

**PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL TRABAJADOR
SOCIAL SANITARIO EN AP. EN EL PROTOCOLO DE
ACCIÓN CONJUNTA PARA EL AUMNADO CON TDAH.**

MÁSTER EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO
UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA (UOC)

Autora: Julia Boluda Albiñana

Director del Trabajo Final de Máster: J. Daniel Rueda Estrada

Curso: 2016-2017

AGRADECIMIENTOS

Desde estas líneas quiero recordar a mi madre, que en todo momento durante este tiempo de estudio me animó a continuar, y de la que aprendí el placer del trabajo bien hecho. Lamentablemente, no puedo compartir este momento con ella.

Quiero dedicar mi trabajo a Joaquín García y a mis hijos Joaquín y Robert, por el cariño, sacrificio y apoyo que me han manifestado continuamente. Sin su ayuda y comprensión no hubiera podido hacer realidad este momento.

Quiero agradecer a los profesores de la UOC, la comprensión que me han brindado en todo momento. Su actitud de colaboración y orientación en el transcurso del estudio del Máster. .

ADVERTENCIA

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de mis preocupaciones. Con el fin de evitar la sobrecarga que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, he optado por emplear el masculino genérico clásico, entendiéndolo que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

RESUMEN.

El Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH), es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, y uno de los motivos más frecuentes de consulta en Salud Mental. En el menor que lo sufre le causa interferencias en sus actividades escolares, familiares y sociales.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), reconoció que el sistema educativo había sido más sensible realizando políticas de integración para los niños con necesidades educativas especiales, mientras que desde la Sanidad, existe una ausencia de políticas de promoción de la salud mental, y prevención de trastornos mentales en el medio escolar.

Para abordar este trastorno es necesario hacerlo desde una atención integral, multidisciplinar y coordinada entre el ámbito sanitario, familiar y educativo.

Son varias las comunidades autónomas que han aprobado protocolos coordinados entre Educación y Sanidad. El estudio comparativo revelará si se está atendiendo el TDAH bajo una mirada bio-psico-social, y, cómo se podría mejorar la atención sanitaria aportando la función del Trabajador Social Sanitario.

Palabras claves:

TDAH, consecuencias TDAH, tratamiento psicoeducativo, protocolo TDAH.

Abstract:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is on the psychiatric disorders with highest prevalence, and one of the reasons more frequently of mental health consultation. The child that is affected, have interferences with your escolar, family and social activities.

The Mental Health Strategy of the National Health System (2007) , acknowledged that the education system had been more sensitive, making integration politics to child with special educations necessities, in the meantime of health department there aren't promotions politics of mental health, and preventions of health disorders in the school.

To address this disorder is necessary to make with a integral attention, multidisciplinary and coordinated between the health, family and educational.

There is some autonomic communities that approved protocols between education and health. This comparative study will reveal if the ADHD is attended with bio-psico-social look, and how could to get better the health attention with the help the social worker.

Key words:

ADHD, ADHD Consequences, psych educational programme, ADHD Protocol.

Índice	Página
1. Introducción	2
2. Justificación	5
3. Marco Teórico	6
3.1 La Salud en España	6
3.2 Los trastornos mentales infanto/juveniles	7
3.3 Trastorno por TDAH	8
3.4 Características de los menores con TDAH.....	9
3.5 Consecuencias de no ser diagnosticados	10
3.6 Intervención desde Sanidad	11
3.7 Necesidad de Protocolo	12
4 Metodología	14
4.1 Revisión y recerca bibliográfica.....	14
4.2 Metodología cuantitativa	15
4.3 Metodología cualitativa	16
4.4 Instrumento/Cuestionario.....	16
5 Establecimiento del Marco de la Investigación	18
5.1 Protocolos Autonómicos	18
6 Resultados	36
6.1 Resultados del análisis comparativo	36
6.1.1 La estructura	39
6.1.2 Detección de la Población.....	42
6.1.3 Diagnóstico.....	45
6.1.4 Tratamiento biopsicosocial.....	46
6.1.5 Coordinación	48
6.2 Resultados del cuestionario	49
7 Conclusiones	54
8 Propuesta	58
8.1 La figura del Trabajador Social Sanitario.....	58
9 Bibliografía	62
10 Anexos	66

INTRODUCCIÓN

La Base del Sistema Nacional de Salud es la atención integral y la mejora del bienestar. El sistema de protección sanitaria, social junto con el educativo son los pilares fundamentales para el Estado de Bienestar. Para poder ofrecer una atención integrada se hace necesario que **los sistemas estén coordinados** y, por tanto, deben desarrollar estrategias orientadas a su consecución.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), para mejorar las decisiones clínicas basadas en la evidencia científica creó el proyecto GuíaSalud. De este proyecto surgió la Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Se indica en la misma que actualmente es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y uno de los motivos más frecuentes de consulta. Este trastorno de origen neurobiológico se inicia en la edad infantil y puede prolongarse hasta en la edad adulta (1). *Es un trastorno complejo multifactorial y que afecta a la persona que lo padece en todo su ciclo vital, causando interferencias en sus actividades escolares, familiares y sociales, agravado por la alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas y otras problemáticas asociadas como el fracaso escolar, consumo de tóxicos, delincuencia juvenil....* (2).

En la mencionada guía se recomienda como tratamiento psicológico eficaz “la aplicación de un **programa de entrenamiento conductual para los padres** de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH con o sin comorbilidad”; y para los niños y adolescentes con TDAH un **programa de intervención individualizado en la escuela** que incluya aspectos académicos, sociales y conductuales, y una reeducación psicopedagógica que incluya enseñanza en habilidades y competencias académicas

El Comité de los Derechos del Niño (2010), en las observaciones que le refiere al estado español, en el art 49 recomienda al estado español que se formulen políticas que incluyan la promoción y la prevención en salud mental en las escuelas y en la atención primaria de la salud prestando **especial atención a los factores sociales de la salud y los trastornos mentales**. Así como que se examine la excesiva prescripción de medicamentos a los niños diagnosticados con un TDAH y otros trastornos del

comportamiento. Que faciliten tanto a los padres como maestros medidas que abarquen tratamientos educativos y psicológicos. (3)

En el ámbito escolar la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa en el art. 79 bis hace referencia al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje, señalando que le corresponde a las administraciones educativas identificar, valorar e intervenir en las necesidades educativas del menor, del modo más temprano posible, rigiendo el principio de normalización e inclusión.(4)

En el ámbito sanitario El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema Nacional de Salud, refleja que la atención primaria es el nivel inicial de atención, quien garantiza la continuidad de la atención, actuando como gestor y coordinador de casos. Entre sus actividades comprende promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, dirigidas al individuo, familia y comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados, todas ellas bajo un enfoque biopsicosocial. (5)

Por tanto para poder atender de manera eficaz y eficiente a los menores que padecen TDAH, y bajo un prisma biopsicosocial se hace imprescindible que las instituciones educativas, sociales y sanitarias se coordinen. Para poder realizar un abordaje integral es necesario el trabajo en equipo y la multidisciplinariedad que requiere cada caso. En el tratamiento que debe seguir el menor diagnosticado de TDAH no podemos olvidar el contexto u ámbito familiar. Por lo tanto, la figura del trabajador social sanitario se hace imprescindible dentro del equipo multidisciplinar para que el ámbito familiar quede realmente atendido.

Las competencias de sanidad y educación han sido transferidas a las distintas comunidades autonómicas., pero ante todo debe prevalecer el principio de igualdad en todo el territorio español. Para que este principio sea efectivo *El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud*, pretende desarrollar estrategias que garanticen una asistencia sanitaria de calidad independientemente del territorio español en el que se viva. Cada Comunidad Autónoma ha ido desarrollando sus normativas legales en el marco de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (6). En materia de salud las Comunidades Autónomas están encabezadas por unas consejerías, que han desarrollado sus departamentos adaptándolos a los planteamientos políticos de

cada Gobierno Autónomo y reestructurando su organización territorial, creando órganos ejecutivos consultivos y participativos dentro del sistema sanitario autonómico.

Estudiaremos a través de la comparación de diversos protocolos de actuación de diferentes comunidades como se asiste al individuo diagnosticado de TDAH, bajo el prisma de una atención sanitaria biopsicosocial y tratamiento integral, como se lleva a cabo la detección, el diagnóstico clínico, el diagnóstico social sanitario y el tratamiento, siguiendo el principio de igualdad.

2- JUSTIFICACION

La controversia que existe en la sociedad alrededor del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en cuanto a ¿Enfermedad o problema de conducta?, ¿Tratamiento farmacológico sí, o, tratamiento farmacológico no? Estas dudas suponen un problema añadido, y no ayuda a tranquilizar a los padres cuando se les indica que su hijo/a presenta indicadores de sufrir TDAH.

Por tanto, en el caso de l'Olleria, es común y frecuente que los padres acudan al "Centre Multiespai de Psicologia i Educació", lugar donde trabajo, desorientados, sin saber qué hacer, ni a dónde acudir, no saben en qué consiste la enfermedad del TDAH. Algunos, asisten sin tener todavía el diagnóstico clínico, frases como "¿Y, ahora qué hago?", "Yo no sé qué le pasa a mi hijo", "Tengo la impresión de que me toma el pelo, no me hace caso".

Los niños no acuden en mejores condiciones, viven continuamente en un ambiente de estrés y presión exterior, motivada por sus padres que continuamente les riñen y por el profesorado del colegio al que asisten.

Como Educadora Social y estudiante del Máster de Trabajo Social Sanitario, me preocupa profesionalmente esta situación de angustia y desasosiego de los padres, y los menores. Me siento comprometida a identificar y conocer cómo se gestiona el TDAH desde el ámbito educativo y sanitario. De ahí, mi decisión de conocer la realidad estudiando los protocolos que se han aprobado desde las diferentes Consejerías de Educación y Sanidad relacionadas con el TDAH.

3-MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y, la Salud Mental como:” Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

3.1 La salud en España

Los principios generales de los derechos a la protección de la salud quedan reflejados en La Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS). (7)

Los artículos de la mencionada ley, refiere en los artículos:

Art 3.2 La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Art. 6 Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

6.1 A la promoción de la salud.

6.2 A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

6.3 A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

Art. 7 Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Por tanto y basándonos en la Ley, podemos decir que: nuestro sistema sanitario garantiza que independientemente de la CCAA donde tengamos nuestro domicilio, la asistencia sanitaria que debe recibir cualquier ciudadano en el territorio español debe ser de una igualdad efectiva. Y que, no solamente se debe prestar atención a la cura de la

enfermedad, sino también a la educación, promoción, y prevención de la salud, Aunque para ello, se tengan que adaptar la organización para asegurar un mejor funcionamiento.

En cuanto a las actuaciones sanitarias del sistema de Salud, la citada Ley en el Capítulo III refiere:

En el art 20.1 La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se consideran de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

Art 20.4 Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Por tanto, para poder mejorar la salud mental se deben realizar actuaciones sanitarias de programas de prevención y protección, que protejan la salud cuando existan factores de riesgo.

3.2 Los trastornos mentales infanto/juvenil

El Ministerio de Sanidad en la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (2007), reconoce: *que el sistema educativo ha sido más sensible a la marginación y ha realizado políticas de integración para niños con necesidades educativas especiales, mientras que desde la Sanidad existe una ausencia de medidas complementarias de educación para la salud, promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en el medio escolar. (8)*

En el caso Español, el informe presentado por la convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niños (2010), en el punto 20 destaca: que se debe proseguir la labor de difundir y trabajar por los derechos del niño, y recomienda que se deben elaborar programas educativos sistemáticos que vayan dirigidos al público que trabaja

con niños: familias, jueces, abogados del orden, profesores, personal sanitario y trabajadores sociales.

En cuanto a la salud y acceso a servicios sanitarios, recomienda se formule una política nacional que promueva la promoción de la salud infantil mental, (prestando especial atención a los determinantes sociales), en las escuelas, en atención primaria, estableciendo equipos especializados que atiendan en servicios ambulatorios y hospitalarios. Que se proporcione a los padres y maestros de menores diagnosticados de TDAH y otros trastornos del comportamiento, acceso a medidas de tratamientos educativos y psicológicos. (1)

El artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, establece que corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.(4)

3.3 Trastorno por Déficit (TDAH).

Este trastorno de origen neurobiológico se inicia en la edad infantil y puede prolongarse hasta en la edad adulta, que produce dificultades de autorregulación de la conducta en tres aspectos concretos: la capacidad para mantener la atención, el control de la impulsividad y el grado de actividad (1). *Es un trastorno complejo multifactorial y que afecta a la persona que lo padece en todo su ciclo vital, causando interferencias en sus actividades escolares, familiares y sociales, agravado por la alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas y otras problemáticas asociadas como el fracaso escolar, consumo de tóxicos, delincuencia juvenil....* (2).

El diagnóstico de TDAH es exclusivamente clínico, no existe en la actualidad ninguna prueba analítica o psicométricas que pueda considerarse diagnóstica .Se basa en los criterios establecidos por el DSM-IV-TR o por la CIE-10. Requiere de al menos seis

síntomas de los nueve criterios de falta de atención, seis síntomas de los nueve criterios de hiperactividad e impulsividad y combinado si cumple al menos seis de los nueve criterios en ambas dimensiones, inatención e hiperactividad.

La sintomatología debe persistir por los menos durante seis meses, deben estar presentes antes de los siete años de edad. (7). Han de presentarse en dos o más contextos, interfiriendo en la vida social y académica, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno(9), (10)..

La valoración del TDAH requiere información obtenida directamente de los padres y de los profesores sobre la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en ambientes diferentes, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de impedimento funcional

3.4 Características de los menores con TDAH

Con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, surgen problemas procedentes del ámbito personal, socio-familiar y académico, que interfieren en el desarrollo del menor.

- Si el niño no vive experiencias de logro y éxito escolar se pone en riesgo el desarrollo de una autoestima saludable.
- Las exigencias escolares suponen un comportamiento que para el niño con TDAH le resulta difícil llevar a cabo.
- Desde el ámbito familiar pueden vivir sentimientos de decepción hacia él.
- El menor sufre recriminaciones o acusaciones.
- El niño en el hogar es incapaz de cumplir con las rutinas propias de la edad.
- Se crea tensión en la relación de los miembros de la familia.
- Pueden aparecer sentimientos de hostilidad, testarudez y conducta desafiante propia del patrón conducta negativista.
- El niño/a presenta dificultad para lidiar con los hermanos.

Para los padres, educar a un menor con TDAH, puede resultar una tarea estresante, desmoralizadora, exhausta, desesperanzadora, que produce cansancio, confusión, frustración, fatiga y sentimiento de culpa en el manejo de conducta de sus hijos, sin embargo, hay que trabajar con estos padres para que esta situación no genere una crisis en el propio niño o con la familia. , (Parker ,1994), (Barkley, 1998), (Bauermeister, 2000). (9)

Los padres se enfrentan con la dificultad del menor para responder a la exigencia académica y social. Reciben quejas de los maestros por el comportamiento del menor.

La relación de pareja puede lastimarse.

3.5 Consecuencias de no ser diagnosticados.

Una cuarta parte o más de los niños que presentan TDAH, al finalizar la etapa pueden demostrar comportamientos de un trastorno de conducta.

Se debe tratar de prevenir, autoestima empobrecida, fracaso escolar, dificultad para relacionarse, discordia familiar, depresión, uso de drogas ilícitas, uso del alcohol, actos delictivos. (Bauermeister, 2001).(9)

El TDAH (Fowler, 1995) sin tratamiento es probable que resulte en fracaso escolar, rechazo de los padres, conflictos familiares que además pueden conducir al menor a complicaciones psiquiátricas que tienen su raíz en baja autoestima y frustración. (9)

Para Armando Anaya (11) “si esta situación no se atiende de forma adecuada puede ser factor para desarrollar algunas adicciones en la adolescencia, o incluso problemas de conducta severos. “Este trastorno, que se presenta aun cuando el niño no es hiperactivo, es frecuente y representa una línea importante en el área de salud mental, porque implica una alteración en el neuro desarrollo que se manifiesta por inatención e impulsividad”

3.6 Intervención desde Sanidad

La Sanidad Pública ha presentado una Guía Clínica para los TDAH (1) en el que se plantea la necesidad de abordar este trastorno desde una perspectiva multidisciplinar y una atención coordinada en el ámbito sanitario, familiar y educativo. Así como que el tratamiento a seguir debe ser combinado, incluyendo en el mismo: tratamiento farmacológico, psicopedagógico y psicológico.

Para Ramos (1998), el tratamiento debe estar encaminado a reducir los efectos psicológicos, educativos y sociales de la falta de atención e hiperactividad-impulsividad, el menor debe mejorar la conducta, su rendimiento en el hogar y en la escuela, optimizar sus funciones cognitivas, conductuales y sociales. (9)

El TDAH, debe ser tratado ya que es causa de una morbilidad importante. El objetivo del tratamiento es reducir la frecuencia y la intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para controlar los síntomas puesto que no se dispone de tratamiento curativo. El plan de cuidados debe constar de:

- Aportar estrategias para su manejo al niño y a su familia.
- Identificar objetivos del tratamiento: conductuales y académicos.
- Tratamiento conductual y farmacológico, conociendo los beneficios y posibles efectos secundarios.

La coordinación de todos los ámbitos que intervienen en el tratamiento del TDAH es fundamental para un tratamiento eficaz y eficiente. (10)

En un comunicado, el doctor Armando Anaya Segura, jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI informa que la terapia en niños con TDAH consiste en la orientación de los padres y la terapia psicoeducativas de los menores. (11)

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, hace un análisis de las dimensiones que debe abarcar la salud mental, la autoestima, el autocontrol el optimismo y el sentido de la coherencia.

3.7 Necesidad de protocolo

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, reconoce que los protocolos son herramientas básicas para la gestión clínica moderna. Reducen la variabilidad injustificada de la práctica clínica, adecuan el gasto y mejoran la continuidad asistencial. Con ellos se define el procedimiento adecuado para lograr la continuidad y eficiencia en la atención, se maximiza la efectividad y la equidad, la eficiencia y la calidad global de la atención. Y recomienda se protocolarize entre otros el trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo. (8)

Cuando hacemos mención a protocolo según la definición de El Dictionary of Public Health, Oxford, La RAE, La Enciclopedia Catalana, define que protocolo

se trata de un procedimiento, o un conjunto de procedimientos que obedecen a un plan superior, lo que significa que se orienta a una situación o circunstancia determinada, a diagnósticos médicos, que por su trascendencia y repetición, por lo que irradian en su entorno, requieren una intervención, o un conjunto de ellas, específica y sistemática(13).p68

El servicio Andaluz de Salud, ha elaborado una “Guía para la elaboración de protocolos”, (2009). En la misma indica que “no es posible contar con una estructura universalmente aceptada por lo que pueden surgir preguntas del tipo ¿cómo se redactan?, ¿es válido cualquier documento?, ¿qué estructura deben seguir?.

Finalmente y después de haber consultado manuales de protocolos, recomienda basándose en la Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos Basados en la Evidencia, así como las propuestas del instrumento AGREE¹ y del National Institute of Clinical Excellence², que es deseable que contengan y en orden.

Fecha de elaboración y fecha de revisión. Autores. Revisores. Conflicto de intereses. Introducción. Definición/es. Objetivos. Ámbito de aplicación. Población diana. Personal que interviene. Material. Términos y definiciones. Procedimiento. Evaluación. Bibliografía. Anexos. (14).

Con el estudio de los protocolos nos proponemos como objetivos:

¹ The AGREE Collaboration. AGREE instrument. Spanish versión, www.agreecollaboration.org.2001.

² National Institute for Clinical Excellence. A Step-by-Step guide to developing protocols.

- Averiguar qué acciones se recomiendan para rebajar la tensión y maltrecha relación familiar como consecuencia de TDAH.
- Indagar como se favorece el desarrollo del menor desde las habilidades y cambios de conducta que deben asumir los padres.
- Observar la función que realiza el Trabajador Social Sanitario.

4-METODOLOGIA

Este trabajo de TFM pretende estudiar el estado de la situación en como desde las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) se aborda la problemática, consecuencias, necesidades que presentan los menores y familiares, y tratamiento que se realiza cuando un menor es diagnosticado de TDAH. En nuestro empeño por conocer la realidad, hemos utilizado metodología cuantitativa y cualitativa, ya que la utilización de las dos metodologías permite que una se complemente a la otra y, por tanto, nos ayuda a comprender mejor el estado de la cuestión.

4.1 Revisión y recerca bibliográfica

En **primer lugar** hemos realizado el método de la revisión bibliográfica de artículos, publicaciones, resultados de investigaciones, páginas WEB.... En todo el proceso de recogida de información se ha perseguido que los documentos apareciesen publicados en revistas científicas, de este modo garantizamos la validez de la credibilidad al haber sido sometido estos artículos a una evaluación externa.

Tras una lectura minuciosa se han seleccionado aquellos documentos que aportan y clarifican información relevante al objetivo que perseguimos, “estudios e investigaciones que incorporen los resultados en la realización de tratamientos asignados al TDAH”

Se ha pretendido que la información estuviese actualizada, por tanto se han seleccionado aquellos artículos y publicaciones más actuales.

En la búsqueda de los documentos se han utilizado diversas bases de datos y fuentes documentales.

ProQuest Health

El google académico de internet

Dialnet

A través del servicio de la Biblioteca de la UOC.

Los descriptores que hemos utilizado en la búsqueda han sido TDAH, CONSECUENCIAS, TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO, FAMILIARES. Añadiendo el goleano AND.

En segundo lugar. Nuestra intención es poder comparar cómo se detecta, valora, diagnostica y reciben el tratamiento los diagnosticados de TDAH en el estado español. Para ello hemos creído que es conveniente comparar los distintos protocolos sanitarios existentes y editados o publicados por las correspondientes Consejerías de Sanidad y Educación de las distintas Comunidades Autónomas. El elegir los protocolos de las correspondientes Consejerías ha sido premeditado, puesto que es el documento marco que debe regir el proceso de los menores con sospecha de sufrir TDAH. Entendemos que existen protocolos correspondientes a la detección y tratamiento del TDAH aprobados en organizaciones, asociaciones, fundaciones, proveedores sanitarios. No obstante para nuestro trabajo comparativo nos centraremos en el protocolo aprobado por la Consejería de cada CCAA.

4.2 Metodología cuantitativa.

Para poder ampliar más la información de manera directa sobre el contexto sanitario y educativo en el que se desenvuelve la detección, valoración, diagnóstico y tratamiento del TDAH, se ha creído conveniente aplicar un cuestionario de confección propia a los padres de menores con sospecha de sufrir TDAH y que acuden al Centro de Psicología y Educación en la población de L'Olleria-(Valencia). Ver anexo 1

El motivo de elegir este centro es el acceso fácil que tenemos a estos padres, puesto que es mi lugar de trabajo. Esta muestra no es representativa, pero aporta información relevante para nuestro trabajo desde la percepción de los padres con menores diagnosticados o con sospecha de sufrir TDAH. El primero de estos cuestionarios se administró el 17 de Abril del 2017, de los 12 posibles casos que reunían el perfil para que se les administrase el cuestionario, solamente 8 accedieron a realizarlo.

4.3 Metodología cualitativa

Hemos creído conveniente completar la información obtenida por los cuestionarios realizando entrevistas personales.

La primera entrevista a la Trabajadora Social Sanitaria del Centro de Atención Primaria de l'Olleria, por ser la persona de referencia de :ZBS 3 (Beniganim y Pobla de Duc), ZBS 13(Alfarrasi, Montaverner y l'Olleria). Nuestro objetivo es recoger información de cómo se coordina la AP con la especializada en casos de menores diagnosticados de TDAH, y si ella como TSS forma parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente.

La segunda entrevista al psiquiatra de “Salud Mental” del Hospital General de Granollers. Nuestro objetivo es recoger información sobre las consecuencias de sufrir TDAH y las deficiencias que observa desde la asistencia sanitaria para poder trabajar desde un continuum asistencial.

El tipo de entrevistas utilizadas ha sido semiestructurada, aunque se ha dado un cierto grado de libertad al entrevistado para hablar ampliamente, sin olvidar en ningún momento los objetivos que pretendíamos conseguir con la entrevista personal.

Para terminar de comentar el proceso, indicamos que el registro de la entrevista fue por escrito, se pidió permiso a la persona entrevistada para poder tomar notas de sus respuestas.

4.4 Instrumento/ Cuestionario

El cuestionario ha sido otro instrumento de recogida de información. En su elaboración se han definido los objetivos, hemos establecido la población y la muestra, se ha realizado una batería de ítems que ha sido revisada para poder construir el formato del cuestionario, se ha administrado el cuestionario –Pretest- (15)

Nuestro objetivo es averiguar desde la percepción que tienen los padres, cómo se desarrolla el proceso desde el momento en que existen sospechas de que su hijo/a sufra TDAH.

Las dimensiones son:

1. Con referencia al Centro Educativo
2. Respecto al Centro de Atención Primaria

El cuestionario se administró a padres de menores con sospecha de sufrir TDAH y que acuden al Centro de Psicología y Educación en la población de L'Olleria- (Valencia).

El cuestionario es anónimo, recoge como datos identificativos, la edad del menor y la gestión del centro educativo al que asiste su hijo: privado, concertado, público., tiene una serie de 23 ítems de estos hay 9 con una escala de Intervalo de Muy Insatisfecho Insatisfecho, Satisfecho, Muy Satisfecho, - 6 con una escala de Intervalo de Nada, Poco, Bastante, Mucho, -, 5 preguntas estructuradas nominales categoriales y 3 estructuradas nominales dicotómicas.

5- ESTABLECIMIENTO DEL MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudiaremos a través de la comparación de diversos protocolos de actuación de diferentes comunidades como se asiste al individuo diagnosticado de TDAH, bajo el prisma de una atención sanitaria biopsicosocial y un tratamiento integral.

Como se coordinan los diferentes servicios sanitarios, servicios educativos y servicios sociales, cuando intervienen en un mismo caso, “niño/a con sospecha de sufrir TDAH”. Compararemos cinco dimensiones de los protocolos: la estructura, como se detecta la población, la elaboración del diagnóstico, (para la elaboración del diagnóstico se observará si se tienen en cuenta el diagnóstico social sanitario del menor), el tratamiento biopsicosocial, coordinación y seguimiento.

En el abordaje de los problemas psicosociales, observaremos como se atienden las necesidades de los padres de cómo afrontar la enfermedad, y poder ayudar a su hijo/a para que el tratamiento sea más efectivo.

5.1 PROTOCOLOS AUTONOMICOS PARA ATENDER EL (TDAH)

GOBIERNO DE ARAGON (16)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Instituciones educativas, Servicio Neuropediatría, Neurofisiología, Psiquiatría Infanto-Juvenil, centros de AP, Asociación Padres y Madres de Niños Hiperactivos.

Estructura.

TDAH, Comorbilidad, Causas, Diagnóstico. Tipos de trastorno. Protocolo de intervención. Tratamiento farmacológico. Tratamiento psicológico – psicoeducativo.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación.

Padres, profesores, pediatra o médico de familia, la sospecha se traslada al servicio de Orientación del colegio.

Evaluación / Identificación /Diagnóstico

- **Ámbito sanitario:** La fase inicial en sanidad corresponde al pediatra, que confirma o descarta el trastorno, si confirma indicadores de TDAH, da traslado al orientador del centro para evaluación psicopedagógica.
- **Ámbito educativo:** el orientador si hay indicadores de TDAH realiza la evaluación psicopedagógica. Con el consentimiento de los padres, traslada al pediatra para valoración complementaria.

Diagnóstico.

Según Criterios de la CIE-10, según criterios del DSM-IV-TR

Dependiendo de la situación clínica, desde el ámbito médico se remite a Salud Mental o Neurología.

Los diferentes profesionales, (pediatra y orientador del centro), emiten formulación diagnóstica, y se elabora el Plan de Tratamiento Individual e interdisciplinar, los profesionales que lo van a llevar a cabo, la coordinación y el seguimiento.

Tratamiento.

Ámbito educativo

- Adaptaciones curriculares no significativas, (ajustes, cambios metodológicos, refuerzo...).
- Si presenta problemas de conducta, aprendizaje, estado de ánimo.../ alumno con necesidades específicas de apoyo educativo.

Ámbito sanitario / tratamiento farmacológico, prescripción y control.

Intervención psicosocial con el menor.

- Si se descarta trastorno y existe déficit educativo, tratamiento psicoeducativo en el contexto escolar y en el familiar.
- Niños con TDAH, tratamiento multimodal, (tratamiento farmacológico, psicológico y psicoeducativo.)
- Información del orientador al profesorado del menor para realizar los ajustes necesarios y responder a sus necesidades específicas con la organización de la clase, distribución de los alumnos, materiales y recursos, metodología en las explicaciones.
- Establecer un programa conductual individual que realizará el profesor del menor.

Intervención psicosocial en la familia y en el entorno de la persona afectada

Los padres deben conocer en que consiste el trastorno, se les debe proporcionar conocimientos básicos para manejar las conductas de sus hijos, algunas orientaciones para con sus hijos con TDAH.

Seguimiento.

- Fundamental establecer coordinación entre los profesionales, (pediatra y orientador), para su tratamiento y seguimiento. .
- Colaboración entre padres y profesores fundamentales.

Gestión de servicios y programas de apoyo al tratamiento.

- En Asociaciones de familias de niños hiperactivos.
- Trabajar desde el hogar, controlar el ambiente, introducir reajustes en el ámbito familiar (no indica quien atiende a los padres.)
- Describe técnicas de modificación de conducta más eficaces en el TDAH, técnicas para incrementar la conducta deseada. Refuerzo positivo, economía de fichas, extinción, tiempo fuera, castigo (positivo-negativo). No indica quien va a ayudar a los padres a desarrollar estas técnicas. Sí se hace la observación de “deberían contar, además, con la comprensión de todos, la ayuda de profesionales formados y con una red de apoyo social.

- En los anexos existe una relación de programas para alumnos, para padres y para profesores.

GOBIERNO DE CANARIAS (17)

Instituciones/ organismos que colaboran.

Consejería de Sanidad y Consejería de Educación.

Estructura

Coordinación. Detección

Sospecha de la población/ Detección / Derivación.

- Acción preventiva: Para una detección temprana, el profesorado infantil de 5 años y primer ciclo de primaria recogerán en un acta, el tercer trimestre de cada curso escolar, relación de alumnos/as con sospecha de TDAH. Y, el coordinador de ciclo solicitará la valoración previa del orientador.
- Sospecha del equipo docente y/o el entorno familiar, se iniciará valoración por el orientador mediante entrevista a la familia, profesorado y alumno, con el consentimiento de los padres.
- Sospecha del pediatra, solicita del centro al (director/a) a través de los padres, información de la evolución escolar del menor.

Evaluación / Identificación / Diagnóstico

- Según la valoración del orientador y la opinión del de la Comisión Pedagógica, dirección solicitará la evaluación psicopedagógica. Si se van confirmando los indicadores el orientador elaborará “informe educativo” para los servicios sanitarios, para que realicen el diagnóstico clínico, tratamiento y seguimiento si procede. Los padres entregaran el informe al sanitario/pediatra.
- Ámbito educativo: Evaluación psicopedagógica /Orientador
- Ámbito sanitario: El pediatra, médico de familia o desde USM, realizarán las exploraciones oportunas, elaborarán el informe clínico que los padres entregaran al centro educativo.

Tratamiento.

- La evaluación psicopedagógica y el informe clínico proporcionaran las medidas más adecuadas al paciente.
- **Ámbito sanitario:** Plan de actuación (tratamiento y seguimiento), pediatra, médico de familia o USM
- **Ámbito educativo:** La evaluación psicopedagógica proporciona las medidas y la respuesta educativa en el aula.

Intervención psicosocial con el menor.

Intervención psicosocial en la familia y en el entorno de la persona afectada

Seguimiento.

En el informe clínico elaborado por el pediatra, se reflejara que profesional sanitario (pediatra, médico de familia o USM), mantendrá la coordinación con el orientador.

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

La comunicación se establece mediante informe educativo e informe clínico que entregan los padres.

Otros materiales.

- Anexos: modelos cuestionarios padres, profesores, informe educativo, informe clínico, ecomapa
- El anexo IV, *informe educativo* hace referencia a la historia familiar.

CASTILLA Y LEON (2016) (18)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Consejería de Educación y Portal de Salud Castilla y León

Estructura.

Introducción. Detección, Diagnóstico, Seguimiento. Flujogramas. Coordinación. Interadministrativa. Evaluación Proceso de Coordinación.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

- Desde el centro educativo: A demanda del tutor, el orientador realizara una evaluación inicial. Si posible TDAH, (autorización familiar), informe a servicios sanitarios.
- Desde el centro sanitario: si sospecha solicita informe al orientador del centro educativo
- Por demanda de la familia a servicios sanitarios.

Evaluación / Identificación /diagnostico.

- **Ámbito educativo:** Es la evaluación psicopedagógica realizada por el orientador, donde se determina si el menor presenta Necesidad Especifica de Apoyo Educativo o no.
- **Ámbito sanitario:** entrevista con la familia, valoración de presencia de algún grado de disfunción en el entorno familiar, escolar y de relación, exploraciones complementarias, e informe escolar. El pediatra o médico de AP realizará la impresión del diagnóstico.
- El Equipo de Salud Mental realizará la valoración completa si desde AP 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. Realizarán la confirmación diagnóstica y/o seguimiento clínico del TDAH por parte del SMIJ.

Tratamiento.

- Centro educativo: El orientador recomienda la Intervención educativa que se llevará a cabo, se incluirá en la misma, adaptaciones metodológicas, programas específicos de modificación de conducta, habilidades sociales, entrenamiento en auto-instrucciones, reflexividad, autocontrol y/o control emocional.
- Ámbito sanitario: Si se diagnostica al menor de TDAH, se diseñará el Plan de Acción Individualizado (PAI). El PAI se realiza desde AP, o, desde SMIJ.
- En el PAI se incorporará el: Plan de acción. Información, educación y comunicación. Tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, si precisa. Revisiones periódicas.

Intervención psicosocial con el menor.

Se atiende a lo reflejado en el Informe Psicopedagógico del orientador del centro educativo.

Se proporciona a la familia orientación para con las necesidades educativas del menor.

Intervención psicosocial en la familia y en el entorno de la persona afectada

Seguimiento.

- Desde el centro de AP con el Plan de Acción Individualizado: seguimiento, control del tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, revisiones periódicas. Si surgen otros problemas se deriva Salud Mental Infanto-Juvenil
- Salud Mental Infanto-Juvenil: Deriva a AP para su seguimiento después de tratamiento con Salud Mental, si se estima conveniente.
- Desde el centro educativo: se crean pautas de colaboración familia/centro educativo

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

Se establecen mecanismos de coordinación ente los Servicio Sanitarios y los Servicios Educativos sobre los casos más graves.

Los servicios Centrales de Educación y la Gerencia Regional de Salud, cada curso escolar se intercambian datos de los profesionales de orientación y sanidad, teléfonos de

contacto institucional y correo electrónico corporativo, para facilitar la comunicación entre los profesionales.

Otros materiales.

Flujogramas de desarrollo de ambos Servicios.

Modelos de informes: Escolar inicial para los Servicios Sanitarios, autorización de traspaso de información entre los servicios. Solicitud e información al centro educativo, informe sanitario para el Servicio de Orientación, informe de coordinación, informe de recogida de datos para evaluación del protocolo.

GOBIERNO DE EXTREMADURA (2015) (19)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Consejería de Educación y Cultura, consejería de Salud y Política Sociosanitaria.

Estructura.

Justificación de la necesidad de protocolo. Introducción. Momentos de Actuación. Evaluación y seguimiento del protocolo.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

- Desde el centro educativo. El tutor para facilitar la detección, en caso de sospecha, se sirve de una escala de detección del TDAH, solicita autorización a los padres y demanda valoración al Equipo de Orientación Educativa.
- Desde el centro sanitario: A demanda de la familia o centro educativo, entrevistan al menor y la familia, en la valoración general de la salud del menor **consideran las circunstancias sociofamiliares.**
- AP deriva a servicios sanitarios especializados mediante **Orden clínica** a través del sistema JARA³ que incluye (sintomatología, resultados escalas, pruebas

³ JARA- Programa de modernización de los Sistemas de Información, abarca de manera integrada Atención Primaria y Atención especializada. Gestiona Clínica Integrada/ estación de trabajo única.

complementarias, valoración sociofamiliar realizada por el trabajador social sanitario del equipo de atención primaria), junto con el informe educativo.

- ESM o el Neuropediatría, enviará informe al centro escolar dirigido al orientador educativo, con los datos recogidos del gestor de caso, para la coordinación adecuada.

Evaluación / Identificación /diagnostico.

- **Ámbito educativo:** Realiza entrevistas con la familia, utiliza escalas para su detección.
- **Ámbito sanitario:** El pediatra entrevista al menor y a la familia. Realiza una valoración general de salud del menor. Considerará los posibles efectos secundarios de medicamentos que esté tomando el niño. Excluirá el consumo de tóxicos y otras conductas adictivas. Valorará si están presentes otras alteraciones psicopatológicas. Considerará circunstancias familiares.
- El diagnostico lo debe realizar facultativo con formación y experiencia (valoración clínica y sociofamiliar, aportaciones del informe Educativo).
- Se elabora el diagnostico social por el trabajador social que forma parte del equipo multidisciplinar

Tratamiento.

- Medidas dirigidas al menor y familia de carácter pedagógico, informativo y psicoeducativo, en el aula, familia y con el menor.
- Plan de Intervención Educativo: Se elaborara de manera coordinada (orientador del centro, educador social y el ámbito sanitario). Necesidades Específicas de apoyo educativo.
- Plan Individualizado de Intervención Sanitaria, se especificará el nombre del gestor sanitario del caso, En los casos más graves que interviene SMIJ.

Intervención psicosocial con el menor y familia.

- El Plan Individualizado de Tratamiento incluirá *intervención terapéuticas que se va a realizar con el menor y su familia* .Consideraciones sobre el tratamiento farmacológico.

- AP en colaboración con el centro escolar intervendrán en casos de TDAH leves y moderados.

Para *intervención psicoeducativa y entrenamiento de padres*, Se puede solicitar colaboración con el Programa de Familia de los servicios sociales.

Anexo X- La intervención social, el/la trabajador social sanitario

Seguimiento.

- El seguimiento se realiza desde el centro de AP para aquellos casos menos complejos, y que no precisen derivación a Neuropediatría o Salud Mental
- Los casos derivados desde AP a Salud Mental Infanto-Juvenil y Neuropediatría, y, que se diagnostique TDAH desde atención especializada, se remitirá informe al Pediatra con especificación de colaboración y datos del gestor de caso.
- *Aunque el tratamiento principal se realice en Atención Especializada el gestor sanitario del caso puede ser del miembro del Equipo de AP.*

La coordinación y seguimiento se realiza en los niveles de: familia, AP, Atención Especializada, Servicios de Orientación, servicios sociales, de protección a la infancia.

El trabajador social establece canales de comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinar y con otras estructuras sociosanitarias y educativas. (Anexo X)

Se establecerá en el documento de seguimiento conjunto, los coordinadores educativo y sanitario, las vías de comunicación, los horarios y la periodicidad.

Anexo XI- documento de seguimiento conjunto, lo firman el coordinador educativo y el gestor sanitario que puede ser persona de AP.

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

En el Plan de intervención educativa, se recogerá el orientador de cada caso que se comunicara con el gestor sanitario para coordinar las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social.

Gestión de servicios y programas de apoyo.

Junto con la autorización de los padres para valoración de su hijo/a se les entrega un documento de información del proceso.

Otros materiales.

Hojas de seguimiento protocolo, modelos informes, orientación a los padres, esquema general del diagnóstico y tratamiento

Anexo 10 –la intervención social

GOBIERNO DE CANTABRIA (2014) (20)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Consejería de Sanidad, Servicios Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte

Estructura.

Introducción. Objetivos. Proceso de detección, valoración e intervención. Procedimiento de intercambio de información. Evaluación del protocolo.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

- *La familia* puede requerir tanto a la pediatra, como al tutor del centro educativo, para exponer su problemática.
- *Centro educativo:* El tutor, si sospecha, solicita evaluación al Equipo de Orientación Educativa. El Equipo de Orientación si hay indicios de TDAH pone en marcha el programa “Intervención Educativa Inicial” durante un

máximo de seis meses y valora. Si no ha mejorado, se inicia Evaluación psicopedagógica por parte del Orientador. Autorización de los padres y derivación a pediatra de AP

- *Centro sanitario:* si sospecha de posible trastorno de TDAH solicitará información al centro educativo a través de documentos que serán entregados por los padres. Derivará si lo estima conveniente a Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Si hay comorbilidad neurológica derivará a Unidad de Neuropediatría.

Evaluación /Identificación /diagnostico.

- *Ámbito educativo:* El Equipo de Orientación, ante un caso posible de TDAH interviene con el “Plan de Intervención Educativa Específica”, si con este plan no se consigue mejoría se inicia por el orientador “evaluación psicopedagógica”
- *Ámbito sanitario:* Con el informe escolar, con los resultados del “plan de Intervención Educativa” que se ha realizado con el niño, junto con una evaluación clínica, el pediatra puede establecer diagnóstico de TDAH.
- Si el menor asiste a *la atención especializada* por motivo de otras consultas, y se le diagnostica TDAH, desde el ámbito sanitario especializado se solicitará al centro educativo informe de valoración.

Tratamiento

- *Tratamiento ámbito educativo: El plan de Intervención Educativa Específica que incluye:*
Adaptaciones metodológicas, curriculares y organizativas. Programas de habilidades sociales, autoinstrucciones, entrenamiento en control, etc.
- *Tratamiento en el ámbito sanitario:*
 - Atención Primaria: tratamiento farmacológico
 - Atención especializada: tratamiento farmacológico, *tratamiento psicológico.*

Intervención psicosocial con el menor y familia:

A la familia desde Atención Primaria se le entregan documentos de pautas generales de psicoeducación.

El menor recibe intervención psicológica si es atendido por SMIJ.

Seguimiento.

Seguimiento desde el ámbito sanitario, desde la atención especializada derivaran a AP para su seguimiento cuando el caso se mantenga estable.

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

Se elaborará un plan interdisciplinar de intervención, coordinación y seguimiento de las actuaciones entre el centro escolar y AP.

Todo el procedimiento de intercambio de información está estandarizado, así como los modelos a utilizar en cada situación del proceso, (incluidos en anexos).

CASTILLA LA MANCHA (2017) (21)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Protocolo suscrito por Consejería de Bienestar Social, Consejería de Educacion, Cultura y Deporte y Consejería de Sanidad

Estructura.

Introducción. Comisión técnica de seguimiento. Fases del protocolo. Circuito del protocolo.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

El tutor/profesor del menor, ante la sospecha solicita que se valore por parte del orientador.

El orientador inicia el proceso de evaluación psicopedagógica que incluye:

- Medidas educativas, orientaciones educativas al tutor y a la familia.
- Realiza informe psicopedagógico, y junto con la autorización familiar remite a Pediatra.

Pediatría- Si la sospecha surge del ámbito sanitario solicita petición de información al centro educativo.

Deriva a atención especializada USMIJ si estima conveniente.

Evaluación / Identificación / Diagnóstico.

Ámbito educativo: El orientador recibe los Informes de la evaluación clínica realizada en pediatría o en atención especializada y continúa con el proceso de la evaluación psicopedagógica.

Ámbito sanitario: La USMIJ completa la evaluación y diagnóstica.

Tratamiento

Ámbito educativo: Ajuste de medidas educativas necesarias, adaptaciones curriculares si es necesario, medidas organizativas.

Ámbito sanitario: elaboran el Plan de Intervención

Intervención psicosocial con el menor y familia:

Intervienen los Servicios Sociales de Atención Primaria si existen alteraciones psicosociales. Realizan la construcción de un plan de intervención social, donde se identifican las necesidades que precisa la familia.

Seguimiento.

Desde el centro educativo el orientador mantiene informado al especialista mediante informe que los padres llevan a las revisiones médicas. En la revisión médica recogerán la información sanitaria y la llevarán al centro escolar.

REGION DE MURCIA (2012). (22)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Consejería de Sanidad y Política Social y Consejería de Educación, Formación y Empleo.

Estructura.

Introducción. Flujograma del protocolo. Descripción del protocolo. Asociación de interés en la Región de Murcia.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

- Por parte de la familia, pediatra, tutor del centro escolar, se ponen en contacto con el Servicio de Orientación del Centro Educativo.
- El Servicio de Orientación (SO), realiza valoración del niño (entrevista a padres, instrumentos, escala para padres y profesores).si presenta indicadores de TDAH, se solicita autorización a los padres, se elabora un informe y los padres en mano lo llevan al Pediatra para valoraciones complementarias.

Evaluación / Identificación / Diagnostico.

Ámbito educativo: Si los análisis del SO muestran posibles indicadores de TDAH, evalúan el Nivel de Competencia Curricular del Niño, Capacidad Intelectual y el Estilo de aprendizaje.

Ámbito sanitario: La pediatra valora dinámica familiar, explora al niño y solicita exámenes clínicos complementarios. Si los indicadores muestran posible TDAH se deriva a CSMIJ.

Los padres acuden a la consulta de CSMIJ con:

- La hoja de interconsulta que les ha facilitado AP.
- La copia de autorización firmada por los padres.
- Un modelo de informe que deberá rellenar el psiquiatra y que posteriormente deberán devolver al SO.

Si no se diagnostica TDAH se remite al pediatra que emite informe para el SO.

Tratamiento

Tratamiento en el ámbito sanitario:

- Atención especializada: Si hay diagnóstico de TDAH se inicia tratamiento.

Intervención psicosocial con el menor y familia:

.Anexo XII, hoja informativa de orientaciones a los familiares para dar respuestas al déficit de atención.

Seguimiento.

En cada revisión médica los padres llevan informe del departamento de orientación y regresan con informe sanitario, de este modo se realiza el intercambio de información.

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

El profesional sanitario (pediatra, CSMIJ refleja la valoración y sus indicaciones en un modelo que previamente los padres llevan en mano, para devolver al SO.

Otros materiales:

Lista de asociaciones, y modelos de hojas (informes, autorizaciones..), para cada momento del proceso.

GOBIERNO DE NAVARRA. (2014). (23)

Instituciones/ Organismos que colaboran.

Refrendado por la Dirección de Salud Mental, Atención Primaria y el Departamento de Educación.

Estructura.

Introducción, Flujograma del circuito asistencial. Guía de cumplimentación del protocolo, derivación y traspaso de información. Interconsulta no presencial.

El protocolo refiere a la realización de un flujograma del circuito asistencial, en el que se establecen los niveles de atención, según 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.

Sospecha de la población/ Detección / Derivación

Por parte de la familia, pediatra, tutor del centro escolar, se ponen en contacto con el Orientador del Centro Educativo.

El orientador si presenta indicadores de TDAH, solicita autorización a los padres, emite informe, y deriva al Pediatra.

El protocolo especifica los criterios de derivación entre Pediatría y Neuropediatría - Pediatría y SMIJ

Evaluación / Identificación Diagnostico.

Ámbito educativo: El orientador realiza evaluación psicopedagógica.

Ámbito sanitario: La pediatra realiza el estudio y evaluación diagnostica. Remite al centro escolar el informe y el plan terapéutico. Dentro del estudio (anamnesis) que realiza la pediatra se encuentra el estudio de “situación familiar”.

Si presenta otras comorbilidades derivara a salud mental y/o neuropediatría.

Tratamiento

Tratamiento en el ámbito sanitario:

- Pediatra: Puede iniciar tratamiento farmacológico a dosis eficaz, si la evolución a 3-6 meses no es buena deriva a CSMI.
- Atención especializada: Tras la evaluación se informa al centro escolar, (departamento de orientación), del diagnóstico, tratamiento farmacológico y pautas recomendadas.

Intervención psicosocial con el menor y familia / no aparece

Seguimiento / no aparece

Como se establece la comunicación con los demás profesionales que intervienen.

Se establece una nueva vía de comunicación y coordinación entre la atención especializada y Pediatría de Atención Primaria, mediante la ficha de Interconsulta No presencial para SMIJ existente en ATENEA. Será enviada vía correo electrónico. Los profesionales responsables 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. Cuando el Pediatra o Médico de Atención Primaria, en el seguimiento, surjan dudas relacionadas con el diagnóstico o manejo terapéutico. Favoreciendo la continuidad de cuidados del niño/a.

Otros materiales:

Modelos de hojas (informes, solicitudes, autorizaciones..), para cada momento del proceso.

De las siguientes comunidades no hemos reflejado el protocolo, puesto que no participan en la confección del mismo el ámbito sanitario y el ámbito educativo, únicamente y de manera unilateral lo ha realizado una de las partes.

Junta de Andalucía. (24) Instrucciones de 20 de Abril de 2012, de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa.

Gobierno de la Rioja (25). El Protocolo de Intervención educativa con el alumnado con TDAH, solamente intervienen en su confección Dirección General de Educación.

Gobierno Vasco. (26). Desde el Departamento de Educación Universidades e investigación han realizado una Guía de actuación con el alumnado con TDA-H.

Generalitat de Catalunya, (2015) (27). Se ha confeccionado únicamente desde el departamento de Salud. Protocol per al maneig del Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el sistema sanitari català.. Barcelona

Comunidad Valenciana. El 01.03.2017 La comisión de Sanidad de las Cortes Valencianas ha aprobado un protocolo de actuación frente a los casos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Todavía no se ha publicado (28).

6- RESULTADOS

6.1 Resultados del análisis comparativo de los protocolos

ESTRUCTURA							
		DIAGNÓSTICO /INTERVEN.	TRATAM.	SEGUIM	ANEXOS	FLUJOGRAMA	BIBLIOG.
GOBIERNO DE ARAGON	TDAH, Comorbilidad, Causas, Detección, Identificación	X	X	----	Instrumento de evaluación. Programa alumnos, padres y profesores. Cuestionario screening.	-Protocolo de intervención -Tratamiento	X
GOBIERNO DE CANARIAS	Coordinación. Detección.	----	----	----	Cuestionario padres y profesorado. Orientaciones Hoja remisión a Salud. Informe educativo. Informe clínico.	-Proceso identificación e intervención.	x
CASTILLA Y LEON	Introducción. Detección. Coordinación. Coordinación administrativa. Evaluación Proceso de Coordinación.	x	x	x	Informe a serv. sanitarios. Autorización traspaso información. Solicitud al centro educativo. Informe sanitario al centro. Informe coordinación.	Actuación ámbito educativo. Actuación ámbito sanitario.	X
GOBIERNO DE EXTREMADURA	Introducción. Detección. Intervención. Coordinación. Evaluación y seguimiento del protocolo.	x	x	x	Modelo autorización. Informe educativo. Medidas al menor y familia. Criterio DSM-5. Tratamiento farmacológico. Intervención Social. Hoja de seguimiento.	Esquema general del diagnóstico y tratamiento	x

		DIAGNÓSTICO /INTERVEN.	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	ANEXOS	FLUJOGRAMA	BIBLIOG.
GOBIERNO DE CANTABRIA	Introducción. Objetivos. Proceso de detección. Valoración. Procedimiento intercambio información. Evaluación del protocolo.	x	x	x	Consentimiento transmisión de datos y traspaso de información. Informe educativo a servicios sanitarios. Informe de puesta en marcha de intervención a servicios sanitarios. Evaluación psicopedagógica a servicios sanitarios. Modelo Plan interdisciplinar. Solicitud a los servicios educativos. Informe clínico provisional y definitivo al centro escolar. Informe clínico de USMIJ a AP.	Detección temprana de personas con sospecha de TDAH a nivel educativo, a nivel sanitario y a nivel de atención especializada. Procesos de intercambio de información.	-----
CASTILLA LA MANCHA	Introducción. Comisión técnica de seguimiento. Fases del protocolo. Circuito del protocolo.	x	----	x	Autorización familiar. Informe psicopedagógico. Informe del centro al pediatra. Solicitud de información al centro escolar. Derivación de AP a especializada. Informe clínico de SM a AP, y al centro escolar. Informe seguimiento.	Circuito del protocolo, centro escolar, Servicios Sociales y AAP	x
REGION DE MURCIA	Introducción. Descripción del protocolo.	----	----	----	Autorización, Informe del centro educativo a AP. Informe de Pediatría a Salud Mental, a S. Orientación del Centro, a Neuropediatría. Informe de Neuropediatría, de Salud Mental. Orientaciones familiares para dar respuesta al TDAH / El papel de los padres.	Fase inicial de detección. Fase intermedia de identificación. Fase final de diagnóstico.	x
GOBIERNO DE NAVARRA	Introducción, Flujograma, Guía de cumplimentación del protocolo, derivación y traspaso de información. Interconsulta.	x	x	----	Ficha orientador. Ficha Pediatra. Consentimiento de padres. Escalas SNAP-IV. Informe médico para centro escolar.	Circuito asistencial de un niño/a con sospecha de TDAH,	x

6.1.1 La estructura

Exceptuando Gobierno de Canarias Castilla la Mancha y Murcia que dedican su redacción, mayoritariamente a explicar cómo se detecta la población, como se llega al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y coordinación entre las diferentes administraciones. El resto de las comunidades, (Aragón, Castilla y León, Extremadura, Cantabria y Navarra, además de los apartados expuestos anteriormente también reflejan en el cuerpo del protocolo la información general sobre las características del TDAH, ¿qué es?, los diferentes tipos que hay, las causas que produce en el niño/a que lo sufre, trastornos con los que suele asociarse, consecuencias funcionales que provoca en el niño/a.

El Gobierno de Cantabria es el único que en la estructura de su cuerpo no viene detallada la bibliografía.

DETECCIÓN DE LA POBLACION				
	FAMILIA	CENTRO EDUCATIVO	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
GOBIERNO DE ARAGON	La sospecha al tutor del centro educativo o al pediatra.	Profesor o dirección del centro, trasladan la sospecha al SO. A través de la familia se informa al pediatra.	Ante la sospecha el pediatra remite al orientador educativo a través de la familia.	----
GOBIERNO DE CANARIAS	Traslado al orientador del centro	Detección temprana: El profesor infantil de 5 años y 1º Ciclo de Primaria harán una relación de posibles casos de TDAH. En cualquier momento traslado al orientador del centro.	Solicita al director del centro educativo información y datos de evolución escolar, a través de los padres.	----
CASTILLA Y LEON	Debe acudir a los Servicios Sanitarios	El tutor pone en conocimiento del orientador. Si posible TDAH traslado a Servicios Sanitarios.	Sospecha generada en consulta o a demanda de los padres. Evaluación clínica y solicitar informe escolar.	----
GOBIERNO DE EXTREMADURA	Pueden dirigirse al pediatra o al tutor escolar del niño.	Los profesores tienen información para utilizar una escala y detectar TDAH. Si sospecha traslado el Equipo de Orientación Educativa. Información al pediatra.	Si se detectan síntomas en revisión sanitaria, realizan informe clínico y se traslada al centro escolar, dirigido al orientador.	Atención especializada puede detectar casos de TDAH, que han sido derivado por otras causas.
GOBIERNO DE CANTABRIA	Pueden dirigirse al pediatra o al tutor escolar del niño.	El tutor solicita evaluación al Equipo de Orientación. Se pone en marcha Intervención Educativa Inicial, si no mejora se inicia Evaluación psicopedagógica y se deriva al pediatra.	Si sospecha, solicita información al centro educativo	

<p>CASTILLA LA MANCHA</p>	<p>Pueden dirigirse al pediatra o al tutor escolar del niño.</p>	<p>Antes sospecha el tutor demanda al orientador que inicia proceso de evaluación psicopedagógica. Si existen indicadores suficientes deriva a servicios sanitarios y sociales si es necesario.</p>	<p>Si sospecha, solicita información al centro educativo. Si precisa de valoración especializada deriva a otros servicios. USMIJ</p>	
<p>REGION DE MURCIA</p>	<p>La sospecha se traslada al tutor educativo del niño, o pediatra.</p>	<p>El tutor del niño traslada la sospecha al Equipo de Orientación, y realizan valoración.</p>	<p>En primer lugar, la sospecha se hace llegar al orientador educativo. El pediatra interviene cuando el orientador del centro educativo emite informe de derivación con presencia de indicadores de TDAH.</p>	
<p>GOBIERNO DE NAVARRA</p>	<p>La sospecha se traslada al tutor educativo del niño, o pediatra.</p>	<p>Desde el centro educativo estudian y valoran al niño/a. El orientador del centro emite el documento de "protocolo de derivación" a pediatría.</p>	<p>Si existen sospechas la pediatra realiza exploración clínica. Si lo considera oportuno solicita información al centro educativo.</p>	

6.1.2 Detección de la población.

La detección de niños/as con posible trastorno de TDAH, puede realizarse desde la familia, profesores, atención primaria e incluso desde la atención especializada

En el caso de Aragón, Canarias, Extremadura, Cantabria, Castilla la Mancha, Región de Murcia y Navarra, cuando es detectado por la familia, pueden dirigirse tanto al centro educativo a través del tutor del menor, (quien trasladara la sospecha al Departamento de Orientación), como al Pediatra o Médico de Atención Primaria. Desde cualquiera de estos servicios puede dar comienzo el estudio hacia el diagnóstico del menor, siguiendo cada servicio tanto el educativo como el sanitario, los pasos del protocolo. Será a través de los padres, (mediante documento escrito), que informaran al otro servicio (educativo o sanitario) de que se ha iniciado el estudio hacia la detección del TDAH, solicitándoles la información que se requiere en cada momento.

En el caso de la Comunidad de Castilla y León se indica que si la demanda es a petición de los padres. Deben dirigirse a los servicios sanitarios.

En la región de Murcia, si se detecta desde los servicios sanitarios o a demanda de los padres que han solicitado ayuda de los mismos, El pediatra no interviene hasta que no reciba el informe de derivación del centro educativo, en el que se indique que existe presencia de indicadores de TDAH.

En todos los protocolos, en el momento de inicio del estudio y cuando se debe requerir información al otro servicio, ya sea el sanitario o educativo, ambos solicitan de los padres autorización firmada del consentimiento de intercambio de información.

El Gobierno de Canarias y de manera generalizada, ha puesto en marcha en el protocolo la “detección temprana”. El profesor infantil de 5 años y en los cursos correspondiente al Primer Ciclo de Primaria, los tutores hacen una relación de los niños/as que a su juicio presentan indicadores de TDAH. Esta relación se traslada al orientador del centro educativo.

Únicamente el Gobierno de Extremadura especifica que es posible que la detección se produzca en la Atención Especializada, ya que pueden detectar casos que se les hayan derivado por otras causas.

DIAGNOSTICO			
	CENTRO EDUCATIVO	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA.
GOBIERNO DE ARAGON	Entrevista con la familia. Entrevista con el profesorado. Observación aula. Escalas, screening. Posible TDHA / Evaluación psicopedagógica	Entrevista con padres. Hª Clínica Exploración del niño Pruebas complementarias?	Diagnostico TDAH
GOBIERNO DE CANARIAS	Entrevista y cuestionario con la familia y profesorado.. Evaluación psicopedagógica.	Exploraciones oportunas. Aproximación diagnóstica. Plan de actuación.	Si AP lo considera.
CASTILLA Y LEON	Evaluación psicopedagógica.	Entrevista con la familia. Examen general de salud del menor. Exploraciones complementarias si procede. Impresión diagnóstica. Plan de Acción Individualizado.	Si AP observan otros problemas. Entrevista familiar. Valoración psicopatológica. Exploraciones complementarias. Confirman diagnóstico.
GOBIERNO DE EXTREMADURA	Escala para detección del TDAH. Entrevistas con la familia,	Entrevista al menor y familia, considerar las circunstancias familiares. Valoración general de salud de menor. Criterios del DSM 5 Diagnóstico del pediatra de casos menos complejos.	El pediatra si presenta comorbilidad con otros trastornos, deriva incluyendo la valoración sociofamiliar realizada por el TSS de AP.
GOBIERNO DE CANTABRIA	Evaluación psicopedagógica.	Intervenciones conductuales, familiares y farmacológicas. Evaluación clínica. Diagnóstico de TDAH	Si AP lo considera delante de duda diagnóstica o patología orgánica.

	CENTRO EDUCATIVO	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
CASTILLA LA MANCHA	Evaluación psicopedagógica.	Valoración inicial i si existe firme sospecha de TDAH derivará a USMIJ. En el documento de derivación a USMI la presencia de alteraciones psicosociales se contempla como información adicional	Diagnóstico definitivo y tratamiento.
REGION DE MURCIA	Evaluación psicopedagógica: Escala Conners. Observación aula. Entrevista con padres. Valoración de Capacidad Intelectual.	Anamnesis. Valoración de la dinámica familiar. Exploración física. Valorar exámenes complementarios. Si criterios de TDAH deriva a SM.	Salud Mental / completa la fase final de diagnóstico: Entrevista niño/a. Entrevista padres. Valoración clínica SM.
GOBIERNO DE NAVARRA	Criterio del DSM IV-TR Valoración: dificultades del aprendizaje, rendimiento escolar, capacidad intelectual. Evaluación psicopedagógica.	Anamneis. Exploración clínica Situación familiar.. Diagnóstico de TDAH y Plan Terapeutico. Según criterios deriva a SM o Neuropediatria.	Si AP lo considera: delante de duda diagnóstica, tratamiento farmacológico que no evoluciona correctamente i/o patología orgánica.

6.1.3 Diagnóstico.

Canarias, Navarra, Castilla León, Cantabria y Extremadura realizan el diagnóstico de TDAH de los casos menos complejos desde Atención Primaria. Indicando en el mismo los criterios que deben seguir para derivar a servicios de atención especializada: sino mejora para ajustar tratamiento, presencia de indicadores de trastornos comórbidos, si precisan de exploraciones complementarias., o, precisan confirmar el diagnóstico.

Los servicios de atención primaria de Aragón, Castilla la Mancha y Región de Murcia, realizan la exploración clínica, pruebas complementarias, examen general de salud, y ante signos claros de presencia de TDAH, derivan a Salud Mental, para que complete la fase del diagnóstico.

En la dinámica, para la valoración del TDAH de los servicios de atención primaria, todos incluyen la entrevista a la familia. Solamente el protocolo del Gobierno de Extremadura, la Región de Murcia y el Gobierno de Navarra, consideran con mayor profundidad el estudio de la familia, cuando dicen “Considerar las circunstancias familiares”, “Valoración de la dinámica familiar” y “Situación familiar”.

En la “valoración sociofamiliar” a la que hace referencia el protocolo del Gobierno de Extremadura, se incluye la figura del “trabajador social sanitario de AP”, que entre las acciones que realiza esta la “elaboración del diagnóstico social”, interviene sobre factores de riesgo social, que inciden en el proceso de tratamiento del TDAH.

En el centro educativo, el máximo responsable en la valoración y estudio de los criterios de TDAH es el orientador del centro educativo. En todos los casos, se realiza entrevista a la familia y Evaluación psicopedagógica.

TRATAMIENTO BIOPSIICOSOCIAL/ TRATAMIENTO MULTIMODAL		COORDINACION SEGUIMIENTO
GOBIERNO DE ARAGON	<p>Recomienda tratamiento multimodal. Tratamiento farmacológico, prescripción y control Tratamiento psicológico/psicoeducativo Menor precisa de: entrenamiento en técnicas cognitivas, habilidades sociales, solución de problemas. Profesor/tutor: recibirá información sobre técnicas conductuales....Actuaciones en el aula, Se realizarán adaptaciones curriculares si las precisa, ajustes, refuerzo escolar. Familia: Que conozca en que consiste el trastorno. Recibirá información por parte del orientador de: manejo de conducta, control ambiental, actividades formativas, actuaciones en el hogar. Las asociaciones de familia cumplimentaran la formación a la familia.</p>	<p>Fundamental establecer coordinación. Tutor/padres. Indica la coordinación hasta conseguir el diagnóstico.</p>
GOBIERNO DE CANARIAS	<p>Tratamiento farmacológico: Plan de actuación, tratamiento y seguimiento. Tratamiento psicológico/psicoeducativo: La evaluación psicopedagógica recoge las medidas y la respuesta educativa.</p>	<p>El informe clínico refleja que Sanitario de AP o USM mantendrá coordinación con el Orientador.</p>
CASTILLA Y LEON	<p>Tratamiento farmacológico recomendado por AP o por SMIJ. Tratamiento psicológico/psicoeducativo: el orientador del centro educativo indicará si: adaptaciones metodológicas, programas específicos de modificación de conducta, habilidades sociales....</p>	<p>En casos leves la coordinación será entre familia/centro educativo. Desde el ámbito sanitario el seguimiento y revisiones se reflejara en el PAI. En casos graves se intercambiara información y comunicación entre SMIJ y centro educativo, y se establecerán reuniones entre los dos ámbitos</p>
GOBIERNO DE EXTREMADURA	<p>El tratamiento farmacológico o no, se determina desde AP o Atención especializada. Tratamiento psicológico/psicoeducativo determinado por el "Plan de Intervención educativa". La intervención social, el trabajador social interviene y actúa sobre el menor, la familia y su entorno. Tratamiento sociofamiliar. (Anexo X) Los padres pueden participar en el Programa de Familia de los servicios sociales.</p>	<p>El gestor sanitario coordinará las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social si el tratamiento médico se realiza a nivel de Atención especializada. En casos leves y moderados coordinan AP y centro educativo. La valoración del seguimiento se realiza después de cada trimestre escolar. Anexo XI "Documento de seguimiento conjunto"</p>

GOBIERNO DE CANTABRIA	Tratamiento farmacológico desde AP o Atención especializada. Tratamiento psicoeducativo: Según el “Plan de Intervención Específica”, adaptaciones curriculares, organizativas, habilidades sociales.... Tratamiento psicológico desde atención especializada. Familia reciben documento especificativo de pautas generales.	Mediante el “Plan interdisciplinar de intervención”.
CASTILLA LA MANCHA	Centro educativo: según las medidas educativas de atención a la diversidad que existan en el centro y medidas ordinarias personalizadas para el menor. Si existen alteraciones psicosociales intervienen los servicios sociales de Atención Primaria, y elaboran Plan de intervención con la familia.	En cada revisión médica los padres llevan informe del departamento de orientación y regresan con informe sanitario .intercambio de información.
REGION DE MURCIA	Centro escolar: revisión de necesidades y ajuste de medidas educativas de centro, aula personalizada. Se inicia tratamiento desde Atención Especializada. Familia, se le ofrece documento con orientaciones familiares para dar respuesta al TDAH	En cada revisión médica los padres llevan informe del departamento de orientación y regresan con informe sanitario. Intercambio de información.
GOBIERNO DE NAVARRA	Tratamiento farmacológico desde AP o atención especializada.	Existe una nueva vía de comunicación entre primaria y especializada, de “Interconsulta no presencial” de ayuda al sanitario de AP.

6.1.4 Tratamiento biopsicosocial

Menor

El tratamiento farmacológico del menor lo refieren todos los protocolos ya sea indicado desde AP o desde Atención Especializada.

El protocolo del Gobierno de Navarra solo menciona el tratamiento farmacológico.

Aragón, Canarias, Castilla y León, Cantabria, Castilla la Mancha y Región de Murcia, contemplan el tratamiento psicológico y psicoeducativo que recibe el menor. Este tratamiento le llega desde el ámbito educativo, y se aplica según las necesidades detectadas y reflejadas en la Evaluación Psicopedagógica realizada al menor.

- Actuaciones en el aula.
- Adaptaciones curriculares si se precisan.
- Ajustes.
- Refuerzo escolar.
- Adaptaciones metodológicas.
- Adaptaciones organizativas.

Cuando se refieren a necesidades del menor en cuanto a: entrenamiento en técnicas cognitivas, habilidades sociales, solución de problemas, modificaciones de conducta, no especifican que persona dentro del ámbito educativo les va a entrenar en estas necesidades.

El Gobierno de Aragón, recomienda el tratamiento multimodal, señala que el tutor del niño recibirá información por parte del orientador del niño, de cómo aplicar estas técnicas.

El Gobierno de Extremadura

En el caso de tratamiento desde la atención especializada se realizan dos planes:

- *Educativo*: “Plan de Intervención Educativa”, lo coordina el orientador y lo realiza el PT y AL.
- *Sanitario*: “Plan Intervención Sanitaria”. el gestor sanitario coordinará las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social.

Familia

El Gobierno de Aragón le suministrará a los padres información, (el anexo 2), es una relación de programas para alumnos y padres,. El anexo 3, una bibliografía de material para los padres. Y, que desde las asociaciones de familia cumplimentarán la formación a la familia.

El Gobierno de Cantabria. Es el pediatra quien indica las medidas a adoptar con la familia y les entrega documentación general orientativa junto con el informe clínico.

Región de Murcia. Se les hace entrega a la familia del, (anexo 12), “Orientaciones familiares para dar respuesta al TDAH. El papel de los Padres”.

El Gobierno de Extremadura , indica que los padres pueden participar en el Programa de Familia de los servicios sociales. La atención de los padres forma parte de las acciones de la Intervención Social. El anexo VI detalla información sobre las medidas dirigidas al menor y a la familia, se les entrega a los padres.

El Gobierno de Castilla la Mancha, desde los servicios sociales, propone un “Plan de intervención con la familia” para los casos en que exista alteraciones psicosociales.

Canarias, Castilla y León y Gobierno de Navarra, no mencionan la atención que debe recibir la familia.

6.1.5 Coordinación y seguimiento.

El Gobierno de Aragón, establece “El Plan de Tratamiento Individual e Interdisciplinar”

Gobierno de Canarias, El Informe Clínico indica que profesional sanitario se coordinará con el Orientador educativo

Castilla y León, si el caso es leve se coordina la familia/centro educativo. En casos graves se elabora el Programa de Atención Individualizada..

El Gobierno de Extremadura indica el seguimiento y revisiones de los planes en el documento para tal efecto Anexo XI del protocolo “Documento de seguimiento conjunto”. Recoge la fecha de la primera intervención y las visitas de seguimiento con los distintos profesionales.

El Plan de Intervención educativa – El orientador entrega el plan al comienzo del periodo lectivo, en el primer trimestre se realiza una primera evaluación, al segundo trimestre la eficacia de lo establecido y al final del curso la conveniencia de su continuidad. Cuando el seguimiento se realiza desde AP

El Plan Individualizado Sanitario - Este Plan se realiza cuando en el ámbito sanitario se interviene desde la Atención Especializada. Se nombra un gestor sanitario que bien pudiera ser personal sanitario de AP. El gestor sanitario coordinará las intervenciones en el ámbito familiar, escolar y social

El Gobierno de Cantabria: Desde Pediatría se elabora un plan de intervención coordinando las actuaciones con el centro escolar, o, desde la atención especializada.

Castilla La Mancha, la Región de Murcia y Gobierno de Navarra la coordinación se realiza a través de los padres.

6.2 Resultado del cuestionario.

Las personas a las que se les ha administrado este cuestionario han sido 6 madres y 2 padres de menores que asisten al “**Centre Multiespai de Psicologia i Educació de l’Olleria**”. La edad de los menores oscila entre los 8 años y 11 años. 5 de los menores asisten a un colegio de educación concertada y 3 a un colegio público.

Los resultados de los valores van de Muy Insatisfecho a Muy Satisfecho.

Tabla 1. Respecto al centro educativo

	MI	I	S	MS	TOTAL
1. Me han informado acerca de la problemática de mi hijo	12,5%	50%	37,5%		100%
2. He recibido información de cómo poder ayudar a mi hijo/a.	25%	75%			100%
3. En el centro han valorado psicológicamente a mi hijo/a.		62,5%	37,5%		100%
4. Realizan programas de “estrategias de afrontamiento para los padres”...		100%			
5. Mi hijo recibe toda la ayuda que precisa	62,5%	37,5%			100%

1. En la tabla 1 se observa que el 37,5% de los padres dicen estar satisfactoriamente *informados del problema que presenta su hijo*, mientras que el 62,5% no lo están. y de estos un 12,5% indica que muy insatisfecho. En cuanto a la información de como *poder ayudar a su hijo*, la percepción de los padres es todavía peor el 75% está insatisfecho y el 25% muy insatisfecho. De los encuestados el 62,5% dice estar insatisfecho con la *valoración psicológica del menor*, solo el 37,5% está satisfecho. En cuanto a la ayuda que necesitan sus hijos no hay ninguno satisfecho, y el 62,5% dice encontrarse muy insatisfecho. En cuanto a si los padres realizan programas de *estrategias de afrontamiento* el 100% han respondido que están insatisfechos. Este resultado confirma lo manifestado por la TSS del centro de AP, ante la pregunta ¿Existe alguna

propuesta de intervención grupal con los padres de menores diagnosticados de TDAH desde Atención especializada? ¿Y, desde AP? “Eso no nos corresponde, es asunto de la Pediatra y SMIJ”.

Tabla 2. Respecto al centro educativo

	SI	NO	TOTAL
6. Han realizado un informe para derivar a mi hijo/a al pediatra.	75%	25%	100%
7. La coordinación del equipo pedagógico con la pediatra es buena	50%	50%	100%
8. Mi hijo recibe tratamiento psicoeducativo	62.5%	37,5%	100%

En la tabla 2 Observamos que el 25% de los encuestados todavía no ha recibido *informe para ser derivado a pediatría*. En cuanto a *la coordinación* entre el equipo pedagógico y la pediatra, el porcentaje está dividido totalmente, el 50% considera que es buena y el otro 50% dice que no. En cuanto a tratamiento psicoeducativo solamente el 62.5% lo está recibiendo desde el centro educativo.

Tabla 3. Respecto al centro de Atención Primaria.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	TOTAL
9. Me han informado sobre la enfermedad de mi hijo/a´.		12.5%	50%	37,5%	100%
10. He recibido información de cómo poder ayudar a mi hijo/a.		62,5%	37,5%		100%
11. En el centro de Atención Primaria, la pediatra ha valorado a mi hijo/a.		25%	75%		100%
12. He recibido información sobre el tratamiento de mi hijo/a		12.5%	50%	37.5%	100%
13. Realizan talleres de ayuda para los padres, en "estrategias de afrontamiento para los padres".....	25%	75%			100%
14. Mi hijo recibe toda la ayuda que precisa.		62.5%	37.5%		100%

En la tabla 3 respecto al centro de Atención Primaria, podemos ver que excepto un 12,5% , el resto el 87,5% están satisfechos de la información que han recibido del centro de AP respecto a la enfermedad de su hijo, estos valores coinciden exactamente con la información que han recibido sobre el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, no opinan lo mismo cuando se refieren a la información de cómo poder ayudar a su hijo, el 62,5% está insatisfecho frente al 37,5% que dice sentirse satisfecho, los mismos valores que la percepción que tienen de la ayuda que reciben sus hijos. En cuanto a los programas para padres de afrontamiento, el 100% tiene una visión negativa, incluso un 25% dice muy insatisfecho.

Tabla 4. Respecto a otra información.

	Equipo pedag. del centro escolar	Centro salud	Centro Especialid.	Centro privado	Nada	TOTAL
15. Quien se relaciona y coordina con el profesor de mi hijo/a es.....	75%			25%		100%
16. Mi hijo recibe tratamiento psicoeducativo en...				100%		100%
17. Los padres asistimos regularmente a sesiones de orientación y ayuda en....				25%	75%	100%

En la tabla 4, observamos que la persona que normalmente se relaciona con el tutor de su hijo es el equipo pedagógico del centro en un 75%, solamente el 25% corresponde a la coordinación entre el centro privado y el tutor. Sin embargo todos coinciden en decir que el 100% reciben el tratamiento psicoeducativo en el centro privado. De los encuestados únicamente un 25% asiste a sesiones para poder ayudar a su hijo. El resto el 75% no acude a ningún lugar.

Tabla 5. Respecto al organismo que les ha proporcionado información de cómo ayudar a su hijo.

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	TOTAL
18. Equipo pedagógico del centro escolar	12,5%	50%	37,5%		100%
19. Centro salud		50%	50%		100%
20. Centro de Atención Especializada.	62.5%	25%	12,5%		100%
21. Centro privado			62,5%	37,5%	100%
22. Internet		25%	75%		100%
23. Otras.....					

Podemos observar en la tabla 5, que los padres consideran que de donde más información han recibido de cómo poder ayudar a su hijo/a ha sido desde el centro privado al que asiste su hijo, si tenemos en cuenta los dos valores 100%(bastante y mucho). Seguido por la información que consultan a través de la red de internet (75%). y desde el centro de salud el 50% consideran que la información ha sido bastante.

7. CONCLUSIONES

En este apartado, presentamos las principales conclusiones obtenidas a lo largo del estudio del TFM presentado,

El estudio de los protocolos nos indica que es el orientador del centro educativo, la persona que utiliza el instrumento de evaluación (cuestionario Conners, criterios DSM-IV-TR.), dada la proximidad con el tutor/profesor del menor, (que es quien responde a los ítems del instrumento de evaluación, relacionados con la conducta y actitud que presenta el menor en el aula). Por otra parte, también se precisa de las respuestas de los padres sobre el comportamiento y actitud del menor en la familia..

La entrevista con los padres se refiere a estudiar la situación del menor, (respecto a su conducta, actitud y comportamiento en su entorno familiar), viene reflejada en todos los protocolos. Esta información que recibe el orientador o el pediatra por parte de los padres, está orientada a confirmar o rechazar los criterios del DSM-IV-TR, forma parte y así se indica, de la fase de detección de la enfermedad.

No debemos confundir la entrevista con los padres con hacer una valoración social de la situación familiar y necesidades que vive todo el núcleo familiar. La situación familiar puede afectar o está afectando a los síntomas que se detectan en el menor, o, que la enfermedad del menor, en caso de ser diagnosticado, agrave otras circunstancias de salud familiares. Conocer la situación, circunstancias y realidad familiar del entorno del menor, no viene reflejado en los instrumentos de evaluación para detectar el TDAH. Por tanto, la situación y necesidades familiares sobrevenidas por la enfermedad del niño, (área social familiar), no se estudia, (exceptuando el Protocolo de Extremadura).

De todas las comunidades solamente tres: Gobierno de Extremadura, la Región de Murcia y el Gobierno de Navarra, consideran con mayor profundidad el estudio de la familia, cuando dicen “Considerar las circunstancias sociofamiliares”, “Valoración de la dinámica familiar” y “Situación familiar”.

La Región de Murcia, es a través de la anamnesis que realiza el Pediatra como estudia la “Valoración de la dinámica familiar”, sin embargo y según el protocolo esta información la utiliza para confirmar criterios de TDAH y derivar a SMIJ, derivar a Neuropediatría o realizar informe clínico para el Departamento de Orientación

El Gobierno de Navarra, la Pediatra realiza un estudio de anamnesis en el cual se incluye la situación familiar. Este estudio le proporciona la suficiente información para iniciar el tratamiento con el menor, derivar a SMIJ o Neuropediatría

El gobierno de Extremadura, indica que cuando se realice la derivación a servicios sanitarios especializados se consideraran las circunstancias sociofamiliares que puedan influir en el menor, y será realizada por el trabajador social sanitario del equipo de atención primaria.

En cuanto al tratamiento que debe recibir el menor diagnosticado de TDAH,, los protocolos coinciden en que debe ser farmacológico (si se estima), psicopedagógico y psicológico .

El niño es atendido según la gravedad del caso por Atención Primaria o Atención Especializada y recibe *el tratamiento farmacológico* dirigido a controlar los síntomas nucleares.

En la *esfera psicopedagógica*, y desde el ámbito educativo, se ponen en marcha los recursos de adaptación, refuerzo y necesidades específicas educativas que precisa el niño/a, aplicando lo indicado por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (4),

En la *esfera psicológica*, se refiere a la mejora de sus problemas conductuales y emocionales. Esta mejora está estrechamente relacionada (y así se indica en los protocolos), con las habilidades, técnicas y aprendizaje que adquieran tanto el tutor /profesor, como la familia, para tratar a niños/as con diagnóstico de TDAH. Sin embargo, la atención de ayuda que se le proporciona a la familia, son las pautas por escrito que les entrega el orientador o el pediatra. Coincide con lo manifestado por los padres encuestados, que ante el ítem de si están satisfechos por programas de “estrategias de afrontamiento para los padres” el 100% ha declarado que se encuentran insatisfechos tanto si se refieren al centro educativo como a AP.

El ambiente familiar que es donde se desarrolla la vida del niño/a, puede influir en el trastorno agudizándolo o atenuándolo. Sin embargo, en ninguno de los protocolos estudiados aparece una figura profesional que se preocupe por impulsar, potenciar o elaborar programas destinados a los padres, ayudándoles a conocer la enfermedad, a adquirir habilidades de comunicación con su hijo/a, a adquirir y entrenar técnicas para

mejorar el comportamiento del menor. En definitiva, a mejorar el ambiente familiar favoreciendo de este modo el tratamiento psicoeducativo y psicosocial de su hijo/a.

En cuanto a la continuidad y seguimiento de la atención por parte del ámbito sanitario, tanto si el niño es atendido desde la Atención Especializada o en Atención Primaria va unido al tratamiento farmacológico, prescripción y control que debe realizarse. Solamente reciben tratamiento psicológico sanitario los menores que están siendo tratados desde la Atención Especializada

La coordinación. El estudio refleja que realmente se coordina cuando los servicios sanitarios y el orientador del centro educativo **han elaborado el Plan de Actuación Conjuntamente**, (Castilla y León, Extremadura y Cantabria). El resto de comunidades reflejan en un informe clínico o educativo la persona responsable del caso, (y esto se traduce en saber a quién dirigirse), no es coordinación.

Tratar de coordinar el plan de actuación y tratamiento a un menor diagnosticado de TDAH, no es tarea fácil, y se ha puesto de manifiesto en el estudio de los protocolos. No se trata únicamente de una coordinación multidisciplinar, sino de una coordinación multidisciplinar e interdepartamental en la que intervienen disciplinas del Sistema Educativo, Sistema Sanitario y si el caso lo requiere Servicios de Bienestar Social. Sistemas diferentes y que no comparten información en una misma red de información, ni, base de datos. Por tanto, deben crearse vías de comunicación para compartir la información y elaborar un “Plan de Actuación” conjuntamente, estableciendo entre todos los implicados los objetivos a conseguir, el tratamiento más adecuado a cada caso, establecer los periodos de revisiones y las correspondientes modificaciones si se precisan, y, garantizando un continuum asistencial.

Proporcionar al paciente una atención integral, eficaz y eficiente, es uno de los objetivos que persigue el Sistema Nacional de Salud, esto implica atender al paciente en todas sus esferas (biológica, psicología y social), que todos los profesionales que intervienen en un mismo caso deben coordinarse en sus actuaciones, realizar un seguimiento del caso, y garantizar la continuidad de la asistencia.

Podemos concluir diciendo que la atención sanitaria que reciben los menores diagnosticados de TDAH no es totalmente integral. Que en el diagnóstico de esta

enfermedad no se ha realizado el diagnóstico social sanitario, (excepto en Extremadura), que no aparece la figura del trabajador social sanitario, y que por tanto las necesidades y/o dificultades que surgen en el entorno más próximo del menor, no se han estudiado. Que el tratamiento psicoeducativo que debe recibir el menor, no está garantizado, puesto que depende de las habilidades y técnicas que tenga el profesor y sus padres para poder manejar los comportamientos y actitudes disruptivas del menor. Que existen lagunas en la coordinación, puesto que no se define qué persona va a ser la coordinadora.

Que a partir del proceso de diagnóstico clínico del TDAH y para cubrir las deficiencias y lagunas detectadas, es imprescindible contar con una figura profesional sanitaria que ha estado olvidada durante todo el protocolo, nos referimos al Trabajador Social Sanitario de Atención Primaria, persona sanitaria cercana a la familia, al paciente, al equipo de orientación educativo del centro. Eslabón necesario para una correcta coordinación entre los servicios educativos y servicios sanitarios, entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, y que mantiene contactos en su práctica habitual con los Servicios Sociales.

8- PROPUESTA

Propuesta de inclusión del Trabajador Social Sanitario de AP. En el protocolo de Acción Conjunta para el Alumnado con TDAH.

Con la inclusión del trabajador social sanitario, se cumpliría con el compromiso que ha adquirido el Sistema Nacional de Salud ante el Comité de los Derechos del Niño (3). Puesto que ésta figura profesional es imprescindible para impulsar programas dirigidos a las familias y profesores que en sus aulas tienen alumnos con este trastorno.

8.1 La figura del Trabajador Social Sanitario

En el marco de la Unión Europea, Helsinki (2005), bajo el lema “Enfrentando desafíos, construyendo soluciones”. España suscribió, la Declaración Europea de Salud Mental, y por tanto, se ha comprometido a formular estrategias en el área de salud mental, que integren la promoción, prevención, intervenciones terapéuticas, rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados. (1).

La ordenación territorial de los Servicios de Salud, como lo indica el art 51 de la Ley General de Sanidad, es competencia de las Comunidades Autónomas y se debe basar en la aplicación de un concepto integrado.

Son las CCAA quienes delimiten sus Áreas de Salud y quienes gestionan las prestaciones y programas que se desarrollen en cada una de las Áreas. En cuanto a las actividades que se deben realizar, el art. 56.2a *“En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.”* (7)

Como ejemplo, La consellería de Sanitat Valenciana ha editado una *guía d'intervenció de treball social sanitari 2012*, (12) en la que señala dos acciones dirigidas a la población infantil y en las que interviene el trabajador social sanitario.

- Intervención del trabajador o trabajadora social con población infantil y adolescente.

- Intervención del trabajador o trabajadora social en el medio escolar.

Indicando que la disciplina del trabajador social sanitario es imprescindible para una atención integral, puesto que los factores sociales (problemas familiares, económicos, higiénicos, de habitabilidad, equilibrio psicológico), deben tratarse para poder paliar los efectos de la enfermedad. Añade que estudiando el entorno del paciente y proponiendo estrategias para mejorarlo acrecienta las garantías de éxito de los problemas de salud.

Cuando el miembro de una familia enferma, toda la familia queda afectada intentando por sus medios y recursos afrontar la situación, sin embargo, siempre no es posible, factores como el estado de ánimo, carácter, actitud frente a las dificultades, situación económica, responsabilidades familiares, familias monoparentales,, dificultan afrontar la situación. El trabajador social sanitario con la elaboración del diagnóstico social sanitario y a través de un plan de trabajo, puede aportar estrategias que mejoren la situación. (13)

Con todo lo expuesto y que refleja nuestra normativa legal podemos decir que:

- Cuando hablamos de psiquiatría infantil, es necesario que estén coordinados los servicios especializados sanitarios, atención primaria, servicios sociales y servicios educativos.
- Que es desde la atención primaria donde primero debe atenderse al individuo, a la familia y la comunidad, desde una metodología de trabajo en equipo.

Para Lora, (2012) para una práctica clínica de calidad de niños con TDAH se deben aplicar los criterios de:

- Entrevistarse con la familia y el niño con frecuencia,
- Desarrollar contactos con el colegio y otros profesionales para ofrecer un cuidado coordinado y continuo,
- Identificar los recursos de la comunidad y especialmente, tiempo y confianza en sus capacidades y habilidades. (10)

En cada uno de los criterios anteriormente mencionados se observa claramente la necesidad de la actuación del trabajador social sanitario.

Cuando hablamos de protocolos sanitarios debe incluirse la atención de aspectos psicosociales tanto de la persona enferma, como de la familia o el entorno más próximo.

Cuando surge una situación determinada, desde el servicio que se ha detectado Se tiene la obligación de activar el protocolo, procediendo de este modo se actúa de una manera ordenada. (13)

Beneficios de incorporar la figura del trabajador social sanitario en el protocolo

Objetivos

- Mejorar el tratamiento psicoeducativo del menor, al crear programas de entrenamiento para los padres que tienen hijos diagnosticados de TDAH.
- Estudiar, investigar y valorar los factores familiares, los condicionantes socioeconómicos y culturales que influyen en el proceso de salud-enfermedad del menor diagnosticado de TDAH y su familia.
- Detectar posibles trastornos, y/o enfermedades de otros miembros de la familia, que precisan atención y que no han sido diagnosticados y que afectan a la salud del niño con TDAH.
- Informar a la familia sobre la sintomatología y consecuencias de la enfermedad TDAH, ayudándoles a rebajar la tensión.
- Identificar los recursos de la comunidad que pueden ayudar al menor con TDAH.
- Crear vías de comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinar que atiende al menor diagnosticado de TDAH.
- Formar parte del equipo Multidisciplinar que atiende al menor diagnosticado de TDAH.
- Formar parte en la elaboración del Plan de Tratamiento del niño con TDAH, (Atención Primaria, Orientador Educativo, Familia)
- Colaborar junto con la Pediatra de aquellos casos que se han derivado desde el SMIJ a AP para su seguimiento.
- Colaborar en el bienestar del menor mediante la integración en su medio.
- Reducir la inquietud de la familia creando un vínculo con la misma.
- Facilitar nuevas líneas de investigación acerca del TDAH.

Acciones a desarrollar

- Elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Ser gestor de caso, cuando proceda.
- Entrevistarse con la familia y el niño con frecuencia.
- Entrevistarse con el orientador para seguimiento del menor con TDAH.
- Información, orientación y tramitación de recursos y prestaciones sociales (medicamentos pediátricos, discapacidad...-)
- Derivación y coordinación con otros servicios (Servicios Sociales Base, Asociaciones, Programas de Familia, Servicios de protección a la Familia...)
- Proponer reuniones de formación impartidas por profesionales de la SMIJ para profesores y orientadores de Enseñanza Infantil y Primaria.
- Impulsar y promover Asociaciones de Padres y Madres de niños con Necesidades Educativas Especiales.
- Colaborar con la Asociación de Padres y Madres del Colegio, en charlas formativas sobre TDAH.

9- - BIBLIOGRAFIA

1. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Consultado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
2. Pascual Lema, S. (2012). El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. *Cuaderno Psiquiatría Comunitaria*. 11.(2), pp 37-53
3. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. (2010). Consultado en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/docs/ObservFinEspana.pdf>
4. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, y a la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa;
5. El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema Nacional de Salud.
6. Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
7. Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS).
- 8- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006
- 9- Rodríguez Colon, E. M. (2001). *Estrategias para el manejo de conducta de hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Adiestramiento a padres de la universidad de puerto rico en humacao* (Order No. 3032976). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: Health & Medicine. (275851664). Retrieved from <https://0-search.proquest.com.cataleg.uoc.edu/docview/275851664?accountid=15299>
- 10- Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. Aspectos prácticos en la atención del niño y adolescente con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2012;(21):83-6.
Publicado en Internet: 01/06/2012
- 11- Ofrece el IMSS atención integral a niños con déficit de atención. (2009, Sep 30). *Notimex* Retrieved from <https://0-search.proquest.com.cataleg.uoc.edu/docview/429054979?accountid=15299>

- 12- Generalitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salut.(2012). Guia d'intervenció de treball social sanitari 2012. Consultado en: [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia de Intervencio de Treball Social Sanitari tr.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia_de_Intervencio_de_Treball_Social_Sanitari_tr.pdf)
- 13- Colom D.(2011). *El trabajo social sanitario: los procedimientos, los protocolos y los procesos.* UOC
- 14-. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1).
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- 15- Carmen Carmona (2011). Asignatura Métodos de Recogida de Información en Educación Grado de Educación Social. Universitat de Valencia.
16. Gobierno de Aragón. Guía práctica. Déficit de atención: aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento. Consultado en: <http://feadah.org/admin/archivo/docdow.php?id=834>
17. Gobierno de Canarias. Consejería de Educacion, Consejería de Sanidad. Detección e intervención con escolares que presentan trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Coordinación entre sanidad y educación. Consultado en: <http://www.psie.cop.es/uploads/TENERIFE/Protoc%20deteccion%20dah%5B1%5D.pdf>
18. Castilla y León. Consejería de Sanidad. Protocolo de coordinación de TDAH (Actualización 2016). Consultado en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/protocolo-coordinacion-trastorno-deficit-atencion>
19. Gobierno de Extremadura, (2015). Protocolo de Actuación Conjunta para el Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Extremadura. Consultado en: http://sepad.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=4d7bdca6-f333-474d-92cb-902e8ed7396a&groupId=19231

20. Gobierno de Cantabria, (2014). Proyecto TDHA. Consultado en: [https://www.educantabria.es/docs/planes/atencion_a_la_diversidad/2014_2015/follet_o_T\).\) DAH_2_tintas_versi%C3%B3n_corregida_3_dic_14.pdf](https://www.educantabria.es/docs/planes/atencion_a_la_diversidad/2014_2015/follet_o_T).) DAH_2_tintas_versi%C3%B3n_corregida_3_dic_14.pdf)
21. Resolución de 07/02/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se da publicidad al Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) suscrito entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y la Consejería de Sanidad. [2017/1374]. Diario Oficial de Castilla la Mancha, nº 27, 8 de febrero de 2017
22. Región de Murcia. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Consejería de Sanidad y Política Social. Protocolo de coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Consultado en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf
23. Gobierno de Navarra, (2014). Protocolo de derivación y traspaso de información. TDAH en niños y adolescentes. Consultado en: http://creena.educacion.navarra.es/equipos/conducta/pdfs/protocolo_derivacion.pdf
24. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Instrucciones de 20 de Abril de 2012, por la que se establece el protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Consultado en: http://www.elpuentetdah.com/descargas/PROTOCOLO_ANDALUZ_TDAH.pdf
25. Gobierno de la Rioja. Consejería de Educación, Cultura y Turismo. Protocolo de Intervención Educativa con el alumnado con TDAH. Consultado en: <http://www.larioja.org/educacion/es/noticias-generales/informacion/protocolo-intervencion-educativa-alumnado-tdah>

26. Gobierno Vasco. Departamento de Educación Universidades e Investigación. Guia de actuación con el alumnado con TDA-H. Consultado en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/normativas-juridicas-y-protocolos-autonomicos-tdah.htm>
27. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya (2015)._Pla director de salut mental i addiccions. Protocol per al maneig del Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el sistema sanitari català.. Barcelona
28. Rodriguez. O. Comunidad Valenciana acuerda formar a sus sanitarios en TDAH. Redacción médica (vía internet). 1 de marzo de 2017. Consultado en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/valencia/comunidad-valenciana-acuerda-formar-a-sus-sanitarios-en-tdah--7185>