



Castilla-La Mancha

DOCUMENTO DE APOYO
PARA LA INTERVENCIÓN
CON EL ALUMNADO CON
TDAH



ÍNDICE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1-DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO.....	4
----------------------------------	---

2-EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	5
--	---

3-PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

3.1. Inicio del protocolo en el centro educativo.....	5
---	---

3.2. Inicio del protocolo desde pediatría o atención primaria.....	10
--	----

3.3. Derivación del pediatra a otros servicios médicos especializado.....	10
---	----

3.4. Derivación de los Servicios Sociales de Atención Primaria o especializada a Pediatra/ MAP y centro educativo.....	11
---	----

3.5. Confirmación del diagnóstico por USMIJ, información a otros servicios.....	11
---	----

3.6. Seguimiento, intercambio de información posterior al diagnóstico.....	11
--	----

3.7. Circuito del Protocolo.	13
-----------------------------------	----

4- RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL CONTEXTO AULA.

4.1. En la etapa de educación Infantil y Primaria.....	14
--	----

4.2. En la etapa de educación Secundaria.....	23
---	----

5-Anexo - Relación de anexos del protocolo de coordinación.....

25

Anexo 5.1 Autorización familiar para el inicio del protocolo y el intercambio de información entre profesionales.....	25
--	----

Anexo 5.2. Informe psicopedagógico del centro escolar.....	27
--	----

Anexo 5.3. Informe del centro escolar para pediatría.....	33
---	----

Anexo 5.4. Solicitud de información pediatra/MAP al centro escolar.....	38
---	----

Anexo 5.5. Hoja de derivación de paciente con sospecha de TDAH desde atención primaria a especializada.....	39
--	----



Anexo 5.6. Informe clínico o formulario de procedimiento habitual desde USMIJ a primaria (Pediatria/MAP)	44
Anexo 5.7. Informe clínico desde atención especializada (USMIJ) para el centro escolar.....	45
Anexo 5.8. Informe de seguimiento para comunicar la evolución del menor con TDHA	46
Anexo 5.9. Criterios de derivación adicional para evaluación por otros especialistas.....	48
Anexo 5.10. Documentos:	49
Anexo 5.11. Enlaces de interés.....	50
Anexo 5.12. Directorio:	51
Anexo 6- Instrumentos de valoración del TDHA.....	57
Anexo 7- Indicadores de riesgo por etapa.....	64



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de gran incidencia en el ámbito escolar. El niño o niña que padece TDHA tiene una gran dificultad para prestar atención, concentrarse y puede presentar un nivel de actividad e impulsividad superior a los niños o niñas de su edad.

Estas conductas se manifiestan al menos en dos o más contextos y les ocasionan problemas escolares, tanto de rendimiento como sociales y de integración que, si no son tratados adecuadamente pueden llevar al fracaso, abandono escolar e inadaptación social y desajuste emocional.

La actuación con menores de edad que presentan este trastorno se convierte en un objetivo primordial de nuestro sistema social, educativo y sanitario. Se requiere un fuerte compromiso desde las administraciones con el objeto de lograr una mejor atención y un abordaje desde una perspectiva integral que ofrezca una respuesta adecuada a sus necesidades; dotando para ello, de los recursos necesarios en cada una de las áreas citadas.

Para alcanzar una intervención eficaz se considera necesario implementar medidas de detección, de intervención y coordinación entre todos los sectores implicados, con la finalidad de planificar una intervención multidisciplinar acorde a las necesidades de forma temprana que permitan agilizar los procesos de detección, atención y puesta en marcha de medidas que supongan, la superación, o al menos, la minimización de sus dificultades.

Esta guía pretende ser un recurso de apoyo más, que facilite a la comunidad educativa disponer de estrategias y recursos para dar una respuesta de calidad a las Necesidades Específicas de Apoyo educativo del alumno con TDAH.



1. DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

La presente guía recoge en primer lugar un apartado de carácter conceptual donde se recogen los indicadores diagnósticos del trastorno del neurodesarrollo correspondientes a lo contemplado en el Manual *diagnóstico y estadístico (DSM-5)*, de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association).

En segundo lugar y dada la importancia de la detección temprana y la necesaria colaboración interprofesional en esta labor, se detalla y recoge el **protocolo de coordinación (protocolo de coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad firmado dentro del Acuerdo Marco por las Consejerías de Sanidad, educación y Bienestar Social)** con el objeto de aunar actuaciones, mejorar la coordinación y el intercambio de información para poder dar una respuesta a la población infantil y juvenil en un marco colaborativo. Se recogen en el apartado de anexos, con carácter eminentemente práctico la relación de documentos que permiten la puesta en marcha efectiva de dicho protocolo de coordinación.

En tercer lugar se exponen un conjunto de estrategias y de orientaciones de carácter metodológico, que pueden facilitar al profesorado el ajuste de la respuesta educativa en el contexto del aula.

Por último, se recogen en el apartado de anexos otros recursos de interés para la detección temprana y la valoración de las Necesidades Específicas de Apoyo educativo, así como enlaces y direcciones de interés que ayuden a los profesionales a un mejor desempeño en sus actuaciones profesionales.



2. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El TDAH es un trastorno del neuro desarrollo que se caracteriza por tres síntomas clave: el déficit de atención, la hiperactividad, y la hiperactividad tanto cognitiva como conductual. El Manual **diagnóstico y estadístico (DSM-5)**, de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) recoge una serie de indicadores de referencia para facilitar a los diferentes profesionales el diagnóstico del TDAH.

Las personas con TDAH muestran un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo:

1. LA FALTA DE ATENCIÓN

Seis o más síntomas de falta de atención para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de falta de atención han estado presentes durante al menos 6 meses y son inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo no logra prestar adecuada atención a los detalles o comete errores por descuido en las actividades escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene problemas para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- A menudo pareciera que no escucha cuando se le habla directamente.
- A menudo no cumple las instrucciones y no logra completar las actividades escolares, las tareas del hogar o las responsabilidades del lugar de trabajo (p. ej., pierde la concentración, se desvía).
- A menudo tiene problemas para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgustan o se niega a hacer tareas que requieren realizar un esfuerzo mental durante un periodo prolongado (como las actividades o las tareas escolares).



- A menudo pierde cosas necesarias para las tareas y actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, papeles, anteojos, teléfonos celulares).
- A menudo se distrae con facilidad.
- A menudo se olvida de las cosas durante las actividades diarias.

2. HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses al punto que son perjudiciales e inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo se mueve nerviosamente o da golpecitos con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.
- A menudo deja su asiento en situaciones en las que se espera que se quede sentado.
- A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es adecuado (en adolescentes o adultos puede limitarse a una sensación de inquietud).
- A menudo no puede jugar o participar en actividades recreativas de manera tranquila.
- A menudo se encuentra “en movimiento” y actúa como si “lo impulsara un motor”.
- A menudo habla de manera excesiva.
- A menudo suelta una respuesta antes de que se termine la pregunta.
- A menudo le cuesta esperar su turno.
- A menudo interrumpe a otros o se entromete (p. ej., se mete en conversaciones o juegos).



OTRAS CONDICIONES

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Varios de los síntomas de falta de atención o hiperactividad/impulsividad se presentaron antes de los 12 años de edad.
- Varios de los síntomas se presentan **en dos o más contextos** (como en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Hay indicios claros de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, escolar y laboral, o que reducen su calidad.
- Los síntomas no tienen una explicación mejor si se los asocia a otro trastorno mental (como trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). Los síntomas no ocurren solo durante el curso de episodios de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

TRES TIPOS DE TDAH

Según los tipos de síntomas, pueden verse tres tipos (presentaciones) de TDAH:

Presentación combinada: Si se presentaron suficientes síntomas de ambos criterios, los de falta de atención y los de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos 6 meses.

Presentación en la que predomina la falta de atención: Si se presentaron suficientes síntomas de falta de atención, pero no de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos seis meses.

Presentación en la que predomina la hiperactividad/impulsividad: Si se presentaron suficientes síntomas de hiperactividad/impulsividad, pero no de falta de atención, durante los últimos seis meses. Dado que los síntomas pueden cambiar con el paso del tiempo, la presentación también puede cambiar con el tiempo.



El TDAH puede ir asociado a otras dificultades de aprendizaje como el trastorno de la lectura, de la escritura, del cálculo, etc., y se presenta de forma combinada con muchas de ellas. A veces se intenta hacer una preeminencia de unas sobre otras, cuando es difícil de calibrar estos aspectos, en numerosas ocasiones cabe aceptar que el diagnóstico no acaba solo en el TDAH y es necesario valorar si existen otras dificultades de aprendizaje.

3. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

Este apartado recoge el protocolo de coordinación (protocolo de coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad firmado dentro del Acuerdo Marco por las Consejerías de Sanidad, educación y Bienestar Social) y establece los pasos a seguir para la detección temprana, valoración, elaboración y la responsabilidad de cada uno de los y las profesionales implicados en este proceso.

3.1. INICIO DEL PROTOCOLO EN EL CENTRO EDUCATIVO

Si en el centro educativo se observan dificultades que afecten de forma significativa al rendimiento académico, al comportamiento en relación con los demás, el tutor o tutora comentará y contrastará los aspectos observados con el equipo docente con el fin de conocer su opinión al respecto, para proceder a realizar la demanda por escrito. El orientador u orientadora, tras recoger la demanda efectuada por la tutora o el tutor, inicia el proceso de evaluación psicopedagógica, si ello fuera necesario, poniéndose en marcha las medidas educativas en el centro escolar; igualmente se darán orientaciones y se realizará un trabajo coordinado con la familia.

Si se valora la existencia de indicadores suficientes que apunten a la posibilidad de un posible TDAH, se solicitará la autorización familiar (Anexo 5.1) para continuar las



siguientes fases y poder realizar la derivación pertinente y coordinar actuaciones entre los servicios educativo, sanitario o social si fuese necesario.

En el caso de no obtener consentimiento familiar, una vez agotadas las vías ordinarias de trabajo con la familia en el centro en el marco de la acción tutorial, si existiese una repercusión muy negativa en el contexto escolar de esta problemática, el director o directora del centro informará a la Inspección educativa para valorar la necesidad de iniciar otras medidas.

En la página correspondiente del portal de educación y el anexo de esta guía, se incluye un listado orientativo de pruebas, cuestionarios y escalas que los profesionales de la orientación pueden utilizar en el ámbito escolar, para detección y valoración del TDAH.

Una vez realizado el informe psicopedagógico, según modelo facilitado a través del Anexo 5.2, el orientador u orientadora, entregará una copia a la familia o tutor/a legal, junto a una copia anexa de la Autorización familiar, que lo remitirá al pediatra/MAP quedando la documentación recogida en el expediente del alumno.

Si no se valorasen indicadores relacionados con TDAH, pero sí de otra posible problemática, se continuará con la derivación a los servicios sanitarios u otros especialistas. La o el Pediatra/Medico Atención Primaria (PAM) cursaría la derivación a otros servicios sanitarios especializados adjuntando la información pertinente.

En el supuesto de que la familia aporte un diagnóstico sanitario público o privado, así como valoración de otras entidades, los especialistas de orientación educativa las considerarán, continuando con la evaluación psicopedagógica, si fuese necesario.



3.2 INICIO DEL PROTOCOLO DESDE PEDIATRÍA O ATENCIÓN PRIMARIA

Ante la sospecha extraída en alguna de las revisiones o atendiendo la demandada de la familia, y ante la existencia de indicadores de TDAH, el pediatra o MAP, solicitará información al centro educativo previa autorización familiar (Anexo 5.1), para compartir información entre los servicios sociales, educativos y sanitarios.

La o el Pediatra/ MAP trasladará junto con la petición de información al centro escolar otra información relevante para el ámbito educativo (Anexo 5.4 y 5.5).

El orientador u orientadora recoge la información del ámbito escolar junto con el tutor o tutora y equipo docente y elabora un informe que por medio de la familia devuelve al pediatra/MAP. (Anexo 5.3 o el Anexo 5.2).

El pediatra/MAP puede detectar la necesidad de valoración especializada del ámbito sanitario desde el inicio del proceso, por lo que la petición de información al centro escolar no excluye la derivación en paralelo a otros servicios.

3.3. DERIVACIÓN DEL PEDIATRA A SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Cuando exista firme sospecha de existencia de un TDAH, el Pediatra/ MAP derivará a la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil por medio del Anexo 5.4, así como a otros especialistas teniendo en cuenta los criterios de derivación adicional y los referentes recogidos en el del Anexo 5.9.

Con independencia del tratamiento a que hubiera lugar por la presencia de otras comorbilidades, si persiste la sospecha de TDAH, estos especialistas remitirán la información a la USMIJ, donde se pondrá el diagnóstico y tratamiento definitivo.



3.4. DERIVACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALIZADA AL PEDIATRA/MAP Y CENTRO EDUCATIVO

Cuando desde los Servicios Sociales de Atención Primaria, atendiendo a la demanda de la familia o bien desde los servicios de atención especializada, se detecten indicios de que el menor presente sospechas de TDAH, se acordará con ella, la derivación al MAP para el inicio del protocolo. De igual forma se procederá a la comunicación con el centro educativo de la actuación realizada desde los Servicios Sociales de Atención Primaria y se establecerán el plan de intervención socio-educativo más idóneo hasta confirmar diagnóstico. Pediatra/ MAP, podrá en conocimiento a los Servicios Sociales de Atención Primaria especializada las actuaciones realizadas.

3.5. CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR USMIJ, INFORMACIÓN A OTROS SERVICIOS

La USMIJ cumplimentará el Anexo 5.6 y 5.7, o en su caso, el formulario de procedimiento habitual a primaria para confirmar o no la sospecha, y se trasladará tanto al pediatra/MAP, al centro educativo u otros servicios si fuese necesario. Este anexo también se utilizará para intercambiar información con el centro escolar, cualquiera que sea el estado del proceso diagnóstico o la no confirmación de éste. En caso de que desde la USMIJ haya derivado a otros servicios adicionales, los anexos citados anteriormente recogerán las conclusiones de los otros especialistas.

Una vez confirmado o descartado el diagnóstico, se concluirá el proceso de evaluación psicopedagógica en el centro con el ajuste de las medidas educativas necesarias.

3.6. SEGUIMIENTO, INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO

En el seguimiento de los casos detectados e identificados es fundamental valorar la evolución y eficacia de las medidas que se aplican en los diferentes ámbitos.



De tal manera que, cuando esté próxima la siguiente cita con el especialista, el orientador u orientadora junto con el tutor o tutora, recogerán la información del equipo docente y cumplimentarán el Anexo 5.8., que se entregará a la familia. Este mismo anexo recoge la evolución del menor desde el ámbito sanitario, que será cumplimentado por el profesional de Salud Mental y devuelto al centro escolar igualmente con la familia.

La utilización del anexo especificado, no excluye otros medios de comunicación que pudiesen realizarse para casos concretos entre los respectivos profesionales.

Ante la situación detectada por Servicios Sociales de Atención Primaria, en alguno de los sistemas de protección implicados en la atención al menor, confirmado el diagnóstico de TDAH, se procederá a establecer la construcción de un plan de intervención social en el que se identifiquen los apoyos que precisa la familia, objetivos y actuaciones que deben realizarse con cada uno de ellos.

Página 13



4. RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL CONTEXTO AULA

Estas orientaciones no pretenden tener en cuenta todas las situaciones del aula. Se proponen algunas sugerencias que, según la experiencia, podrían resultar eficaces. **No obstante, se han de ajustar a cada edad y circunstancia, siendo los docentes, con el asesoramiento del Equipo de Orientación y/ o Departamento de Orientación, quienes decidan, lo más adecuado en cada momento para dar una adecuada y ajustada respuesta educativa al alumno o la alumna.**

4.1. EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

ANTE LA IMPULSIVIDAD

Definir las formas

- Definir y trabajar las normas de la clase y las consecuencias de su incumplimiento. **Recordar** las normas frecuentemente
- Definir y estructurar **normas personalizadas**, como permitirle que muestre sus tareas al profesor.
- **Obligarle "in situ"** antes de cada situación (salir al recreo, prepararse para irse a casa...) a que repita en voz alta las normas específicas a cada situación.

Para favorecer el autocontrol

- Se recomienda que la estructura de la clase sea diaria, constante y predecible, enfatizando la rutina, la organización y la planificación en todos los aspectos
- **Fragmentar las tareas** en objetivos más cortos y supervisando con más frecuencia su consecución, de forma que el tiempo en el que tienen que inhibir su respuesta sea menor.



Premiar las conductas adecuadas e ignorar las inadecuadas

- **Ignorar** las conductas inadecuadas como interrumpir, y en el caso de ser muy molesta utilizar el **tiempo fuera**.

Para aumentar la flexibilidad

- Ofrecerle señales acerca de la intención de ESPERAR Y PENSAR.
- Pedirle que PIENSE EN VOZ ALTA, que cuente lo que hace para posibilitar la producción del lenguaje interno que medie en la conducta.

ANTE EL DÉFICIT DE ATENCIÓN

Controlar los estímulos

- **Sentarle cerca del profesor**, mencionar su nombre, darle pequeños toques en la espalda para evitar que se distraiga, pedirle que nos repita lo que hay que hacer, etc., o cualquier **señal que acordemos con él**, para favorecer que su atención este focalizada.
- **Disminuir los estímulos irrelevantes** presentes en la clase, colocándolos fuera de su campo visual (a su espalda).
- Poner la información de manera explícita, utilización de todo lo que pueda servir como **pistas, recordatorios, señales**: post-it, fichas, los propios gestos. Estos alumnos no utilizan la “información en sus mentes”.
- Acordar una señal privada discreta para reconducir su atención (apoyar la mano en la mesa del alumno, en su hombro, etc.)
- **Marcadores de tiempo**, no tienen conciencia del tiempo por lo que no sirve darles más tiempo porque lo perderán igualmente. El tiempo hay que convertirlo en algo real con relojes, cronómetros...

Supervisarle y ayudarle a que se supervise

- Establecer **rutinas**, estructurando el funcionamiento de las clases.



- Dar **5 minutos** a toda la clase **para organizar el material** como parte de la rutina diaria; para que revise si tiene el material necesario, lo ordene y elimine de la mesa lo que no vaya a necesitar.
- Avisar con tiempo **los cambios** que se efectúen en relación con las rutinas.
- **Destacar los aspectos más importantes** del problema para facilitar su comprensión y la resolución de tareas, utilizando marcadores, carpetas, colores...
- Al término de la clase, resaltar los puntos fundamentales a modo de resumen de manera esquemática. Si se dispone de tiempo, revisar lo que recuerdan tras la explicación.
- Si es necesario, **mostrarle paso a paso** lo que tiene que hacer.

Mejorar la forma de dar las órdenes

- Darle las instrucciones de forma **breve, clara y concisa**. Si es necesario darle las instrucciones por escrito y **hacer que nos repita la propia instrucción**.

Dividir las tareas

- Dividir las actividades **en pequeños pasos** para que puedan hacer aprendizajes breves que su capacidad atencional pueda asumir.
- Usar recordatorios visuales para facilitar captar, organizar y recuperar la información.

Aumentar su motivación

- No tienen automotivación, por eso es importante recompensarles en el entorno inmediato: **Reforzar y premiar las conductas adecuadas** como estar atento, **Darles más feedback**, darles información sobre su acción de manera frecuente (“muy bien lo estas intentando”, “estas siguiendo tu plan...muy bien sigue así...”, “lo estás haciendo bien o mal...”).



- **Comenzar por los premios** no por los castigos. De por sí son unos niños más castigados que otros. El castigo sólo funciona si es inmediato.

ANTE CONDUCTAS HIPERACTIVAS

Favorecer momentos de actividad adecuada

- Intentar que su movimiento sea adaptativo **haciendo pequeñas tareas** que le faciliten la energía y tensión acumuladas por haber estado quieto. Para ello **se le adjudican responsabilidades y/o ayudar al profesor**, como ir a hacer fotocopias, repartir hojas, borrar la pizarra, apuntar actividades y cambios en la agenda grupal u horario, etc.
- **Que acuda a la mesa del profesor a mostrar sus tareas**, este movimiento servirá para descargar tensiones, disminuyendo la frecuencia con la que se levanta de la silla de forma inadecuada. **El objetivo es que se levante de la silla en determinados momentos y de forma estructurada.**

Control de estímulos

- Mandarle **menor cantidad de tarea**, y que requiera menor esfuerzo mental mantenido, **programando períodos de descanso** donde se pueda mover; conforme lo vaya consiguiendo ir aumentando el número de tareas, la cantidad de esfuerzo, y el tiempo para su realización.
- **Programar la realización** de tareas que requieran esfuerzo mental después de períodos de movimiento motor intenso como los recreos, clases de gimnasia, partidos o deporte.
- **Permitir el murmullo** y permitir el **movimiento**

Manejar adecuadamente las contingencias

- Extinguir, no atender a los movimientos que parezcan más incontrolados o inconsistentes.



- Reforzar el estar adecuadamente sentado, en silencio, escuchando, escogiendo para cada día una conducta concreta.

ANTE DIFICULTADES DE AUTOCONTROL

Mejorar la forma de dar las órdenes

- Darles instrucciones **claras, cortas y sencillamente formuladas** para realizar sus tareas.

Aumentar su motivación

- Dejarles claras **cuáles serán las recompensas** por concluir sus tareas.
- **Alabarles** cuando concluyen una tarea con éxito para que se sientan competentes y mejore su motivación.

Mejorar sus estrategias en la resolución de problemas

- **Analizar** las situaciones y las consecuencias de los comportamientos propios y ajenos.
- Pensar en **soluciones alternativas** a la ejecutada.
- **Devolverle la información** sobre su comportamiento y del acercamiento, o no, a las metas establecidas.
- **Entrenarle en autoevaluación** pidiéndole que sea él el que juzgue.
- Uso de autoinstrucciones.

ESTILO COGNITIVO

Ayudarle a analizar su conducta y enseñarle a valorarlas

- **Proporcionarles alternativas** para el análisis de situaciones.



- **Reforzar** además del resultado final de la conducta, el proceso de solución utilizado.
- **Estimular el** reconocer en voz alta las habilidades cognitivas utilizadas

Aumentar su motivación

- **Trabajar con la imaginación** ayudarle y obligarle a recordar hechos pasados, cuál ha sido su actuación y cuál ha sido la consecuencia; ayudarle y obligarle a imaginar todos los futuros posibles.

Dificultar para demorar las recompensas

- **AUMENTAR SU MOTIVACIÓN:**
- Comenzar **bajando** nuestro nivel de **exigencia**. Permitir el murmullo y permitir el movimiento.
- No tienen automotivación, por eso es importante recompensarles en el entorno inmediato
- **Darles más feedback**, darles información sobre su acción de manera frecuente ("lo estás haciendo bien o mal...").

Manejo de contingencias

- **Programar y acordar** el uso del **costo de respuesta** para facilitar la inhibición de la conducta inadecuada.

ANTE RELACIONES SOCIALES PROBLEMÁTICAS

Evitar el autoconcepto negativo

- **No etiquetarle** como molesto o agresivo.



- **Dejarle que se explique** cuando haya estado involucrado en un accidente o altercado con otra persona.
- **Mostar los puntos fuertes y débiles** como parte de las diferencias individuales con todo el grupo.
- **Actuar y no hablar**, los sermones no sirven. De lo que se trata es de manejar su conducta.
- **Buscar una cualidad o destreza** que le haga especial **y potenciarle ese rol** dentro del grupo (intrépido, rápido, fuerte...).

Ayudarle a reflexionar y analizar las situaciones

- **Entrenarle** en la técnica de resolución de problemas
- **Ofrecerle alternativas** a su conducta.
- **Mediar** ante sus conflictos, haciendo de modelo de resolución de problemas.

Mejorar de sus habilidades sociales

- **Entrenamiento** en conductas adecuadas en las relaciones sociales: hacer peticiones, pedir ayuda, reconocer dificultades, admitir errores, saber demostrar sus sentimientos de enfado, rabia, etc.

OTRAS ESTRATEGIAS ANTE DIFICULTADES GENERALES DE APRENDIZAJE

No quiere leer: ¿Cómo fomentarlo?

- Leer un libro muy breve cada día.
- Compartir la lectura de un libro. 10 minutos al día.
- Tener juegos de mesa que impliquen leer.
- Hacer una yincana con tarjetas por la casa.
- Tener en casa libros- juegos



Lee mal: silabea o lee muy despacio

- Jugar con tarjetas. Agrupar el nº de palabras leídas bien y mal. Hacer gráfico.
- Técnica de la postal - técnica de la ventana (tiposcópio).
- Lecturas en columnas y en pirámide.

Se salta líneas al leer

- Usar tarjeta
- Lecturas fragmentadas

Lee muy deprisa

- Ofrecer modelo de lectura.
- Poner comas y puntos de otro color.
- Técnica de la ventana

No entienden al leer

- leer por partes
- Practicar la enseñanza recíproca

Suman con los dedos

- Hacer juegos de cálculo mental.
- Hacer y jugar con tarjetas (una cara los sumandos y la otra con resultados)

No se aprenden las tablas

- Hacer y jugar con tarjetas del mismo modo que con la sumas
- Hacer dominós.
- Cantarlas.

Tarda mucho en hacer los deberes

- Organizar deberes alternando las actividades
- Poner marcadores de tiempo.



- Ponerle al final una actividad motivadora

Trabaja muy deprisa y se equivoca

- Ponerle recordatorios visuales.
- Dividir las tareas y hacerla por partes.
- Uso de autoinstrucciones.

Trabaja muy despacio

- No hacerle copiar enunciados.
- Usar señales de actividad que avisan del comienzo de las actividades.
- Reducir la cantidad de trabajo cuando se trata de ejercicios del mismo tipo.
- Introducir actividades variadas.
- Poner marcadores de tiempo

Se olvida del material / no apunta en la agenda

- Ponerle recordatorios visuales. / uso de pizarra o corcho
- Uso de agenda con coterapeuta.

Cuadernos y presentaciones desordenadas

- Dedicar un tiempo a ordenar / revisar mochila
- Dar recordatorios visuales.
- Usar clasificadores.

Mala caligrafía

- Hacer otras actividades de motricidad fina: puzles- enhebrados- plastilinas...
- Buscar el asesoramiento del profesorado: Tipo de pauta. Grosor del lápiz,....posturas incorrectas.
- Cuidado con los cuadernos de caligrafía: Dosificar sin agobiar según el nivel: 1 renglón para 1º, 2 para 2º,...

Exceso de faltas de ortografía



- Hacer un listado con las faltas y trabajar sobre esas concretamente.
- Hacer tarjetas con las palabras con faltas.(ortografía ideo visual de Yalde)
- Implicar de forma consciente al alumno en que comienza a escribir bien y cómo reduce sus errores.
- Fomentar la revisión.
- Uso de ficheros cacográficos en el aula.

Se salta preguntas o partes del examen

- Usar notas o recordatorios visuales para realizar y revisar el examen.

4.2. EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Organización del tiempo y los materiales

- Dar 5 minutos a toda la clase para organizar el material necesario. Asegurarse de que el alumno **tiene todo el material necesario**. Permitir la utilización de **marcadores de tiempo**.

Modificar el procedimiento de evaluación

- Realizar **evaluaciones cortas y frecuentes**, se trata de valorar lo que saben y no la dificultad para hacer el examen.
- **Reducir el número de preguntas**: una por hoja y **marcar el tiempo** disponible dejando usar marcadores de tiempo.
- Combinar **evaluaciones orales y escritas**.
- Contemple la posibilidad de dividir en dos sesiones los exámenes.
- Plantear **preguntas tipo test** donde están presentes las respuestas de elección, ya que tienen muchas dificultades en sus habilidades de organización y estructuración de la información.



Modificar la forma de dar las instrucciones.

- Darles instrucciones **claras, cortas y sencillamente formuladas** para realizar sus tareas. Si es necesario, hacerlo **para cada paso** que debe realizar para finalizar con éxito cada uno de los apartados en los que se ha dividido la tarea. **Recuerde que los alumnos con TDAH necesitan estructura.**
- **Destacar palabras clave** en el enunciado de las preguntas.
- Favorecer el uso y aplicación de **autoinstrucciones** para fomentar el uso del lenguaje interno como factor importante en la dirección de las conductas.

Favorecer la realización de proyectos

- **Favorecer el diálogo** entre el profesor y el alumno sobre el trabajo concreto a realizar. **Asegurarse de que ha entendido la pregunta.**
- **Seleccionar** cuidadosamente el nivel de **dificultad**.
- Establecer **metas intermedias**.
- Trabajar las técnicas y hábitos de estudio.

7 consejos sobre lo que no se debe hacer

- No concentrarse en los aspectos negativos de su comportamiento.
- No prejuzgarlo calificándole de vago o desinteresado. NO interpretar que su falta de interés es deliberada, consciente o voluntaria.
- No subestimarlos, rinden por debajo de sus posibilidades.
- No proporcionarles tareas largas y aburridas.
- No crea que el niño y/o su familia son todo el problema. Usted debe entender que la escuela también forma parte del problema.
- No se ciña a los métodos tradicionales que suele utilizar para resolver los problemas; éstos pueden ser ineficaces en niños con TDA



5. RELACIÓN DE ANEXOS DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

ANEXO 5.1 AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA EL INICIO DEL PROTOCOLO Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Dña.....
....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:
.....

Don.....
....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:
.....

como padre/ madre/ tutor o representante legal (*táchese lo que no proceda*) del menor:

Declaran que han sido informados por (*especificar profesional y servicio*):

Y autorizan a profesionales del ámbito social, educativo y sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en el Protocolo de actuación para alumnado con TDAH en relación a mi hijo/a.

- ☐ **Autorizamos / Damos nuestro consentimiento** para que se inicie el Protocolo de TDAH y autorizo el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.
- ☐ **NO Autorizamos / NO Damos nuestro consentimiento** para que se inicie el Protocolo de TDAH y autorizo el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.

Rellenar en caso de ser firmado únicamente por uno de los padres (en los casos especificados)



DECLARO:

Que la autorización para el intercambio de información entre los servicios educativos, sanitarios y sociales al que se adjunta esta declaración está firmada por uno sólo de los progenitores debido a:

- ☐ Familia monoparental
- ☐ Fallecimiento del otro progenitor
- ☐ Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- ☐ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- ☐ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- ☐ Otras circunstancias (especificar):

En a de de 20.....

Firma: El padre

La madre El representante legal

Las valoraciones realizadas son confidenciales, nunca deberán ser utilizadas fuera del marco para las que han sido recabadas y no podrán usarse en contra de los legítimos intereses del alumno o alumna y/o de su familia.



ANEXO 5.2 INFORME PSICOPEDAGÓGICO DEL CENTRO ESCOLAR

FECHA DEL INFORME:

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellidos:	Nombre:	NIE:
Fecha de Nacimiento:	Edad al realizar el informe:	
Domicilio:	Nº	CP:
Localidad:	Provincia:	
Nombre de padre:	Nombre de la madre:	
Número de hijos:	Lugar que ocupa el alumno/a:	
Tf. fijo:	Tf. móvil:	E-mail:

2. DATOS DEL CENTRO

Centro:	Localidad y provincia:
Curso:	Tutor/a:
Tl.:	Correo electrónico:
Persona de contacto con la que se va a realizar la coordinación (orientador/a) , teléfono y horario de contacto:	

3. MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

Quién solicita y por qué. Motivado por señales de alerta detectadas por el profesorado, la familia, etc.



4. HISTORIA ESCOLAR, FAMILIAR, CONDICIONES DE SALUD Y OTROS FACTORES DE RIESGO:

4.1. Historia escolar:

CURSO	CENTRO-LOCALIDAD	NIVELES CURSADOS	OBSERVACIONES*

OBSERVACIONES*: repeticiones, absentismo, cambios significativos en el rendimiento escolar, medidas educativas adoptadas, intervenciones o evaluaciones psicopedagógicas realizadas, problemas de adaptación en algún curso, intervención de otros servicios o profesionales externos (atención temprana, logopedia...), otros aspectos relevantes que aparezcan reflejados en su expedientes escolar.

4.2. Aspectos Biológicos y Desarrollo Evolutivo:

4.3. Contexto sociofamiliar. Aspectos a destacar en el ámbito familiar.

5. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

5.1. Nivel de competencia curricular

Resultados de la última evaluación académica realizada:

Calificaciones Delphos. Incluir pendientes si las hubiese



Grado de adquisición de las competencias:

	ALTO	MEDIO	BAJO
Competencia en comunicación lingüística			
Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología			
Competencia digital			
Competencia para aprender a aprender			
Competencia social y cívica			
Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor			
Conciencia y expresiones culturales			

5.2. Estilo de aprendizaje:

Agrupamientos con los que trabaja mejor, vías preferente de entrada de la información, reforzadores que mejoran su aprendizaje, interacción con el profesorado, interacción con sus compañeros, con respecto al material, hábitos, autonomía, uso de la agenda, materiales, etc.

5.3. Funciones ejecutivas:

Nivel de atención y concentración, dificultad en la resolución de problemas, planificación de actividades, estimación y uso del tiempo en la realización de tareas, dificultad en evocar palabras (fluidez fonológica y semántica), actitud ante nuevas situaciones o aprendizajes, flexibilidad, toma de decisiones, organización y planificación, control inhibitorio, etc.
Incluir resultados de pruebas estandarizadas, si se dispone de ellas en el centro.



5.4. Indicar cualquier otro aspecto relevante en relación con el proceso de enseñanza - aprendizaje:

6. OTRAS PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

Incluir resultados de escalas, pruebas, entrevista, observaciones que sirva de ayuda para completar la identificación de las necesidades que presenta el alumno/a sobre: indicadores o señales de alerta de TDAH. Aspectos cognitivos, equilibrio personal o afectivo-emocional, relación interpersonal y adaptación social, desarrollo psicomotor y desarrollo comunicativo – lingüístico.

Se puede consultar en el enlace de la página de educación la propuesta de pruebas.

7. IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA. NECESIDADES EDUCATIVAS:

Necesidades educativas en (especificar):

Aspectos cognitivos

Equilibrio personal o afectivo – emocional

Relación interpersonal y adaptación social

Desarrollo psicomotor

Desarrollo comunicativo – lingüístico

En aspectos socio-familiares

Relativas al proceso de enseñanza aprendizaje

Otras.



8. ACTUACIONES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO ACTUAL

Especificar medidas, pautas para el profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o alumna, etc.

9. CONCLUSIONES:

Por los datos aportados en este informe (especificar aspectos más significativos)

-

Se valora la conveniencia de iniciar el **protocolo de actuación** para alumnado con riesgo de TDAH y se queda a la espera de la confirmación o no del Trastorno, para ampliar en caso de confirmarse, los aspectos que pudiesen completar este informe psicopedagógico, especialmente en lo referente al ajuste de la **respuesta educativa**, y el traslado de información al tutor/a, para que este establezca la coordinación necesaria y establecimiento de medidas con equipo docente del alumno/a.

En _____, ade _____ de 20

(Sello centro)

El/La Tutor/a

El/La Orientador/a

Fdo.:

VºBº Director/a

Fdo.:

Fdo.:



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



ANEXO 5.3. INFORME DEL CENTRO ESCOLAR PARA PEDIATRÍA

(Utilizar este modelo o el del Anexo 5.2, se puede añadir otra información del centro y que pueda ser útil para un posible diagnóstico de TDAH)

FECHA DEL INFORME:

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellidos:	Nombre:	NIE:
Fecha de Nacimiento:	Edad al realizar el informe:	
Domicilio:	Nº	CP:
Localidad:	Provincia:	
Nombre de padre:	Nombre de la madre:	
Número de hijos:	Lugar que ocupa el alumno/a:	
Tf. fijo:	Tf. móvil:	E-mail:

2. DATOS DEL CENTRO

Centro:	Localidad y provincia:
Curso:	Tutor/a:
TL.:	Correo electrónico:
Persona de contacto con la que se va a realizar la coordinación (orientador/a), teléfono y horario de contacto:	

3. MOTIVO DEL INFORME

Quién solicita y por qué.



4. HISTORIA ESCOLAR:

CURSO	CENTRO- LOCALIDAD	NIVELES CURSADOS	OBSERVACIONES*

OBSERVACIONES*: repeticiones, absentismo, cambios significativos en el rendimiento escolar, medidas educativas adoptadas, intervenciones o evaluaciones psicopedagógicas realizadas, problemas de adaptación en algún curso, intervención de otros servicios o profesionales externos (atención temprana, logopedia...), otros aspectos relevantes que aparezcan reflejados en su expedientes escolar.

5. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

5.1. Nivel de competencia curricular

Resultados de la última evaluación académica realizada:

Calificaciones Delphos. Incluir pendientes si las hubiese.



Grado de adquisición de las competencias:

	ALTO	MEDIO	BAJO
Competencia en comunicación lingüística			
Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología			
Competencia digital			
Competencia para aprender a aprender			
Competencia social y cívica			
Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor			
Conciencia y expresiones culturales			

5.2. Estilo de aprendizaje:

Agrupamientos con los que trabaja mejor, vías preferente de entrada de la información, reforzadores que mejoran su aprendizaje, interacción con el profesorado, interacción con sus compañeros, con respecto al material, hábitos, autonomía, uso de la agenda, uso de los materiales, etc.

5.3. Funciones ejecutivas:

Nivel de atención y concentración, dificultad en la resolución de problemas, planificación de actividades, estimación y uso del tiempo en la realización de tareas, dificultad en evocar palabras (fluidez fonológica y semántica), actitud ante nuevas situaciones o aprendizajes, flexibilidad, toma de decisiones, organización y planificación, control inhibitorio, etc.

Incluir resultados de pruebas estandarizadas, si se dispone de ellas en el centro.



5.4. Indicar cualquier otros aspectos relevantes en relación con el proceso de enseñanza - aprendizaje:

6. OTRAS PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

Incluir resultados de escalas, pruebas, entrevista, observaciones que sirva de ayuda para completar la identificación de las necesidades que presenta el alumno/a sobre: indicadores o señales de alerta de TDAH. Aspectos cognitivos, equilibrio personal o afectivo-emocional, relación interpersonal y adaptación social, desarrollo psicomotor y desarrollo comunicativo – lingüístico.

Se puede consultar en el enlace de la página de educación la propuesta de pruebas.

7. ACTUACIONES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO ACTUAL:

Especificar medidas si se hubiese realizado , pautas para el profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o alumna, etc.



8. CONCLUSIONES:

Por los datos aportados en este informe (especificar aspectos más significativos)

En , ade de 20

(Sello centro)

El/La Tutor/a

El/La Orientador/a

Fdo.:

Fdo.:

Vº Bº. Director/a

Fdo.:

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



ANEXO 5.4. SOLICITUD DE INFORMACIÓN PEDIATRA/MAP AL CENTRO ESCOLAR

El menor _____ presenta signos de sospecha de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Con el objetivo de realizar una evaluación lo más completa posible, solicitamos la colaboración del tutor/a y el Orientador/a del centro para conocer la situación en el ámbito escolar, asimismo le informamos que el menor ha sido derivado a otros servicios médicos especializados.

Para este fin, les agradeceríamos, nos faciliten la información que les solicitamos en el Anexo 5.2.0 5.3.

Agradeciendo su colaboración y quedando a su disposición para cualquier aclaración, les saluda atentamente,

Dr./Dra.: _____

Centro de Salud: _____

En a.....de.....de 20.....

Se adjuntarán a esta solicitud:

- **Autorización familiar(Anexo 5.1)**
- **Anexo 5.5. u otra información** que pueda ser de utilidad para el centro escolar.

ANEXO 5.5. HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE CON SOSPECHA DE TDAH DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA

Información requerida

1. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (MARCAR SI ESTÁN PRESENTES Y DESCRIBIR)

	Sí/No	Descripción de las alteraciones
Factores de riesgo pre o perinatales		
Alteraciones en desarrollo		
Alteraciones médicas		
Alergias farmacológicas		
Tratamientos médicos concomitantes		

2. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL PARA DERIVACIÓN (MARCAR SI ESTÁN PRESENTES)

Puntuación de la escala SNAP IV:

Síntomas Cardinales según CIE ____ o DSM ____	Grado de disfunción		
	Leve	Moderado	Grave
Déficit de atención			
Hiperactividad/Impulsividad			



3. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDÍACOS POTENCIALES PARA EL TRATAMIENTO CON ESTIMULANTES/ATOMOXETINA (MARCAR SI ESTÁN PRESENTES)

Fc de riesgo cardíaco a la exploración física		Fc de riesgo cardíaco en la anamnesis	
Hipertensión arterial		Disnea con el ejercicio	
Soplo cardíaco no funcional		Baja tolerancia al ejercicio sin explicación	
Cicatriz esternotomía		Síncope con el ejercicio o miedo	
Otros hallazgos cardíacos anormales		Palpitaciones con el ejercicio	

Antecedentes personales o familiares de riesgo cardiovascular			
Historia familiar de muerte súbita		Hipertensión Pulmonar	
Síndrome QT largo u otras arritmias familiares		Accidentes o ahogamientos inexplicados	
Síndrome WPW		Desfibrilador implantado	
Cardiomiopatía			

Información adicional (rellenar si el pediatra de referencia tiene información al respecto)



4. SÍNTOMAS COMÓRBIDOS/DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL(MARCAR SI ESTÁN PRESENTES Y DESCRIBIR)

Síntomas ansiedad	
Síntomas afectivos	
Alteraciones de conducta	
Tics	
Síntomas psicóticos	
Síntomas Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD/TEA)	
Otros:	

5. EVOLUCIÓN

Edad Inicio de los síntomas	
Tiempo de evolución	
Posibles factores precipitantes (Estrésores vitales previos al inicio de los síntomas)	



6. PRESENCIA DE ALTERACIONES PSICOSOCIALES (MARCAR SI ESTÁN PRESENTES Y DESCRIBIR)

Descripción de apartados

Información requerida

1. **Antecedentes médicos personales** (señalar si existen alteraciones en este apartado conocidas por el pediatra de referencia del menor)
 - a. Factores de riesgo pre o perinatales: Exposición a tóxicos o alteraciones de interés durante el embarazo, sufrimiento fetal, prematuridad, bajo peso,...
 - b. Alteraciones en el desarrollo: Retraso en la adquisición de hitos motores, lenguaje,...
 - c. Alteraciones médicas: Alteraciones sensoriales, ferropenia, alteraciones tiroideas, síndrome de piernas inquietas, epilepsia,...
 - d. Alergias farmacológicas
 - e. Tratamientos médicos concomitantes: Broncodilatadores, betabloqueantes, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, corticoides,...
2. **Sintomatología actual para derivación** (Señalar si están presentes síntomas cardinales sugerentes de TDA-H según escala SNAP IV o criterios en clasificaciones CIE o DSM). El grado de disfunción que ocasionan los síntomas se puede valorar con la escala GAF.
3. **Identificación de factores de riesgo cardíacos potenciales para el tratamiento con estimulantes/atomoxetina** (adaptado de la escala de Warren y Hamilton).

Información adicional

4. **Síntomas comórbidos/Diagnóstico diferencial**
 - a. Síntomas de ansiedad: Angustia, astenia, miedos y preocupaciones (por hacer mal las cosas, porque puedan ocurrir sucesos negativos a su familia o a él mismo, alteraciones del sueño, somatizaciones, pensamientos obsesivos,...



- b. Síntomas afectivos: Irritabilidad, rabietas, lentitud o hiperactividad psicomotriz, anhedonia, desesperanza, aislamiento social, ideaciones autoheterolíticas, alteraciones del sueño, somatizaciones,...
- c. Alteraciones de conducta: conducta oposicionista o desafiante, desprecio por los bienes ajenos,...
- d. Tics u otras alteraciones psicomotoras
- e. Alteraciones específicas del lenguaje
- f. Retraso mental
- g. Abuso de tóxicos
- h. Síntomas psicóticos: alteraciones del pensamiento (pensamiento o discurso desorganizado, ideación delirante, alteraciones sensorio-perceptivas, cambios bruscos o inexplicados de humor, risas o gritos inmotivados,...
- i. Síntomas de Trastorno del espectro autista: alteraciones del lenguaje (retraso en la adquisición, disminución de habilidades lingüísticas según edad, anomalías específicas del lenguaje,...), alteraciones en la interacción social (bajo interés por los otros, dificultades en el juego simbólico o de "como si", dificultades en la atención conjunta,...), intereses restrictivos y conductas repetitivas (baja tolerancia a los cambios, estereotipias,...)
- j. Otros: enuresis o encopresis, alteraciones en conducta alimentaria,...

5. **Evolución:**

Factores precipitantes (estresores vitales previos al inicio de los síntomas): Ausencia o fallecimiento de familiar, nacimiento de un hermano, situación traumática, separación padres,...

6. **Presencia de alteraciones psicosociales:**

Situaciones psicosociales adversas (inmigración, bajo estatus socioeconómico,...), situaciones de negligencia, maltrato, abuso o abandono emocional, enfermedad mental o abuso de tóxicos en padres o cuidadores,...



**ANEXO 5.6. INFORME CLÍNICO O FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO HABITUAL
DESDE USMIJ A PRIMARIA (PEDIATRÍA/MAP)**

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio familiar:

Teléfonos:

Fecha 1ª consulta:

Fecha Alta:

Motivo de consulta:

Exploración psicopatológica:

Otras exploraciones:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Recomendaciones:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Facultativo responsable

Fdo.: _____



**ANEXO 5.7. INFORME CLÍNICO DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (USMIJ)
PARA EL CENTRO ESCOLAR**

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio familiar:

Teléfonos:

Centro Escolar al que asiste:

Fecha 1ª consulta:

Aspectos relevantes de la evaluación realizada:

(Resultados de pruebas realizadas que complementan la evaluación realizada en el centro escolar. Anexar toda la información que se valore que pueda ser útil para el centro escolar)

Diagnóstico:

(Especificar presentación clínica – subtipo- en caso de diagnóstico de TDAH)

Comorbilidades:

Tratamiento:

(Especificar si lo hubiera tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico y recomendaciones específicas del caso)

Evolución:

Próxima cita médica:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Facultativo responsable (Psiquiatra o Psicólogo/a)

Fdo: _____



ANEXO 5.8. INFORME DE SEGUIMIENTO PARA COMUNICAR LA EVOLUCIÓN DEL MENOR CON TDAH

A. DATOS PERSONALES

Apellidos:	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	
Centro escolar:	Curso
Servicio sanitario:	
Diagnóstico/Fecha del mismo:	

B. EVOLUCIÓN DEL ALUMNO/A EN EL ÁMBITO ESCOLAR

(Breve valoración que hace el tutor/a y el equipo docente del menor)

VARIABLES	BREVE DESCRIPCIÓN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS	VARIABILIDAD A LO LARGO DE LA JORNADA ESCOLAR (a primera- últimas horas; antes- después recreo; principio-final semana; tras fines de semana o vacaciones...).
Rendimiento		
Conducta		
Relaciones sociales		
Otras		

En a de de 20.....

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Tutor/a

Orientador/a



C. EVOLUCIÓN DEL ALUMNO/A EN EL ÁMBITO SANITARIO

(Seguimiento, tratamiento, próxima cita).

En a de de 20.....

Fdo.: _____

Facultativo responsable



ANEXO 5.9. CRITERIOS DE DERIVACIÓN ADICIONAL PARA EVALUACIÓN POR OTROS ESPECIALISTAS.

1. Retraso Psicomotor/retraso mental.
2. Trastornos del Espectro Autista.(Derivación conjunta SMIJ y neuropediatra)
3. Problemas de aprendizaje
4. Rasgos Dismórficos.
5. Microcefalia o macrocefalia.
6. Estigmas cutáneos (manchas café con leche, manchas hipocrómicas).
7. Exploración neurológica alterada.
8. Trastornos de movimiento (tics, problemas de coordinación, ataxia...).
9. Convulsiones
10. Trastornos del Lenguaje.
11. Sospecha de déficit visual o auditivo
12. Enfermedad neurológica previa o concomitante (ej.: infecciones graves del SNC, encefalopatía hipóxico-isquémica, accidente cerebrovascular, tumores, epilepsia...).
13. Enfermedad crónica que requiere tratamiento con un medicamento que interfiere con el aprendizaje.
14. Los niños que siguen teniendo problemas en el funcionamiento a pesar del tratamiento.

Sólo se solicitarán pruebas diagnósticas (neuroimagen, EEG, pruebas genéticas) en aquellos casos en los que se considere indicado por la anamnesis o la exploración



ANEXO 5.10 DOCUMENTOS:

- Guía TDAH CLM. "Ideas clave para la respuesta educativa para el alumno TDAH". Consejería de Educación y Ciencia.
- Actualización en Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Material para un trabajo psicoeducativo con pacientes, familias, educadores y otros profesionales motivados. Unidad Funcional de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del TDA-H en el área la Mancha Centro (2009).

<http://www.bubok.es/libros/238994/Actualizacion-en-Trastorno-por-Deficit-de-Atencion-con-Hiperactividad-Material-para-un-trabajo-psicoeducativo-con-pacientes-familias-educadores-y-otros-profesionales-motivados>.

- American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Ed. Panamericana.
- CIE-10 (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión*. Organización Mundial de la Salud.



ANEXO 5.11 ENLACES DE INTERÉS:

- **Portal de Educación de la Comunidad de Castilla La Mancha:**

Consejería de Educación, Cultura y Deportes:

<http://www.educa.jccm.es/es/sistema-educativo/orientacion-convivencia-atencion-diversidad>

- Enlaces de las Consejerías participantes al Protocolo de coordinación de TDAH, materiales y anexos:

Consejería de Bienestar Social:

<http://www.castillalamancha.es/gobierno/bienestarsocial/planesyprogramas>.

Consejería de Sanidad y SESCOG:

[Planes y Programas | Gobierno de Castilla-La Mancha](#)

- **Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)**<http://www.feaadah.org/es/>

- Fundación ADANA: www.fundacionadana.org

- Fundación CADAH: www.fundacioncadah.org.

- www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia. AACAP

www.aiaqs.net. AIAQS



ANEXO 5.12. DIRECTORIO:

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES TDAH DE CASTILLA-LA MANCHA:

- Correo electrónico: presidenta.facam.tdah@gmail.com
- Tfno.: 619 060 990

AFYMDA:

- Localidad: Motilla del Palancar, Graja de Iniesta y Minglanilla
- Correo electrónico: afymda.manchuelaconquense@gmail.com
- Tfno.: 666 960 690

AMHIDA:

<http://amhida.com/>

- Localidad: Ciudad Real.
- Correo electrónico: info@amhida.es
- Tfno.: 926 922 161 – 628 534 431

APANDAH

<http://apandah.blogspot.com.es/>

- Localidad: Albacete.
- Correo electrónico: apandah@gmail.com
- Tfno.: 687 728 786

ATDAHTA:

<http://atdahta.blogspot.com.es/2011/02/tdah-en-talavera-de-la-reina.html>

- Localidad: Talavera de la Reina, Toledo.
- Correo electrónico: atdahta@gmail.com
- Tfno.: 656 855 266



AVANZA-TDAH:

- **Localidad:** Almansa, Albacete.
- **Correo electrónico:** avanzatdahalmansa@gmail.com
- **Tfno.:** 634 294 026

TDAH CAMUÑAS:

- **Localidad:** Camuñas (Toledo)
- **Correo electrónico:** tdahcamunas@outlook.com
- **Tfno.:** 626 744 295

TDAH GUADALAJARA:

<http://tdahguadalajara.org/>

- **Localidad:** Guadalajara.
- **Correo electrónico:** tdahguadalajara@gmail.com
- **Tfno.:** 619 060 990

TDAH TOLEDO:

- **Localidad:** Toledo.
- **Correo electrónico:** tdahtoledo@gmail.com
- **Tfno.:** 671 764 460

SESCAM

- **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)**

Avda. Río Guadiana 4 - 45007 TOLEDO. España

Teléfono: 925 274 100



UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE CASTILLA-LA MANCHA

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Albacete**

Hospital Virgen del Perpetuo Socorro

C/ Seminario, 4 – 02006 Albacete

Teléfono: 967 597 645

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ciudad Real**

Hospital General de Ciudad Real

C/ Obispo Rafael Torija, S/N – 13002 Ciudad Real

Teléfono: 926 278 000 – Extensión: 77150

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cuenca**

Consultorio Local Fuente del Oro

Avda. San Julián, 32-B – 16002 Cuenca

Teléfono: 969 212 849

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Guadalajara**

C/ Ferial, 31 -2ª – 19002 Guadalajara

Teléfono: 949 225 719

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mancha Centro**

Hospital General La Mancha Centro

Avda. de la Constitución, 3 – 13600 Alcázar de San Juan

Teléfono: 926 580 696

- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Talavera de la Reina**

Instituto de Ciencias de la Salud

Ctra. de Extremadura, Km. 114,1 – 45600 Talavera de la Reina

Teléfono: 925 803 600 Extensión: 86852



- **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Toledo**

Complejo Hospitalario de Toledo

C/ Barcelona, S/N – Módulo 3 - 45004 Toledo

Teléfono: 925 223 851

CONSEJERÍA Y DIRECCIONES PROVINCIALES DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES

- **Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional**

Bulevar del Río Alberche s/n; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 247 400

- **Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Albacete.**

Av. / de la Estación, 2; C.P. 02001

Teléfono: 967 596 300

- **Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Ciudad Real.**

Av/ de Alarcos, 21; C.P. 13071

Teléfonos: 926 279 124 / 926 279 071 / 926 279 072

- **Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Cuenca.**

Av/ de la República Argentina, 16; C.P. 16002

Teléfono: 969 176 300

- **Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Guadalajara. C/**

Juan Bautista Topete 1y3; C.P. 19071

Teléfono: 949 887 900



- **Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Toledo.**

Av/ de Europa 26; C.P. 45003

Teléfono: 925 259 600

CONSEJERÍA Y DIRECCIONES PROVINCIALES DE SANIDAD

- **Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección sanitaria.**

Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 248 781

- **Consejería de Sanidad. DG de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria**

Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 265 239

- **Dirección Provincial de Sanidad de Albacete.**

Avda. / de la Guardia Civil, 5; 02071 Albacete

Teléfono: 967 557 900

- **Dirección Provincial de Sanidad de Ciudad Real.**

C/ Paloma, 7; 13071 Ciudad Real

Teléfono: 926 276 000

- **Dirección Provincial de Sanidad de Cuenca.**

C/ De las Torres, 61; 16071 Cuenca

Teléfono: 969 176 500

- **Dirección Provincial de Sanidad de Guadalajara.**

C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1; 19071, Teléfonos: 949 885 500 / 949 885 800



- **Dirección Provincial de Sanidad de Toledo.**

C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo

Teléfono: 925 266 400

Consejería y Direcciones Provinciales de Bienestar Social

- **Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Familias y Menores**

Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 287 096

- **Dirección Provincial de Bienestar Social de Albacete.**

Paseo Pedro Simón Abril, 10; 02071 Albacete

Teléfono: 967 558 000

- **Dirección Provincial de Bienestar Social de Ciudad Real.**

C/ Paloma, 21; 13071 Ciudad Real

Teléfono: 926 276 200

- **Dirección Provincial de Bienestar Social de Cuenca.**

C/ Lorenzo Hervás y Panduro, 1; 16071 Cuenca

Teléfono: 969 176 800

- **Dirección Provincial de Bienestar Social de Guadalajara.**

C/ Julián Besteiro, 2; 19071 Guadalajara

Teléfono: 949 885 800

- **Dirección Provincial de Bienestar Social de Toledo.**

C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo

Teléfono: 925 269 069



ANEXO 6- INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL TDHA

ENTREVISTA A PADRES. CUESTIONARIO ESPECÍFICO A PADRES

- GUÍAS DE ENTREVISTA.
- CUESTIONARIO EDAH (A.Farré y J Narbona 1998)
- ESCALA CONNERS.
- SNAP-IV.(Swanson , Nolan y Pelham.Versión abreviada. 1992)
- CUESTIONARIO GENERAL (GARRIDO 1994)
- BASC. – P –(Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes)

CUESTIONARIO ESPECÍFICO A PROFESORES

- CUESTIONARIO EDAH (A.Farré y J Narbona 1998)
- ESCALA CONNERS.
- SNAP-IV.(Swanson , Nolan y Pelham.Versión abreviada. 1992)
- CUESTIONARIO GENERAL (GARRIDO 1994)



EVALUACIÓN EN EL ALUMNO/A

- OBSERVACIÓN DIRECTA DEL ALUMNO
- ANÁLISIS DE INFORMES (ESCOLARES / CLÍNICOS)
- IMPRESCINDIBLE: REVISIÓN FACULTATIVA DE VISIÓN Y OIDO.

PRUEBAS DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INTELLECTUAL

- Escalas de Inteligencia de Wechsler: **WPPSI** (preescolar y primaria).
- **WISC – IV** ó **WISC- V** (Escala de Inteligencia Wechsler para niños).
- Escala McCarthy de inteligencia y psicomotricidad para niños (**MSCA**),
- Batería de Evaluación de Kaufman para niños (**K-ABC**). 4-90 años
- **BAS-II**. Escalas de Aptitudes Intelectuales. **BAS-II Infantil** (2:6 a 5:11 años) y **BAS-II Escolar** (6:0 a 17:11 años).

PRUEBAS PARA EVALUAR LA ATENCIÓN, MEMORIA, IMPULSIVIDAD- HIPERACTIVIDAD

- D-2 (Test de Atención). A partir de 8 años.
- L.L. Thurstone y M. Yela. CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado. Tea Ediciones. Madrid 2012. 6-18 años.
- EMAY –1 y 2 (Escala de Magallanes de Atención Visual). 5-8 años / a partir de 9 años.
- CSAT-R. Test de atención sostenida (M.Servera).6-11 años.
- *Test de cancelación (visual/auditiva),*
- *Pruebas de rastreo de Estímulos.*
- Farré, A. y Narbona, J. (2013). EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con



	Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones. 6-12 años. • Escala CONNERS. • SNAP-IV.(Swanson , Nolan y Pelham.Versión abreviada. 1992). 6- 18 años. • Trailmaking Test, (TMT-A). • Test de CPT de Ejecución Continua • CPT II (Test de ejecución continua II). A partir de 6 años. • TOVA: Test of variables of attention (Greenberg, 1996).TOVA (visual) y TOVA-A (auditivo). • CUESTIONARIO T.AH.D.I (J. Ferré) • Escala de Magallanes de impulsividad computarizada. (EMIC). Servera, M. y Llabrés, J. • MAI .Memoria auditiva inmediata (A. Cordero). • MY.Test de memoria (Carlos Yuste
PRUEBAS FUNCIONES EJECUTIVAS	• <u>Tareas de visio-construcción</u>. Test de copia de figura compleja de Rey (André Rey) Evalúa la capacidad de planificación y resolución de problemas. • <u>Tareas de interferencia</u>: La prueba de Stroop: Evalúan el control de la interferencia y el control de impulso. • <u>Tareas de planificación cognitiva</u>: Evalúan la capacidad de planificación y resolución de problemas: <i>Torre de Londres, Torre de Hanoi, Test Anillas, Test del Zoo</i>. • CUMANIN. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil. • CUMANES. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica para Escolares. • ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.



VALORACION DEL
APRENDIZAJE 7
NIVEL DE
RENDIMIEINTO /
ESTILO DE
APRENDIZAJE

- Pruebas de competencia curricular / Evaluación inicial
- BADYG.
- TEA: Test de aptitudes escolares. 8-18 años
- BACEP: Batería de contenidos escolares de primaria (Pérez, Gómez, Marín, Parra y Venero, 2002). 6-12 años.
- BACES: Batería de contenidos escolares de secundaria (Pérez, Gómez, Marín, Parra y Venero, 2002). 12-16 años.
- CEPA: Cuestionario de evaluación de procesos y estrategias de aprendizaje (Barca, 1999). Educación secundaria.
- Cuestionario hábitos de estudio: (I.H.E).
- Análisis de trabajos y materiales del alumno.

EVALUACIÓN DE
PROCESOS DE
LECTOESCRITURA /
CALCULO:

- PROLEC- PROLEC-SE (Batería de evaluación de los procesos lectores).Primaria y secundaria.
- PRO-ESC (Evaluación de los procesos de la escritura).
- Análisis de las dificultades en tareas de cálculo.
- Prueba de diagnóstico de las dificultades del aprendizaje en el cálculo. Velasco y Jabonero (3º, 4ª y 5º EP).
- Test TEMA 3 (Ginsburg y Barroody, 2003).Identifica alumnos con desarrollo aritmético por encima o por debajo del grupo e identificar fortalezas y debilidades en la competencia matemática temprana. 3-8 años.



**INSTRUMENTOS DE
EVALUACIÓN DE
HABILIDADES
SOCIALES,
CONDUCTAS Y
PERSONALIDAD**

- Observación en el aula.
- Sociograma.
- BASC. –S (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes). 3-18 años
- ESCALA ACE. Alteración del comportamiento en la escuela. Arias, L. M. Ayuso, G. Gil e I. González.
- EHS: Escala de habilidades sociales (Gismero, 1998). A partir de 12 años.
- CAS: Cuestionario de ansiedad infantil (Gómez y Pulido, 1992). 6-8 años.
- STAIC: Cuestionario de ansiedad estado rasgo en niños y niñas (Spielberger, 1970). 9-15 años.
- AFA Autoconcepto Forma A: 6º P, 1 y 2 Eso, Bachillerato
- AF5: Autoconcepto forma 5 (García y Musitu, 2001). 5º P, 1º, 2º, 3º y 4º ESO, Bachillerato, Universidad, Adultos

REFERENCIAS:

- Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDA-H). Manual de protocolos clínicos para el diagnóstico y el seguimiento del TDA-H. Emilia Garrido Landívar. Editorial Cepe. Madrid. 2010.
- Benjumea P. Trastornos hipercinéticos. Guía para su diagnóstico. En: Ballesteros C, editor. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. pp. 116-28.
- Soutullo C, Díez A. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Ed. Médica Panamericana. Madrid: 2007
- Amador Campos JA, Santacana MF, Olmos JG, Cebollero M. Utilidad diagnóstica del Cuestionario TDAH y del Perfil de atención para discriminar entre niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos del aprendizaje y controles. Anuario de Psicología. 2005 Sep; 36(2):211-24.
- **CRITERIOS DSM-V:** American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Ed. Panamericana



ANEXO 7- INDICADORES DE RIESGO POR ETAPA

LACTANCIA

- Insaciables, irritados
- inconsolables, con frecuentes cólicos,
- Posibles problemas alimenticios y de sueño.

LACTANCIA HASTA 2 AÑOS

- Retrasos en el desarrollo motor (tarda más en andar, sufre más accidentes) y del lenguaje.
- Actividad excesiva sin un motivo aparente
- Atención a los objetos durante períodos de tiempo muy cortos y falta de persistencia en la búsqueda de los mismos.
- Reacciones emocionales inadecuadas.
- Problemas de sueño, de alimentación e irritabilidad.
- Resistencia a los cuidados habituales.



DE 2 A 6 AÑOS

- No siguen las consignas.
- Molestan e interrumpen a sus compañeros
- Les cuesta permanecer sentados.
- Les cuesta esperar su turno y compartir
- Son generalmente demandantes, en su interacción social.
- Desatención y exceso de actividad motora.
- Labilidad emocional, dificultades a la hora de relacionarse con los demás y en el seguimiento de normas.
- Problemas de adaptación ante cambios y exigencias altas.
- Irregularidades en la alimentación, el sueño y el control de esfínteres.
- Desobediencia e incapacidad de prever las consecuencias de sus actos.
- Inmadurez en el lenguaje expresivo
- Comportamiento impulsivo y arriesgado.
- Inmadurez emocional.
- Constantes rabietas y más accidentes que los niños de su edad
- Dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana.
- No espera.
- Cambia muy a menudo de juguetes.
- No escucha los cuentos.
- Pobre disposición para el juego social con otros niños.
- Exceso de preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
- Actitud desmontadora ante los juguetes y pobre interés sostenido por el juego.
- Retraso del lenguaje.
- Retraso y torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa.
- Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.



DE 6 A 12 AÑOS

Atención y concentración

- Dificultad para establecer un orden en sus tareas o pequeñas responsabilidades en casa.
- Le cuesta ponerse en marcha (vestirse, hacer los deberes...) se distrae fácilmente con cualquier estímulo.
- Problemas para mantener la atención hasta finalizar sus tareas (hace dibujitos, se distrae con el lápiz...).
- Suele desaprovechar lo que se está explicando.
- Altera la actividad académica del resto de sus compañeros.
- Pierde u olvida cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, deberes...).
- Parece no escuchar cuando se le habla.
- Olvida realizar sus tareas cotidianas (cepillarse los dientes, recoger la ropa...).
- Realiza tareas escolares incompletas.
- Reacciona mejor en situaciones novedosas, frente a estímulos atractivos o en una relación uno a uno con el adulto

Impulsividad

- Con frecuencia actúa sin pensar.
- Habla en momentos poco oportunos o responde precipitadamente a preguntas que incluso no se han terminado de formular.
- Le cuesta obedecer las órdenes, no porque no quiera, sino porque no está atento cuando se le formulan.
- Responde sin haber terminado de escuchar la pregunta, o sin haber leído el enunciado.
- Interrumpe a menudo durante juegos o explicaciones.
- Suele ser poco precavido y olvida planificar (por ejemplo, se pone a hacer los deberes sin el material).
- No reflexiona, piensa o planea lo que va a hacer.
- Falta de organización, método y hábito de estudio



Hiperactividad

- Amenudo mueven los pies y las manos o se levantan de la silla.
- Van de un lugar a otro sin motivo aparente.
- Se balancean sobre la silla.
- Presenta extrema variabilidad frente a distintas personas y actividades.
- Juguetean frecuentemente con pequeños objetos entre las manos.
- A menudo canturrean o hacen ruidos inapropiados con la boca.
- Hablan en exceso.
- Durante el juego les cuesta esperar su turno y jugar de forma tranquila
- Presentan inseguridad y baja autoestima
- No reconocen sus errores y culpan a otros de sus problemas

ADOLESCENCIA

- Rebelión, desafío a la autoridad y violación de las reglas.
- Conducta irresponsable e inmadura.
- No planean ni organizan sus tareas.
- Le falta independencia y responsabilidad.
- Continua presentando problemas de atención e impulsividad

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40(1): 25-32.
- Mulas, F. (2011). Signos precoces básicos del diagnóstico y neurobiología del TDAH preescolar. *I Reunión Andaluza de Neuropsicología*.
- Olza Fernández, I., (2010). *TDAH en preescolares*.
- Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Sansebastián J, García Álvarez R, Correas J, Barbudo E, Puente R, et al. Características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia. En: Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas J, Quintero Lumbreras FJ, editores. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid: Ergón; 2006. pp. 75-88
- Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003). Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD). En Joselevich, E. (Comp.), AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes (pp. 17-41). Buenos Aires: Paidós.
- Joselevich, E. (2003). El niño con AD/HD necesita algo más que otros niños. En Joselevich, E. (Comp.), AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes (pp. 97-148). Buenos Aires: Paidós
- Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Editorial Síntesis
- DSM –V: American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Ed. Panamericana
- Fundación ADANA.