



**PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE
SERVICIOS EDUCATIVOS, SANITARIOS Y
SOCIALES DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES
EN LA ATENCIÓN A NIÑOS CON TDA-H
Y SUS FAMILIAS**



**AYUNTAMIENTO
DE MÓSTOLES**

INDICE

1. PRESENTACIÓN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL AMBITO ESCOLAR:.....	4
3.1.- EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (EAT)	4
3.2.- EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVO Y PSICOPEDAGÓGICO (EOEP).....	4
3.3.- ATENCIÓN EN EL SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIOEDUCATIVA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SMAPSIA)	9
4. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL AMBITO SANITARIO.....	10
4.1.- ATENCIÓN PRIMARIA	10
4.2.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA	13
5. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES	16
5.1.- CENTRO BASE.....	16
5.2.- CENTRO DE ATENCION TEMPRANA.....	19
5.3.- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES	21
6. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS: CUADERNO DE COORDINACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN.....	21
7. RECOMENDACIONES PARA PADRES Y CUIDADORES.....	49
8. ANEXOS.....	55
8.1.CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TDA-H	56
8.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD	57
8.3.PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS.....	58
9. DIRECTORIO	65
10. BIBLIOGRAFÍA	72

1. PRESENTACIÓN

En noviembre de 2010, tras la reactivación del Consejo de Atención a la Infancia Municipal dependiente del Consejo de Atención a la Infancia de la Comunidad de Madrid, se crea una **Comisión específica de Atención Temprana en el municipio de Móstoles** desde la cual, entre otras acciones, surge la iniciativa de trabajar en protocolos conjuntos de actuación.

Esta comisión, cuyo objetivo fundamental ha sido la **coordinación interdisciplinar**, inició su andadura en marzo de 2011 con la participación de profesionales de educación, salud y servicios sociales. Rápidamente y por unanimidad, se acordó que la mejor manera de colaborar era focalizar el trabajo en la búsqueda de una acción coordinada para el abordaje de un problema común a todos los componentes de la comisión: el trabajo con los niños con TDA-H y sus familias.

En esta búsqueda se han evidenciado las dificultades de este tipo de coordinación y se han puesto de manifiesto necesidades, como la de un mayor conocimiento por parte de todos los profesionales del resto de recursos que trabajan en la atención a la infancia en nuestro municipio. También se han buscado y encontrado soluciones, como la elaboración de la **Guía de Recursos Públicos Municipales** y este **Protocolo de Coordinación entre Servicios Educativos, Sanitarios y Sociales del Municipio de Móstoles en la Atención a niños con TDA-H y sus familias**. Esta experiencia servirá como modelo para que desde la Comisión se establezcan las pautas para hacer extensivo el trabajo a otros procesos.

Gracias a todos aquellos que con su trabajo y esfuerzo lo han hecho posible y muy especialmente al Equipo de la Comisión de Infancia y Adolescencia y al equipo de profesionales que a través del Seminario de TDA-H para los Centros Educativos han elaborado el Cuaderno de Coordinación que aparece en el protocolo. Nuestro agradecimiento también a los profesionales de otras comunidades autónomas cuyas experiencias y protocolos de actuación conjunta en este trastorno han servido de referencia para este trabajo.

Invitamos a todos los profesionales del municipio de Móstoles que trabajan en la atención a la infancia, a seguir avanzando en actuaciones de coordinación multidisciplinar que redunden en optimizar y adecuar los recursos disponibles para favorecer el desarrollo integral de nuestros niños y en ofrecer orientación y apoyo a sus familias durante el proceso evolutivo. Así mismo animamos a las familias a participar junto con los profesionales en el desarrollo de estas actuaciones y a transmitir de forma constructiva sus necesidades. Para ello facilitamos la siguiente dirección de correo: cuadernodecoordinación@gmail.com

Y finalmente, desde esta modesta experiencia, solicitamos a las autoridades de las tres Consejerías impulsar un modelo de coordinación y colaboración interinstitucional que consiga hacer realidad la necesidad, sentida por los profesionales de todos los ámbitos, de realizar un abordaje integral de los problemas de la infancia en toda la Comunidad de Madrid.

Móstoles, diciembre 2013

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA-H) es la enfermedad neuropsiquiátrica crónica más frecuente en la infancia y adolescencia. La tasa de prevalencia se estima entre el 3 y el 5% de los niños en edad escolar. Se trata de un trastorno multifactorial con base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

Su diagnóstico es eminentemente clínico y requiere el cumplimiento de los criterios establecidos por la clasificación DSM IV-TR. Sus síntomas nucleares son la inatención o dificultad para concentrarse, la hiperactividad y la impulsividad (parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar). Estos síntomas se manifiestan en varios entornos (familia, escuela, amigos).

Los niños con TDA-H presentan importantes interferencias en las actividades familiares, escolares y sociales y su repercusión trasciende a la infancia afectando frecuentemente a la adolescencia y la vida adulta. Estas dificultades se ven agravadas en muchos casos por la comorbilidad psiquiátrica que lleva asociada, principalmente con trastornos del comportamiento, del estado de ánimo, de ansiedad y de aprendizaje. Dichas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico estimándose que hasta un diez por ciento de los fracasos escolares son debidos al trastorno.

Por todo ello, el abordaje del TDA-H se plantea desde una perspectiva holística y multidisciplinar en el que resulta imprescindible la coordinación entre los niveles sanitario, familiar, educativo y de servicios sociales para garantizar la continuidad asistencial y poder ofrecer una respuesta integral al niño y su familias. Las actividades de coordinación deben ir dirigidas a facilitar la comunicación y el intercambio de información entre los distintos profesionales que participan en la atención al niño y a dar respuestas integradas y mensajes homogéneos a lo largo de todo el proceso.

Desde la Comisión de Coordinación de Atención Temprana y Desarrollo Infantil en la que están representados los servicios educativos, sanitarios y sociales del municipio de Móstoles se ha elaborado un instrumento o Protocolo de Coordinación entre los distintos servicios para dar cumplimiento a la necesidad sentida por profesionales y familias de avanzar en comunicación y de mejorar la calidad de la atención prestada a nuestros niños.

3. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR:

3.1.- EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (EAT)

El equipo de Atención Temprana atiende fundamentalmente a los niños/as de entre 0 y 3 años. También participa en la evaluación psicopedagógica de los alumnos escolarizados en el 2º ciclo de educación infantil (3 a 6 años) de los centros concertados y privados.

Por las características de edad de la población con la que trabajamos resulta difícil establecer un diagnóstico de TDA-H, ya que algunos de los indicadores (inquietud motora, dificultad para centrar la atención en la tarea...) son las características evolutivas propias de estas edades. En ocasiones encontramos niños que pueden presentar algunos de los "síntomas" más marcados; frecuentemente se relacionan más con la falta de límites, estructuras de familias desorganizadas, retrasos en el lenguaje. En tales casos el abordaje se realiza desde el asesoramiento a familias a partir de las rutinas diarias y las educadoras de los centros a través de la metodología de aula, pero siempre desde un marco normalizador.

En estos casos, cuando los alumnos pasan al colegio, se realiza un informe de seguimiento que se pasa al EOEP del centro.

3.2.- EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA (EOEP)

DETECCIÓN:

- El tutor/a y/o la familia detectan por iniciativa propia y/o por indicación de los servicios de Salud.

- En el proceso de evaluación, cuando las dificultades no se explican por otras causas como capacidad intelectual, condiciones socio-familiares, historia escolar de fracaso motivada por una causa clara, etc., podemos encontrarnos con un TDA-H con predominio de DA (Déficit de Atención). Estos, con frecuencia, pueden pasar desapercibidos para las familias y, lo que es más importante, para el profesorado.

- A menudo se detecta el TDA-H, sobre todo con predominio DA, en el seguimiento de casos valorados previamente como de dificultades generales de aprendizaje, pero no susceptibles de apoyo como ACNEE (Alumno Con Necesidades Educativas Especiales). Esto puede explicarse porque las consecuencias del trastorno se han podido hacer ya más evidentes en la medida que las exigencias de aprendizaje son mayores.

- Son difíciles de detectar cuando se dan circunstancias concurrentes como:
 - Falta de normas y pautas educativas familiares adecuadas.
 - Existencia de problemas emocionales.
 - Antecedentes en la familia no valorados como trastornos.

INFORME DE DERIVACIÓN:

- Cuando el tutor recibe de otras instituciones una demanda de detección y/o seguimiento de estos alumnos, el EOEP (equipo de orientación educativa y psicopedagógica) aporta un modelo ampliado “Informe de valoración escolar” para recoger una información más amplia del contexto escolar y poder aportarlo a los distintos servicios.
- Una vez detectado el problema se valora la incidencia en el proceso de aprendizaje y si éste se ve afectado el tutor cumplimenta el protocolo de derivación. Se valora qué tipo de respuesta requiere. Si procede la Evaluación Psicopedagógica se pide la autorización familiar, estableciendo el grado de prioridad teniendo en cuenta las evaluaciones prescriptivas y las demandas ya efectuadas por el centro.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de TDA-H se emite desde Salud, en sus diferentes servicios, concluyendo con juicio clínico TDA-H, especificando el subtipo dentro del trastorno.

El EOEP detecta las Necesidades Educativas derivadas de este trastorno y valora el grado de afectación en el proceso educativo, determinando la modalidad educativa más adecuada en su escolarización. Se dan las orientaciones oportunas derivadas de la evaluación psicopedagógica, si se ha efectuado, informando de los recursos del sector y aportando documentación escrita, tanto a padres como a profesores. En los casos que lo requieran, se cumplimenta el PADI para la derivación al pediatra.

PRUEBAS O CUESTIONARIOS QUE PODEMOS UTILIZAR, SEGÚN LOS CASOS, PARA LA EVALUACIÓN EN EL CONTEXTO ESCOLAR:

- EDAH (cuestionario más adecuado para el contexto escolar).
- Conners (cuestionario para profesorado y familia).
- ESMIDA (cuestionario para profesorado y familia).
- Prueba de ordenador CSAT que mide capacidad de atención sostenida.
- Prueba D2 de atención sostenida.
- Prueba de Caras de Yela, adaptado por Isabel Orjales, para medir la atención sostenida.
- Criterios diagnósticos del DSM-IV.
- Prueba ENFEN (Exploración Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas en Niños).
- WISC-IV.
- Observación directa en el contexto natural y análisis de trabajos escolares .

ALUMNOS CON TDA-H QUE EL EOEP CONSIDERA CON NEES (NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES)

En el ámbito educativo, para dictaminar que un alumno presenta Necesidades Educativas Especiales derivadas de TDA-H, seguimos los criterios establecidos por la administración educativa, que son los siguientes:

- **Son considerados ACNEEs:**

- Los alumnos con desfase curricular y/o con alteraciones de aprendizaje (decodificación de textos, fallos en el cálculo, desorganización en la composición escrita, resolución de problemas...) que precisan Adaptaciones Curriculares Significativas.
- Los alumnos con rendimiento escolar muy bajo por gestionar muy mal los tiempos, falta de concentración mínima, no inhibición de los estímulos irrelevantes..., es decir, por tener muy afectadas las funciones ejecutivas.

En estos casos, precisan apoyo específico de PT (Pedagogía Terapéutica) y AL (Audición y Lenguaje) para corregir esas alteraciones.

- **No son considerados ACNEEs:**

Los alumnos con diagnóstico TDA-H, con o sin tratamiento farmacológico, *que no presenten desfase curricular, ni alteraciones en aprendizajes instrumentales, ni dificultades significativas en su rendimiento y/o adaptación escolar por su disfunción ejecutiva y características propias del trastorno* no son susceptibles de cambio de modalidad a NEEs, aunque precisen de la adopción de medidas ordinarias de atención a la diversidad.

INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO:

Partiendo de los criterios para definir el perfil de TDA-H, explicitados en el apartado anterior, podemos distinguir también dos situaciones :

A. Considerados ACNEEs

Necesitan el desarrollo de **medidas extraordinarias** de atención a la diversidad, incluyendo las **medidas ordinarias**:

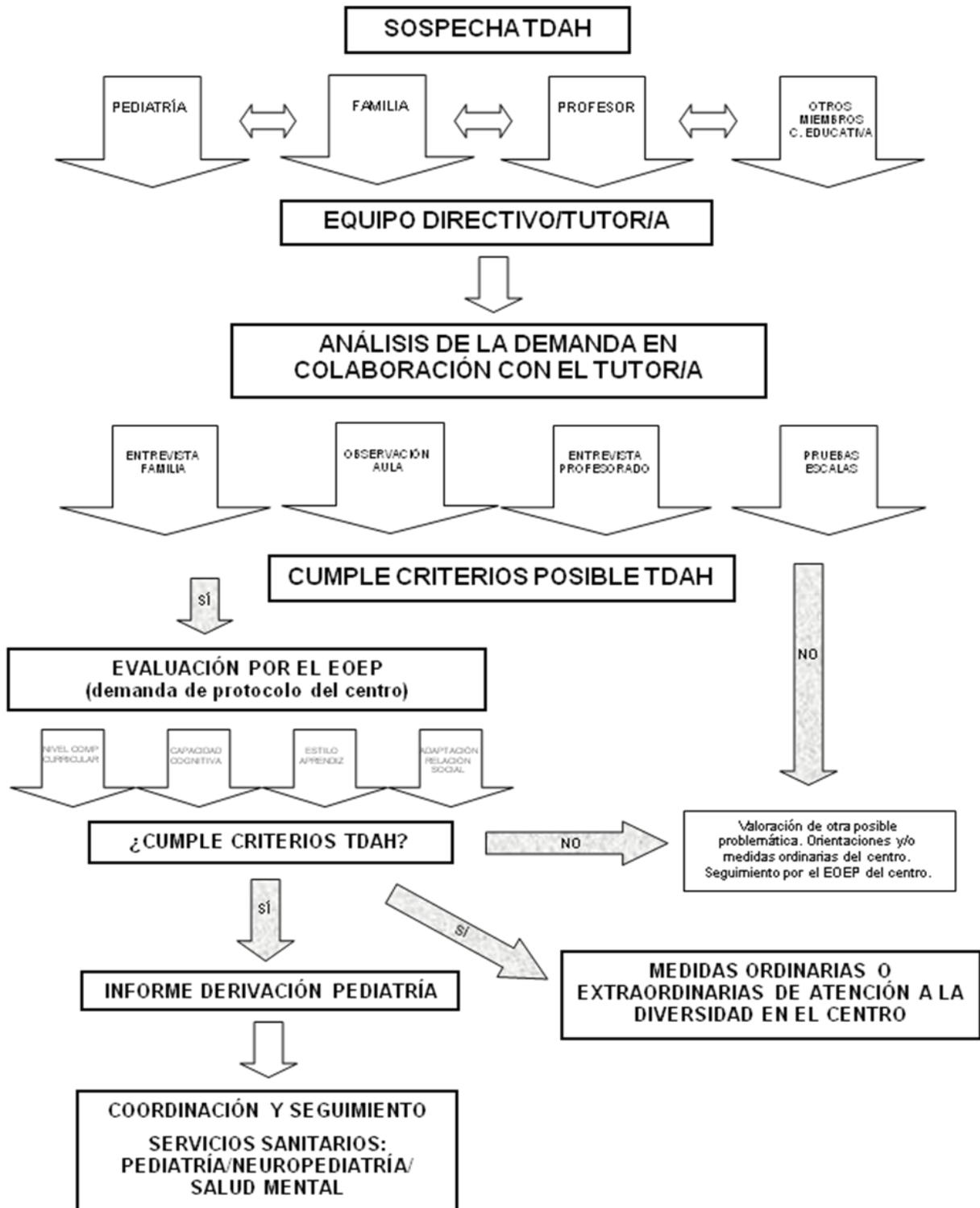
- Alumnos con desfase curricular, con necesidades de Adaptación Curricular Significativa y apoyo especializado de PT y/o AL en el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Alumnos que presentan alteraciones en los aprendizajes adquiridos y no existe desfase, pero sí un funcionamiento deficitario en el proceso de aprendizaje, necesitando apoyo específico de PT y/o AL para corregir esas alteraciones y desarrollar habilidades y procesos implicados en las funciones ejecutivas.

B. No considerados ACNEEs

Necesitan el desarrollo de **medidas ordinarias** de atención a la diversidad:

- Apoyo curricular.
- Apoyo que compense y entrene funciones ejecutivas: entrenamiento específico en atención, organización, planificación...
- Adaptaciones metodológicas y de la evaluación en el proceso de enseñanza en su aula de referencia, medidas y estrategias específicas que compensen la disfunción ejecutiva del alumno y promuevan un aprendizaje y funcionamiento cognitivo eficaces.
- Hay casos en los que será necesario trabajar las habilidades sociales de forma sistemática o incidental, según la gravedad de los síntomas. Dependiendo de los recursos del centro se derivará a Servicios externos.
- Coordinación y seguimiento por parte del equipo educativo que permita revisar las medidas adoptadas y posibles decisiones a adoptar.
- Asesoramiento a la familia y seguimiento de la intervención.
- Coordinación y seguimiento del caso con los servicios de Salud.

ITINERARIO EN LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DEL EOEP EN LOS TDA-H



3.3.- ATENCIÓN EN EL SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIOEDUCATIVA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SMAPSIA)

El Servicio Municipal de Atención Psicológica y Socioeducativa a la Infancia y la Adolescencia (**SMAPSIA**) depende de la **Concejalía de Educación, Cultura y Promoción Turística del Ayuntamiento de Móstoles**. Está compuesto por tres psicólogos, una trabajadora social y una administrativo.

Su labor es preventiva, asistencial y comunitaria. Los campos en los que se interviene son:

- Asesoramiento psicológico, educativo y social a padres con hijos menores de 20 años.
- Intervención psicológica y social con niños y jóvenes que estando en ese umbral de edad lo requieran.
- Detección de menores en riesgo en el ámbito escolar.
- Orientación sobre recursos educativos y sociales.
- Intervención comunitaria:
 - Promoción de la educación para la salud en los centros educativos.
 - Implantación de los programas locales para prevención e intervención de la reducción del absentismo escolar.
 - Participación en la coordinación interinstitucional con los otros equipos de atención a la infancia y la adolescencia.
 - Coordinación del Plan Municipal de apoyo a los Institutos de Educación Secundaria de Móstoles.

En el caso concreto de la intervención con niños y adolescentes que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la intervención del equipo se realiza en las siguientes actividades:

- Asesoramiento y orientación a las familias mediante grupos de formación donde se les dan las orientaciones precisas para intervenir en las mejoras del problema de sus hijos.
- Elaboración con los niños y adolescentes de programas específicos de modificación de conducta y autocontrol emocional.
- Intervención con los niños y adolescentes en grupos terapéuticos de modificación de conducta, autocontrol emocional, habilidades sociales y resolución de conflictos.

La forma de acceso al servicio es directa mediante contacto en la C/ Dalia nº 17 y en el teléfono 916459100. El horario de solicitud de cita es de 9 a 14 horas.

4.-DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL AMBITO SANITARIO

4.1.- ATENCIÓN PRIMARIA

La identificación de un niño con sospecha de TDA-H en la consulta de Atención Primaria puede hacerse por las siguientes vías:

- Detección precoz en la consulta de revisiones programadas del Programa del Niño Sano. La AAP recomienda preguntas de detección sistemática en edades relevantes (6-8 años).
- Consulta solicitada por los padres a iniciativa propia.
- Consulta solicitada por los padres por recomendación del centro escolar (profesor o EOEP).

En estos casos corresponden al pediatra de Atención Primaria:

1. Evaluación clínica.
2. Orientación diagnóstica.
3. Diagnóstico diferencial.
4. Detección de posibles patologías comórbidas.
5. Establecimiento de un plan terapéutico.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDA-H se basa en una historia clínica detallada que investigue los síntomas específicos del trastorno y requiere **el cumplimiento de los criterios DSM-IV** (anexo). El uso de escalas es una opción clínica cuando se evalúa a un niño con posible TDA-H. No son diagnósticas pero pueden ser útiles para otros propósitos como la evaluación del tratamiento y la solicitud de información al profesorado.

La evaluación debe comprender **entrevista con la familia, exploración del niño y solicitud de información al profesor que mejor conoce al niño**. El pediatra podrá además en el momento inicial, solicitar un estudio psicopedagógico al EOEP si lo considera necesario y factible. El estudio psicopedagógico es útil para apoyar el diagnóstico y para establecer el tratamiento no farmacológico (conductual, medidas en el aula...) ,pero no es indispensable ni para decidir el diagnóstico ni para establecer el tratamiento farmacológico, por lo que no disponer de él no debe retrasar el inicio de otras actuaciones que pudieran resultar beneficiosas para el niño (ver anexo con procedimiento de solicitud de información al profesor y con derivación a EOEP).

La historia clínica debe incluir:

- Antecedentes personales y familiares.
- Información sobre el funcionamiento psicosocial del niño en la familia en la escuela y con los amigos.
- Exploración de la dinámica familiar.
- Búsqueda activa de COMORBILIDAD psicológica y psiquiátrica.

Con la exploración física se descartaran signos de patología orgánica: oftalmológica, ORL y neurológica.

Una vez realizado el diagnóstico pueden darse dos situaciones:

1. **El pediatra** considera que inicialmente el trastorno no presenta datos de complejidad ni gravedad y **decide iniciar un plan de seguimiento** que incluya distintas actuaciones:
 - a. Inicio y monitorización de tratamiento farmacológico si está indicado.
 - b. Información sobre el trastorno y pautas educativas a la familia (ver anexo).
 - c. Información a la escuela previo consentimiento informado (ver anexo) con el fin de facilitar la coordinación entre los servicios sanitarios y educativos y de que se tomen las medidas oportunas en el aula. Es aconsejable la solicitud de valoración por el EOEP en caso de no disponer de ella (ver anexo con procedimiento).
2. El pediatra considera necesaria la **derivación a Atención Especializada** por la complejidad del trastorno o por no poder asumirlo.

DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS/ESPECÍFICOS:

En caso necesario se realizará la derivación a los servicios que corresponda:

1. **Especialista correspondiente** si se detectan alteraciones visuales o auditivas.
2. **Neuropediatría** si:

- TDA-H muy disruptivos o muy precoces (preescolares).
- CI bajo, antecedentes familiares de retraso mental. Sospecha regresión.
- Presencia de dismorfias o sospecha de síndrome polimalformativo.
- Presencia de manchas cutáneas: sospecha de síndrome neurocutáneo.
- Antecedentes perinatales de riesgo neurológico (prematuridad, SFA, CIR, hemorragia IV, EIH...).
- Presencia de tics o Sd de Gilles de la Tourette.
- Efectos secundarios de la medicación o no respondedores.
- No tienen pediatra asignado o el pediatra es variable.
- Necesidad de prescripción de la atomoxetina.

3. Salud Mental Infanto Juvenil si:

- Sospecha de TDA-H en < 6 años. Importancia del diagnóstico diferencial sobre todo con trastornos del vínculo. Abordaje psicoterapéutico como tratamiento de elección previo a tratamiento farmacológico en este rango de edad (Guía NICE 2008).
- Necesidad de establecer un diagnóstico diferencial ante síntomas TDA-H: inquietud, impulsividad, inatención como parte de otros trastornos (anexo diagnóstico diferencial).
- Comorbilidad con otros trastornos .

- Casos en los que no han sido eficaces las pautas de conducta básicas facilitadas a los padres.
- Casos en los que se prevea evolución crónica que pueda beneficiarse de tratamiento combinado (psicológico/psicofarmacológico) estable hasta los 18 años y transición al equipo de adultos si fuese necesario.
- Complejidad en el tratamiento psicofarmacológico de los síntomas (Metilfenidato/Atomoxetina/otros psicofármacos como neurolépticos o estabilizantes del ánimo).
- Clínica TDA-H e indicadores de dependencia emocional como: dormir con los padres, dificultades en la alimentación (selectividad...) o falta de límites evidentes. Todos estos factores relacionales deben ser abordados en un contexto psicoterapéutico, tanto para favorecer la mejoría de los síntomas, como para la prevención de desarrollo de patologías graves de personalidad.
- Clínica TDA-H en hijos de padres con historia de patología mental previa.
- Sospecha de Trastorno de Espectro Autista.

4. **Servicios Sociales** si se detecta problemática social y para valoración del grado de discapacidad (Centro Base).

La información relevante se volcará en el Cuaderno de Coordinación (ver anexo) que portarán los padres previa autorización y que servirá para la comunicación entre profesionales de distintos ámbitos.

4.2.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

4.2.1.- NEUROPEDIATRÍA

Los niños con sospecha de TDA-H llegan a la consulta de Neuropediatría remitidos habitualmente desde el Centro de Salud y ocasionalmente desde el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP).

En la Consulta de Neuropediatría se realizan la historia clínica, la exploración neurológica y las encuestas y test neuropsicológicos que se consideren procedentes (con alguna variación según el hospital al que se remita) entre los que podemos encontrar:

- Criterios DSM IV.
- EDAH.
- Conners.
- Test CPT II.
- SNAP IV.
- Test de caras.
- Test D2.
- Test de Stroop.

Con los datos obtenidos más la valoración del EOEP, si se dispone de ella, se hace el diagnóstico y se decide el tratamiento.

En el caso de no disponer del informe psicopedagógico, se recomienda que en el momento de la derivación se aporte información del tutor o profesor que mejor conozca al niño, sobre el funcionamiento en el aula, dificultades de aprendizaje y repercusión en su rendimiento escolar. Esta información puede ser solicitada por el pediatra de Atención Primaria (se adjunta procedimiento) para agilizar el proceso. En el caso de no disponer de ella, dicha información se solicitará por el Servicio de Neuropediatría en la primera consulta.

Se solicitará valoración por Salud Mental Infantojuvenil del Hospital de referencia:

- Si existe comorbilidad psiquiátrica o psicológica.
- En aquellos casos en los que las causas de los problemas escolares o conductuales del niño no parecen debidas a un TDA-H sino a problemas de esa índole.

En el caso de problemas escolares en los que se ha descartado patología neuropsiquiátrica, se recomendará a la familia la valoración por el EOEP siguiendo el procedimiento derivación anexo (PADI para entregar al tutor).

Es conveniente informar al profesor del niño al inicio del tratamiento farmacológico y recoger información del ámbito educativo, sobre todo en las primeras revisiones, para valorar si ha habido respuesta positiva o no a la medicación (cuaderno de coordinación).

4.2.2.- SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

DERIVACIÓN:

Siempre a través del pediatra/médico de familia. Por su lugar de relación con el paciente y la familia es fundamental que, aunque la demanda parte de otras instituciones (centro escolar, servicios sociales...), sea canalizada desde Atención Primaria a través de un Parte Interconsulta (PIC).

EVALUACIÓN:

- El proceso de evaluación se basa en la observación a través de entrevistas clínicas con el paciente y su familia. Puede contar con mínimas diferencias en función del profesional, pero en líneas generales consta de:
 - Primera entrevista con los padres y el paciente:
 - Se define el *motivo de consulta*: historia de los síntomas, inicio, factores desencadenantes, hipótesis explicativas de los padres, origen de la demanda de consulta...
 - Se recoge *información básica*: antecedentes personales, historia de embarazo/ parto, hitos del desarrollo, hábitos, relaciones, cuidadores, escolarización.... Es fundamental conocer la unidad familiar, quiénes la conforman y dinámica relacional intrafamiliar y extrafamiliar (cómo es su estilo de interacción con otros contextos incluido el escolar).
 - Esta información suele recogerse a lo largo de varias entrevistas. A la vez que se realiza la evaluación se construye la *relación terapéutica* que será fundamental para la intervención terapéutica.
 - Evaluación con el paciente a solas: basada en la exploración psicopatológica a través de la entrevista, el juego y otras herramientas (dibujos...).
 - Evaluación con los padres a solas: conocer su propia historia, configuración familiar, estilos relacionales y educativos...
 - Evaluación psicométrica: en los casos que se crea indicado se realizan además de los test gráficos otras evaluaciones: STAI, STAIC, cuestionarios TDA-H (Conners, SNAP-IV...), CPTII (DUE Neuropediatría Hospital de Móstoles).
 - Evaluación psicopedagógica: si no ha sido realizada y se considera indicado, se solicita valoración por Equipo Psicopedagógico, tanto en sospecha de TDA-H como en otras patologías.

DEVOLUCIÓN:

Una vez completado el proceso de evaluación se mantiene entrevista de devolución con la familia en la que se aborda el diagnóstico más allá de la nomenclatura DSM-IV, facilitando una explicación comprensiva de las dificultades del niño.

Se facilitará información a otros servicios a través del cuaderno de coordinación o mediante informes.

INTERVENCIÓN:

Se realiza seguimiento mediante consultas terapéuticas, realizando intervención psicoterapéutica y también psicofarmacológica en los casos que así lo requieran. En el caso de que la terapeuta de referencia sea Psicóloga y el paciente precise medicación, se realiza intraderivación a Psiquiatría.

INTERCONSULTA:

En caso de existir datos que sugieran otras patologías, que requieran ampliar estudio orgánico, se realiza derivación a los especialistas correspondientes: Neuropediatría (estudio orgánico TEA, sospecha crisis comiciales...), Endocrino (TCA), Oftalmología, ORL.

5.- DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES

5.1.- CENTRO BASE

DEMANDA:

Para proceder a la valoración de discapacidad de un niño con diagnóstico TDA-H, se requiere la presentación de la solicitud del Grado de Discapacidad, acompañada de la documentación requerida, entre las que deben estar:

- Informes clínicos, emitidos por pediatra, neurólogo psiquiatra y/o psicólogo del Centro de Salud Mental, o bien psicopedagógicos emitidos por el orientador del EOEP que acrediten el trastorno o afectación e intervenciones que se han realizado por los diferentes profesionales que le tratan o han tratado.

Es decir, el niño ya viene con un diagnóstico TDA-H. Son los padres o tutores los que tramitan la demanda, bien por propia iniciativa, o bien orientados por los profesionales de los distintos servicios que intervienen con el niño.

VALORACIÓN:

La valoración del Grado de Discapacidad en el Centro Base (Servicio Especializado en la Atención básica a Personas con Discapacidad, dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales), la realizan los **Equipos de Valoración y Orientación**, formados por personal técnico especializado (Médico, Psicólogo y Trabajador social). El proceso de valoración se realiza normalmente, en una o dos sesiones y por los profesionales que se requiera, en el caso de los niños con TDA-H, generalmente por psicólogo y trabajador social.

El profesional cuenta con instrumentos de diagnóstico DSM-IV, CIE 10 y de evaluación: entrevista con la familia, pruebas estandarizadas (test de Conners, escala EDAH para valoración del TDA-H de 6-12 años, test de inteligencia, neuropsicológicos...) y no estandarizadas (dibujos, lecto-escritura y cálculo, test proyectivos...), para realizar las exploraciones que considere oportunas. Dispone también de los informes, aportados por la familia, que otros profesionales hayan realizado en relación a su funcionamiento y participación en los diferentes ámbitos de su vida diaria, así como de los tratamientos que sigue el menor. En caso de no ser suficientes para objetivar la valoración, se realiza **una solicitud de informe de especialista** a través de los padres, al servicio correspondiente y se cuenta con un plazo de entrega de 3 meses para la aportación del informe solicitado y posterior resolución de la solicitud del grado de discapacidad.

Con todos los datos recogidos, el técnico, es capaz de configurar un perfil global del niño y de las áreas de su desarrollo donde presenta dificultades y en qué grado de intensidad los presenta, comparándolo con su grupo normativo (relaciones sociales, aspectos emocionales, conducta...).

Dependiendo de la intensidad/gravedad de esos déficits y ó alteraciones en el niño, aprendizaje, y de la repercusión que puedan tener en los diferentes contextos donde el niño se relaciona y desarrolla, se valora el Grado de Discapacidad. Teniendo siempre como referencia los Baremos de valoración del Grado de Discapacidad vigentes (Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad).

RESOLUCIÓN:

Una vez concluida la valoración por los técnicos que intervienen, se emite un Dictamen Técnico Facultativo en el que aparecen:

- Grado de Limitación de la Actividad Global, más los factores sociales complementarios, que configuran el **Grado Total de Discapacidad**.
- *Deficiencia-Diagnóstico y Etiología* de la discapacidad que presenta.
- *Fecha /plazo de validez* (en el caso de los niños y adolescentes, el grado de discapacidad casi siempre es revisable).
- *Valoración de la movilidad*, apareciendo positivo o negativo según criterios del Baremo correspondiente.

Actualmente no es posible que aparezca en el certificado el Diagnóstico de TDA-H, por carecer de este código. En su lugar pueden aparecer: trastorno Cognitivo, trastorno de Aprendizaje, trastorno del Desarrollo y/o Alteración de la Conducta u otros diagnósticos de trastornos asociados al TDA-H. La resolución sobre el Grado de Discapacidad se envía por correo certificado al domicilio.

ORIENTACIÓN:

Al concluir la valoración, los técnicos devuelven las conclusiones a las que se ha llegado y orientan a los recursos que existen en el municipio ó próximos a él, tanto de ámbito público como privado (asociaciones, centros de tratamiento...). También, en algunos casos, se acompañan de pautas a la familia en el manejo de las conductas disfuncionales que estos niños presentan, así como de su forma de enfrentarse a los aprendizajes, y se les facilita bibliografía para que puedan comprender mejor cuáles son sus dificultades.

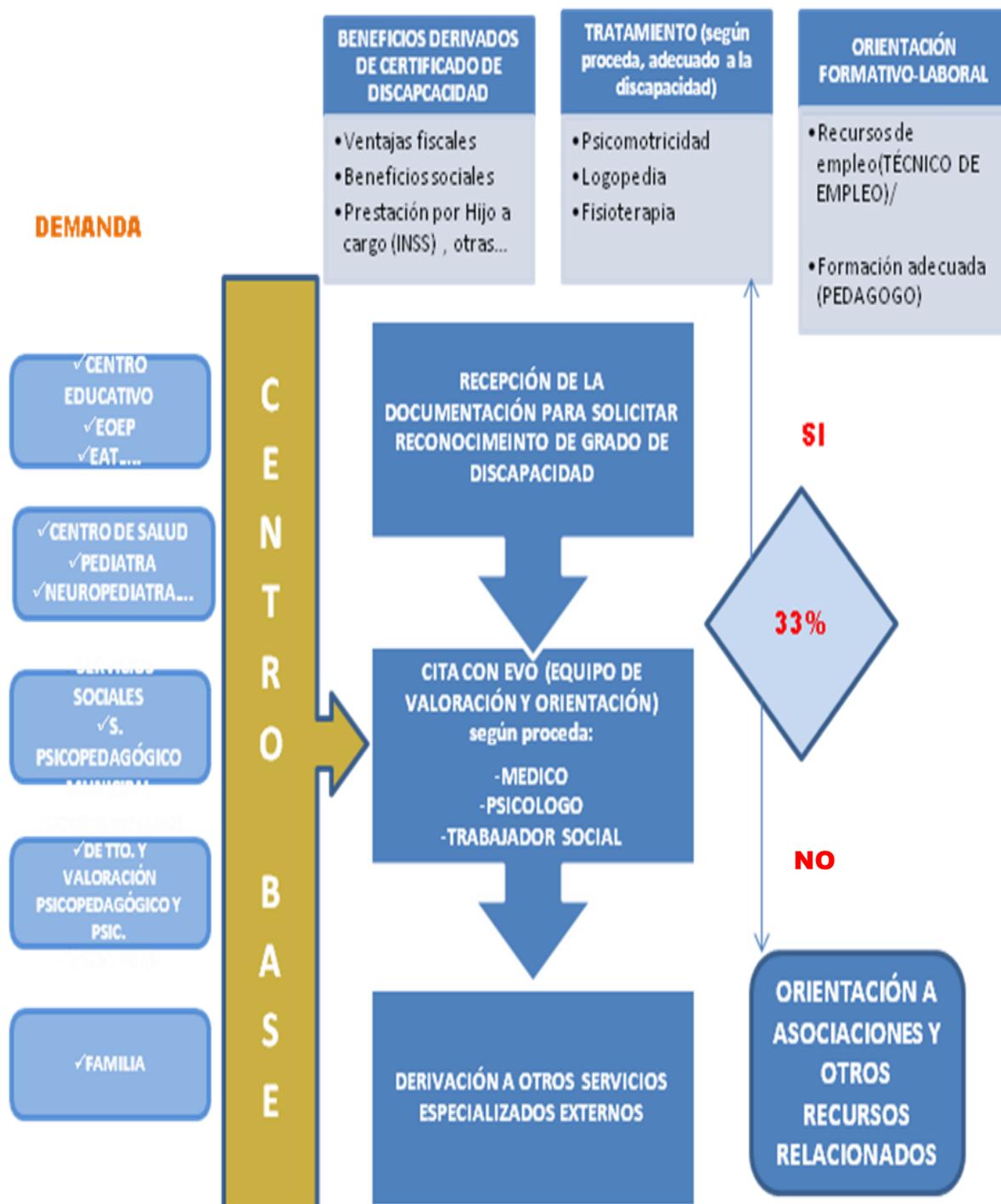
Si la valoración concluye con un grado de discapacidad igual o superior del 33%, también se les informa de los beneficios que ello conlleva.

DERIVACIONES:

Si somos nosotros los primeros en detectar un posible TDA-H, podemos derivar mediante el protocolo de derivación PADI, al recurso que consideremos más indicado (CAT, SMAPSIA, pediatra para que éste remita a Salud Mental ó Neuropediatría...) para que determinen el diagnóstico y tratamientos, si así lo estiman oportuno.

Este Centro Base cuenta con tratamientos de logopedia, psicomotricidad y fisioterapia. En algunos casos, y tras su estudio en junta de tratamiento, se decide incluirlos en tratamiento, no tanto por el TDA-H sino por los trastornos o alteraciones comórbidos a éste (T. del lenguaje, T. de la coordinación ...) .Los tratamientos se realizan solo en horario de mañana. Para acceder a ellos se requiere tener un grado de discapacidad igual ó mayor del 33%.

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO
VALORACION Y ORIENTACIÓN TDAH-
DISCAPACIDAD**



5.2.- CENTRO DE ATENCION TEMPRANA

El centro de atención temprana contratado por la Comunidad de Madrid a través del IMFM, atiende a niños con discapacidad o riesgo de padecerla de 0 a 6 años.

La intervención que se ofrece es multidisciplinar, pues cuenta con un equipo de profesionales con formación en psicología, trabajo social, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional y psicoterapia.

DERIVACIÓN:

Las familias vienen derivadas a este centro por servicios de Salud, Educación y Servicios Sociales normalmente a través del protocolo PADI. En algunas ocasiones, la demanda es también por iniciativa familiar, aunque para acceder a una plaza pública deben acreditar la necesidad de intervención a través de un servicio público.

Es difícil en estas edades tan tempranas (menores de 6 años) establecer diagnósticos claros de TDA-H, sin embargo en muchos casos sí existen rasgos que orientan a pensar en este futuro diagnóstico y por tanto la necesidad de una intervención temprana.

VALORACIÓN:

La valoración se lleva a cabo mediante:

- Entrevista Familiar conjunta desde Psicología y Trabajo Social: mediante la cual se recoge información tanto a nivel familiar, social, como de hitos evolutivos del desarrollo del niño.
- Valoración Cuantitativa: a través de pruebas pertinentes según el caso (Escala de Desarrollo Brunet-Lezine, Cumanin, Cuestionario de Madurez Neuropsicológica, WPPSI-III entre otras).
- Valoración Cualitativa: utilizándose la más adecuada a su edad de desarrollo (Observación Sistemática, Caja de Juegos diagnóstica, HTP, Familia de Corman).
- Pruebas más específicas para TDH: Test de Caras, Cuestionario familiar de Connors.

DEVOLUCIÓN:

Se mantiene una entrevista de devolución con la familia desde Psicología, en la que se les informa de los resultados obtenidos en las pruebas y en la observación y la propuesta de intervención más adecuada a las necesidades detectadas.

INTERVENCIÓN:

Es necesario realizar un abordaje global, más enfocado en las necesidades que presentan e incluyendo a la familia en el proceso. Para ello se utiliza la herramienta de trabajo PIAT (Programa Integral de Atención Temprana).

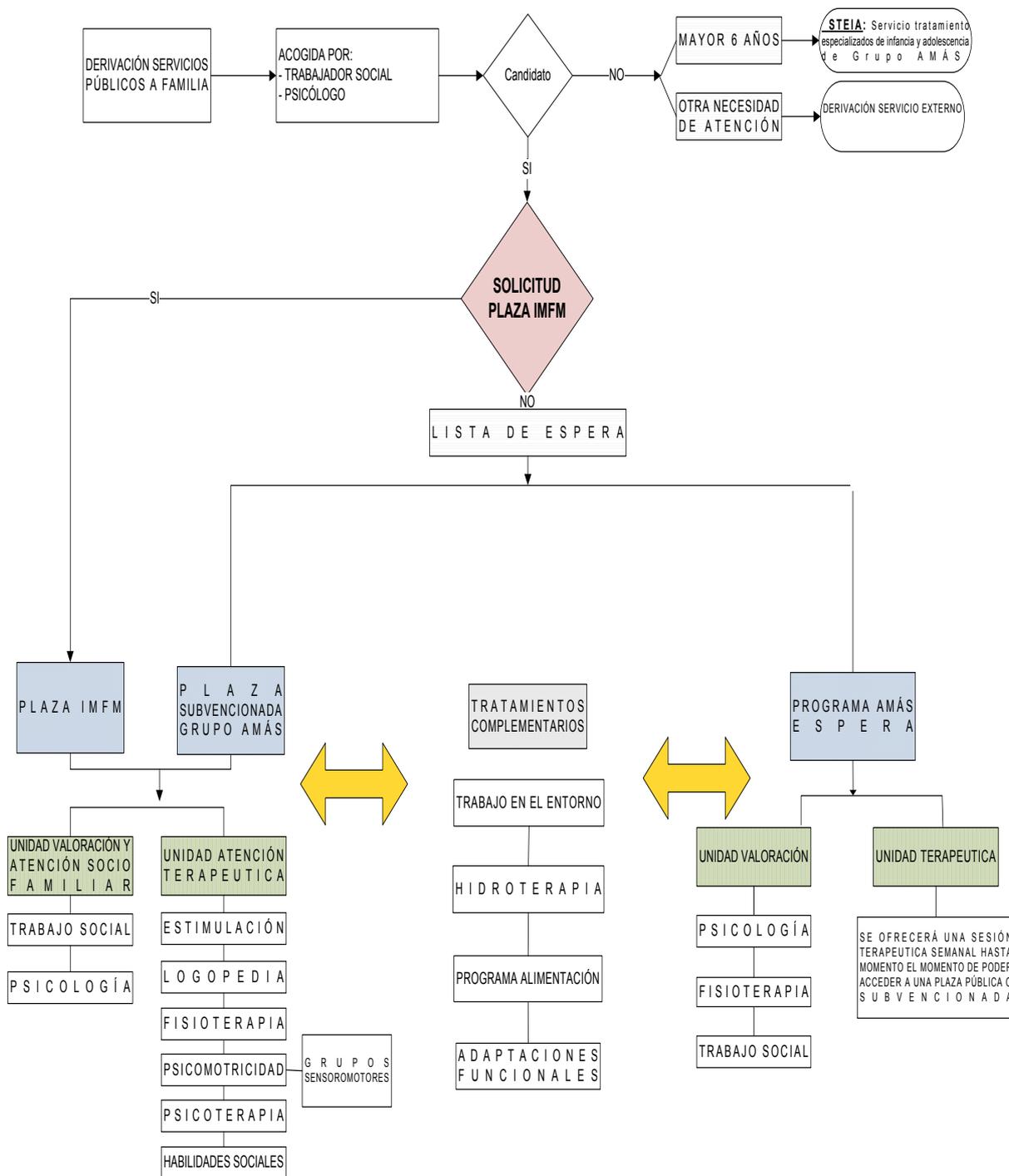
Para llevar a cabo el PIAT, se mantienen coordinaciones de todos los profesionales implicados en el caso consensuando los objetivos prioritarios de intervención.

Es de gran ayuda para los niños con diagnóstico o rasgos de TDA-H contar con Psicoterapia en modalidad individual y Habilidades sociales en grupos de 4-5 niños.

En todos los casos el trabajo con la familia es fundamental, para el funcionamiento del tratamiento y la evolución más favorable para el niño.

EVALUACIÓN:

Aunque se realiza una evaluación continua de cada caso, los programas de intervención son al menos revisados una vez al año, siendo la frecuencia habitual cada 4-6 meses.



5.- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Se deriva a Servicios Sociales si:

- Hay una problemática social en la unidad familiar.
- O si se detecta en alguno de los menores de la unidad familiar algún indicador de riesgo y/o desprotección.

En Servicios Sociales, no se realiza una intervención específica con el menor en proceso de valoración o diagnóstico de TDA-H.

Sí se actúa con:

- Movilización de recursos de apoyo a la unidad familiar.
- Medidas de protección ante una situación de riesgo y/o desprotección de un menor.

6.- COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS: CUADERNO DE COORDINACIÓN Y TRASPASO DE INFORMACIÓN.

En la Comisión se pone de manifiesto, a través de representantes de educación, la reivindicación por parte de los docentes de adquirir más formación acerca del trastorno con la finalidad de adecuar su intervención a las necesidades de este alumnado.

A raíz de esta sentida necesidad, se pone en marcha el seminario “El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar”, realizado en el curso 2012-2013 en un centro educativo del municipio. Conocer cómo abordan el trastorno distintos profesionales en Móstoles fue uno de sus objetivos. Las ponencias realizadas por profesionales de educación, salud, y el sector social en el seminario, suponen el momento de encuentro a la hora de dar a conocer al resto de profesionales su itinerario de actuación ante el trastorno. En el apartado anterior se ha podido ver con detalle cómo es la detección, valoración, diagnóstico e intervención desde cada sector; permitiendo a posteriori a la comisión, la elaboración del protocolo que nos ocupa.

Otro de los objetivos del seminario es la creación de herramientas útiles para llevar a cabo la coordinación interdisciplinar y la práctica docente. Entre dichas herramientas se encuentra el **Cuaderno de coordinación interdisciplinar en el municipio de Móstoles**. Para confeccionarlo, ha sido necesario un trabajo paralelo entre la comisión y el seminario. Su elaboración nos lleva a manifestar que, la coordinación y seguimiento del trastorno entre profesionales, debería servir para describir lo que cada uno aborda desde su ámbito, permitiendo al profesional que lo reciba, completar su actuación, dando una continuidad a ese trabajo ya comenzado. Esta coordinación tiene como objetivo fundamental aportar al afectado una pronta, homogénea e integrada respuesta ante sus dificultades.

Por ello, el cuaderno de coordinación tratará de agilizar este trabajo dando coherencia y continuidad al proceso diagnóstico y de tratamiento entre diferentes profesionales. En él se recopilarán las pruebas diagnósticas e informes que le sean entregados al paciente en los distintos servicios derivados, de tal forma que, puedan estar a disposición del profesional que los requiera.

Para que los profesionales procedan a su uso, los familiares deben firmar la autorización que en él se aporta.

El cuaderno de coordinación estará disponible en cada servicio (educativo, de salud, social). Será el profesional que atiende al niño/a el encargado de preguntar a la familia si ya se lo han administrado en otro servicio, si no es así, se le facilitará el mismo explicando los beneficios y el por qué de su uso.

Hasta el momento, en el cuaderno quedan representados servicios que forman parte de la comisión de atención temprana y desarrollo infantil pero podrá ser utilizado, claro está, por cualquier otro servicio al que el alumno/paciente acuda (existe un apartado específico para ellos al final del cuaderno).

Con la intención de ser una herramienta útil y activa, se ruega a todos los profesionales y familiares que tengan ocasión de tenerlo en sus manos, que aporten sugerencias para mejorar su uso, éstas quedarán centralizadas en la siguiente dirección de correo electrónico:

cuadernodecoordinacion@gmail.com

Este cuaderno no pretende suplir las distintas vías de coordinación ya existentes (ver directorio) sino complementarlas.



CUADERNO DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES

INSTRUCCIONES DE USO DEL CUADERNO

El primer profesional que reciba a la familia le facilitará el cuaderno de coordinación interdisciplinar.

Este cuaderno tiene carácter **confidencial** y pretende recopilar y unificar toda la información relacionada con los distintos profesionales que atienden al niño/a. Se incluirán los documentos relativos a pruebas médicas, evaluaciones, pautas, próximas revisiones, documentos de coordinación entre profesionales y cualquier otro que cada uno estime oportuno para agilizar el trabajo del profesional que lo consulte.

Cada profesional acuñará el sello de su institución o sello de colegiación en su apartado.



NOMBRE Y APELLIDOS: _____

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUADERNO DE COORDINACIÓN
INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES.**

Este documento autoriza a los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social al uso del cuaderno de coordinación interdisciplinar del municipio de Móstoles. El objetivo del mismo es que se proceda de manera **centralizada** en la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en el diagnóstico y seguimiento del menor. Será portado y custodiado por la propia familia. Se ajustará en todo momento, al régimen de protección de datos según establece la Ley Orgánica 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

Y en tales condiciones AUTORIZO con este fin, como representante legal del menor, a que se realice la interconsulta propuesta entre los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social que van a intervenir en el proceso diagnóstico-terapéutico de aquel.

Yo, D./D^a _____
Con NIF _____ como _____
(padre/madre/representante legal)
del niño _____ he comprendido las explicaciones que se
me han facilitado D./D^a _____, profesional del
ámbito _____ del Centro _____
(educativo/sanitario/social/otros)

El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación del procedimiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(padre/madre/representante legal)

Fdo.: _____
EL PROFESIONAL

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUADERNO DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES.

Yo, D./D^a _____

Con NIF _____ como _____

(padre/madre/representante legal)

del niño _____

declaro que, tras la información recibida, REVOCO la autorización prestada en fecha _____ para el uso del Cuaderno de Coordinación Interdisciplinar asumiendo el perjuicio que esta acción puede ocasionar.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(padre/madre/representante legal)

Fdo.: _____

Pese a esta revocación y amparados en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, se hace constar la obligatoriedad del profesional de proteger al menor mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo.

La coordinación entre profesionales cumple con la obligación de "facilitar a los servicios accesibles en todas las áreas que afectan al desarrollo del menor". En concreto, en el Título II, Cap. I. Art. 13 de dicha ley se cita: "Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos".

Título II, Cap. I Art. 13.3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva.

CENTRO DE SALUD: (Nombre y Tlfno)

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Pruebas médicas realizadas

1.1.- Pruebas sensoriales

- Oftalmológica: NO SI RESULTADOS: _____

- Auditivas: NO SI RESULTADOS: _____

1.2.- Otras

2.- Entrevista: NO SI

3.- Criterios DSM IV NO SI

4.- Petición de Información al tutor/a: NO SI

5.- Diagnóstico:

6.- Medicación pautaada:

7.- Se realiza derivación a otras especialidades: NO SI

8.- Se realiza derivación a EAT/EOEP: NO SI

9.- Otras observaciones:

10.- Próxima revisión /Periodicidad de cita:

CENTRO DE SALUD: (Nombre y Tfno)

NEUROPEDIATRÍA: HUM / HRJC OTROS

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Pruebas médicas/diagnósticas realizadas:

2.- Diagnóstico:

3.- Medicación pautada:

4.- Se realiza derivación a otras especialidades: NO SI

5.- Se realiza derivación a EAT/EOEP: NO SI

6.- Otras observaciones:

7. Próxima revisión /Periodicidad de cita:

NEUROPEDIATRÍA: HUM / HRJC OTROS

SALUD MENTAL:

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Entrevista clínica:

2.- Impresión Diagnóstica:

3.- Tipo de Intervención:

4.- Objetivos prioritarios de intervención:

5.- Se realiza derivación a otras especialidades:

6. Otras observaciones:

8.- Próxima revisión /Periodicidad de cita

SALUD MENTAL: HRJ / HUM

CENTRO EDUCATIVO: Nombre y Tlf.

Curso: _____ Tutor:: _____ Fecha : _____

1.- Entrevista inicial en Educación Infantil con signos de alarma: NO SI

2.- Registro de indicadores de detección : NO SI

3.- Recibe apoyo: NO SI Tipo: _____ Frecuencia: _____

4.- Sigue la programación de su curso: NO SI

5.- Objetivos prioritarios de intervención:

6.-Se realiza derivación a EAT/EOEP: NO SI

7.- Seguimiento:

CENTRO EDUCATIVO: Nombre y Tlf.

EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (EAT)

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Intervención de EAT: NO SI

1.1. Seguimiento desde: NO SI El: _____

1.2.-Seguimiento desde sector: NO SI

Fecha: _____ Síntesis: _____ Prox. Rev: _____

2.-Dictamen: NO SI _____

3.- ACNEAE: Diagnóstico: _____

4.- Próxima revisión prescriptiva:

5.-Se realiza derivación a:

Atención Primaria Smapsia Centro Base Servicios Sociales CAT

Otros: _____

6.- Objetivos prioritarios de orientación/intervención:

7.- Otras observaciones

8.- Seguimiento

EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (EAT)

EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA (EOEP)

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- **Intervención de EOEP** NO SI

1.1.-En proceso de estudio del caso NO SI

1.2.-Evaluación Psicopedagógica NO SI

2.-**Dictamen** NO SI

Modalidad: _____

3.- **ACNEAE. Pruebas:**

4.- **Diagnóstico**

5.- **Próxima revisión prescriptiva:**

6.-**Se realiza derivación a:**

Atención Primaria Smapsia Centro Base Servicios Sociales CAT

Otros: _____

7.- **Objetivos prioritarios de orientación/intervención:**

8.- **Otras observaciones:**

9.- **Seguimiento**

EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA (EOEP)

SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SMAPSIA)

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Acude al grupo de psicoterapia: NO SI

2.- Acude al grupo de familia: NO SI

3.- **Objetivos prioritarios de orientación/intervención:**

3.- **Otras observaciones**

4. **Próxima revisión /Periodicidad de cita**

**SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SMAPSIA)**

ÁREA DE INFANCIA. GRUPO AMÁS/AFANDEM

CAT (Centro de Atención Temprana 0-6años)

STEIA (Servicio de Tratamientos Especializados de Infancia y Adolescencia (6-18 años)

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

1.- Fecha de inicio del tratamiento: _____

2.- Tratamientos recibidos:

TRATAMIENTOS	PROFESIONAL QUE LE ATIENDE	Nº SESIONES/ semanles

3.- Valoraciones realizadas

4.- Objetivos prioritarios de intervención

5.- Seguimiento

ÁREA DE INFANCIA. GRUPO AMÁS/AFANDEM CAT □ STEIA □

CENTRO BASE: Nº Dirección

Profesional/es que le atiende/n: _____ Fecha : _____

Equipo Nº: _____

1.-Tiene certificado de discapacidad: NO SI

Grado: _____ Definitivo: NO SI Fecha de revisión: _____

2.- Pruebas diagnósticas realizadas

3.-Diagnósticos que figuran en el dictamen del Reconocimiento del Grado de discapacidad:

4.- Intervenciones que se han realizado:

Tratamientos:

Orientaciones:

5.- Otras observaciones

6.- Seguimiento

CENTRO BASE: Nº Dirección

SERVICIOS SOCIALES

Responsable del expediente: _____

Fecha apertura: _____

1. Programa interviniente:

2. Profesionales que intervienen:

Trabajador Social

Educador

Psicólogo

3. Demanda planteada en Servicios Sociales

4. Procede continuar con la intervención: SI NO

4.- Seguimiento, próximas citas:

SERVICIOS SOCIALES

OTROS: Asociaciones / Atención Privada /

OTROS: Asociaciones / Atención Privada /

7.- RECOMENDACIONES PARA PADRES Y CUIDADORES

CONOCER A SU HIJO Y SUS PECULIARIDADES

Los niños con TDA-H tienen las siguientes características:

- **Hiperactividad:** Nivel superior o inapropiado de actividad para su edad.
- **Impulsividad:** Son intuitivos en la toma de decisiones, se guían por las emociones o estados de ánimo. Actúan. No valoran y sopesan las cosas. Son excitable, dramáticos, impresionables y temperamentales. Tienen dificultades en mantener los mismos intereses durante mucho tiempo. Les cuesta controlar sus conductas, emociones y pensamientos.
- **Inatención:** Tienen una gran dificultad para prestar atención y concentrarse.

Por lo tanto los niños con TDHA:

- Tienen una necesidad constante de la novedad.
- Les cuesta aislar un evento de otros que ocurren a su alrededor.
- Se enfocan al ruido más alto, a lo más llamativo y lo más excitante.
- Viven con excesivo interés por el presente, tienen dificultades para aplazar la recompensa.
- Sienten una necesidad constante de mover alguna parte del cuerpo por ello les cuesta mucho permanecer sentados y prestar atención.
- Cuando se les pide que realicen actividades que les resultan muy difíciles, se aíslan para encubrir esas dificultades, se enfadan como modo de reacción o incluso las eluden “mintiendo”.
- Necesitan más tiempo que el resto para realizar la tarea escolar, esto les hace sentir que solo se dedican a “trabajar” mientras los demás juegan.
- Se valoran a sí mismos más negativamente, con más problemas, más impopulares y menos felices que sus iguales.

Un niño con TDA-H necesita:

- Sentirse aceptado por su familia.
- Sentirse respetado por ella.
- Unas normas claras y bien definidas. Que sean pocas e importantes y que representen una exigencia adaptada a sus posibilidades.
- Que las expectativas sobre él sean realistas.
- Una familia que le conceda muchas oportunidades para que realice las tareas propuestas.
- Que le facilite la posibilidad de pedir ayuda.

- Que le haga notar que es normal cometer errores.
- Que le proteja del estrés innecesario y de la frustración.
- Una familia que le ayude a incrementar su autoestima.
- Que promueva su participación en actividades que le gusten y en las que pueda ser brillante.
- Un ambiente ordenado y organizado. Un espacio con pocos objetos y fácil de ordenar. Sereno, relajado y cálido.
- Que le preparen con tiempo para los cambios.
- Una familia que reconozca su esfuerzo.
- Que le anime y contenga sin sobreprotección excesiva.
- Que le ayude a situarse y organizarse.
- Que le permita válvulas de escape.
- Que le ayude a encarar los problemas y a encontrarles una solución sin encubrir innecesariamente sus faltas.
- Que evite situaciones que ya sabe de entrada que van a ser conflictivas o que tienen altas probabilidades de serlo.
- Que actúe con paciencia, tolerancia y comprensión.

REFLEXIONEMOS NOSOTROS:

Antes de continuar avanzando en estas recomendaciones, los padres debemos evaluar si existen discrepancias entre nosotros en las pautas de crianza y en la forma en que ambos manejamos las dificultades.

Debemos reflexionar sobre los roles que tiene cada uno en la familia y nuestras actitudes y autocontrol frente a los conflictos.

Antes de ocuparnos del problema de nuestro hijo, debemos identificar también nuestras insatisfacciones y conflictos personales, de pareja, familiares y sociales como individuos y como padres, diferenciarlos y separarlos del malestar por las dificultades del niño.

LOS PADRES SOMOS PARA LOS HIJOS:

- Fuente de satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de seguridad, contención y organización.
- Modelos de identificación.

Como padres debemos intentar lograr una relación mutuamente gratificante. Poder identificar los estados de ánimo, sentimientos, pensamientos y reacciones entre nosotros y nuestros hijos.

ORIENTACIONES PARA PADRES

Las normas:

- Deben ser **estables**: el cumplimiento-incumplimiento de las reglas siempre ha de tener las mismas consecuencias.
- Deben ser **consistentes**: las reglas no cambian de un día para otro.
- Deben ser **explícitas**: las reglas son conocidas y comprendidas por ambas partes (padres y niño).
- Deben ser **predecibles**: las reglas están definidas antes de que se incumplan, no después.

Para modificar la conducta de su hijo debe:

- **Definir el problema de forma positiva.** Definir claramente los comportamientos deseados sin mencionar el problema. Por ejemplo, en vez de reñirle por moverse, intente que esté sentado toda la cena; en vez de eliminar el desorden, intente que deje el material escolar en su sitio.
- **Establecer metas razonables.** Seguramente es demasiado pedir que su hijo permanezca sentado toda la cena todas las veces, por lo que es mejor empezar por un periodo de 5 minutos, luego 6, luego 7. Para preparar las cosas para el colegio, empiece por el abrigo y la cartera, luego añada el bocadillo, luego la bolsa de gimnasia.
- **Avanzar poco a poco.** Felicite a menudo a su hijo por obtener metas intermedias, haga comentarios específicos (qué bien que has estado sentado), evitando generalizaciones (qué bueno has sido) o “elogios negativos” (ya era hora de que lo hicieras bien).
- **No dar demasiadas órdenes al mismo tiempo.** Se liará y no hará ninguna.
- **Crear hábitos en casa.** Exigir siempre las mismas rutinas y ayudarle reconociendo su buena conducta cada vez que lo logra. Las rutinas ayudan a estructurar el día y producen seguridad. Si el niño sabe lo que va a pasar estará preparado y no le sorprenderán las cosas.
- **No activar al niño con su comportamiento.** Estos niños tienen mucha facilidad para activarse y mucha dificultad para inhibirse y controlarse. Por ello son niños más vulnerables a la influencia del entorno. Si el entorno es estresante, si los gritos son frecuentes, si el ambiente es desorganizado, es muy probable que su inestabilidad se manifieste en forma de hiperactividad incontrolada y excitabilidad muy marcada. Los padres deben ayudar a crear un ambiente menos estresante y más relajado.

- **Mostrar al niño como nos sentimos con su** comportamiento y las consecuencias de este “yo me siento triste cuando rompes las cosas porque tengo que volver a comprarlas”. Es muy importante centrar el mensaje en su comportamiento, no en su persona “la mesa está desordenada” (nunca “eres un desordenado”)
- **Utilizar la motivación.**
- **Premios:** premiar una conducta adecuada hace probable que esta se repita. Para premiar utilizamos reforzadores que pueden ser materiales (regalo, golosina, tiempo para ver televisión...) o sociales (halagos, sonrisas, caricias). Un reforzador funcionará mejor si es inmediato y se indica claramente porqué se premia.
- **Castigos:** Castigar una conducta hace probable que esta no se repita. El castigo funciona bien si:
 - Es el último recurso, no la forma habitual de actuar.
 - El niño sabe exactamente por qué se le ha castigado.
 - Ocurre siempre que comete la falta.
 - Se ofrece una alternativa: no solo se castiga la mala conducta, se explica por que y cómo puede cambiarla.
 - Permanece intacta la autoestima: lo incorrecto son las acciones, no el niño.
 - No se asocia a actividades de aprendizaje: leer, hacer cuentas...
- **Extinción:** es ignorar completamente aquellas conductas que queremos que no se repitan. No debe realizarse cuando son conductas peligrosas para el niño u otras personas.
- **Técnica del tiempo fuera:** periodo de tiempo en el que se separa al niño de toda actividad gratificante. Se le sitúa en otro cuarto, en el pasillo, etc. El lugar de aislamiento no debe ser atractivo ni estar muy lejos. No debe mantenerse más de un minuto por año de edad. Se debe evitar aplicar este procedimiento en casos en los cuales sirva para salir de situaciones desagradables.
- **Consecuencias lógicas y consecuencias naturales:** consiste básicamente en relacionar las conductas del niño con las consecuencias que se derivan de ellas. Se parte de ofertar al niño varias alternativas, de manera que sea él quien elija lo que va a hacer, y a continuación experimente las consecuencias sin que la lástima nos lleve a impedir las. Una consecuencia lógica es aquella que resulta de la conducta del niño, estableciendo una relación “con sentido” entre ambas. Se permite que el niño tome sus propias decisiones, haciéndole responsable de su propio comportamiento (si no quieres vestirme irás al colegio en pijama). Los pasos para aplicar correctamente esta técnica son los siguientes:
 - Dar alternativas (opción adecuada y opción inadecuada)
 - Informar con tono amistoso de las consecuencias de cada una de ellas.
 - Dejar que “saboreen” las consecuencias de la decisión tomada.
 - Recordarles que podrán volver a elegir más adelante.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA INATENCIÓN Y AYUDARLES CON LAS TAREAS ESCOLARES EN CASA:

Los niños con TDA-H para realizar las tareas escolares

- Necesitan ayuda para concentrarse.
- Requieren un ambiente estructurado.
- Libre de ruidos y distracciones.
- Conocer sus intereses y preferencias.
- Suelen requerir más tiempo para realizar las tareas escolares.
- Suelen precisar información abundante e inmediata sobre lo que hacen.
- Necesitan estructurar las tareas en tiempos cortos.
- Necesitan que se reconozcan sus esfuerzos y sus logros.

Aplicación de las estrategias:

Para ello:

- Asigne períodos de trabajo cortos.
- Establezca metas a corto plazo.
- A veces requieren que se les repita el mensaje utilizando nuevas palabras o dándoles alguna señal o dibujo (no es útil decirles «ya te lo he dicho»).
- Estimule los pequeños progresos.
- Enumere las instrucciones de una en una.
- Cuando se haya bloqueado en la resolución de una dificultad, ofrezca opciones para solucionar el problema.
- Involúcrelo en actividades de grupo; mejorará su autocontrol y reforzará su autoestima.

Motivación para el aprendizaje:

- Valorar el esfuerzo, no las calificaciones.
- Ayudar a crear un hábito de estudio.
- Mantener siempre el mismo horario.
- Lugar de estudio: tranquilo, evitar distracciones.
- Distribución del tiempo: horario personalizado y realista.
- Tareas concretas.
- Generar un hábito diario para evitar discusiones diarias sobre las mismas cosas.
- Elogiar, reforzar.
- Fomentar la autonomía.

No hay que olvidar que es mucho más importante que el niño se sienta bien consigo mismo y tenga relaciones adecuadas con el entorno social y familiar que las calificaciones escolares.

Mejorar la autoestima:

A causa de las dificultades que los niños con TDA-H encuentran en numerosos ámbitos de su vida cotidiana, es fundamental tratar de reforzar la autoestima y la confianza en sí mismos. Algunos consejos útiles son:

- Aceptarlo tal y como es: hágale sentirse único, valórole como una persona y no valores solo sus éxitos y competencias.
- Descubrir lo que tiene de especial y decírselo.
- Enseñarle a aceptar sus propias limitaciones.
- Mostrar empatía con sus sentimientos y transmitirle que todos tenemos dificultades en algún área o capacidad. Lo importante es compararse consigo mismo.
- Mostrar confianza: darle la oportunidad de asumir responsabilidades en casa o con actividades que le hagan sentirse importante. Comenzar con tareas en las que sabemos que tendrá éxito.
- Abstenerse de hacer comentarios negativos. No usar etiquetas (malo, torpe, desastre).
- Demostrar interés por lo que hace bien: asista a las actividades deportivas, físicas, artísticas, etc.
- Reconocer frente a los demás su esfuerzo y sus aportaciones.
- Evitar intervenir cuando el niño trata de encontrar la solución a su problema.
- Si pide ayuda prestársela mediante comentarios en forma de sugerencia. No le de la solución directamente.

Todo esto le ayudará a sentirse valorado y querido a pesar de su inatención o hiperactividad.

LECTURAS RECOMENDADAS PARA PADRES

Barkley R. Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós Ibérica, 1999

Bauermeister J. Hiperactivo, Impulsivo, Distráido. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales. Grupo ALBOR-COHS División Editorial, 2002.

Green C, Chee K. El niño muy movido o despidado. Ed Medici, 2000.

Orjales Villar I. Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: Cepe, 1998.

Polaino-Lorente A, Avila de Encío C. Como vivir con un niño hiperactivo. Madrid: Alfa Centauro, 1993.

8. ANEXOS

8.1.-CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TDA-H

CRITERIO A

(A1) Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Falta de atención

- Con frecuencia no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas o actividades.
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o juegos.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o sus obligaciones (sin que se deba a comportamiento oposicionista o a incapacidad para entender las instrucciones).
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas.
- Con frecuencia evita o le disgustan las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (lápices, libros, juguetes).
- Con frecuencia se distrae fácilmente.
- Con frecuencia olvida actividades cotidianas.

(A2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Hiperactividad

- Con frecuencia mueve las manos o los pies o se remueve en el asiento.
- Con frecuencia abandona su asiento en el aula o en otras situaciones donde se espera que esté sentado.
- Con frecuencia corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes se puede limitar a sentimientos subjetivos de agitación).
- Con frecuencia tiene dificultades para jugar o realizar actividades recreativas de forma tranquila.
- Con frecuencia está "en marcha" o suele actuar como si "tuviera un motor".
- Con frecuencia habla de forma excesiva.

Impulsividad

- Con frecuencia precipita respuestas antes de que hayan finalizado las preguntas.
- Con frecuencia tiene dificultades para esperar el turno.
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuyen las actividades de otros.

CRITERIO B. Algunos síntomas estaban presentes antes de los 7 años.

CRITERIO C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.

CRITERIO D. Existen pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social o académica.

CRITERIO E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o de la personalidad).

TIPOS: Todos han de cumplir los criterios B, C, D y E, pero según el criterio A puede haber 3 tipos:

TDA-H de tipo combinado: cumple criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

TDA-H con predominio del déficit de atención: Sólo cumple criterios A1.

TDA-H predominantemente hiperactivo-impulsivo: Sólo cumple criterios A2.

8.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

Trastornos mentales que pueden simular un TDA-H o coexistir con el

Trastorno	Similitudes	Diferencias y comentarios
Inteligencia límite o retraso mental leve	El comportamiento de estos niños suele ser similar al de un niño de su "edad mental" (más activo, más impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica). A veces son también "disruptivos"	El cociente intelectual (CI) del niños con TDA-H en general es normal. pero Si no se asocia a un síndrome o a algún factor etiológico evidente, una inteligencia límite o retraso mental leve puede pasar desapercibido si no se evalúa el cociente intelectual
Trastorno negativista desafiante	Falta de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo, inadaptación escolar.	El TDA-H no se niega a cumplir órdenes como desafío del adulto. No es rencoroso.
Trastorno de la conducta	Comportamiento disruptivo, impulsividad, peleas, inadaptación escolar.	El TDA-H siente remordimiento por sus actos violentos. No es rencoroso.
Trastorno de ansiedad	Hiperactividad, falta de atención inadaptación o bajo rendimiento escolar.	El TDA-H no tiene preocupación excesiva o miedos injustificados (por ejemplo a separarse de los padres).
Trastorno obsesivo compulsivo	Problemas de atención, bajo rendimiento escolar.	El TDA-H no tiene ideas obsesivas ni compulsiones.
Depresión	Impulsividad, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar.	El TDA-H no tiene sentimientos persistentes de infelicidad o tristeza sin causa. Si los tiene no son sin causa, sino por sus continuos fracasos y por el mal concepto que tienen de él los demás.
Trastorno bipolar (episodio maniaco)	Los episodios maniacos tienen síntomas muy similares a un TDA-H combinado severo.	El TDA-H no tiene una autoestima exagerada (aunque a veces no es baja, como cabría suponer por sus continuos fracasos). No hay oscilación periódica (de la depresión a la manía).
Trastornos del lenguaje y del aprendizaje	Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención en clase, dificultades o negativa para hacer los deberes, baja autoestima.	Aunque el estudio psicopedagógico muestre un CI normal y no encuentre trastornos específicos de aprendizaje, el rendimiento intelectual (en este caso académico) del TDA-H es inferior a lo esperable. Suele tener una letra muy "fea" por poca coordinación motora fina.
Tics	Falta de atención, impulsividad, mal	Los tics suelen ser evidentes, pero a veces pasan
Abuso de alcohol, marihuana o anfetaminas	Falta de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar.	El TDA-H no se esconde, no tiene una doble vida. Reversión de los síntomas al dejar de consumir.

Modificado de Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med. 2005; 165-173 y de Fernández Pérez M y López Benito MM. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. Rev. Pediatr. Aten Primaria.2006; Supl4:S11-24

8.3.-PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

Entre las recomendaciones con fuerte evidencia científica de las diferentes Guías de práctica Clínica para la evaluación del TDA-H, se encuentra la de obtener información directamente del profesor sobre los síntomas nucleares del trastorno, la duración de los síntomas, el grado de impedimento funcional y otras condiciones coexistentes.

Para facilitar la obtención de dicha información se adjuntan los siguientes documentos que serán remitidos al tutor a través de la familia según las necesidades del servicio sanitario demandante:

- Carta al Profesor.
- Cuestionario de Conners para profesores.

El estudio psicopedagógico sirve para orientar el diagnóstico y para planificar mejor el tratamiento no farmacológico que precisarán la mayor parte de los pacientes con TDA-H, pero no es indispensable ni para establecer el diagnóstico ni para decidir si el paciente precisa o no tratamiento farmacológico, de forma que no resulta conveniente retrasar el plan de actuación por no disponer del informe del EOEP. Se adjuntan:

- Procedimiento de derivación al EOEP.
- Plantilla PADI para derivación disponible en la historia clínica informatizada de AP Madrid.

Desde el centro educativo, es el tutor y el equipo docente los que mejor conocen la trayectoria del alumno/a que está en proceso de estudio con posible trastorno TDA-H. Por ello, cuando se requiera su aportación por otros servicios, puede ser útil el modelo que se adjunta en el anexo (ver Informe de valoración escolar TDA-H)

8.3.1.- MODELO DE CARTA AL TUTOR

A/A del Tutor del alumno:

A rellenar por el profesor que mejor conozca al alumno

Estimado profesor:

En la consulta de (pediatría, neuropediatría, salud mental) estamos valorando al niño/a por sospecha de trastorno por déficit de atención.

Para poder orientar el diagnóstico, es necesario conocer su comportamiento en la escuela y recabar información sobre su rendimiento y funcionamiento en el aula, su adaptación al entorno escolar y la relación con sus compañeros

.

Por ello le solicitamos rellene el/los cuestionarios adjuntos y nos aporte todos aquellos datos que considere de interés para el seguimiento del alumno.

Ante cualquier duda puede contactar con la Dirección del Centro Escolar y/o con el EOEP.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

Escala Connors de Colegio. Nombre y fecha:

		Nada	Poco	Bastante	Mucho
1.-	Tiene excesiva inquietud motora				
2.-	Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
3.-	Molesta frecuentemente a otros niños				
4.-	Se distrae fácilmente, escasa atención.				
5.-	Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
6.-	Tiene dificultad para las actividades cooperativas				
7.-	Está en las nubes, ensimismado.				
8.-	Deja por terminar las tareas que empieza				
9.-	Es mal aceptado en el grupo				
10.-	Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
11.-	Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada				
12.-	Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
13.-	Intranquilo, siempre en movimiento				
14.-	Discute y pelea por cualquier cosa				
15.-	Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
16.-	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"				
17.-	Es impulsivo e irritable				
18.-	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
19.-	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
20.-	Acepta mal las indicaciones del profesor				

Responda a cada cuestión con una cruz (x) valorando el grado en que el alumno presenta cada una de las conductas descritas

Comentarios del profesor:

8.3.2.- ESCALA CONNERS DE COLEGIO

8.3.3.-PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DESDE SANIDAD A EOEP

1. En los casos en que exista una petición de valoración desde Sanidad (pediatra AP, neuro-pediatría, salud mental) al EOEP, se propone incluir dentro de la hoja de derivación (PADI) los siguientes datos:
 - Síntesis de la información clínica.
 - Motivo de la derivación.
 - Demanda global en la que no se soliciten procedimientos o pruebas específicas a realizar por el EOEP.
2. La familia entrega la demanda al centro educativo utilizando la vía de tutor/jefatura de estudios. En ningún caso dar la indicación de que se dirijan directamente a la sede del EOEP.
3. Una vez recibida la demanda, el Centro informa al EOEP de la misma.
4. El EOEP solicita al tutor información sobre el alumno en relación a la demanda recibida y se valora la pertinencia o no de iniciar el proceso de intervención.
 - a En el caso de que no se observen dificultades significativas, el EOEP, junto al equipo educativo, valorará la adopción de medidas educativas ordinarias. En este caso se entregará a la familia ANEXO I para la devolución al Servicio demandante.
 - b Si se determina la existencia de dificultades significativas, se atenderá el caso, junto con el resto de las demandas ya existentes, según los criterios de priorización establecidos en cada centro.
5. El EOEP, junto al equipo educativo, realizará la valoración e informará a la familia de los resultados de la misma para que lo remita al Servicio demandante.

8.3.4.- PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE CENTROS Y SERVICIOS :PADI

ORIGEN	DESTINO
CENTRO SANITARIO Dirección: Remitido por: Profesión: horario de contacto:	CENTRO: Dirección: Dirigido a:
DATOS DEL NIÑO/A	
Nombre y apellidos: Fecha Nacimiento: Edad: Domicilio: Población: Teléfono: Nombre de la madre: Nombre del padre:	
MOTIVO DE LA DEMANDA. PRUEBAS REALIZADAS Y/O APORTADAS Y PETICIÓN	
Fecha: Firmado:	
DEVOLUCIÓN AL SERVICIO DEMANDANTE	
ATENDIDA LA DEMANDA POR: TELÉFONO: FAX: EMAIL:	
PRUEBAS O ACTUACIONES REALIZADAS E INFORMES (indicar fechas)	
Fecha: Firmado:	

8.3.5.- INFORME DE VALORACIÓN ESCOLAR TDA-H

Nombre del alumno/a:	Fecha Nacimiento:
Colegio:	Curso:
Fecha valoración:	

Rendimiento escolar	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Muy Insuficiente
Estilo de aprendizaje: <input type="checkbox"/> Es perseverante en la tarea. <input type="checkbox"/> Tiende a abandonar la tarea ante la dificultad.	
Nivel de autonomía: <input type="checkbox"/> Se muestra totalmente autónomo/a. <input type="checkbox"/> Con algunas pautas es capaz de trabajar de forma autónoma. <input type="checkbox"/> Necesita una ayuda individualizada para realizar las tareas.	
Cumplimiento de las normas: <input type="checkbox"/> Cumple las normas establecidas. <input type="checkbox"/> Le cuesta cumplir las normas establecidas.	
Nivel de atención: <input type="checkbox"/> Adecuada y a veces dispersa. <input type="checkbox"/> Habitualmente dispersa. <input type="checkbox"/> Muy dispersa.	
Esfuerzo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Deficiente	
Adaptación curricular Significativa (ACNEE): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo áreas:</i> <input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Otras	
Adaptación curricular No significativa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo la evolución es:</i> <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Muy desfavorable	
Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Otras (especificar): _____	

Interacción social	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Necesita mejorar <input type="checkbox"/> Inadecuada
<input type="checkbox"/> Está integrado en el grupo. <input type="checkbox"/> Es elegido para hacer trabajos y/o juegos de grupo. <input type="checkbox"/> Dificultad en las relaciones con sus compañeros.	

RASGOS DE PERSONALIDAD (marcar los que convenga)

Responsable	Dominante	Alegre	Tímido
Tranquilo	Despreocupado	Amable	Reflexivo
Inquieto	Rebelde	Perseverante	Impulsivo
Seguro	Organizado	Agradable	Apático
Caprichoso	Irritable	Inseguro	Afectuoso
Nervioso	Sociable	Activo	Obediente

En Móstoles, a de de 20---__

OBSERVACIONES:

En Móstoles, a de de 20__

Fdo.
Equipo docente/ Equipo Apoyo / Equipo Orientación

9.- DIRECTORIO

SERVICIOS SOCIALES

Servicios Sociales Municipales

Centro Base

Residencia Infantil de Móstoles

Centro de Atención Temprana (CAT)

EDUCACIÓN

Equipo de Atención Temprana (EAT)

Equipo de Orientación Educativa Psicopedagógica (EOEP)

Escuelas de Educación Infantil y Casas de Niños

Colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP)

Colegio Educación Especial

SMAPSIA

SALUD

Centros de Salud: Equipo de Pediatría

Salud Mental

Hospital de Móstoles

Hospital Rey Juan Carlos

SERVICIOS EDUCATIVOS

EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA

Dirección: C/ París nº 9 28938- Móstoles.

Teléfono: 91.648.00.67

Página Web: http://www.educa.madrid.org/portal/web/eoep_at_mostoles/inicio

Correo electrónico: eoep.at.mostoles@educamadrid.org

Horario de Atención: L-V de 9:30 a 14:30

EOEP (EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA)

Dirección: C/ París, 9. 28938 Móstoles.

Teléfono: 916183200 Fax: 916183112

Página Web: -----

Correo electrónico: eoep.mostoles@educa.madrid.org

Horario de Atención: mañanas lunes a viernes (9-14) en centros y sede tardes lunes y martes (15:15-18) en sede

ESCUELAS DE EDUCACIÓN INFANTIL 0-3 AÑOS

Dirección: C/ Libertad 28 y 34 posterior 28937 Móstoles

Teléfono: 91 6460353 y 916460235

Página Web: www.educainfantilmostoles.org

Correo electrónico: patronato@educainfantilmostoles.org

Horario de Atención: 9:00 a 14:00

Horario de las Escuelas: de 7:30 a 17:30 horas

Escuelas Infantiles Municipales:

Escuela Infantil El Soto: Avda. de los Deportes, s/n. Móstoles. T

el. y fax: 91 613 16 90 soto@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil Joan Miró: C/ París, 7. Móstoles.

Tel. y fax: 91 6 45 49 94 miro@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil Caleidoscopio: Avda. Carlos V, 3. Móstoles.

Tel. y fax: 91 613 16 90 caleidoscopio@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil Parque Coimbra: C/ Cerezo, s/n. Parque Coimbra-Móstoles.

Tel. y fax: 91 6475053 coimbra@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil El Columpio: Paseo de Arroyomolinos, 64. Móstoles.

Tel. y fax: 91 6472056 eimostolesIX@hotmail.com

Escuela Infantil Osa Mayor: C/ Casiopea, 14. Móstoles.

Tel. y fax: 91 646 33 75 escuelainfantilmostoles10@gmail.com

Casas de Niños Municipales:

Casa de Niños Antusana: C/ Río Segre, 10. Móstoles.

Tel. 91 647 28 14 antusana@educainfantilmostoles.org

Casa de Niños Duendes: C/ Tamarindo s/n. Móstoles.

Tel. 91 647 66 82 duendes@educainfantilmostoles.org

Casa de Niños Villaamil: C/ veracruz, 34. Móstoles.

Tel. 91 647 54 67 villaamil@educainfantilmostoles.org

Escuelas Infantiles de la Comunidad de Madrid:

Escuela Infantil Los Sauces: C/ Pintor Murillo, s/n. Móstoles

Tel. 91 614 77 88 sauces@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil Colores: C/ Coronel de Palma, s/n. Móstoles

Tel. 91 618 02 11 colores@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil Fábulas y Leyendas: C/ Nueva York, 12. Móstoles

Tel. 91 647 31 02 fabulasyleyendas@educainfantilmostoles.org

Escuela Infantil El Juglar: C/ Alonso Cano, 8. Móstoles

Tel. 91 617 37 61 juglar@educainfantilmostoles.org



**Patronato Municipal
de Escuelas Infantiles**
C/ Libertad, 28 1º
28937 MÓSTOLES
Tel.: 91 646 03 53



COLEGIOS DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

COLEGIOS DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA					
Nº	COLEGIOS ZONA A	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
1	ANDRÉS SEGOVIA	C/ Empecinado, 60	28936	91-645.13.09	91-645.13.09
2	ANDRÉS TORREJÓN	C/ Juan de Austria, 2	28937	91-646.11.67	91-646.11.67
3	FEDERICO GARCÍA LORCA	Ego. Javier Sauquillo, 25	28932	91-618.97.36	91-664.35.68
4	JORGE GUILLÉN	Av. de Alcorcón, 5	28936	91-646.18.27	91-646.18.27
5	LEON FELIPE	Av. Carlos V, 28	28937	91-645.03.91	91-645.03.91
6	LUIS ALVAREZ LENCERO	Camino de Leganés, 18	28931	91-646.97.92	91-646.97.92
7	MARGARITA XIRGU	Av. de la Ory, 26	28936	91-646.12.92	91-646.12.92
8	MIGUEL DELIBES	Av. de la Ory, 19	28936	91-646.17.45	91-646.17.45
9	PABLO SOROZABAL	C/ Hermanos Pinzón, 17	28936	91-646.10.42	91-646.91.29
Nº	COLEGIOS ZONA B	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
10	CIUDAD DE ROMA	C/ Moraleja de Enmedio, 21	28938	91-645.89.11	91-645.89.11
11	JOAN MIRÓ	C/ París, 3	28938	91-645.58.53	91-646.77.50
12	JUAN PÉREZ VILLAAMIL	C/ Veracruz, 34	28937	91-646.27.29	91-648.08.20
13	JULIÁN BESTEIRO	C/ Desarrollo, 52	28938	91-645.20.33	91-645.20.33
14	PRÍNCIPE DE ASTURIAS	Camino de Humanes, 36	28936	91-645.20.82	91-645.20.82
15	ROSALÍA DE CASTRO	C/ Berlín, 2	28938	91-613.08.56	91-617.35.36
16	VICENTE ALEIXANDRE	C/ Nueva York, 14	28938	91-645.27.99	91-647.06.76
Nº	COLEGIOS ZONA C	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
17	ANTUSANA	C/ Río Segre, 10	28935	91-647.13.47	91-647.13.47
18	BENITO PÉREZ GALDÓS	Pl. Arroyamolina, 44	28938	91-647.46.67	91-647.46.67
19	LAS CUMBRES	C/ Río Ebro, 9	28935	91-647.13.70	91-645.68.38
20	RAFAEL ALBERTI	C/ Río Miño, 7	28935	91-647.13.29	91-647.07.85
21	RÍO BIDASOA	C/ Río Bidasoa, 3	28934	91-613.27.20	91-613.27.20
Nº	COLEGIOS ZONA D	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
22	ALFONSO RGUEZ. CASTELAO	C/ Azorín, 24	28935	91-618.39.75	91-618.39.75
23	JUAN OCAÑA	Av. de los Deportes, 25	28935	91-613.71.17	91-613.71.17
24	MARÍA MONTESSORI	C/ Velázquez, 62	28935	91-614.76.06	91-614.76.06
25	PÍO BAROJA	C/ Hermanos Machado, 3	28935	91-617.53.11	91-618.00.61
Nº	COLEGIOS ZONA E	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
26	ALONSO CANO	C/ Alonso Cano, 1	28933	91-618.31.87	91-617.46.23
27	ANTONIO HERNÁNDEZ	C/ Velázquez, 13	28935	91-613.30.08	91-614.01.48
28	BLAS DE OTERO	C/ Velázquez, 20	28935	91-618.65.91	91-618.65.91
29	GABRIEL CELAYA	C/ Pintor Murillo, 32	28933	91-617.33.59	91-617.33.59
30	PABLO SARASATE	C/ Jaén, 4	28935	91-614.35.89	91-664.12.73
31	SALZILLO-VALLE INCLÁN	C/ Salzillo, 4	28932	91-613.57.19	91-664.28.28
32	SEVERO OCHOA	C/ Violeta, 7	28933	91-613.88.11	91-613.61.45
Nº	COLEGIO ZONA F	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
33	BEATO SIMÓN DE ROJAS	Pl. de Goya, 3	28931	91-613.61.88	91-664.25.60
Nº	COLEGIOS ZONA G	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
34	CELSE EMILIO FERREIRO	Av. de los Sauces, 49	28935	91-647.01.84	91-646.42.18
35	LEONARDO DA VINCI	C/ Eucalipto, 37	28935	91-647.94.01	91-647.93.26
Nº	COLEGIO E. ESPECIAL	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
36	MIGUEL DE UNAMUNO	C/ Gran Capitán, 19	28933	91-618.39.69	91-614.53.23
Nº	COLEGIOS CONCERTADOS	DIRECCIÓN	C.P.	TELEFONO	FAX
37	VILLA EUROPA	C/ Benito Pérez Galdós 13	28935	916170269	916640700
38	VILLA DE MOSTOLES	Camino de Humanes 40	28938	916453055	916457401
39	NTRA SEÑORA DEL CARMEN	C/ Chile, 4	28938	916456723	916456118
40	BALMES	C/ Río Llobregat nº 2	28935	916474159	916474176

CM: Comedor Escolar
AA: Apertura Ampliada

Bl: Bilingüismo AA:
HC: Horario Continuo

.....

COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL MIGUEL DE UNAMUNO

Dirección: C/ Gran Capitán, 19

Teléfono: 916183969

Página Web: www.educa.madrid.org/web/cpee.unamuno.mostoles

Correo electrónico: cpee.unamuno.mostoles@educamadrid.org

SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIOEDUCATIVA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SMAPSIA)

Horario de Atención: 9.30am-16pm

Dirección: C/ Dalia, 17

Teléfono: 916459100

Página Web: www.mostoles.es

Correo electrónico: psicopedagogico@ayto-mostoles.es

Horario de Atención: Lunes a viernes de 9-14 h.

SERVICIOS SANITARIOS

CENTRO DE SALUD :PEDIATRÍA- ATENCIÓN PRIMARIA

CENTRO	E-mail EAP	Tfno. Contacto
A. Bartolomé González C/ Independencia, 8, 28931	buzgen2395@salud.madrid.org	cita previa: 91 614 13 14 Adm.:91 613 06 90 T.Social: 91 664 12 51
Dos de Mayo "Coronel de Palma" C/ Coronel de Palma s/n, 28938	buzgen2394@salud.madrid.org	cita previa: 91 613 04 85 Adm.: 91 613 46 21 T.Social: 91 614 99 58
Dr. Luengo Rodríguez C/ Nueva York, 16, 28938	buzgen2393@salud.madrid.org	cita previa: 91 646 31 42 Adm.: 91 646 17 02 T.Social: 91 646 17 09
El Soto Avda. Olímpica, 38, 28935	buzgen2389@salud.madrid.org	cita previa: 91 613 20 14 Adm.: 91 613 32 60 T.Social: 91 613 97 59
Felipe II Avda. Felipe II, 10, 28936	buzgen2392@salud.madrid.org	cita previa: 91 646 55 99 Adm.: 91 646 90 00
Parque Coimbra Avda. de los Sauces, 57, 28935	buzgen2397@salud.madrid.org	cita previa: 91 647 84 22 Adm.: 91 647 84 84
Arroyomolinos Plza de los Galayos, 1, 28939	buzgen2398@salud.madrid.org	cita previa: 91 609 57 58 Adm.91 609 57 73
Barcelona C/ Barcelona, 31, 28937	buzgen2391@salud.madrid.org	cita previa: 91 645 17 00 Adm.: 91 646 29 43 T.Social: 91 645 18 83
Presentación Sabio C/ Alonso Cano, 8, 28933	buzgen2390@salud.madrid.org	cita previa.: 91 648 91 06 Adm.: 91 648 91 21 T.Social: 91 648 91 01
Princesa C/ Severo Ochoa 2, 28932	buzgen2610@salud.madrid.org	cita previa: 91 664 70 31 Adm.: 91 665 65 67

SALUD MENTAL. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO- JUVENIL

Dirección: Calle Nueva York, 16, segunda planta

Teléfono: 916480210

Horario de Atención: 8:30 – 20:30 H

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES (SERVICIO DE PEDIATRÍA)

Dirección: Calle Río Júcar, s/n, Móstoles 28935

Teléfono: 916648600

Página Web: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalMostoles/
Page/HMOS_home](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalMostoles/Page/HMOS_home)

Horario de Atención: La zona de hospitalización y el servicio de Urgencias pediátricas están abiertos las 24 horas todo el año.

Las consultas externas funcionan de 8 a 15 h los días laborables.

HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES (SERVICIO DE PEDIATRÍA)

Dirección: C/ Gladiolo S/N, Móstoles, 28833.

Teléfono: 91 481 62 25

Página Web: www.madrid.org/hospitalreyjuancarlos/

Correo electrónico: pediatria@hospitalreyjuancarlos.es

Horario de Atención: La zona de hospitalización y el servicio de Urgencias pediátricas están abiertos las 24 horas todo el año.

Las consultas externas funcionan de 8:30 a 15 h los días laborables.

10.- BIBLIOGRAFÍA

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDH-A. Servicio Murciano de Salud. Rev 2012.

Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud.

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) en Niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2010.

La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA-H). Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. ACINDES. Enero 2009.

B. Herranz Jordán: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: de la teoría a la práctica. Form Act Pediatr Aten Prim 2010; 3(2): 75-85.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Universidad de Córdoba. Ed. Glosa 2009.

