de salud a través de la familia: Niños que probablemente cumple los criterios clínicos para el TDAH, que han sido valorados siguiendo este Protocolo en el centro de salud. <p>Se iniciará la valoración del alumno por el EOEP/DO, agilizándose el uso de instrumentos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de evaluación específica TDAH, instrumentos de evaluación... 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se descarta cualquier patología, continuará su seguimiento habitual por el pediatra, elaborando el informe para el pediatra y el informe para el SO, descartando toda patología.
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con la familia / profesores. • Observación del alumno en el aula. <p>Ante sospecha de TDAH se elaborará Informe Educativo centrado en el TDAH en el que se recojan las CONCLUSIONES que faciliten la toma de decisiones (Nivel cognitivo, trastornos/dificultades específicos del aprendizaje, nivel curricular, estilos de aprendizaje, integración en el medio escolar, relación con profesores y alumnos, comportamiento en el aula...).</p> <p>Este documento servirá para guiar la intervención que se llevará a cabo con el alumno.</p> <p>El resultado de la evaluación realizada se comunicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al tutor escolar • A los padres: El Servicio de Orientación, informará a los padres/tutores legales de los resultados. Se les facilitará copia del informe que se envía al pediatra del niño. • Se enviará el informe centrado en el TDAH por correo electrónico al pediatra /médico de familia <p>Los responsables de realizar el Plan de Intervención Educativa serán los profesores de la especialidad de Orientación Educativa. En dicho plan se incluirán las aportaciones pertinentes que se hayan realizado por parte de los servicios sanitarios y sociales.</p>	
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (En Atención Especializada)	En dicho documento aparecen una serie de medidas e instrucciones a seguir si se requiriesen servicios especializados para la detección de la problemática del alumno	No aparece nada al respecto.
RECOMENDACIONES	A lo largo del protocolo se van indicando algunas recomendaciones para tratar al alumnado.	No aparecen recomendaciones.
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	El último punto de este protocolo se corresponde con la evaluación del mismo.	No se muestra evaluación del protocolo.
ANEXOS	El protocolo cuenta con numerosos anexos, con los documentos a rellenar necesarios.	El protocolo cuenta con 12 anexos, en los cuales se adjuntan todos los documentos a rellenar necesarios.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3

La atención al TDA/H en otras Comunidades Autónomas

<p>Comunidad de Madrid</p>	<p><i>“Instrucciones conjuntas de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria y de la Dirección General de Educación Secundaria, Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial, sobre la aplicación de Medidas para la Evaluación de los alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de aprendizaje y trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en las enseñanzas de Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato reguladas en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación”</i>, publicado en 2014.</p> <p>Estas instrucciones están orientadas únicamente a la planificación de medidas para los alumnos con TDA/H, entre otras, para la evaluación. En ellas se explican las medidas que se deben aplicar en función de la dificultad del alumno y del tipo de evaluación a realizar en un momento determinado: adaptación de tiempos, adaptación de modelo de examen, adaptación de la evaluación (instrumentos) y facilidades relacionadas con la técnica, los materiales o la adaptación de espacios.</p>
<p>País Vasco</p>	<p><i>“Guía de Actuación con el alumnado con TDA-H”</i></p> <p><i>Elaborada por un grupo de madres con hijos con TDA/H, mediante la ayuda de Psicólogas, Psicopedagogas y Trabajadoras Sociales colaboradores en asociaciones de TDA/H existentes en el País Vasco, publicado en el año 2006.</i></p> <p>Esta guía dispone de un breve marco teórico al inicio del documento, en el cual se explica la definición de TDA/H, sus principales características, sus síntomas nucleares, así como sus tipos. Posteriormente, se muestran una serie de recomendaciones para tratar con estos alumnos, a modo de consejos hacia el profesorado, de manera general. A continuación, se especifican unas recomendaciones concretando la dificultad, ya sea déficit de atención o hiperactividad, tanto en Educación Primaria como en Educación Secundaria Obligatoria. Para finalizar, la guía cuenta unas consideraciones a tener en cuenta por el equipo directivo, en las relaciones sociales, para el aula, en las evaluaciones y, por último, en colaboración con las familias.</p>
<p>Castilla la Mancha</p>	<p><i>“Ideas Clave en la Respuesta Educativa para el Alumnado con TDA-H”</i>, publicado en 2010.</p> <p>Este documento es una guía teórica de la respuesta educativa hacia los alumnos con TDA/H, es decir, en ella se explican las diferentes partes del proceso de la respuesta educativa para el alumnado con esta dificultad. Se da mucha importancia a la detección temprana, dedicándole un apartado completo a la misma. También se trata el trabajo colaborativo, la formación del profesorado, las medidas curriculares y la planificación de las mismas, las TIC, entre otros aspectos de esta índole.</p>

Fuente: elaboración propia

7. Nuestra Propuesta de Actuación

A partir del análisis de los protocolos de actuación de las Comunidades Autónomas analizadas, proponemos, a continuación, nuestra propia propuesta de actuación para el alumnado con TDA/H.

Protocolo de actuación para maestros con alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE)

0. Prevención
1. Detección temprana
2. Evaluación psicopedagógica
3. Diagnóstico de necesidades
4. Propuesta de intervención
5. Plan de coordinación, evaluación y seguimiento

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO POR TDA/H

Prevención	<p>El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no es, evidentemente, algo previsible que, por lo tanto, podamos evitar; sin embargo, sí podemos facilitar el contexto escolar e influir en el contexto familiar para que las condiciones en que se ve inmerso el niño afectado de dicho trastorno sean lo más favorables posible, de modo que se minimicen las circunstancias adversas que propician la aparición de los síntomas característicos de la impulsividad y la hiperactividad, tales como un ambiente ordenado espacial y temporalmente, previsibilidad, afectividad...</p>
Detección temprana	<p>1. El profesor, formado y sensibilizado, estará atento a los indicadores que le permitan intuir la existencia de cualquier tipo de dificultad: TDA/H, superdotación... (ver Anexo I), de <u>manera informal</u>: observación sensible e inteligente sobre todo en situaciones poco estructuradas –patio, entrada y salida, conversaciones espontáneas... o <u>de manera formal</u>: tests, sociograma, observación sistemática, entrevistas...</p> <p>2. El maestro, en función de las circunstancias, adoptará las medidas ordinarias necesarias (adaptaciones poco significativas) tendentes a solucionar la situación.</p> <p>Si a pesar de ello el problema persistiera, los padres por iniciativa propia o por recomendación del pediatra, médico de atención primaria y/o el profesor pueden poner en conocimiento del Orientador del Centro Educativo las alteraciones detectadas y si lo considera necesario, iniciará el procedimiento establecido en la normativa vigente ¹</p> <p>3. El Orientador del Centro realizará una preevaluación, utilizando diferentes recursos: pruebas estandarizadas, entrevista con la familia, entrevista con los profesores, observación del alumno/a en el aula...</p> <p>4. Si del resultado de la pre-evaluación se infiere la sospecha de un posible TDA/H, el orientador realizará un informe de derivación a los Servicios Sanitarios (ver Anexo II), que incluirá entre otros posibles aspectos: Nivel de competencia curricular, capacidad cognitiva -Escala WISC-IV-, estilo de aprendizaje, rendimiento académico, adaptación y relación social.</p>

¹ ORDEN EDU/1603/2009, de 20 de julio, por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el del dictamen de escolarización. Disponible en: <file:///C:/Users/Jose%20Maria/Downloads/23727.pdf>

	<p>Además, en este caso, el Orientador solicitará la autorización de la familia (ver Anexo III) para realizar el traslado del informe de derivación a los Servicios Sanitarios: Pediatría, Médico de Atención Primaria o Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.</p> <p>Los siguientes epígrafes: Evaluación de las variables personal, escolar y familiar, Análisis de necesidades en función de la evaluación, Propuesta de intervención y Plan de seguimiento y evaluación constituirían los elementos fundamentales plasmados en el Documento Individualizado de Adaptación Curricular (DIAC). Véase en el siguiente Link: Documento individual de adaptación curricular significativa: (en formato word)</p>
<p>Evaluación psicopedagógica de las variables personal, escolar y familiar (por parte del EAT con la colaboración del tutor)</p>	<p>- Los criterios diagnósticos comúnmente utilizados para el diagnóstico del TDA/H, como los de cualquier otro trastorno serán los previstos en el DSM V (Ver anexo I)</p> <p>- Los instrumentos de evaluación serán semejantes a los utilizados en la preevaluación: Pruebas estandarizadas, entrevista al propio alumno, a padres, profesores... y la observación.</p> <p>Si no se confirmase el TDAH, se procederá a valorar otro tipo de dificultades posibles. Para ello, se estudiarán las necesidades individuales de cada alumno llevando a cabo su seguimiento en el Centro Escolar.</p>
<p>Diagnóstico de necesidades en función de la evaluación realizada</p>	<p>Una vez confirmado el diagnóstico, el orientador valorará las necesidades educativas que pueda tener el alumno y elaborará el informe psicopedagógico (DIAC) en el que aparecerá la propuesta de intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia y profesorado (tutorías, agenda escolar, etc.) y participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto a los servicios sanitarios.</p> <p>Se informará a la familia de las conclusiones del informe psicopedagógico y de cómo se va a dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades específicas de su hijo/a. También se trabajará y se crearán pautas de colaboración con la escuela y orientaciones oportunas para el hogar.</p>
<p>Intervención</p>	<p>1. Una vez que hay una confirmación diagnóstica y se han detectado necesidades específicas de apoyo educativo se incluye al alumno en el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado “Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas” de la Consejería de Educación y se elaborará un Plan de Intervención Educativa para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos (Protocolo CyL)</p> <p>Una vez derivado el caso a los Servicios Sanitarios, se realizará una consulta médica en la cual los padres del alumno llevarán el informe de evaluación (ver anexo IV) elaborado por el Orientador del centro.</p> <p>Esta consulta se compondrá de una entrevista con la familia, un examen de salud general del alumno, exploraciones complementarias y el informe del Orientador, como he comentado anteriormente.</p> <p>Si el resultado de dicha consulta se inclinase hacia un posible caso de TDAH, se tendrán que descartar otras patologías relativas a síntomas comunes a este tipo de trastorno, que son principalmente la patología oftalmológica, ORL y la neurológica.</p>

	<p>2. Del mismo modo, se realizará el Plan de Acción Individualizado (PAI) desde el nivel de Atención Primaria. Este se compondrá de las intervenciones y medidas planificadas de cada caso en concreto, las medidas psicofarmacológicas adoptadas, las medidas psicoeducativas orientadas al alumno y su familia, y las intervenciones tanto familiares, socio-ambientales como comportamentales.</p> <p>Se realizarán diversas intervenciones para compensar las dificultades que el alumno pueda presentar, si la respuesta a las mismas es favorable el seguimiento se llevará a cabo desde el nivel de Atención Primaria, con remisión de informe clínico protocolizado al orientador del centro (ver Anexo V), teniendo con anterioridad la autorización de los padres del alumno (ver Anexo III).</p>
	<p>La intervención, al igual que la coordinación y el seguimiento, se va a realizar dirigida a cuatro aspectos clave, que son el alumno, la familia, el profesorado y el centro.</p> <p>Con el alumno se intervendrá atendiendo a sus necesidades específicas de apoyo educativo a través de las diferentes adaptaciones que se necesiten aplicar, ya sean adaptaciones metodológicas, de organización de aula, de adaptación de actividades,... o programas específicos de intervención orientados a varios aspectos, como son la modificación de conducta, habilidades básicas, mejora de la capacidad de atención,...</p> <p>En relación a las familias, se les informará de los resultados del informe psicopedagógico, y de los métodos que se van a utilizar para dar respuesta a las necesidades específicas del alumno desde el centro educativo. También se crearán pautas de colaboración escuela-hogar.</p> <p>El profesorado, al igual que las familias, será informado de los resultados del Informe psicopedagógico y asesorado por el Orientador del centro. Los profesores tendrán la responsabilidad de aplicar las recomendaciones del Orientador y realizar un seguimiento.</p> <p>Por último, el centro colaborará en el seguimiento y realizará las modificaciones oportunas en el proyecto educativo, como en el PAD, RRI,..., para atender a las necesidades que presenta este alumno.</p>
<p>Plan de coordinación, evaluación y seguimiento</p>	<p>Conjunto de actividades desarrolladas por los distintos agentes que intervienen en el proceso de atención al TDAH, familia, servicios educativos y servicios sanitarios, encaminadas a facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente/discente y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo del proceso (Junta de CyL)</p>

8. Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención e/y Hiperactividad es uno de los subtipos reconocidos por Ley desde la LOMCE, dentro del grupo de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo y uno de los más frecuentes llegando a constituir hasta el 5% de todos ellos.

Aunque no es de los trastornos más graves, presenta una serie de características, principalmente: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, que les hacen altamente incompatibles con la exigencia académica habitual, lo que provoca con demasiada frecuencia un alto nivel de fracaso escolar. Por otro lado suelen presentar también, habitualmente, conductas disruptivas en el aula, que dificultan enormemente la tarea del maestro, que con frecuencia no tiene los conocimientos ni las estrategias para enfrentarse con éxito a este tipo de situaciones.

Por ello, además de proporcionar información a los maestros sobre este tipo de alumnos, hemos procurado facilitarles también un protocolo de actuación en el que aparezcan los elementos más importantes del proceso: detección temprana, evaluación psicopedagógica, análisis de necesidades, intervención y evaluación y seguimiento.

Dicho protocolo es fruto del análisis de la mayoría de protocolos y guías de actuación publicados por las distintas Comunidades Autónomas, extrayendo de cada una de ellas los elementos más interesantes.

Hemos podido comprobar que no todas las Comunidades Autónomas disponen de un protocolo de actuación como tal, sino que en algunas de ellas únicamente tienen implantadas unas instrucciones/orientaciones para el profesorado, es decir, una serie de recomendaciones para trabajar con el alumnado con TDA/H, en algunas ocasiones encaminadas a la modificación conductual, como por ejemplo Castilla-La Mancha o en otros casos dirigidas a la evaluación, como es el caso de la Comunidad de Madrid.

En definitiva, el principal objetivo al realizar esta propuesta ha sido la de elaborar una herramienta útil para el profesorado de Educación Primaria, que puedan consultar cuando lo requieran para poder tratar con el alumnado con TDA/H. Del mismo modo, hemos intentado que sea un material conciso y concreto, estableciendo los diferentes pasos a seguir a la hora de detectar, diagnosticar y tratar a un alumno con este tipo de trastorno.

Para finalizar, cabe destacar que a través de este trabajo pretendemos concienciar al profesorado, y a las familias, de la importancia de tratar de manera adecuada a los alumnos con este trastorno, y para ello el profesorado debe estar formado e informado sobre las diferentes

técnicas existentes actualmente para trabajar con este tipo de alumnado, para así mejorar la convivencia de los mismos en las aulas.

9. Referencias bibliográficas

Castells, P. (2006). *Nunca quieto, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH? (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)*. Madrid: Espasa Calpe S.A.

Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad (FEAADAH). (Recuperado de: www.feeadah.org/es/)

Fundación Adana. Ayuda al déficit de atención en niños, adolescentes y adultos. (Recuperado de: www.fundacionadana.org)

Green, C. & Chee, K. (1999). *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Ediciones Medici.

Miranda, A, Amado, L. & Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Adiciones Aljibe.

Moreno, I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Taylor, E. (2003). *El niño hiperactivo. Una guía esencial para los padres para comprender y ayudar al niño hiperactivo*. Madrid: Edaf.

Referencias de los Protocolos de actuación con TDA/H de distintas Comunidades

Autónomas:

Comunidad de Madrid (2014). *Instrucciones sobre la aplicación de medidas para la evaluación de los alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de aprendizaje o trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Recuperado de http://www.madrid.org/dat_norte/archivos14-15/sie/INSTRUCCIONESevalumnosdislexia.pdf

- Generalitat de Catalunya (2013). *El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a Mestres i professors*. Recuperado de <http://integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/Protocol-TDAH1.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2015). *Protocol per al maneig del trastorn per déficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)*. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/TDAH/PROTOCOLTDAHFINAL_maig2015.pdf
- Gobierno de Canarias (2006). *Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH, a modo de orientaciones para el profesorado*. Recuperado de <http://feaadah.org/admin/archivo/docdow.php?id=570>.
- Gobierno de Cantabria (2014). *Protocolo de actuación para alumnos con TDAH*. Recuperado de http://www.educantabria.es/docs/planes/atencion_a_la_diversidad/2014_2015/folleto_TDAH_2_tintas_version_corregida_3_dic_14.pdf
- Gobierno de Castilla-La Mancha (2010). *Ideas clave en la respuesta educativa para el alumnado con TDAH*. Recuperado de <http://www.educa.jccm.es/recursos/es/recursos-educativos/recursos-diversidad-alumnado/ideas-clave-respuesta-educativa-alumnado-tda-h>
- Gobierno de Extremadura (2015). *Protocolo de actuación conjunto para el Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Extremadura*. Recuperado de http://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/PROTOCOLO_ACTUACION%203%93N.pdf
- Gobierno de La Rioja (2012). *Protocolo de intervención educativa con el alumnado con TDAH*. Recuperado de <http://feaadah.org/admin/archivo/docdow.php?id=578>
- Gobierno de Navarra (2012). *Orden foral 65/2012, de 18 de junio, del consejero de educación, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional de la comunidad foral de navarra*. Recuperado de <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=26478>
- Gobierno de Navarra (2014). *Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH*. Recuperado de http://creena.educacion.navarra.es/equipos/conducta/pdfs/protocolo_derivacion.pdf

- Gobierno Vasco (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDAH*. Recuperado de http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dia6/es_2027/adjuntos/RecursosParaLaInclusion/hiper_tda_c.pdf
- Gobierno del Principado de Asturias (2014). *Protocolo para la Detección y Evaluación del alumnado con TDAH. Guía para orientadores*. Recuperado de [http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDH_orientacion\[1\].pdf](http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDH_orientacion[1].pdf)
- Gobierno del Principado de Asturias (2014). *Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnos con TDAH*. Recuperado de [http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDAH_profesorado\[2\].pdf](http://www.anhipa.com/Documentos/2014_pub_apoyo_orienta_guia_TDAH_profesorado[2].pdf)
- Junta de Castilla y León (2012). *Protocolo de Coordinación del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de <http://www.youblisher.com/p/110957-Protocolo-Coordinacion-TDAH/>.
- Junta de Andalucía (2012). *Protocolo de Actuación y Coordinación para la Detección e Intervención Educativo con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad*. Recuperado de http://www.elpuentetdah.com/descargas/PROTOCOLO_ANDALUZ_TDAH.pdf.
- Región de Murcia (2012). *Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico de TDAH*. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf
- Xunta de Galicia (2014). *Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario*. Recuperado de http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/protected/content_type/advertisement/2014/07/02/libro_tdah_definitivo_16-06-14.pdf

10. Anexos

Anexo I

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-V

A. Patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad:

Inatención

- Es necesaria una presentación clínica de falta de atención.
- No presta atención a detalles y comete errores por descuido.
- Dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar cuando se le está hablando.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones y acatar órdenes.
- Muestra gran dificultad a la hora de organizarse.
- Evitan las actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Suele perder las cosas.
- Se distrae con facilidad.
- Es olvidadizo para las tareas diarias.

Impulsividad-Hiperactividad

- Cuando están sentados, cambian de postura y posición con mucha frecuencia, además mueven continuamente las manos y los pies.
- Corre y trepa de manera excesiva; lo que agita excesivamente a los adultos.
- Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
- Actúa como si estuviera motorizado.
- Habla en exceso.
- Responden de forma brusca e instantánea, antes de que se les formule una pregunta.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o importuna a los demás.

Se requiere que se den 6 o más síntomas durante 6 o más meses y en diferentes ambientes, afectando directamente en las actividades sociales y académicas/laborales.

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.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en 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.

Anexo II

Informe de Derivación del Orientador Educativo para el Servicio Sanitario

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:				
Nombre				
Apellidos				
F. nacimiento		Edad		
Domicilio				
Localidad		C. Postal		
Provincia		Teléfono		
CENTRO EDUCATIVO				
	Etapa educativa		Curso	

DATOS DEL ORIENTADOR EDUCATIVO:				
Orientador/a				
Dirección			Población	
Provincia			C. Postal	
Teléfono		Fax	Correo electrónico	

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

--	--	--	--	--

TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:		
PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN	RESULTADO
Escala Conners Escala Du Pau para padres y profesores SNAP-IV		
Escala WISC-IV		

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA:**Necesidades de tipo personal**

Aspectos cognitivos

Equilibrio personal o afectivo-emocional

Relación interpersonal y adaptación social

Desarrollo Psicomotor

Desarrollo comunicativo-lingüístico

Necesidades de tipo curricular**Aspectos de tipo socio - familiar a considerar****ACTUACIONES REALIZADAS CON EL ALUMNO/A:****En el contexto escolar****En el contexto socio - familiar**En a de de 20Sello
del EOE/Centro

Firma del orientador/a

Anexo III

Autorización Traspaso Información a Servicios Sanitarios

D/Dña.:
D/Dña.:

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

Manifiestan:

Dar el consentimiento

No dar consentimiento

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

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

En a de de 20

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

Anexo IV

Solicitud de Información a Servicios Educativos (Orientador)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:			
Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:			
<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD:			
Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

SOLICITUD:

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

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a

Anexo V

Informe del Centro de Salud: Pediatra/Médico de Atención Primaria para los Servicios Sanitarios (Orientador)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:			
Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

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

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	RESULTADO

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO:

CONCLUSIONES

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a