



Instrucción de 31 de marzo de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa, por la que establece el “Protocolo de Coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” en la Comunidad de Castilla y León.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la etapa de la infancia y la adolescencia. Para realizar una detección y diagnóstico adecuados de este trastorno se requiere, entre otros indicadores, la presencia de síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad presentes en dos o más contextos diferentes, entre los que se encuentra el escolar y el familiar.

La Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad con el fin de facilitar la coordinación de las actuaciones a seguir y garantizar la correcta atención y seguimiento de los menores que presentan este trastorno, elaboraron de forma consensuada en el año 2011 un “Protocolo de coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad”, facilitando cauces de comunicación y actuación entre los profesionales de los servicios sanitarios y educativos y la familia del menor.

El tiempo transcurrido ha hecho necesaria su revisión y actualización en los términos que se establecen en la presente instrucción, incorporando aquellas propuestas de mejora recibidas sobre los aspectos en que se han detectado mayores dificultades durante la implantación del citado documento. En este protocolo se recogen recomendaciones y actuaciones básicas que permiten asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias y educativas y la adecuada comunicación entre los agentes que las llevan a cabo, preservando su confidencialidad con la colaboración y el consentimiento de los familiares.

Por todo ello, en atención a las facultades conferidas por el artículo 7 del Decreto 45/2015, de 23 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Educación, se dicta la siguiente:

INSTRUCCIÓN

Primero. Objeto.

La presente instrucción tiene por objeto establecer el “Protocolo de coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad” que se adjunta como Anexo I.



Segundo. *Ámbito de aplicación.*

El “Protocolo de coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad” será de aplicación en todos los centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

Tercero. *Difusión.*

Se encomienda a los Directores Provinciales de Educación la difusión de esta instrucción entre los centros educativos de su provincia. El Área de Inspección educativa velará por su correcta aplicación.

Valladolid, a 31 de marzo de 2017.

La Directora General de Innovación y Equidad Educativa



Fdo.: María del Pilar González García



ANEXO 1

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

INDICE:

I.- INTRODUCCIÓN.

II.- FASES DEL PROTOCOLO.

1.- PRIMERA FASE: DETECCIÓN DEL TDAH.

- 1.1. Desde el Centro Educativo.
- 1.2. Desde el Centro de Atención Primaria (Pediatra / MAP).
- 1.3. Desde la Familia.

2.- SEGUNDA FASE: DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN.

- 2.1. En el Centro Educativo.
- 2.2. En Atención Primaria.
- 2.3. En Atención Especializada.

3.- TERCERA FASE: SEGUIMIENTO.

- 3.1. Desde el Ámbito Educativo.
- 3.2. Desde el Ámbito Sanitario.

III.- FLUJOGRAMAS.

IV.- COORDINACIÓN INTERADMINISTRATIVA.

V.- EVALUACIÓN DEL PROCESO DE COORDINACIÓN.

VI.- ANEXOS.

VII.- GLOSARIO.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA.



I.- INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo (APA, 2014). Se trata de uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia, constituyendo uno de los motivos más habituales de remisión a los profesionales sanitarios de esta población y de demanda de intervención a los servicios de orientación educativa.

Para hacer el diagnóstico se requiere la presencia de síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad que aparecen antes de los 12 años, presentes en dos o más contextos diferentes, persistentes y de intensidad suficiente para interferir con el funcionamiento social, académico o laboral normal entre las personas de la misma edad y/o nivel de desarrollo y que no se explican por la existencia de otro trastorno mental o conflicto desencadenante.

El TDAH es un trastorno frecuente. El estudio epidemiológico en doble fase, psicométrica-clínica, de Rodríguez- Molinero y otros, del año 2009, comunicó una prevalencia del TDAH en Castilla y León de 6.6%, con una relación de género de 2:1 a favor de los varones, al tiempo que no se encontraron diferencias entre la población rural y urbana, ni entre primaria y secundaria. El trabajo de Cardo y colaboradores realizado en otra comunidad, ofrece resultados similares (Cardo, Severa y Llobera, 2007).

El número de casos diagnosticados ha aumentado lo que puede ser debido a una mayor sensibilización de las familias y los profesionales sanitarios y educativos ya que no parece demostrarse un incremento de morbilidad (Centers for Disease Control and Prevention, 2003).

Los menores que presentan TDAH generan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares, y sociales de la población afectada. Estas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico (García-García y otros, 2008 y Rodríguez-Salinas, 2006). Asimismo, presentan con mayor frecuencia problemas de relación interpersonal incluido el acoso escolar (Strine y otros, 2006), trastornos relacionados con el uso de sustancias y mayor riesgo de accidentes y lesiones (Leibson y otros, 2001).

Por otra parte se trata de un trastorno psiquiátrico asociado a una comorbilidad importante. El estudio del MTA (The MTA, 1999) encuentra comorbilidad en el 69% de los casos siendo el más frecuente el trastorno negativista desafiante, (40%), seguido del trastorno por ansiedad (34%) y las alteraciones del estado de ánimo. Hasta un 14% de los casos se asocia a trastornos de conducta y un 12% a tics. En algunos casos la comorbilidad puede ser múltiple.



Los familia/tutores legales y los docentes no siempre coinciden en sus valoraciones acerca de la presencia e intensidad de los síntomas, posiblemente porque la información proviene de contextos distintos (López-Villalobos, Rodríguez, Andres y otros, 2010). Los profesores son un elemento fundamental en el diagnóstico de estos niños durante el periodo escolar ya que observan y comparan a grupos homogéneos en edad en las mismas condiciones durante periodos prolongados. Además detectan precozmente dificultades académicas, realizan hipótesis sobre sus posibles causas, y pueden valorar la respuesta en el contexto escolar del tratamiento realizado.

Los clínicos analizan la información recibida por parte de la familia y de su entorno, realizan el diagnóstico positivo, estudian la comorbilidad y descartan la posible existencia de otros trastornos que también cursan con inatención o inquietud psicomotriz y prescriben la necesidad de tratamiento.

El TDAH precisa un tratamiento integral (multimodal) e individualizado que puede incluir, en función de cada caso, intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, e intervenciones educativas y familiares. Las medidas sanitarias y educativas se establecerán en función de las necesidades individuales del menor, de acuerdo con los procedimientos de actuación establecidos en esta guía y por la normativa de las consejerías correspondientes.

El diagnóstico y el tratamiento correcto ayudan a paliar las dificultades, pero no llevan necesariamente a la remisión del trastorno. Los estudios de seguimiento concluyen que con la edad y el tratamiento se produce una modificación de la clínica aunque en muchos casos puedan persistir síntomas significativos más allá del inicio de la edad adulta.

El objetivo de la revisión y actualización de este protocolo (Junta de Castilla y León, 2011) es homogeneizar los procedimientos de actuación y comunicación entre Sanidad y Educación ante el TDAH en la Comunidad de Castilla y León, e incorporar propuestas de mejora en aquellos puntos que han presentado dificultades durante la implantación. Para ello se recogen las recomendaciones y actuaciones básicas que permitan asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias y educativas y regular el traspaso de información entre ambos estamentos, preservando la confidencialidad de la misma con la colaboración y el consentimiento de los familiares.



II.- FASES DEL PROTOCOLO.

1.- PRIMERA FASE: DETECCIÓN DEL TDAH.

La finalidad de esta primera fase es la detección lo más temprana posible de niños que manifiesten conductas o falta de atención susceptibles de poder ser debidos a un TDAH. Los ámbitos próximos al menor: familia, profesorado, pediatra o médico de atención primaria (MAP), constituyen el entorno más adecuado para la detección en las fases iniciales del trastorno.

1.1.- DESDE EL CENTRO EDUCATIVO.

Los pasos que se tomarán desde un Centro Educativo cuando se tiene sospecha de un posible caso de TDAH serán los siguientes:

1. El tutor pondrá en conocimiento del Orientador Educativo a través del “*Documento de derivación*” establecido (BOCYL, 28/07/2009) las dificultades del alumno/a y valorarán en común las medidas a adoptar.
2. El Orientador Educativo, una vez recogida la demanda, realizará una “*Evaluación Inicial*” del alumno/a.
3. Si el resultado de la Evaluación Inicial indica un posible TDAH, el Orientador Educativo elaborará el correspondiente “*Informe Escolar Inicial*” del alumno/a (Anexo I) y solicitará la autorización de la familia (Anexo II), para realizar el traslado de dicho informe a los Servicios Sanitarios (Pediatría o Médico de Atención Primaria). En el Informe Escolar Inicial se recogerán los datos relativos a:
 - Datos de identificación del alumno/a.
 - Motivo de derivación
 - Historia escolar.
 - Existencia o no de retraso significativo en el Nivel de Competencia Curricular.
 - Valoración de los procesos de lectura-escritura y cálculo.
 - Valoración del nivel de desarrollo cognitivo.
 - Valoración general del comportamiento.
 - Relaciones interpersonales con sus iguales y con los adultos.
 - Sintomatología característica del TDAH.
 - Otros aspectos personales y/o familiares significativos.

Si tras la Evaluación Inicial del alumno/a se sospecha un problema de aprendizaje, pero no un TDAH, no sería necesario derivar el Informe Escolar Inicial a los Servicios Sanitarios.



1.2.- DESDE EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRA / MAP).

Las GPC (Guías de Práctica Clínica) sobre TDAH, establecen que en todo niño o adolescente que presente síntomas compatibles con inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta, el médico de Atención Primaria debería iniciar una evaluación para el diagnóstico de TDAH.

1. La evaluación partirá de una sospecha inicial que puede ser generada en la propia consulta a demanda, tras la realización de actividades sistemáticas dentro del programa de salud infantil y del adulto joven, mediante preguntas clave, o bien a petición de los servicios educativos a través de la familia.

En este primer estadio se requiere explorar tanto la naturaleza del problema (presencia de clínica compatible con los criterios diagnósticos según sistema de codificación vigente) como su gravedad mediante la presencia de algún grado de disfunción en el entorno familiar, escolar y de relación.

2. Cuando tras la evaluación clínica se tenga la sospecha de un posible TDAH, se solicitará Informe Escolar Inicial (Anexo I) al Orientador Educativo mediante solicitud de información al centro educativo (Anexo III), adjuntando copia de la autorización de traspaso de información entre los Servicios de Sanidad y de Educación (Anexo II).
3. Desde el centro escolar, el Orientador Educativo elaborará el Informe Escolar Inicial y lo remitirá al Servicio de Sanidad demandante.
4. Si tras la recepción del anterior informe, el facultativo necesitara información adicional sobre los síntomas nucleares del trastorno, duración y grado de impedimento funcional etc., mediante las escalas que considere oportunas podrá solicitar al centro educativo y/o a la familia la cumplimentación de las mismas.

1.3.- DESDE LA FAMILIA.

Cuando es la familia quien sospecha que su hijo/a puede presentar un posible TDAH, deberá acudir a los Servicios Sanitarios pertinentes, ya que la confirmación del diagnóstico debe ser efectuada por el Pediatra o el MAP o, en los casos que proceda, por el especialista del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

2.- SEGUNDA FASE: DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN.

La finalidad de esta fase es la de realizar el diagnóstico en los casos que han sido detectados en la fase anterior, descartar otras patologías que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa.



2.1.- EN EL CENTRO EDUCATIVO.

Si el tutor del alumno/a y el Orientador Educativo estiman que este pudiera presentar algún tipo de *“Necesidad Específica de Apoyo Educativo”*, el Orientador Educativo realizará la oportuna *“Evaluación Psicopedagógica”* que confirmará:

a) **La existencia de algún tipo de necesidad educativa específica:** el Orientador Educativo elaborará el correspondiente *“Informe Psicopedagógico”* según modelo establecido en la normativa vigente en el que se especificará:

- La intervención educativa recomendada para dar respuesta a las necesidades educativas detectadas en el alumno/a. Dicha intervención estará basada en los principios de Inclusión, Normalización y Equidad Educativa y podrá incluir:
 - Adaptaciones metodológicas, sobre la organización del aula, adecuación de actividades, temporalización y adaptación de las técnicas, tiempos e instrumentos de evaluación, así como, de los medios técnicos y recursos personales y materiales que permitan al alumnado seguir el currículo.
 - Para el alumnado que lo precise se aplicarán programas específicos de intervención dirigidos a:
 - Modificación de conducta.
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Entrenamiento en auto-instrucciones, reflexividad, autocontrol y/o control emocional.
 - Habilidades básicas.
 - Mejora de la capacidad de atención.
 - Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Los mecanismos de coordinación con la familia, los docentes y los servicios externos al Centro Educativo, entre los que se encuentra el Servicio Sanitario.

Se incluirá al alumno/a en el fichero relativo al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo *“ATDI”* (Atención a la Diversidad) en el Grupo-Tipología-Categoría que corresponda con las necesidades educativas específicas detectadas.

Recibido el informe de los Servicios Sanitarios (Anexo IV) respecto a la impresión diagnóstica e intervención clínica del alumno/a, el Orientador Educativo completará y, en su caso modificará, el Informe Psicopedagógico con la información recibida en dicho Anexo. En caso de modificación se informará a la familia.



De igual forma y de confirmarse la existencia de TDAH, se actualizará en el fichero ATDI el Grupo-Tipología–Categoría teniendo presente dicho trastorno.

- b) **La NO existencia de necesidad educativa específica:** el Orientador Educativo informará y dará las orientaciones pertinentes a la familia y al tutor del alumno/a, realizando posteriormente el seguimiento que se considere más oportuno.

Tras recibir el informe de los Servicios Sanitarios (Anexo IV) respecto a la impresión diagnóstica e intervención clínica del alumno/a, el Orientador Educativo valorará la información aportada en el mismo e informará al tutor y al equipo directivo del diagnóstico y, en su caso, del tratamiento marcado por los Servicios Sanitarios.

Al no presentar necesidades específicas de apoyo educativo, aunque el diagnóstico clínico confirmara la existencia de TDAH, no se deberá incluir al alumno/a en el fichero de datos ATDI.

2.2.- EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- a) **Evaluación por parte del Pediatra / MAP:** Incluye entrevista con la familia, examen general de salud del menor, exploraciones complementarias si proceden y el Informe Escolar Inicial previamente solicitado.

Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDAH, según criterios diagnósticos CIE-10/DSM 5 o codificación diagnóstica vigente, se diseñará el *Plan de Acción Individualizado (PAI)*, en el que se incorporarán las distintas intervenciones y medidas planificadas para cada caso, que deberá contener al menos:

- Plan de acción
- Información, educación y comunicación.
- Tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, si precisa.
- Revisiones periódicas.

- b) **Intervención:** Se establecerá una pauta de seguimiento y control del tratamiento. Si la respuesta a las distintas intervenciones es favorable, el seguimiento se llevará a cabo desde el nivel de Atención Primaria.

- c) **Derivación a Servicios Especializados,** dicha derivación se llevaría a cabo en los siguientes casos:

- Si aparecen otros problemas que compliquen el diagnóstico.
- Asociación con problemas comórbidos.
- Falta de respuesta al tratamiento: no farmacológico y/o farmacológico mantenido durante un tiempo suficiente.



- d) Remisión de informe al centro educativo:** en ambos casos (apartados b y c) el Pediatra/MAP remitirá al centro educativo el resultado de la valoración y las medidas adoptadas mediante el Anexo IV, adjuntando copia de la autorización de traspaso de información entre los Servicios Sanitarios y Educativos (Anexo II) con el objeto de realizar un abordaje multidisciplinar entre ambos servicios.

2.3.- EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

La finalidad de esta fase es la confirmación diagnóstica y/o seguimiento clínico del TDAH por parte del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESM Infanto-Juvenil).

- a) El ESM Infanto-Juvenil realizará una valoración completa del paciente utilizando para ello los siguientes instrumentos:
- Informe Escolar Inicial (Anexo I) remitido por el centro educativo. En el supuesto excepcional de que no se dispusiera de dicho informe, se solicitará al Orientador Educativo mediante el Anexo III (solicitud de información al centro educativo), adjuntando copia de la autorización de traspaso de información entre los servicios Sanitarios y Educativos (Anexo II).
 - Informe del Pediatra/MAP.
 - Entrevista con la familia.
 - Valoración psicopatológica del paciente y solicitud de exploraciones complementarias si precisa.
- b) Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDAH, según criterios diagnósticos CIE-10/DSM 5 o codificación diagnóstica vigente, se diseñará el *Plan de Acción Individualizado (PAI)*, en el que se incorporarán las distintas intervenciones y medidas planificadas para cada caso, que deberá contener al menos:
- Plan de acción.
 - Información, educación y comunicación.
 - Tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, si precisa.
 - Revisiones periódicas.
- c) Remisión de informe al:
- Centro educativo: respecto la impresión diagnóstica e intervención del paciente (Anexo IV), adjuntando copia de la autorización de traspaso de información entre los servicios Sanitarios y Educativos (Anexo II), con el objetivo de realizar un abordaje multidisciplinar entre ambos Servicios.
 - Pediatra/MAP: remisión de los resultados obtenidos tras la valoración.



- d) Derivación a Atención Primaria para su seguimiento: Se remitirá al paciente para seguimiento a su Pediatra o MAP en los siguientes supuestos:
1. Cuando se ha descartado la presencia de algún problema de Salud Mental o después de confirmarse la presencia de un TDAH sin ningún diagnóstico comórbido y ha respondido adecuadamente al tratamiento instaurado.
 2. Pacientes que permanecen estables después de un tiempo de seguimiento y que no requieren otra intervención en el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.
 3. Pacientes que expresen su deseo de no hacer seguimiento en el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

3.- TERCERA FASE: SEGUIMIENTO

La finalidad de esta fase es doble; por un lado, establecer los mecanismos de coordinación entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Educativos respecto de los casos más graves y significativos, así como la coordinación y seguimiento con los agentes directamente implicados en la evolución de alumno/a con TDAH y, por otra, especificar las actuaciones a seguir una vez confirmado el diagnóstico.

3.1.- DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO.

El seguimiento que se realice desde el centro educativo afectará a distintos ámbitos de actuación:

- a) Con el alumnado:** El seguimiento se llevará a cabo atendiendo a las orientaciones incluidas en el Informe Psicopedagógico.
- b) Con la familia:** Una vez informada la familia de las conclusiones del Informe Psicopedagógico y de cómo se va a dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades educativas de su hijo/a, el seguimiento y coordinación con esta se centrará en crear pautas de colaboración eficaces con el centro educativo y, en proporcionar las orientaciones necesarias en consonancia con la evolución de las necesidades educativas del hijo/a.
- c) Con los docentes:** Una vez informado y asesorado por el Orientador Educativo que atiende al centro sobre las conclusiones del Informe Psicopedagógico, así como de las medidas y recursos a poner en práctica para optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el seguimiento y coordinación con los docentes se basará en analizar la validez y adecuación de las medidas puestas en funcionamiento en el aula y con el alumno/a, así como la eficacia de



los recursos (materiales y personales) implementados para aminorar o subsanar las necesidades específicas de apoyo educativo del alumno/a.

d) Con el Centro: El centro educativo colaborará en el seguimiento del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, valorando, en su caso:

- Las modificaciones realizadas en los diferentes planes y programas que conforman el Proyecto Educativo de Centro (Plan de Atención a la Diversidad, Plan de convivencia, Reglamento de Régimen Interior, Programaciones Didácticas).
- Las adaptaciones realizadas en las actividades complementarias y extraescolares.
- Los Planes de Formación en el centro educativo para proporcionar una adecuada respuesta a las necesidades educativas que presenta su alumnado.

3.2.- DESDE EL ÁMBITO SANITARIO (ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA).

Se recomendarán revisiones periódicas en función del tipo de tratamiento y evolución del menor, siendo el profesional facultativo el que debe valorar la frecuencia de las mismas.

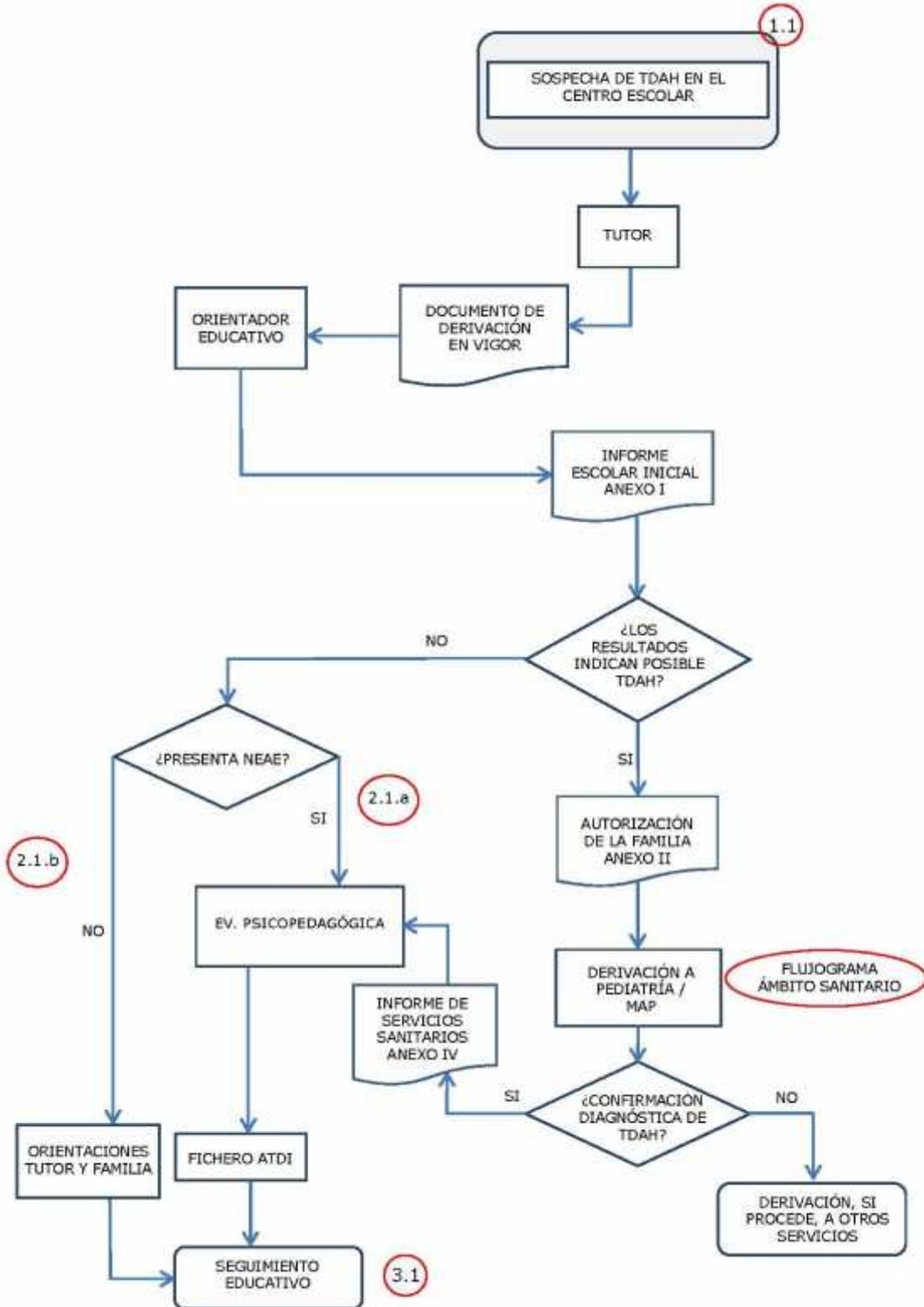
En las revisiones se evaluarán los efectos del tratamiento pautado, así como el impacto de todas las intervenciones a nivel social, escolar, familiar, etc.

III. FLUJOGRAMAS.

Al objeto de visualizar gráficamente las tres fases del protocolo, relativas a la detección, valoración-diagnóstico y seguimiento que los profesionales de Sanidad y de Educación deben implementar tal cual se establece en el presente protocolo de coordinación TDAH, a continuación se muestran los flujogramas de desarrollo de ambos Servicios, haciendo referencia en los mismos al apartado del texto del protocolo en donde viene desarrollado.

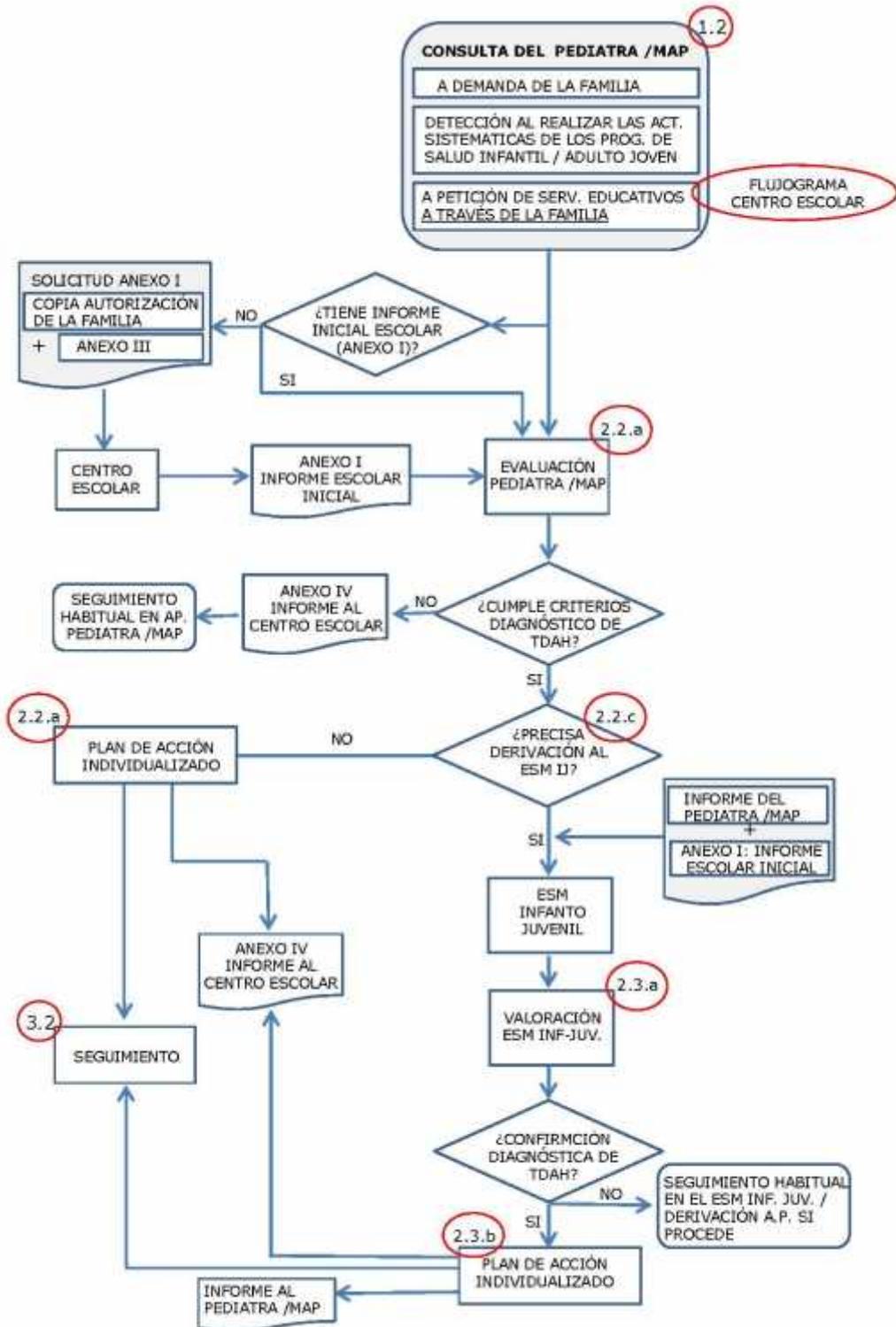


PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO





IV. COORDINACIÓN INTERADMINISTRATIVA.

La coordinación y el seguimiento de los casos de TDAH que hayan sido objeto de intervención por parte de los Servicios Sanitarios y los Educativos se centrará prioritariamente en la comunicación entre Servicios de los cambios significativos en la evolución del menor que presenta TDAH, así como de las posibles altas en el tratamiento por parte de Sanidad o de apoyo educativo por parte de Educación, siempre que para ello exista la autorización previa de las familias o tutores legales (Anexo II).

Para llevar a cabo dicho objetivo ambos Servicios articularán los mecanismos necesarios para transmitir la información que se considere relevante:

- Los Servicios Centrales de Educación y la Gerencia Regional de Salud intercambiarán al principio de cada curso escolar los directorios con los datos actualizados de los profesionales de orientación y sanidad de cada provincia relativos al centro de trabajo, teléfono de contacto institucional y correo electrónico corporativo, al objeto de facilitar la comunicación directa entre los profesionales.
- Cuando se considere necesario se comunicarán los cambios significativos en la evolución del paciente/alumno (Anexo V), a través de la vía que hayan autorizado el padre/madre o tutores legales, especificando los aspectos más relevantes y significativos de la evolución. Dicha comunicación será remitida directamente a los Centros Educativos, Centros de Salud o Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil y dirigidos al profesional que está realizando el seguimiento.
- Si se estima necesario, se establecerá comunicación directa (vía correo electrónico institucional, teléfono, etc.) entre los profesionales implicados, para solventar las dificultades puntuales en relación al paciente/alumno.
- En los casos que determinen los Servicios Educativos y los Sanitarios se establecerán reuniones entre los dos ámbitos, facilitándose en la medida de lo posible la participación y asistencia de los profesionales implicados.

V. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE COORDINACIÓN

El objetivo de esta última fase será determinar la diferencia entre lo planificado inicialmente y las acciones ejecutadas y resultados obtenidos, teniendo en todo momento presentes los recursos empleados.



Los indicadores son las herramientas de medición del proceso. Sirven para analizar la situación del mismo, establecer objetivos y evaluar el trabajo de los profesionales implicados. En nuestro caso, estos indicadores consistirán fundamentalmente en la cuantificación de los anexos especificados en el presente protocolo, con el objeto de analizar y valorar los aspectos más significativos de la coordinación llevada a cabo entre ambos Servicios.

Este proceso de análisis y evaluación se llevará a cabo por la “*Comisión Interinstitucional de Seguimiento*”, creada para seguir el proceso de implantación del protocolo de TDAH. Con una periodicidad anual del curso escolar, desde esta comisión se solicitará a los Servicios Sanitarios y los Educativos indicadores para valorar la coordinación entre ambos Servicios (Anexo VI).

En el ámbito educativo, la compilación y envío de los datos anuales respecto de los casos de TDAH se realizará por parte de los directores de los EOE o de los jefes de los Departamentos de Orientación durante el mes de junio, yendo incluidos en la “*Memoria del Plan de Actuación Anual*” de dichos Servicios de Orientación.

En el ámbito sanitario, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud se solicitará a los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil informe de recogida de datos anuales según el mencionado Anexo VI.

VI. ANEXOS.

- Anexo I: Informe Escolar Inicial para los Servicios Sanitarios.
- Anexo II: Autorización de traspaso de información entre los Servicios Sanitarios y Educativos
- Anexo III: Solicitud de información al Centro Educativo.
- Anexo IV: Informe de los Servicios Sanitarios para el Servicio de Orientación del centro.
- Anexo V: Informe de Coordinación Sanidad-Educación
- Anexo VI: Informe de recogida de datos anuales en materia de TDAH.



ANEXO I:

INFORME ESCOLAR INICIAL PARA LOS SERVICIOS SANITARIOS

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre				Apellidos			
Fecha Nacimiento			Edad			Etapa/Curso	
Domicilio				Localidad			
C. Postal		Provincia				Teléfono	

DATOS DEL ORIENTADOR Y DEL CENTRO EDUCATIVO:

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

MOTIVO DE DERIVACIÓN (Describir brevemente el motivo de derivación a los Servicios Sanitarios):

--

DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DEL ALUMNO/A:

<ul style="list-style-type: none"> • Historia Escolar. • Existencia de retraso significativo en el Nivel de Competencia Curricular. • Valoración de los procesos de lectura, escritura y cálculo. • Valoración del desarrollo cognitivo. • Valoración general del comportamiento (asunción de normas, etc.). • Valoración de las relaciones interpersonales con iguales y con los adultos. • Sintomatología característica del TDAH. • Otros aspectos personales/familiares significativos.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Vº Bº Director/a:

Sello del EOE/Centro:

Orientador Educativo:

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Nota: Adjuntar copia de la Autorización de traspaso de información entre los Servicios Sanitarios y Educativos (Anexo II)



ANEXO II:

**AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS
SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS**

D.:

Dña.:

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

Escolarizado en el Centro Educativo:

y adscrito al Centro de Salud:

Manifiestan:

- Dar el consentimiento**, para que toda la información que los profesionales consideren relevante en relación a mi hijo / hija / tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios / educativos que van a intervenir en el proceso de atención al mismo. Esta decisión es libre y voluntaria, pudiéndose revocar este consentimiento por escrito sin expresar la causa.

No dar el consentimiento

En caso de dar el consentimiento, el canal de transmisión de dicha información escrita será el siguiente *(elegir al menos una opción)*:

- La información es proporcionada a la familia, comprometiéndose explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Sanidad o al Servicio de Educación que corresponda.
- La información será transmitida por vía interna entre el Servicio de Sanidad y el Servicio de Educación bajo el régimen de protección de datos vigente.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

Fdo.: _____

Fdo.: _____



ANEXO III:

SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL CENTRO EDUCATIVO
(Orientador Educativo que atiende al Centro)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. Nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

Centro de Salud / ESM Infanto-Juvenil			
Pediatra / MAP/ Psiquiatra Infanto-Juvenil			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax.	
Correo electrónico			

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

A tal fin, agradecemos que nos aporten la mayor información posible respecto de los aspectos recogidos en el Anexo I del Protocolo de Coordinación de TDAH, así como en su caso, de aquella del Informe Psicopedagógico realizado por el Servicio de Orientación Educativa que atiende al centro.

Gracias por su colaboración.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Sello:

Firma del Facultativo:

Fdo.: _____



ANEXO IV:

**INFORME DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA
EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN DEL CENTRO**

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD

Centro de Salud / ESM Infanto-Juvenil			
Pediatra / MAP/ Psiquiatra Infanto-Juvenil			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA E INTERVENCIÓN:

<ul style="list-style-type: none">• Impresión diagnóstica.• Pautas proporcionadas a la familia.• Intervención con el paciente.• Seguimiento propuesto.

OBSERVACIONES:

--

En _____ a ____ de _____ de 20__

Sello:

Firma del Facultativo:

Fdo.: _____



ANEXO V:

INFORME DE COORDINACIÓN SANIDAD - EDUCACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / PACIENTE:

Nombre			
Apellidos		F. Nacimiento	

DATOS DEL SERVICIO DEMANDANTE:

Centro Educativo / Salud			
Profesional			
Teléfono		Correo electrónico	

DATOS DEL SERVICIO DE DESTINO:

Centro Educativo / Salud			
Profesional			

MOTIVO DE SOLICITUD:

--

En, _____ a _____ de _____ de 20__

Sello:

Profesional Solicitante:

Fdo.: _____

CONTESTACIÓN A LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN

--

En _____ a _____ de _____ de 20__

Sello:

Profesional que responde:

Fdo.: _____



ANEXO VI:

INFORME DE RECOGIDA DE DATOS ANUALES EN MATERIA DE TDAH

DATOS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN / SANIDAD

Servicio de Sanidad / Servicio de Orientación			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DATOS ANUALES DE COORDINACIÓN EN MATERIA DE TDAH

Nº de casos derivados desde el Servicio de Orientación al Servicio de Sanidad (Anexo I)	
Nº de casos NO autorizados por las familias/tutores para el traspaso de información (Anexo II)	
Nº de casos solicitados desde el Servicio de Salud al Servicio de Orientación (Anexo III)	
Nº de casos informados desde el Servicio de Salud al Servicio de Orientación (Anexo IV)	
Nº de informes de Coordinación solicitados al Servicio de Sanidad (Anexo V)	
Nº de informes de Coordinación recibidos del Servicio de Sanidad (Anexo V)	
Nº de informes de Coordinación solicitados al Servicio de Orientación (Anexo V)	
Nº de informes de Coordinación recibidos del Servicio de Orientación (Anexo V)	
Nº de reuniones de Coordinación entre el Servicio de Orientación y el de Sanidad	

VALORACIÓN GENERAL RESPECTO AL PROCESO DE COORDINACIÓN

Principales dificultades detectadas en el Proceso de Coordinación durante el presente curso
Propuestas de Mejora respecto a las dificultades detectadas

En _____ a _____ de _____ de 20__

Sello:

Firma responsable Servicio:

Fdo.: _____

NOTA: Desde Educación será cumplimentado por el director del EOE o por el Jefe del Dpto. de Orientación.



VII. GLOSARIO.

- **ATDI:** Fichero de datos de carácter personal relativo al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) creado por la Consejería de Educación.
- **Comisión Interinstitucional de Seguimiento:** Comisión Mixta integrada por representantes de la Consejería de Educación y de la Gerencia Regional de Salud, personal asistencial de los Equipos de Salud Mental Infanto Juveniles y de los Centros de Salud de Atención Primaria y profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y de los Equipos de Atención al alumnado con trastornos de Conducta. Su objetivo es el seguimiento en la implantación del Protocolo de Coordinación del TDAH.
- **Evaluación Inicial:** Proceso sistemático de recogida de información por parte del especialista en Orientación Educativa con el objeto de valorar diferentes aspectos del alumno/a cara a establecer un diagnóstico inicial sobre un posible TDAH.
- **Evaluación Psicopedagógica:** Proceso sistematizado y extenso de recogida de información por parte del especialista en Orientación Educativa y, en su caso, el Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad, que pretende recoger información relevante sobre el alumno/a, su contexto escolar y familiar y los distintos elementos que intervienen en su proceso de enseñanza y aprendizaje, para determinar las necesidades de apoyo educativo que pueda presentar y, concretar las decisiones respecto a la respuesta educativa a adoptar.
- **Informe Psicopedagógico:** Documento realizado por el especialista en Orientación Educativa y, en su caso, el Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad, que refleja los resultados de la Evaluación Psicopedagógica, en el que se concreta la posible necesidad específica de apoyo educativo, así como el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso.
- **Necesidad Específica de Apoyo Educativo:** Dificultad educativa que presenta el alumno/a que requiere de una atención educativa específica, con el objeto de lograr un óptimo aprovechamiento académico y un adecuado desarrollo personal, todo ello desde la equidad e inclusión educativa.
- Ñ **Orientador Educativo:** Profesional del cuerpo de Profesores de Enseñanza Secundaria de la especialidad de Orientación Educativa, entre cuyas funciones tiene encomendadas la valoración de las necesidades específicas de apoyo educativo y la elaboración del Informe Psicopedagógico.



- Ñ **Principios de Inclusión, Normalización y Equidad Educativa:** Principios reguladores de la atención a la diversidad que garantizan la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación y la igualdad de derechos y oportunidades. Estos principios favorecen la superación de cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación.
- Ñ **Proyecto Educativo del Centro:** Documento de organización de los centros educativos que, partiendo de las características de su alumnado y el entorno social y cultural del centro, recoge entre otras, la forma de atención a la diversidad del alumnado desde la no discriminación y la inclusión educativa.
- Ñ **Plan de Acción Individualizado (PAI):** Conjunto de actividades propuestas desde Atención Primaria o Especializada destinadas a realizar una intervención global sobre el menor con TDAH, con el fin de proporcionar una atención integral e integrada para cada caso.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Ñ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Ñ Cardo, E., Servera, M. y Llobera J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-4.
- Ñ Centers for Disease Control and Prevention (2003). Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.
- Ñ Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children*.
- Ñ García-García, M. D., Prieto, L. M., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A. y San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69 (3), 244-250.
- Ñ Junta de Castilla y León (2011). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Gerencia Regional de Salud.
- Ñ Leibson, C. L., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Ransom, J., y O'Brien, P. C. (2001). Use and cost of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of the American Medical Association*, 285(1), 60-66.
- Ñ López-Villalobos J. A, Rodríguez L, Andrés J. M, Sacristán A. M, Garrido M, y Martínez M. (2010). Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los profesores en el diagnóstico



del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Psicología Clínica Educativa*, 16 (2), 147-156.

- Ñ Rodríguez-Molinero, L., López-Villalobos, J. A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., y Ruiz-Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Ñ Rodríguez-Salinas, E., Navas, M., González, P., Fominaya, S. y Duelo, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8(4), SI75-98.
- Ñ Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S. y Mokdad, A. H. (2006). Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children with a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research. Practice and Policy*. Tomado el 08/06/2016 de: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0171_fr.htm
- Ñ The MTA Cooperative Group (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with attention-deficit/hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1088-1096.