



# ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH

*Actualización Noviembre 2020*

Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra  
Nafarroako Heziketa Bereziko Baliabide Zentrua Tajonar, 14 B.  
31006 Pamplona Iruña  
848431230 [creena@educacion.navarra.es](mailto:creena@educacion.navarra.es)  
<https://creena.educacion.navarra.es/web/>



0. INTRODUCCIÓN .....	45
1 INSTRUCCIONES DEL PROCESO .....	51
1.1 OBJETIVO .....	51
Objetivo General:.....	51
1.2 PROCEDIMIENTOS .....	51
1.3 FLUJOGRAMA DEL CIRCUITO ASISTENCIAL.....	52
1.3.1 CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA y NEUROPEDIATRÍA .....	52
1.3.2 CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA Y SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL (CSMIJ, CSM ESTELLA O CSM TUDELA) .....	52
1.4 GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ACTUALIZADO .....	54
1.4.1 -Primer nivel: ÁMBITO ESCOLAR .....	54
1.4.2.- Segundo nivel: ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRÍA .....	62
1.5 AGENTES IMPLICADOS .....	68
2. REGISTRO COLECTIVO DE DATOS - anexos .....	71
ANEXO I: FICHA CENTRO ESCOLAR .....	71
ANEXO II: FICHA PEDIATRA- AP .....	47
ANEXO III: SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL CENTRO ESCOLAR Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES LEGALES PARA EL TRASPASO DE INFORMACIÓN .....	48
ANEXO IV: ESCALA SNAP IV (VERSIÓN ABREVIADA) .....	50
ANEXO V: INFORME MÉDICO PARA EL CENTRO ESCOLAR .....	53
ANEXO VI: INTERCONSULTA NO PRESENCIAL .....	55
3. CONCLUSIONES .....	56
BIBLIOGRAFÍA .....	58

## PRÓLOGO VERSIÓN ORIGINAL

La necesidad de una coordinación interdepartamental eficaz en aquellos trastornos que afectan a un sector importante de población infanto-juvenil y, además, repercuten de forma significativa en diferentes ámbitos de la vida personal del menor y de su familia, es fundamental para un adecuado abordaje multidisciplinar. Por este motivo se han creado estructuras, como la Comisión Asesora Técnico Infanto-Juvenil, que permiten trabajar en líneas de actuación convergentes e integradas. Este es el objetivo de la Comisión Asesora Técnica Infanto-Juvenil que se crea en 1999 y modifica su composición y funciones en 2009 y 2011.

En 2002 se elaboró un “Protocolo de derivación y traspaso de información ante el TDAH”. Ante su uso y cumplimentación irregular, en febrero de 2010 se planteó a la Subdirección de Salud Mental una revisión y actualización del mismo, así como una clarificación del circuito asistencial entre los diferentes ámbitos de atención (pediatría, neuropediatría, Salud Mental y orientación escolar). La Subdirección encomendó dicho trabajo a la Comisión Asesora Técnica Infanto-Juvenil dado que, entre sus funciones, se encuentra definir circuitos asistenciales y diseñar protocolos de intervención coordinada entre diferentes servicios y departamentos.

Esta Comisión decidió nombrar una subcomisión técnica multidisciplinar para llevar a cabo este cometido. La propuesta fue revisada por la Comisión, y el documento está sustentado y refrendado por la Dirección de Salud Mental y de Atención Primaria y el Departamento de Educación.

## **AUTORES VERSIÓN ORIGINAL**

### **Autores del protocolo del año 2002**

**Antonio Quetglas Pont.** Médico psiquiatra. Presidente Comisión Asesora Técnica de SM Infante-Juvenil. Hospital de Día Infante-Juvenil

**Javier Royo Moya.** Médico psiquiatra. Hospital de Día Infante-Juvenil

**Bani Maya Morodo.** Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Casco Viejo

**M.ª Eugenia Yoldi Petri.** Médico neuropediatra. Hospital Virgen del Camino

**Belén Compains Beaumont.** Médico pediatra. Centro de Salud Lesaca

**Carlos Olló Oscáriz.** Orientador escolar. Director CREENA

**Blanca López Goñi.** Orientadora escolar. Colegio Público Eulza. Barañain

Los cargos de estos profesionales se corresponden con el momento en que se creó el documento.

### **Autores de la revisión del protocolo 2014**

**Javier Royo Moya. Médico psiquiatra.** Centro de Salud Mental Infante-Juvenil

**Matilde Martínez Moneo.** Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental Infante- Juvenil. Hospital de Día

**M.ª José Aibar Luis.** Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Rochapea

**Teodoro Durá Travé.** Médico neuropediatra. Hospital Virgen del Camino

### **Revisores de la Comisión Asesora Técnica Infante-Juvenil**

**Fernando Fernández Álvarez.** Sección de Protección al menor de la Dirección General de Familia del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte

**M.ª Carmen Urra Urriza.** Servicio de Coordinación y Cooperación con las entidades locales de la Dirección General de Asuntos Sociales del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte

**Rita Maeztu Rodrigo.** Sección de Necesidades Educativas Especiales de la Dirección General de Ordenación, Calidad e Innovación del Departamento de Educación

**Manuela Sánchez Echenique.** Atención Primaria

**Clara Madoz Gúrpide.** Directora Centro de Salud Mental Infante-Juvenil

**María Zandio Zorrilla.** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil-Juvenil. Complejo Hospitalario de Navarra

**Adriana Goñi Sarriés.** Jefa del Servicio Asistencial del Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental. Dirección de Salud Mental

### **Revisor externo**

**Raimon Pélach Pániker.** Médico pediatra. Centro de Salud Barañain. Miembro del Comité de Mejora de la coordinación en Salud Mental Infantil

### **Revisión 2020**

**Sonia Arístregui Huarte.** Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra

## 0. INTRODUCCIÓN

El Trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo muy frecuente en la infancia y la adolescencia. Se manifiesta con síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad, o una combinación de ambos.

En cualquier caso, el TDAH es más que estos dos síntomas. La prueba está en la enorme cantidad de estudios que se realizan y se han realizado con el objetivo de explorar los déficits cognitivos subyacentes a este trastorno.

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

En el año 2000, el Estudio Delphi sobre el Futuro de la Salud Infantil y de la Pediatría en España, constató la percepción, por parte de los/as pediatras, del incremento de los problemas de salud mental en niños/as y adolescentes.

Además, enfatizó la necesidad de mejorar la asistencia a los afectados y sus familias, proponiendo que el estudio de los trastornos mentales fuese una de las líneas prioritarias de investigación y formación para los siguientes 15 años. En nuestro sistema de salud, a diferencia de otros países, la mayoría de los niños/as son atendidos por especialistas en pediatría que trabajan en Atención Primaria haciendo el seguimiento de los mismos desde el nacimiento hasta los quince años de edad. En consecuencia, en Pediatría de Atención Primaria se dispone de información fiable sobre el niño/a y sus familias, que puede permitir la detección e intervención precoz de los trastornos mentales.

La elevada prevalencia del TDAH y las repercusiones potenciales sobre el desarrollo personal y familiar del niño/a hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. En la actualidad se dispone de evidencia suficiente para apoyar la validez diagnóstica de TDAH y la eficacia de las alternativas terapéuticas. Sin embargo, todavía existen controversias en torno a

los instrumentos de evaluación, los criterios diagnósticos, las opciones terapéuticas y el tratamiento psicosocial.

Uno de los aspectos clave para el adecuado abordaje de los niños/as con TDAH es la detección precoz y la evaluación diagnóstica, en la que se realice el diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales y médicos y, además, se detecten las posibles comorbilidades.

En 2002 se elaboró en la Comunidad Foral de Navarra un primer “Protocolo de derivación y traspaso de información ante los TDAH”. En el 2010 desde la Comisión Asesora Técnica Infanto-Juvenil se designa una subcomisión multidisciplinar con el objeto de actualizar el protocolo y así mejorar la atención a los niños/as con TDAH.

El trabajo de dicha subcomisión definió un flujograma del circuito asistencial, en el que se establecen los niveles de atención, según las características, gravedad y/o complejidad, y determina los canales de derivación para acceder de unos niveles de atención a otros, además de una actualización de la documentación para el traspaso de información.

Ese protocolo se realizó con el objetivo de proporcionar una asistencia coherente y organizada a niños/as, adolescentes y sus familias, consistente con los hallazgos procedentes de la investigación y consensuada entre los diferentes profesionales implicados.

Es evidente que quienes tutorizan las etapas de educación infantil y primaria se encuentran en una posición privilegiada para realizar la detección temprana y preevaluación del niño/a con sospechas de TDAH por su accesibilidad y experiencia comparativa con su grupo de edad.

Su papel referente redundará en agilizar la intervención y evitar la derivación innecesaria a otros niveles más específicos.

En este sentido, es importante conocer las dificultades del niño/a, con independencia de que exista o no un diagnóstico clínico, para que activen los recursos pedagógicos oportunos y así paliar dichas dificultades en el aula.

La visión del TDAH desde la óptica de la Atención Temprana hace precisa su oportuna consideración respecto al diagnóstico precoz y tratamiento

en la edad preescolar ya que desde el punto de vista clínico la precisión diagnóstica no es fácil. Y no lo es sobre todo en los futuros subtipos inatentos ya que, desde el punto de vista del tratamiento farmacológico, hay unas mayores limitaciones por la ausencia de indicación aprobada por sanidad debida a la corta edad de los niños/as. Es por ello que, en estos casos, la intervención psicopedagógica temprana se hace aún más necesaria.

En este sentido, una manera directa y natural de detectar aspectos que pueden señalar un posible trastorno en la infancia es considerar lo que observan como llamativo las personas adultas del entorno del niño/a. Percibir que algo "no marcha bien" o resulta discrepante con respecto a referencias evolutivas próximas e intentar definir eso con la mayor precisión posible, proporciona una valiosa información a la hora de remitirlo a un/a profesional (pediatra, psicólogo, psiquiatra). Por ello es importante que las personas que tratan al niño/a de forma cotidiana, tengan información y claves suficientes para llevar a cabo esta primera detección.

En este sentido, el jefe de la Unidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Ramón y Cajal de Madrid, el doctor Javier San Sebastián insiste en que "pocos trastornos tienen un pronóstico tan bueno cuando es precoz". Sin embargo, cuando no se produce el tratamiento o éste no es el adecuado, los resultados pueden ser "destructivos". En todo caso, aclara que el tratamiento debe ser multidisciplinar, no solamente farmacológico.

Antes de los 7 años resulta problemático y controvertido realizar un diagnóstico de TDAH. Sin embargo, de acuerdo con los informes retrospectivos y diversos estudios longitudinales, parece ser que un elevado porcentaje de los escolares con TDAH ya manifestaba conductas típicas del trastorno que eran inapropiadas en cuanto a su frecuencia, duración e intensidad durante los años preescolares.

La visión del TDAH desde la óptica de la Atención Temprana, que abarca hasta los 6 años, incluye su oportuna consideración respecto a su diagnóstico precoz y tratamiento. El TDAH de 0 a 6 años se manifiesta en un 50% menos que en la edad escolar, lo que supone alrededor de un 3% de los niños/as.

Vaquerizo-Madrid en (Vaquerizo-Madrid J. Rev. Neurol, 2005; 40 (supl 1): S25-S32) señala los signos más relevantes referidos a esta edad:

### **SIGNOS CLÍNICOS DE ALERTA EN EDAD PREESCOLAR**

1. Pobre disposición para el juego social con otros niños.
2. Exceso de preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
3. Actitud desmontadora ante los juguetes y pobre interés sostenido por el juego.
4. Retraso del lenguaje.
5. Retraso y torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa.
6. Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.
7. Dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana.
8. Inmadurez emocional.
9. Constantes rabietas y más accidentes que los niños de su edad.

Si antes de los seis años aparecen al menos seis síntomas (mostrar conductas impulsivas, no guardar el turno en el juego, perder las cosas, no organizarse, no mantenerse sentado, contestar antes de que le pregunten...), entonces puede existir un déficit de atención. Conviene tener presente que "Debe pasar en casa y en el colegio, porque si no podría ser un problema de adaptación" (Vaquerizo Madrid, 2005).

No debemos olvidarnos de que los síntomas han de mostrarse desproporcionados para lo esperable a su edad y deben darse por lo menos en dos ambientes, por ejemplo, en casa y en el colegio.

Es importante señalar que no todo niño/a movido o despistado tiene un trastorno. Lo que determinará su diagnóstico será la frecuencia, la duración y la intensidad de las manifestaciones, así como las dificultades observadas en los

ámbitos escolar, familiar y social.

Los niños/as con TDAH inatentos son más difíciles de identificar porque pasan más desapercibidos al no ser tan conflictivos. "Van a su aire", hacen poco caso a los demás, sacan los juguetes de su sitio, pero luego no les prestan atención, en clase no siguen el ritmo de los demás, se olvidan de sus tareas, organizan peor sus actividades...

El TDAH subtipo combinado, presenta precozmente una conducta disruptiva y alteraciones de la regulación emocional para su edad correspondiente, lo que repercute en una limitada interacción social e incluso una difícil relación con sus padres/madres.

Estos niños, entre los 3 y 6 años, disminuyen de forma progresiva su nivel para la aceptación de las normas que los demás sí aceptan, tienen rabietas frecuentes, presentan más conflictos con sus compañeros/as, se pegan más con ellos/as y son intrépidos, viendo con más dificultad el peligro al anticipar peor las consecuencias. Además, el hecho de tener gran actividad motora y curiosidad por todo les predispone a involucrarse en situaciones no exentas de riesgo ocasional.

Todas estas características se traducen en una serie de evidencias que se pueden clasificar por rangos de edad y que desarrollamos a continuación:

#### **Sospecha de un TDAH de 0 a 3 años:**

- ❖ Padre TDAH.
- ❖ Niños/as prematuros.
- ❖ Problemas en el embarazo.
- ❖ Lloro muy habitualmente.
- ❖ No se reconforta con nada.
- ❖ Activo como bebé.
- ❖ Come mal.

### **Sospecha de un TDAH de 3 a 6 años:**

- ❖ Comportamiento impulsivo y arriesgado.
- ❖ No espera.
- ❖ Cambia muy a menudo de juguetes.
- ❖ No escucha los cuentos.

En resumen, como hemos descrito, la evaluación psicopedagógica representa dificultades a edades tempranas por la irregular colaboración del niño/a, pero es precisa y necesaria para obtener una valoración de las habilidades de autorregulación e inhibición y de los comportamientos impulsivos que se precisan para una futura competencia personal y académica ajustada a las necesidades.

La evaluación del TDAH parte de un proceso integral, en el que es precisa la colaboración de diferentes profesionales. Parte de un diagnóstico clínico, que debe realizarlo un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y de sus comorbilidades más frecuentes.

Es natural que sean los/as docentes quienes más casos de TDAH detecten, dada la posición privilegiada que tienen para observar y comparar la conducta y el funcionamiento cognitivo entre el alumnado de una misma edad y un grado de desarrollo similar, por el número de horas que pasan diariamente con ellos/as y debido al grado de vinculación que llegan a tener con su alumnado.

Dentro de este proceso, en el centro educativo se pondrá en marcha el procedimiento de evaluación psicopedagógica a través del orientador/a. Será él/ella quien se encargará de obtener información psico-pedagógica relevante del alumno/a en cuestión y de recopilar la información necesaria del tutor/a, del equipo docente y de la familia. Con todo ello se establecerán las capacidades, puntos fuertes y puntos débiles y se constatará la presencia o no de dificultades escolares, así como el grado de estas.

En conclusión, la intervención temprana con el alumnado que presenta TDAH reduce la sintomatología y mejora el rendimiento, sobre todo en etapas

educativas posteriores. El alumnado identificado en edad temprana puede ser entrenado antes de que estas dificultades impidan la adquisición de las habilidades instrumentales básicas, siendo posible prevenir muchos de los fracasos en las áreas curriculares específicas y en el aprendizaje en general.

Este tipo de acción está justificada en la medida en que no debemos esperar a que estas dificultades se consoliden, ya que nos arriesgamos a que este alumnado perpetúe sus dificultades, incluso en la vida adulta (Jiménez y Hernández-Valle, 2001).

## **1 INSTRUCCIONES DEL PROCESO**

### **1.1 OBJETIVO**

#### ***Objetivo General:***

- ❖ ***Lograr la detección primaria de necesidades educativas previsiblemente asociadas a TDAH.***

### **1.2 PROCEDIMIENTOS**

Los primeros indicios de que un alumno/a puede presentar TDAH pueden ser detectados en diferentes contextos: en la familia, en el centro educativo o por el/la pediatra.

Si el caso es detectado por el/la pediatra o el/la médico de atención primaria, el gráfico adjunto recoge de forma representativa el circuito asistencial de un niño/a y/o adolescente con sospecha de TDAH. Se especifican los criterios de derivación entre Pediatría y Neuropediatría, Pediatría y Salud Mental Infanto-Juvenil (CSM Infanto-Juvenil, CSM Estella o CSM Tudela).

## **1.3 FLUJOGRAMA DEL CIRCUITO ASISTENCIAL**

### **1.3.1 CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA y NEUROPEDIATRÍA**

1. Estigmas cutáneos.
2. Fenotipo dismórfico.
3. Alteración exploración neurológica o sospecha de patología neurológica.
4. Trastorno aprendizaje (T. lectura, T. del cálculo y T. de la expresión escrita).
5. Trastorno del lenguaje.
6. Trastorno de la habilidad motora (T. del Desarrollo de la Coordinación Motora).
7. Retraso psicomotor/Discapacidad intelectual.

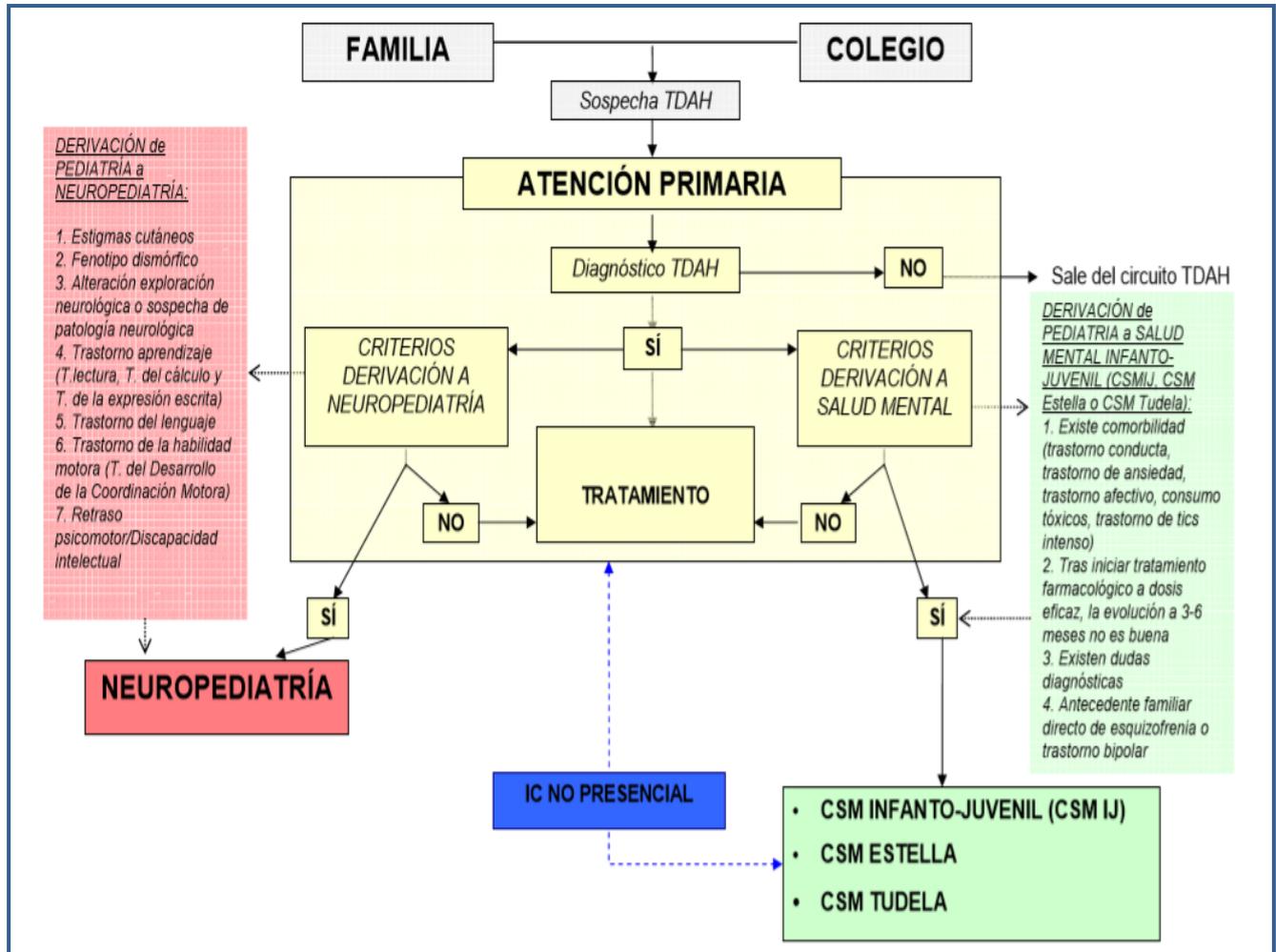
### **1.3.2 CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE PEDIATRÍA Y SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL (CSMIJ, CSM ESTELLA O CSM TUDELA)**

1.- Existe comorbilidad con:

1. Trastorno de conducta grave.
2. Trastorno de ansiedad.
3. Trastorno afectivo.
4. Consumo tóxicos.
5. Trastorno de tics motores y/o fonatorios intenso.
6. Tras iniciar tratamiento farmacológico a dosis eficaz, la evolución a 3-6 meses no es buena.
7. Existen dudas diagnósticas.
8. Antecedente familiar directo de esquizofrenia o trastorno

bipolar.

## FLUJOGRAMA CIRCUITO ASISTENCIAL



## **1.4 GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ACTUALIZADO**

No obstante, lo habitual es que la sospecha surja en el centro educativo por las dificultades (de aprendizaje, de atención, de comportamiento...) que presentan este alumnado. En estos casos, el tutor/a y el orientador/a del centro educativo iniciarán la recogida de información para una adecuada evaluación diagnóstica que precisa de información fiable de diferentes fuentes (familia, colegio, etc.).

Este protocolo tiene como objetivo recoger de forma sistematizada la información más relevante aportada desde los diferentes ámbitos.

### **1.4.1 -Primer nivel: ÁMBITO ESCOLAR**

Si la sospecha surge en el centro escolar, será la Unidad de Apoyo Educativo (UAE) en Educación Primaria o el Departamento de Orientación Escolar en Educación Secundaria, a través del orientador responsable, quien informe a los padres y/o tutores legales y cumplimente el protocolo de derivación. Además, solicitará por escrito el consentimiento de los padres y/o tutores legales que permita el intercambio de información entre los profesionales que intervengan con el niño/niña (ANEXO 3).

Los datos a aportar son los recogidos en la FICHA ORIENTADOR/A ESCOLAR

(ANEXO 1) del protocolo que consta de los siguientes apartados:

## 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A Y CENTRO ESCOLAR

(Ver Anexo I)

## 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5

### 2.1 Presencia de síntomas

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

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

a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (p.ej. pérdida de detalles, trabajo sin precisión).

b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (p.ej. tienen dificultades para permanecer centrado durante

conferencias, conversaciones o lecturas largas).

c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej. la mente parece estar en otro sitio, incluso ausente sin distracciones aparentes).

d. A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (p.ej. empieza las tareas, pero rápidamente pierde el interés y fácilmente se distrae).

e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej. dificultades en la realización de tareas secuenciales, para guardar su material y sus pertenencias siguiendo un orden, desordenado/confuso, trabajo desorganizado, pobre administración del tiempo, falla en seguir los plazos)

f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej. trabajos escolares o domésticos, para adolescentes y adultos/as, para preparar informes, completar formularios, revisar documentos largos/extensos).

g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, relojes, llaves, gafas, teléfonos móviles)

h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (p. ej. mira/manipula objetos no relacionados con la tarea en curso. En el caso de adolescentes en edad avanzada y adultos podría incluir pensamientos no relacionados).

i. A menudo es descuidado en las actividades diarias (p. ej. hacer las tareas, hacer recados... Para

adolescentes en edad avanzada y adultos/as devolver llamadas, pago de facturas, mantener citas...).

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

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej. abandona su lugar en la clase. En adultos/as en la oficina o lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren la permanencia en el lugar).
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. En adolescentes o adultos/as puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si estuviera “conducido por un motor” (p.ej.

incomodidad para estar o permanecer tiempos prolongados, como en restaurantes, encuentros; puede ser percibido por otros como inquieto o con dificultad para tratar con él/ella).

f. A menudo habla en exceso.

g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

h. A menudo tiene dificultades para guardar turno (p.ej. guardar la cola).

i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej. se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede empezar usando las cosas de otras personas sin preguntar o recibir permisos. Para adolescentes y adultos/as, intromisión o asunción de lo que otros están haciendo).

B. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (p.ej. en el hogar, escuela o trabajo; con los amigos o pareja; en otras actividades).

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

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Esquizofrenia u otro Trastorno Psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. Trastorno del Estado del Ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Disociativo, Trastorno de la Personalidad, Intoxicación por

Sustancias o retirada de las mismas – Abstinencia-).

**2.2 Repercusión funcional:** se deberá especificar y describir el impacto de los síntomas en el funcionamiento personal, social, académico y/o familiar del niño.

**2.3 Puntuación escala SNAP-IV (versión abreviada):** Revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP). Evalúa los tres síntomas nucleares del trastorno: inatención, hiperactividad e impulsividad. Ofrece puntos de corte tanto de forma global, como para las subescalas de inatención e hiperactividad-impulsividad. Se deberá administrar la escala al tutor/a aportando las puntuaciones obtenidas. (Ver anexo III)

### **Variaciones a tener en cuenta en los criterios diagnósticos de la DSM-5**

En el año 2014 se actualizó la clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), recogiendo algunas novedades respecto al TDAH. En la actualidad, se incluye el TDAH dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, en lugar de en los trastornos del comportamiento disruptivo (DSM-IV-TR). De esta forma se refleja mejor el concepto actual del TDAH. Dentro de este grupo de trastornos se encuentra también el Trastorno del Espectro Autista, con el que se acepta el diagnóstico comórbido. Anteriormente se consideraba que los síntomas del TDAH podrían explicarse por el TEA y se excluía el diagnóstico conjunto.

***El diagnóstico en edades infantiles se basa en la presencia de, al menos, seis de nueve síntomas en los dominios de inatención o hiperactividad/impulsividad.***

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

presentar cinco de ellos (en uno o en los dos dominios evaluados)

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

Se ha modificado la denominación de “predominantemente” por la de “presentación”. Así se intenta dar la visión de que la presentación puede variar en el transcurso del desarrollo. ***Ya no clasifica el TDAH en subtipos (inatento/hiperactivo/combinado), sino que establece tres presentaciones clínicas del mismo trastorno,*** con niveles de gravedad según el impacto funcional:

❖ **Presentación combinada:** si se cumplen 6 o más criterios de inatención de los nueve descritos y seis o más de nueve criterios de hiperactividad/impulsividad durante los 6 últimos meses.

❖ **Presentación predominantemente con falta de atención:** si se cumplen seis o más criterios de inatención, pero No se cumplen seis de hiperactividad/impulsividad durante los 6 últimos meses.

❖ **Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva:** si se cumplen seis o más criterios de hiperactividad/impulsividad, pero no se cumplen seis de inatención durante los 6 últimos meses. Además, se añade una sección para especificar si el trastorno está en remisión parcial y otra para especificar la gravedad actual en tres niveles:

❖ **Leve:** pocos o ningún síntoma están presentes más allá de los que son necesarios para el diagnóstico. Son los síntomas que sólo producen un deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

❖ **Moderado:** síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”

❖ **Grave:** presencia de muchos síntomas, aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves. Los síntomas producen un deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

### 3.- PRUEBAS APLICADAS

Se consultará la **Guía de Evaluación psicopedagógica de CREENA**  
<https://creena.educacion.navarra.es/web/protocolos/>

**Valoración de dificultades específicas del aprendizaje:** trastorno específico del aprendizaje (concretar si en lectura, escritura y/o matemática), problemas visoespaciales, de coordinación, en funciones ejecutivas...

#### **Valoración global del rendimiento escolar**

**Valoración de la capacidad intelectual:** En aquellos casos que se considere oportuno y mediante escalas estandarizadas. Se recomienda la escala WESCHLER que corresponda a la edad del sujeto y se adjuntará el perfil de resultados.

### 4.- OTROS DATOS DE INTERÉS

Se aportarán las observaciones que el centro escolar considere con respecto a alteraciones conductuales, problemas de relación con compañeros/as, alteraciones emocionales (ansiedad, inseguridad, problemas de autoestima) y dinámica familiar.

### 5.- ACCIONES EMPRENDIDAS

Se describirán las acciones llevadas a cabo hasta la fecha para manejar los problemas del alumno/a por el profesorado (establecimiento de medidas ambientales o conductuales específicas), la familia (si se han mantenido contactos, se les ha dado algún tipo de pauta específica) y con el alumno/a (si recibe clases de apoyo o cualquier acción extraordinaria emprendida con el mismo).

## 6.- APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Tras la valoración del orientador/a escolar se considerará de utilidad su opinión con respecto a las posibilidades diagnósticas según las clasificaciones actuales.

Este documento se hará llegar a él/la Pediatra responsable de AP por medio de los padres/madres o responsables legales. Tras el estudio y evaluación diagnóstica se remitirá un informe al orientador/a responsable del centro escolar con el diagnóstico y plan terapéutico (INFORME MÉDICO PARA CENTRO ESCOLAR; ANEXO 5). En el caso en que surgieran discrepancias se valorará realizar una intervención en red.

### 1.4.2.- Segundo nivel: ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRÍA

Con el objetivo de conseguir una detección precoz se recomienda realizar una búsqueda proactiva de signos y/o síntomas que hagan sospechar un TDAH en las visitas de salud del niño/a.

Se pueden realizar algunas preguntas sobre problemas de conducta y/o de rendimiento escolar tipo:

- *¿Qué tal le va en el colegio?; ¿Va contento al colegio?; ¿Ha dejado alguna asignatura?; ¿Han detectado algún problema de aprendizaje, alguna dificultad en un área específica?; ¿Cómo es el comportamiento en casa, en el colegio, con los amigos?*

Es importante recordar el subtipo inatento cuyos síntomas y signos son más difíciles de detectar, haciendo preguntas como:

- *¿Qué tal atiende?; ¿Con qué se entretiene jugando?; ¿Tiene problemas para acabar las tareas escolares?; ¿Es capaz de estudiar solo o precisa que alguien se siente a su lado para hacer los deberes?; ¿Dedica muchas horas al estudio para los resultados que obtiene?*

Las guías de práctica clínica indican que, ante un niño/a en edad escolar cuyo motivo de consulta sea problemas de conducta o bajo rendimiento/fracaso escolar, se debe descartar formalmente un TDAH. El

protocolo de recogida de información incluye un apartado específico a cumplimentar por el/la pediatra de Atención Primaria y se basa en una cuidadosa anamnesis y exploración clínica. La realización de este protocolo facilitará la orientación diagnóstica del caso.

Si la sospecha surge en Pediatría, será el/la pediatra quien informe a los padres/madres y/o responsables legales y cumplimente el protocolo de derivación. Se solicitará el consentimiento por escrito de los padres/madres y/o tutores legales para el intercambio de información entre los profesionales que intervienen con el niño/a (ANEXO 3). Si se considera oportuno se solicitará información al centro escolar mediante este mismo documento (ANEXO 3)

## 1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A PEDIATRA

Motivo de consulta.

## 2.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5

2.1 Presencia de síntomas (ver apartado anterior Centro escolar).

2.2 Edad de inicio (ver apartado anterior Centro escolar).

2.3 Repercusión de los síntomas (ver apartado anterior Centro escolar).

2.4 Deterioro funcional clínicamente significativo (ver apartado anterior Centro escolar).

2.5 Escala SNAP-IV: se deberá administrar si no lo ha sido en el ámbito escolar.

## 3.- ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO ACTUAL

**Estado actual:** Registrar si tiene algún problema médico, así como los tratamientos que recibe habitualmente (broncodilatadores,

antiepilépticos, corticosteroides, antihistamínicos, etc.). En los adolescentes es fundamental recoger sistemáticamente si existe consumo de drogas u otras sustancias estimulantes.

**Antecedentes médicos:** en especial convulsiones /epilepsia/ausencias; tics; enfermedad cardiovascular en el niño/a (existencia de soplos cardíacos o enfermedad cardíaca reconocida o síntomas como palpitaciones, alteraciones del ritmo, mareos, síncope, dolor precordial con el ejercicio, etc.)

#### 4.- HISTORIA EVOLUTIVA

**Antecedentes obstétricos y perinatales:** embarazo (exposición a alcohol, nicotina y otras drogas, infecciones u otros problemas), parto y período perinatal y posnatal (edad gestacional, peso al nacimiento, sufrimiento fetal, test de Apgar, hipoxia, hipoglucemia o cualquier otro tipo de patología). Interesa recoger también si ha sido adoptado y su nacionalidad.

**Desarrollo psicomotor:** edad de inicio de la marcha autónoma o de los primeros bisílabos propositivos, dificultades de lenguaje, dificultades en la motricidad gruesa o fina, dificultades en la adquisición de la lectoescritura, etc.

**Escolarización:** si existió ansiedad de separación, si en la guardería o en la escuela infantil los educadores detectaron algún problema o hicieron algún comentario a los padres/madres sobre el desarrollo o comportamiento del niño/a.

**Interacción social:** si se relaciona o interacciona con otros niños/as, si se relaciona adecuadamente, si son niños/as de su misma edad, etc.

#### 5.-SITUACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES FAMILIARES

**Situación familiar:** Nivel de estudios y ocupación de los

padres/madres, horarios de la familia, nivel socioeconómico, número de hermanos/as y lugar que el niño/a ocupa en la fratría. Relación entre los padres/madres y el niño/a y la posible presencia de maltrato o abuso en el seno de la familia.

**Antecedentes médicos familiares:** TDAH, trastornos específicos de aprendizaje, retraso mental, enfermedades neurológicas, enfermedades mentales (depresión, ansiedad, tics, trastornos del espectro autista, etc.). También antecedentes de enfermedad cardiovascular en la familia: hipertensión arterial, arritmias, enfermedad cardíaca, muerte súbita, síndrome QT largo, etc.

## 6.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Se determinarán el peso, talla, IMC, perímetro craneal, tensión arterial y frecuencia cardíaca. A la inspección el/la pediatra anotará si el fenotipo le parece normal o dismórfico. La existencia de estigmas cutáneos (manchas café con leche, manchas acrómicas, angiomas, etc.

### **La exploración física general.**

**La exploración neurológica:** pares craneales, tono y fuerza muscular, reflejos osteotendinosos, sensibilidad, coordinación y equilibrio y marcha. Pueden ser opcionales los signos neurológicos menores (PANESS).

**Exploración de agudeza visual y audición recientes** (menos de un año) realizada con los optotipos convencionales y con el audiómetro tonal de consulta. Ante cualquier sospecha de patología en estas áreas se debe solicitar una interconsulta con oftalmología u otorrinolaringología.

**Otras exploraciones:** Las guías de práctica clínica nos señalan que debe realizarse un ECG y/o valoración por un cardiólogo infantil previo al inicio de tratamiento farmacológico sólo en aquellos niños/as con síntomas de patología cardiovascular o con antecedentes familiares de la misma, pero no hay que realizar un ECG de rutina en los demás niños/as.

## 7.- APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Una vez recogida toda la información, los resultados de las escalas y la exploración, el/la pediatra podrá realizar una **aproximación diagnóstica**. Es importante recordar que el diagnóstico es esencialmente clínico y que los resultados de escalas, cuestionarios e incluso pruebas de atención y otras funciones ejecutivas (falsos negativos entre el 15-30%), ni confirman ni descartan un TDAH, aunque son sumamente útiles para seguir la evolución del niño/a. No se precisa tampoco de ninguna exploración complementaria (ni pruebas de laboratorio, ni neuroimagen, ni EEG) para realizar el diagnóstico. Aplicando los criterios DSM-5, se concretará la presentación de TDAH, si el trastorno está o no en remisión, así como el criterio de gravedad. Con todo ello se podrá sugerir si el niño/a padece un posible TDAH y en qué presentación (antes subtipo).

**Comorbilidad psicológica-psiquiátrica:** presente en el 30-50% de los niños/as con TDAH. Trastornos de conducta, trastornos del ánimo (ansiedad, depresión), trastorno obsesivo-compulsivo, consumo y/o abuso de sustancias, trastornos de lenguaje o trastornos de aprendizaje (anexo 6)

A continuación, se resumen algunos **signos y síntomas** que pueden hacer sospechar estas comorbilidades:

❖ Trastornos afectivos: ánimo predominantemente triste o irritable, falta de interés/disfrute en todas o la mayoría de actividades, deterioro de rendimiento escolar, alteraciones de apetito o sueño, ideas recurrentes de muerte o suicidio, etc.

❖ Trastornos de ansiedad: ánimo persistentemente preocupado, repetidas quejas somáticas, miedos desproporcionados o fobias específicas, miedo a morir, a perder el control, dificultad excesiva e inapropiada para la edad a separarse de las figuras de apego, miedo irracional a que les pase algo, etc.

❖ Trastornos de conducta: comportamientos negativistas y

desafiantes, no seguimiento de las reglas de los adultos, molestar deliberadamente a otros, agresiones físicas a personas o animales, robos, falta de asistencia a clase o fuga del hogar, etc.

❖ Trastornos de lenguaje: en el discurso del niño se notan dificultades en la articulación, en la fluencia, en la modulación del volumen (riesgo de “abuso de cuerdas vocales “), en el uso contextual, en la organización y expresión de sus ideas, en la dificultad para seguir tareas que requieren explicaciones verbales, etc.

❖ Trastorno específico del aprendizaje: niños con capacidad cognitiva adecuada, sin déficit sensorial y/o alteraciones neurológicas ni trastornos emocionales y que, a pesar de la aplicación de métodos pedagógicos adecuados para aprender, presentan una dificultad muy específica en una o varias áreas: dificultades en la lectura (dislexia), en la expresión escrita, dificultad matemática... También son “signos de alerta” para estos trastornos que se resista o niegue a ir al colegio, que evite o falle en áreas muy específicas, **que presente comportamientos** disruptivos en ciertas clases, etc.

En cualquier caso, aunque el/la pediatra no pueda llegar al diagnóstico de posible comorbilidad habrá de sospecharla siempre ante mala evolución durante el proceso de seguimiento/tratamiento de un niño con TDAH.

## 8.- TRATAMIENTO

Se recogerá si se ha realizado alguna intervención terapéutica farmacológica o psicoterapéutica y la respuesta.

Si tras realizar la evaluación y, como se especifica en el flujograma del circuito asistencial, se considera indicada la derivación a salud mental y/o neuropediatría, se tratará de hacer llegar este documento a los respectivos profesionales por el soporte informático y/o por medio de los padres/madres o tutores legales.

Tras la evaluación se informará al centro escolar  
*Actualización del protocolo de detección temprana de TDAH*

(UAE/Departamento de orientación) del diagnóstico, de si precisa tratamiento farmacológico, así como de las pautas recomendadas para dicho ámbito educativo. Se propone el documento: Informe Médico para Centro Escolar (ANEXO 5)

En el caso en que surgieran discrepancias se valorará la realización de una intervención en red.

## 1.5 AGENTES IMPLICADOS

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

La finalidad de los diferentes documentos que se presentan es identificar niños/as en las etapas tempranas como un posible TDAH.

Por lo tanto, en el primer nivel de detección primaria en un centro escolar tenemos al tutor/a de aula y a los diferentes especialistas.

Ellos/as , con la ayuda de indicadores como los presentados a continuación o bien de materiales editados ( Guía Entender y Atender al alumnado con TDAH en las aulas: <https://creena.educacion.navarra.es/web/banco-de-recursos/publicaciones-del-creena/entendertdah/>), deben analizar el TDAH desde el punto de vista evolutivo con características diferenciales dependiendo de la etapa educativa, atendiendo a sus especificidades en cada una de ellas:

### **Educación infantil**

La etapa de Educación infantil se caracteriza por una enseñanza más participativa, dinámica, exploratoria y motivadora de lo que será después la etapa de Educación primaria. Por ello, aquellos niños/as que muestran niveles elevados de hiperactividad motriz e impulsividad van a destacar con facilidad. Las dificultades de atención en cambio, aunque

estén presentes, puede pasar más desapercibidas.

Algunas de las características más comunes y destacadas de los alumnos/as en esta etapa educativa son las siguientes:

- ❖ Tienen dificultades para adaptarse a las rutinas del aula.
- ❖ No siguen las indicaciones y normas.
- ❖ Se muestran absorbentes.
- ❖ Necesitan mucha supervisión.
- ❖ Su comportamiento es muy movido e imprudente.
- ❖ Cambian de juego constantemente.
- ❖ Parece que no siguen ningún orden.
- ❖ No se entretienen largo tiempo con las actividades.
- ❖ Suelen tener problemas de adaptación a situaciones nuevas.
- ❖ Reaccionan de forma desproporcionada a los estímulos ambientales.
- ❖ Presentan dificultades en el desarrollo del lenguaje.
- ❖ Presentan escasa coordinación motriz.

### **Educación primaria**

En algunos casos la hiperactividad motriz se hace más patente al aumentar el tiempo que se exige que el niño/a esté sentado trabajando y aparecen problemas de rendimiento asociados con dificultades en el aprendizaje.

- ❖ Les cuesta adquirir hábitos, tanto de higiene como escolares.
- ❖ Se mueven excesivamente durante las clases, se levantan de la silla, hacen ruidos, canturrean.
- ❖ Se distraen fácilmente con cualquier cosa.
- ❖ Realizan comentarios inapropiados que pueden generar conflictos.

- ❖ Persisten con las dificultades para cumplir las normas.
- ❖ Pueden tener problemas de relación con los compañeros/as.
- ❖ Se precipitan a la hora de responder a las preguntas.
- ❖ Presentan dificultades de organización.
- ❖ Tienen dificultades para seguir las instrucciones en el aula.
- ❖ Evitan realizar tareas que precisen esfuerzo mental sostenido.
- ❖ Presentan las tareas escolares incompletas y desorganizadas.
- ❖ Cometan errores en las tareas escolares por descuido.
- ❖ Se resisten a hacer la tarea, pospone la actividad.
- ❖ Pierden u olvidan objetos necesarios.
- ❖ Tienen baja tolerancia a la frustración.
- ❖ Sufren baja autoestima.
- ❖ Sus actuaciones se perciben como intencionadas, aunque puedan ser consecuencia de su trastorno.

Si como consecuencia de esta preevaluación se recomienda la valoración por parte del orientador/a, éste/a emitirá un informe psicopedagógico de derivación (anexo 1) que incluirá las pruebas psicopedagógicas de uso frecuente en orientación, así como las aconsejadas en estos caso y que están reflejadas en el documento de evaluación psicopedagógica de CREENA <https://creena.educacion.navarra.es/web/protocolos/>

## **2. REGISTRO COLECTIVO DE DATOS - anexos**

A continuación, los anexos que deberán ser completados por los diferentes profesionales.

### **ANEXO I: FICHA CENTRO ESCOLAR**

**(VER PÁGINA SIGUIENTE)**

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN /HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES  
FICHA CENTRO ESCOLAR**

**DATOS DE FILIACIÓN NIÑO/A o ADOLESCENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Fecha de nacimiento:**

**Nombre del padre, madre, tutor o guarda legal:**

**Domicilio Familiar:**

**Teléfono:**

**DATOS**

**CENTRO**

**ESCOLAR**

**Nombre del orientador/a:**

**Teléfono de contacto:**

**Centro Escolar:**

**Curso:**

**Lengua materna:**

**Modelo lingüístico:**

**Fecha de cumplimentación:**

**Fecha, firma y sello:**

**Fdo.:.....**

**(El orientador o la orientadora)**

## 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM5

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

**(1) INATENCIÓN:**  $\geq 6$  de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las **ACTIVIDADES** sociales y académicas/laborales. **Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o **INSTRUCCIONES**. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

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

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

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

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

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

Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en

iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de 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 (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

**(2) HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:  $\geq 6$  de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.**

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

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

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` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

Con frecuencia habla excesivamente.

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

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

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

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO

**E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de**

la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

SI

NO

## 2 RESULTADOS SNAP -IV

Tutor/a:

**Desatención:**

**Hiperactividad/impulsividad:**

**Total:**

Familia:

**Hiperactividad/impulsividad:**

**Total:**

## 3 PRUEBAS APLICADAS

**Funciones intelectuales**

**Funciones Ejecutivas**

**Lenguaje y Funciones instrumentales**

Lectura  Escritura  Cálculo  Otros

**Aspectos socioafectivos**

**Valoración global del rendimiento académico**

Adecuado  No adecuado

**Resultados de otras pruebas**

#### 4 OTROS DATOS DE INTERÉS

#### 5 ACCIONES EMPRENDIDAS

#### 6 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

#### **Especificar si:**

- En remisión parcial:** cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

**Especificar la gravedad actual:**

Leve  Moderado  Severo

**ANEXO II: FICHA PEDIATRA- AP**

*(VER PÁGINA SIGUIENTE)*

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN /HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES  
FICHA PEDIATRA-AP**

**DATOS DE FILIACIÓN NIÑO/A o ADOLESCENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Fecha de nacimiento:**

**Nombre del padre, madre, tutor o guarda legal:**

**Domicilio Familiar:**

**Teléfono:**

**N.º HCl:**

**DATOS**

**PEDIATRÍA**

**Nombre y apellidos:**

**Centro de salud:**

**Teléfono de contacto:**

**Motivo de consulta:**

**Fecha, firma y sello:**

**Fdo.:.....**

## 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM5

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

**(3) INATENCIÓN: ≥6 de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las ACTIVIDADES sociales y académicas/laborales. Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o INSTRUCCIONES. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.**

- Con frecuencia falla en PRESTAR la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue las INSTRUCCIONES y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

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

Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de 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 (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

**(4) HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:  $\geq 6$  de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.**

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

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

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` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

Con frecuencia habla excesivamente.

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

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

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

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO

**E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de**

la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

SI

NO

## 2 RESULTADOS SNAP -IV

Tutor/a:

**Desatención:**

**Hiperactividad/impulsividad:**

**Total:**

Familia:

**Desatención:**

**Hiperactividad/impulsividad:**

**Total:**

## 3 ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO ACTUAL

**Estado actual**

Enfermedades

Tratamientos /tóxicos

**Antecedentes médicos**

Convulsiones  Tics  Cardiovasculares  Otros

## 4 HISTORIA EVOLUTIVA

**Antecedentes obstétricos y perianales**

Embarazo:

Parto:

Eutócico  Distócico  Edad gestacional

Peso:

Talla:

Apgar:

Patología perianal:

## Desarrollo psicomotor

Deambulaci3n(meses):

Primeros bis3labos(meses):

Retraso en alg3n 3rea del desarrollo:

**Escolarizaci3n:**

**Relaci3n con otros ni3os:**

## 5 SITUACI3N FAMILIAR Y ANTECEDENTES FAMILIARES

### Situaci3n familiar

Ocupaci3n de los padres/tutores legales:

N3mero de hermanos:

Orden de la patr3a:

### Antecedentes familiares

TDAH

Trastorno espec3fico del aprendizaje

Discapacidad intelectual

Trastorno mental

Enfermedad cardiovascular

Otros

## 6 EXPLORACI3N F3SICA

Peso:

Talla:

Per3metro craneal:

Tensi3n arterial:

Frecuencia cardiaca:

Fenotipo:  Normal  Dism3rfico

Estigmas cut3neos:  No  Si

Exploraci3n general:

Exploraci3n neurol3gica:

Exploraci3n visual:

Exploración auditiva:

Otros:

## 7 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

**Especificar la gravedad actual:**

Leve  Moderado  Severo

**COMORBILIDAD SALUD MENTAL**

## 8 TRATAMIENTOS

**ANEXO III: SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL CENTRO ESCOLAR Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES LEGALES PARA EL TRASPASO DE INFORMACIÓN**

(VER PÁGINA SIGUIENTE)

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN A CENTRO ESCOLAR

Con el objeto de realizar una evaluación adecuada del niño/a .....

.

..... sería recomendable que desde el Centro Escolar se cumplimentase la Ficha del Protocolo de derivación y traspaso de información (TDAH).

Gracias por vuestra colaboración

Fecha y firma:

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

D/Dña.: ..... padre madre

responsable legal del

niño/a:.....

doy mi consentimiento para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/ hija/ tutelado esté a disposición de los profesionales educativos y sanitarios que van a intervenir en el proceso diagnóstico-terapéutico del mismo.

Fecha y firma:

**ANEXO IV: ESCALA SNAP IV (VERSIÓN ABREVIADA)**  
***(VER PÁGINA SIGUIENTE)***

<b>ESCALA CUANTITATIVA SNAP-IV (versión abreviada)</b>	
<b>Nombre y apellidos:</b>	
<b>Sexo:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Curso escolar:</b>	
<b>Para el maestro</b>	
Encuesta contestada por:	
Número de alumnos en clase:	
Teléfono de contacto:	Hora recomendada de contacto:
<b>Para la familia</b>	
Encuesta contestada por:	
¿Conviven ambos padres en el hogar?:	
Número de hermanos que conviven (incluido el paciente):	
Periodo considerado para esta evaluación:	
<input type="checkbox"/> Semana previa <input type="checkbox"/> Mes previo <input type="checkbox"/> Año previo <input type="checkbox"/> Toda la vida	

**Instrucciones:**

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

**0:** significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.

**1:** Significa que de forma leve o sólo a veces.

**2:** significa que un poco más o bastantes veces.

**3:** que mucho o muchas veces

**ESCALA:**

<b>DÉFICIT DE ATENCIÓN</b>	<b>No aplicable (0)</b>	<b>A Veces (1)</b>	<b>Bastante s veces (2)</b>	<b>Muchas veces (3)</b>
1 A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 A menudo pierde objetos necesarios para actividades (por ej. juguetes, lápices o libros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Con frecuencia se distrae por estímulos externos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Olvida actividades diarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD</b>	<b>No aplicable (0)</b>	<b>A Veces (1)</b>	<b>Bastante s veces (2)</b>	<b>Muchas veces (3)</b>
10 Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Suele hablar en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Tiene dificultades para esperar su turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>				

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

---

*Los ítems: 1 a 9 valoran el déficit de atención*

*Los ítems: 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad.*

*Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18.*

*Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):*

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

**NOTA: ESCALA SNAP-IV ADMINISTRAR A PADRES Y PROFESORES BIEN PEDIATRA**

**ANEXO V: INFORME MÉDICO PARA EL CENTRO ESCOLAR**  
**(VER PÁGINA SIGUIENTE)**

**INFORME MÉDICO PARA EL CENTRO ESCOLAR**

**DATOS DE FILIACIÓN DEL NIÑO/A:**

Nombre y apellidos:

Edad:

**DIAGNÓSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**OTROS ASPECTOS DE INTERÉS:**

**Fecha y firma:**

## **ANEXO VI: INTERCONSULTA NO PRESENCIAL**

Se establece una nueva vía de comunicación y coordinación entre la atención especializada (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro de Salud Mental Estella y Tudela) y Pediatría de Atención Primaria, con el objetivo de apoyar al pediatra en la evaluación diagnóstica y tratamiento de los niños/as y adolescentes con sospecha de trastorno mental. La vía de comunicación será mediante la ficha de Interconsulta No presencial para Salud Mental Infanto-Juvenil existente en ATENEA. Dicha ficha recoge los datos más relevantes de la historia del paciente y el motivo que suscita la interconsulta. Se adjunta el formulario de la recogida de información, la primera parte corresponde a salud mental genérica y la segunda específica para TDAH. Será enviado vía correo electrónico a la dirección que se habilite en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, que aparece en la lista global de direcciones del Gobierno de Navarra como salud mental infantil interconsulta no presencial. Los profesionales responsables de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil serán los encargados de responder la interconsulta en 48 horas hábiles, a través de un Informe de Intercomunicación Médica que quedará registrado en la Historia Clínica Informatizada del paciente.

La población susceptible serán los niños y adolescentes hasta 16 años incluidos, de toda la Comunidad Foral de Navarra atendidos por el Pediatra o Médico de Atención Primaria y, en cuyo seguimiento, surjan dudas relacionadas con el diagnóstico o manejo terapéutico del problema, favoreciendo la continuidad de cuidados del niño/a y/o adolescente.

### 3. CONCLUSIONES

El orientador/a del centro educativo, **una vez confirmado el diagnóstico**, en el marco de la UAE, junto al resto del equipo docente determinarán las necesidades psicopedagógicas que pueda tener el alumno y diseñará, junto al tutor/a y resto de profesionales, una estrategia de intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación que sean necesarios con la familia y profesorado (intervención en el aula, tutorías, agenda escolar, etc.).

Las estrategias a desarrollar con el alumnado TDAH en el centro y en el aula están recogidas, entre otros documentos, en la Guía “Entender y Atender al alumnado con TDAH en las aulas” y deberán ser aplicadas conforme a la **Orden Foral 65/2012** de 18 de junio de 2012, 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.

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

Es importante tener en cuenta que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo y, por lo tanto, sus manifestaciones van cambiando a lo largo del tiempo. Es lógico pensar que los tratamientos a aplicar también deban modificarse en función del momento, la edad y la sintomatología que presente el niño/a.

En la intervención se tendrá en cuenta que las dificultades asociadas también han de tratarse (por ejemplo, trabajar la conciencia fonológica si el niño/a presenta además un trastorno específico del aprendizaje de la lectura). Es por esto por lo que la escuela deberá ir

replanteando tratamientos y formular nuevos objetivos en función de la evolución y manifestaciones clínicas. La intervención escolar es imprescindible.

Los/as profesionales deben conocer aquellas prácticas que han mostrado evidencia científica y eficacia terapéutica contrastada para evitar fracasos.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Artigas-Pallarés J, Guitart M, Gabau-Vila E. (2013) Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. Rev Neurol 2013; 56(1): S23-24.
- Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH: mi cabeza es como si tuviera mil pies. Isabel Orjales Villar. Editorial Pirámide, 2009.
- CREENA Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra.
- Consenso de TDAH. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. [www.aepap.org](http://www.aepap.org).
- Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de abordaje del TDAH en el sistema sanitario público de Andalucía. 2017.
- Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja. Protocolo de intervención educativa con el alumnado con TDAH. 2012.
- Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y profesores. Isabel Orjales Villar. Editorial CEPE. 1998.
- Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias. Programa para la atención educativa del alumnado con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH-Canarias). 2010.
- Enseñat Cantalops Antonia y otros. Neuropsicología pediátrica: Síntesis; 2015.
- Fundación CADAH (2012). Dificultad en el diagnóstico de TDAH en edad preescolar.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
- Guía Práctica de diagnóstico y manejo clínico de TDAH en niños y adolescentes para profesionales. Grupo de trabajo de la USMIJ del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del área Mancha-Centro. 2010.
- Guía Práctica para Educadores de ADANA. [www.fundacionadana.org](http://www.fundacionadana.org)

- Guía para padres y Guía para docentes. Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. [www.feaadah.org](http://www.feaadah.org)
- Quintero FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Barcelona: Elsevier Masson ; 2009.
- Mulas, F. (2011). Signos precoces básicos del diagnóstico y neurobiología del TDAH preschool. I Reunión Andaluza de Neuropsicología.
- Olza Fernández, I., (2010). TDAH en prescolares.
- Soutullo C, Díez A. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. Revista de Neurología, 40(1): 25-32.

