



Horizonte

HOMOLOGADOS

CURSO HOMOLOGADO · 100 HORAS

TDAH en el aula

Detección, intervención y adaptaciones metodológicas

Profesorado en activo y en formación de Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional; profesorado tutor; personal de orientación educativa, de pedagogía terapéutica y de audición y lenguaje; y equipos directivos con responsabilidad en el plan de atención a la diversidad

Ficha técnica



Denominación	TDAH en el aula: detección, intervención y adaptaciones metodológicas
Modalidad y duración	En línea · 100 horas
Destinatarios	Profesorado en activo y en formación de Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional; profesorado tutor; personal de orientación educativa, de pedagogía terapéutica y de audición y lenguaje; y equipos directivos con responsabilidad en el plan de atención a la diversidad
Ámbito	Estatal
Estructura	4 bloques · 5 epígrafes por bloque · 20 figuras · 60 aplicaciones prácticas · 4 pruebas de bloque · 1 tarea final optativa
Certificación	Horizonte Homologados · Universidad Católica de Ávila
Cierre de la edición	Septiembre de 2026

Preliminares	4
Bloque 1. Concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y alcance de la función docente	
1.1. Criterios diagnósticos vigentes y competencia profesional para su aplicación	8
1.2. Manifestaciones por etapa educativa y conductas propias del desarrollo	12
1.3. Descripción objetiva de la conducta sin atribución diagnóstica	15
1.4. Obligaciones establecidas por la normativa vigente	19
1.5. Procedimiento de derivación y actuación durante el proceso	23
Bloque 2. Fundamentos explicativos del trastorno como base para la selección de adaptaciones	
2.1. El TDAH como alteración de la autorregulación	28
2.2. Factores de origen y ausencia de una prueba diagnóstica única	32
2.3. Comorbilidad y diagnóstico diferencial	35
2.4. Perfiles de detección temprana, tardía e inadvertida	39
2.5. Eficacia de las intervenciones en el aula según la fuente de medida	43
Bloque 3. Adaptaciones metodológicas aplicables en el aula ordinaria	
3.1. Organización del espacio, el entorno y el tiempo de la sesión	48
3.2. Formulación de instrucciones y presentación de las tareas	52
3.3. Gestión de la conducta: contingencias eficaces y medidas contraproducentes	55
3.4. Enseñanza de estrategias de organización: agenda, material, tareas y estudio	58
3.5. Variaciones por etapa educativa y por materia	61
Bloque 4. Seguimiento de las adaptaciones, coordinación con la familia y el equipo y límites profesionales	
4.1. Diseño de pruebas de evaluación que no midan el trastorno en lugar de la materia	65
4.2. Indicadores de eficacia de las adaptaciones aplicadas	69
4.3. Comunicación con la familia dentro del ámbito de competencia docente	72
4.4. Posición del profesorado respecto del tratamiento farmacológico	75
4.5. Errores frecuentes y traspaso de la información al curso siguiente	79
Cierre: la tarea final optativa	83
Bibliografía consolidada	86
Referencias citadas con reserva	94



Qué tienes delante

Tienes veinticinco en clase y uno de ellos lleva tres semanas sin terminar una sola ficha. Se levanta, interrumpe, pierde el estuche, empieza cuatro cosas y no acaba ninguna. En la junta de evaluación alguien dice «ese niño tiene TDAH», y en ese momento pasan dos cosas malas a la vez: que la frase no la puede sostener nadie de los que están en la sala, y que, dicha, todo el mundo se queda tranquilo y nadie cambia nada el lunes.

Este manual trabaja exactamente ese punto. **No enseña a diagnosticar, y esto va en la primera página: el diagnóstico clínico es competencia sanitaria.** Lo emiten los servicios sanitarios —salud mental, neuropediatría o pediatría de atención primaria con formación—, después de que orientación haya hecho la evaluación psicopedagógica que tampoco es tuya. Ni siquiera vas a aprender a «detectar el TDAH»: vas a aprender a describir por escrito lo que ves, con frecuencia, duración y contexto, de forma que el papel sirva río abajo; a saber a quién se lo pasas y con qué documentación; y a decidir qué haces en tu aula mientras tanto, que suele ser un curso entero y a veces dos.

Vas a encontrar criterio y procedimiento sobre cosas concretas: cómo se lee un informe clínico sin confundir «presentación» con «gravedad» ni «síntomas» con «diagnóstico»; qué es propio de la edad en cada etapa y qué no; qué dice hoy la norma vigente y qué has dado por hecho que ya no dice —el artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006 dejó de nombrar el TDAH con la LOMLOE, y media formación española sigue citándolo como si no—; por qué no hay ninguna prueba biológica que diagnostique a una persona concreta; qué adaptaciones metodológicas caben de verdad en una sesión de cincuenta y cinco minutos y cuánto cuesta cada una; cómo se examina sin que la prueba acabe midiendo el trastorno en lugar de la materia; cómo se comprueba con datos propios si lo que has cambiado está funcionando; y qué se dice y qué no se dice a una familia que pregunta por la medicación.

No vas a encontrar listas de veinte adaptaciones genéricas que nadie ha probado con tu horario. No vas a encontrar la promesa de que el neurofeedback, el entrenamiento cognitivo por ordenador o quitar los colorantes de la merienda traten nada: vas a encontrar las cifras de lo que conserva cada uno cuando quien evalúa está cegado. Y no vas a encontrar ninguna garantía de que estas medidas suban la nota, porque los ensayos escolares no la dan.

Al terminar tendrás una carpeta con sesenta documentos escritos por ti, y ninguno es un ejercicio de clase: todos hablan de tu alumno y de tu aula. Del bloque 1 salen los que te sitúan —la lectura de un informe real, el contraste de lo que ves con lo esperable a esa edad, el registro de frecuencia y el de antecedente y consecuencia, las citas normativas auditadas, tu norma autonómica localizada y fechada, tu circuito de derivación y la demanda escrita a orientación—. Del bloque 2, los que te dan criterio: las conductas ordenadas por la función que cumplen, el argumentario sobre el origen y las pruebas, las comprobaciones que el centro hace antes de derivar, las capas que se acumulan en tu alumno concreto y el filtro con el que leerás la próxima promesa que te vendan. Del bloque 3, los que cambian el lunes: el plano del aula, el horario de la sesión, las instrucciones reescritas, la ficha en dos versiones, el sistema de contingencias con sus dos semanas de registro, la rutina de agenda y mochila y el acuerdo del equipo docente. Y del bloque 4, los que cierran: las condiciones de examen revisadas y justificadas, la línea base con su decisión escrita, los guiones de las tres conversaciones con la familia, tu posición por escrito sobre la medicación, el rastro documental y el informe de traspaso de junio.

El último, [plan-de-mejora.md](#), recoge todo lo anterior sobre un caso, y de él parte la tarea final optativa. Esa carpeta es el resultado material del curso, y es tuya.

Cómo está hecho este manual

Cuatro bloques de cinco epígrafes. Cada epígrafe tiene una extensión pareja —alrededor de mil quinientas palabras—, una figura propia y, al final, **tres aplicaciones prácticas**.

Las aplicaciones prácticas son el curso. La lectura sola no sostiene cien horas de formación y este manual no finge lo contrario: **la lectura de los veinte epígrafes y el estudio de las veinte figuras son 7,5 horas**, el repaso y las cuatro pruebas de bloque suman 5, y las **85,25 horas de trabajo aplicado** restantes están en las sesenta aplicaciones prácticas. El cómputo sale en **97,75 horas**. Ese cómputo es una estimación epígrafe a epígrafe, razonada sobre lo que cuesta producir cada documento, y no un reparto a partes iguales: por eso los bloques no valen lo mismo —el 2 es el más ligero, con 18,00 horas, y el 3 el más caro, con 26,50; el 1 suma 19,50 y el 4, 21,25—, ni valen lo mismo dos epígrafes del mismo bloque. Y por eso el curso declara un **margen de entre 95 y 110 horas**: quien parte de un caso sin registrar, de una norma autonómica que cuesta localizar o de un equipo docente de ocho profesores al que hay que poner de acuerdo se irá por encima. Las 100 horas de la ficha caen dentro de ese margen.

Cada aplicación práctica dice qué produce, cómo se llama el archivo que te queda y cuánto cuesta en tiempo. Y lleva además una etiqueta que dice de quién depende hacerla, porque no todas dependen solo de ti. Las que dicen **lo haces solo** se hacen con lo que ya tienes en tu aula y en tu cuaderno, sin pedir permiso a nadie: son la inmensa mayoría, cuarenta y ocho de las sesenta. Las que dicen **lo trabajas con material público** se apoyan en documentos que cualquiera puede leer —el boletín oficial de tu comunidad, el portal de la consejería, la página comercial de un producto que se vende para el TDAH, el material divulgativo de una sociedad científica—: son ocho. Y cuatro dicen **lo pides y esperas**, porque empiezan por una petición a alguien del centro: el informe que obra en el expediente, las comprobaciones que exige orientación antes de aceptar una demanda, el acuerdo que tiene que suscribir el equipo docente y el informe de traspaso de junio. En esas cuatro, la petición fechada es parte del trabajo y no un trámite previo, y ninguna se queda parada esperando respuesta: todas traen escrito qué se analiza mientras tanto con lo que sí está a tu alcance.

Toda la normativa y todos los datos de este manual están verificados a 11 de septiembre de 2026 en fuente primaria, y la bibliografía del final dice, entrada por entrada, para qué se ha usado cada una y en qué epígrafe. Donde una fuente no ha podido verificarse del todo, se nombra de forma descriptiva y se explica por qué, en el apartado de referencias citadas con reserva; y donde solo hay un dato local, se dice que es local y no se convierte en nacional. Esto es un terreno que se mueve: la norma autonómica cambia, los protocolos de coordinación se actualizan y la evidencia sobre intervenciones se revisa. Comprueba la vigencia antes de apoyar en una norma una decisión de centro.

Cómo se evalúa

Conviene que lo sepas antes de empezar, porque cambia cómo lees el manual.

Solo se evalúan las cuatro pruebas de bloque. Cada una tiene veinte preguntas de opción múltiple y se supera con doce aciertos. Superadas las cuatro, se expide el certificado. No hay nada más.

Las aplicaciones prácticas no se corrigen, no se recogen y no puntúan. No hay que subirlas a ningún sitio ni enviárselas a nadie. Son trabajo tuyo contigo mismo, y por eso cada una termina en un documento con nombre que se queda en tu carpeta. Si te saltas una, no pasa nada administrativamente; lo que pasa es que no tendrás ese documento, y algunos se necesitan después: el registro del epígrafe 1.3 es la materia prima del bloque 3 entero y de la línea base del epígrafe 4.2.

Hay una tarea final optativa, descrita al cierre del manual: el plan de mejora para un alumno o un grupo real que se va montando a lo largo del curso y que el epígrafe 4.5 termina. Es optativa de verdad. No condiciona el certificado, no se entrega y nadie la corrige. Se incluye porque es lo

único de este curso que sirve fuera de tu aula: es lo que se lleva a una reunión de equipo docente o de departamento de orientación.

Las pruebas de bloque preguntan por lo que el manual dice, no por lo que se te ocurra ni por lo que circule sobre el TDAH. Están construidas con cuidado para que no se aprueben por estrategia: sin claves que se adivinen por la longitud, sin claves que sean la única opción cauta de las cuatro, y sin indicaciones que anuncien la respuesta.

Qué necesitas para seguirlo

Poca cosa material, y nada que haya que comprar. Un procesador de textos, un navegador y acceso a la documentación de tu centro: el plan de atención a la diversidad, una plantilla de informe, las observaciones de los boletines de cursos anteriores.

Y una cosa que no es material y que aquí no es opcional: **un alumno o un grupo real sobre el que trabajar**. Casi todas las aplicaciones prácticas parten de una observación tuya —un registro de dos semanas, un recuento diario, un contraste con tres compañeros de la misma edad, una línea base de diez sesiones— y sobre un caso inventado no se pueden hacer. Elige desde el primer epígrafe a qué alumno vas a seguir y con qué grupo vas a trabajar, y sostén esa elección hasta el final: el curso está diseñado para que un mismo caso atraviere los cuatro bloques. Si ahora mismo estás fuera del aula o en fase de oposición, trabaja sobre un grupo y una materia concretos de tu experiencia reciente y con documentación real de un centro; el resultado sigue siendo utilizable, aunque los registros que exigen presencia haya que hacerlos cuando vuelvas.

Dos advertencias sobre ese caso. La primera, que los documentos que llevan nombres de alumnos no salen del centro: varias aplicaciones lo recuerdan expresamente. La segunda, que nada de lo que escribas en ellos es un diagnóstico ni lo parece. El manual te enseña a quitar de tus frases toda palabra diagnóstica precisamente porque la fuerza de un registro observable está en que no concluye: describe.

No necesitas formación clínica previa, ni estadística, ni haber leído el DSM. No necesitas ser quien lleva la orientación del centro. Este manual está escrito para quien da clase.

Concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y alcance de la función docente

Aprender a mirar y a describir con precisión lo que ocurre en tu aula, y saber con exactitud dónde termina tu competencia y empieza la de otro.

- 1 Criterios diagnósticos vigentes y competencia profesional para su aplicación
- 2 Manifestaciones por etapa educativa y conductas propias del desarrollo
- 3 Descripción objetiva de la conducta sin atribución diagnóstica
- 4 Obligaciones establecidas por la normativa vigente
- 5 Procedimiento de derivación y actuación durante el proceso

1.1. Criterios diagnósticos vigentes y competencia profesional para su aplicación



Qué es el TDAH según los criterios que se usan hoy, y por qué no eres tú quien los aplica.

Llega un informe a la tutoría. Dice «trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada, gravedad moderada» y, en una casilla, «F90.2». Otro informe del mismo alumno, de hace tres años, hablaba de «trastorno hiperactivo» y citaba «DSM-5» a secas. En la junta alguien pregunta si el primero está desactualizado, si «combinada» significa que lo tiene más fuerte y qué es ese código. Este epígrafe existe para que puedas contestar. No para que apliques los criterios —los aplica quien diagnostica, y aquí no se enseña—, sino para que leas lo que otros han escrito con ellos sin confundir las palabras.

1.1.1. Qué es el DSM-5-TR y por qué «DSM-5» en un informe no está desactualizado

El manual que citan la mayoría de los informes clínicos es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la American Psychiatric Association, quinta edición con texto revisado: el DSM-5-TR, de marzo de 2022; la edición española es de septiembre de 2023.

En el capítulo del TDAH, la revisión no tocó los criterios: los dieciocho síntomas, los umbrales, la edad de inicio, los contextos y el deterioro son los del DSM-5 de 2013. Cambió el texto que los acompaña: la prevalencia estimada pasó de «about 5% of children» a «about 7.2% of children», y se incorporó la heredabilidad, «approximately 74%». Un informe que cite «DSM-5» sin «TR» no está desfasado en cuanto a criterios: son los mismos.

El cambio real fue una edición antes, del DSM-IV al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), y ese sí se nota en informes antiguos: la edad de inicio pasó de «antes de los siete años» a «varios síntomas antes de los doce»; los «subtipos» pasaron a llamarse «presentaciones»; se fijó un umbral de cinco síntomas para adultos; y se permitió el diagnóstico conjunto con el trastorno del espectro autista.

1.1.2. Los dos grupos de nueve síntomas y el umbral

La APA no publica los criterios en abierto; la formulación oficial, en inglés, se reproduce con permiso en un documento federal estadounidense (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016, tabla 3.3). Lo que sigue la describe; no es traducción oficial.

El criterio A exige un patrón persistente de inatención o de hiperactividad-impulsividad que interfiera con el funcionamiento o el desarrollo, concretado en dos listas de nueve síntomas. La de inatención: errores por descuido, no mantener la atención, parecer no escuchar, no terminar el trabajo escolar, no organizarse, evitar el esfuerzo mental sostenido, perder objetos, distraerse con estímulos externos y olvidar las actividades diarias. La de hiperactividad e impulsividad: mover manos y pies en el asiento, levantarse cuando debería estar sentado, correr o trepar donde no procede, no jugar en silencio, actuar «as if “driven by a motor”», hablar en exceso, responder antes de que termine la pregunta, no esperar el turno e interrumpir.

El umbral es numérico: seis o más síntomas de un grupo durante al menos seis meses —«Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months»—; desde los diecisiete años bastan cinco. Fíjate en la palabra que abre cada ítem: *often*. No se pregunta si el alumno alguna vez pierde el estuche, sino si lo pierde a menudo, más de lo esperable para su edad. Esa palabra convierte conductas corrientes en un criterio, y esa ponderación la hace el clínico.

1.1.3. Lo que hace falta además, y los tres especificadores que confunden

Los síntomas no bastan. Los criterios B a E añaden condiciones que el informe tiene que haber comprobado: varios síntomas antes de los doce años; síntomas en dos o más contextos; evidencia clara de que interfieren con el funcionamiento social, escolar o laboral; y que no se expliquen

mejor por otro trastorno. Por eso el clínico pide información al centro: el segundo contexto no se acredita con una sola fuente, y eso te convierte en informante (epígrafe 1.5).

Lo que tiene que haber detrás de un diagnóstico de TDAH

Diagnóstico de TDAH (DSM-5-TR)

Síntomas (criterio A)

- Nueve de inatención
- Nueve de hiperactividad-impulsividad
- Seis o más de un grupo; cinco desde los 17 años
- Durante al menos seis meses
- «A menudo», más de lo esperable por edad

Condiciones (criterios B a E)

- Varios síntomas antes de los 12 años
- En dos o más contextos
- Deterioro claro del funcionamiento
- No explicado mejor por otro trastorno

Especificadores

- Presentación: combinada, inatenta o hiperactiva-impulsiva
- Gravedad: leve, moderada o grave (independiente)
- En remisión parcial: menos síntomas, sigue el deterioro

Lo que trae el informe

- CIE-10-ES: F90.0, .1, .2, .8, .9 (lo habitual en el SNS)
- CIE-11: 6A05.0, .1, .2, .Y, .Z (sin conteo de síntomas)
- CIE-10 OMS: «trastorno hiperactivo» (informes antiguos)
- Quien lo aplica es un profesional sanitario, no el docente

Fuente: elaboración propia a partir de los criterios del DSM-5-TR (APA, 2022; reproducidos en SAMHSA, 2016), la CIE-11 (OMS, 6A05) y la CIE-10-ES 6.ª ed. (Ministerio de Sanidad, 2026).

FIGURA 1.1

Después vienen tres especificadores, y aquí es donde más informes se leen mal. La **presentación** —combinada, predominantemente inatenta o predominantemente hiperactiva-impulsiva— dice qué grupo de síntomas alcanza el umbral, nada más. La **gravedad** —leve, moderada o grave— depende del número de síntomas y del deterioro, y es independiente: una presentación inatenta puede ser grave y una combinada, leve. Y **en remisión parcial** significa menos síntomas de los exigidos en los últimos seis meses con deterioro que persiste. No significa «ya no lo tiene».

ATENCIÓN · CONTAR SÍNTOMAS EN CLASE

Coger la lista de nueve, marcar seis y decir en la junta «cumple criterios». Faltan el «a menudo» ponderado frente a la edad, los seis meses, el segundo contexto, el deterioro, la exclusión de otras causas y quien esté habilitado para valorarlo. Lo tuyo es describir lo que ves, con frecuencia y contexto (epígrafe 1.3); la palabra «criterios» no es tuya.

1.1.4. La CIE-11 y dónde no coincide con el DSM-5-TR

La otra clasificación es la de la Organización Mundial de la Salud. La CIE-11, adoptada por la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019, está en vigor desde el 1 de enero de 2022. Sitúa el TDAH en la categoría 6A05, con las mismas tres presentaciones —6A05.0 inatenta, 6A05.1 hiperactiva-

impulsiva, 6A05.2 combinada— más otra especificada (6A05.Y) y no especificada (6A05.Z). Su título oficial en español no se ha cotejado para esta edición: aquí se describe, no se transcribe.

Coincide en lo esencial: también exige al menos seis meses, síntomas antes de los doce años, varios contextos, repercusión sobre el funcionamiento y que otro trastorno, una sustancia o un medicamento no expliquen mejor el cuadro. La diferencia está en el grano: la CIE-11 no fija un número de síntomas ni un umbral por edad; describe un grado «outside the limits of normal variation expected for age and level of intellectual functioning», y no da cifras (Linden, 2025). El DSM-5-TR cuenta; la CIE-11 pondera.

1.1.5. El detalle español: por qué el informe trae un F90 y no un 6A05

Que la CIE-11 esté en vigor para la OMS no significa que el sistema sanitario español codifique con ella. La codificación clínica del Sistema Nacional de Salud sigue haciéndose con la CIE-10-ES, cuya sexta edición está en vigor desde el 1 de enero de 2026 (Ministerio de Sanidad, 2026). A fecha de cierre de esta edición, el Ministerio no ha publicado calendario de adopción de la CIE-11 para la codificación clínica, y este manual no le inventa una.

En la CIE-10-ES el TDAH se codifica en F90, con tipos .0, .1, .2, .8 y .9, y coincide con los tres códigos que el propio DSM-5-TR asigna: F90.0, F90.1 y F90.2. Por eso el informe del sistema público traerá, con toda probabilidad, un F90.x y no un 6A05.x, hoy raro en España. Y en documentos antiguos cabe una tercera etiqueta: la CIE-10 original de la OMS no tenía un código llamado «TDAH», sino el bloque F90 «trastornos hiperkinéticos». Misma condición, clasificación de entonces.

CASO DE AULA · 1.º DE ESO, TUTORÍA

En el expediente hay dos documentos. Uno, de salud mental, de 2023: «TDAH, presentación predominantemente inatenta, gravedad leve, criterios DSM-5», código F90.0. Otro, de pediatría, de 2021: «trastorno hiperkinético». La tutora anota para la junta: no hay contradicción, el segundo usa la nomenclatura de la CIE-10 de la OMS; «leve» es gravedad e «inatenta», presentación; «DSM-5» sin «TR» no cambia ningún criterio. Lo que toca ahora no es discutir el diagnóstico, sino saber qué hace el alumno en cada materia.

1.1.6. Lo que un informe no dice

Un informe dice qué sistema se ha usado, qué presentación, a veces qué gravedad y qué código. No dice qué adaptaciones necesita el alumno en tu materia, y no convierte en «caso» al alumno que hace cinco cosas de la lista: síntoma no es diagnóstico. Con ese vocabulario, el siguiente paso es describir lo que ves (epígrafe 1.3) y saber a quién se lo pasas (epígrafe 1.5).

Aplicación práctica

1. **Lee un informe real y anota qué dice y qué no dice.** Pide a orientación acceso a un informe clínico de un alumno tuyo que ya obre en el expediente: **lo pides y esperas**. Anota qué sistema cita, qué presentación, si consta gravedad o remisión parcial, qué código lleva y de qué año es. Debajo, tres cosas que el informe no dice y la junta ha dado por dichas. Guárdalo como [lectura-de-un-informe.md](#). **Una hora.**
2. **Escribe tu glosario de lectura de informes.** Dos o tres líneas, con tus palabras, para cada término: presentación, gravedad, remisión parcial, F90.0 a F90.9, 6A05, trastorno hiperkinético, DSM-5 frente a DSM-5-TR: **lo haces solo**. Sirve si una compañera lo entiende en una lectura. Guárdalo como [glosario-de-informes.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**
3. **Revisa cómo nombran el TDAH los documentos de tu centro.** Abre el plan de atención a la diversidad, un acta de junta reciente y una plantilla de informe de tutoría: **lo haces solo**. Marca cada «subtipo», cada «hiperactivo» usado como diagnóstico, cada «cumple criterios» y

cada código sin sistema, y escribe al lado la forma correcta. Guárdalo como [terminos-en-los-documentos-del-centro.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**

1.2. Manifestaciones por etapa educativa y conductas propias del desarrollo



Qué se ve en cada etapa y qué es simplemente propio de la edad.

En un aula de cuatro años hay un niño que no se sienta en la asamblea, se levanta en mitad del cuento y arrastra a dos más. En un aula de sexto hay una niña que lleva tres semanas sin traer el libro de Matemáticas y entrega la ficha a medias mientras el resto ya corrige. Las dos escenas se describen con la misma palabra y no dicen lo mismo: la primera es casi cualquier niño de cuatro años en una tarde larga; la segunda, algo que en sexto ya no es esperable. Este epígrafe da la comparación que falta en las listas de señales: lo que ves, contra lo que corresponde a esa edad y a esa etapa.

1.2.1. La comparación que falta en las listas al uso

Casi todas las listas de «señales de alerta» que llegan a los centros son una transcripción de los dieciocho síntomas del DSM-5-TR con el adverbio *often* delante: pierde las cosas a menudo, se distrae a menudo. Lo que no dicen es respecto a quién. La respuesta está en los propios sistemas diagnósticos. La CIE-11 describe un patrón cuyo grado de inatención e hiperactividad-impulsividad está «outside the limits of normal variation expected for age and level of intellectual functioning», y añade: «Symptoms are likely to vary according to the structure and demands of the setting.» La referencia es la edad, y la conducta cambia con la exigencia del contexto.

Los dos sistemas exigen además seis meses de duración, dos o más contextos y una repercusión real (epígrafe 1.1). Y tú tienes en el aula la mejor referencia de edad que existe: los otros veinticuatro haciendo la misma ficha a la misma hora. Comparar contra ellos, y no contra una lista, separa la observación de la etiqueta.

1.2.2. Infantil: casi todo es propio de la edad

En Infantil, no sentarse, no esperar el turno e interrumpir son conductas del grupo entero. Un niño de cuatro años que no para no dice nada por sí mismo, y el marco legal no pide una identificación en esta etapa. El Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, encarga a las administraciones en su artículo 13.3 «procedimientos que permitan la detección temprana de las dificultades» y la «coordinación de cuantos sectores intervengan»: detectar y coordinarse, no clasificar. Alguna comunidad lo dice expresamente.

NORMATIVA · ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 188/2017, DE 28 DE NOVIEMBRE, DEL GOBIERNO DE ARAGÓN, EN LA REDACCIÓN DEL DECRETO 164/2022, DE 16 DE NOVIEMBRE

«Se entiende por alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por trastornos de atención o de aprendizaje aquel que a partir del inicio de la Educación Primaria requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, de actuaciones educativas específicas para responder a las necesidades derivadas de las siguientes condiciones de funcionamiento personal: a) Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad.»

Es la norma de una comunidad —en las demás, el decreto de inclusión equivalente— y fija la idea. Y lo que se hace en Infantil no es pasar una escala al grupo: por qué no se criba se ve en el epígrafe 1.5. Lo que sí sirve en Infantil es anotar, con fecha y durante meses, las diferencias con el grupo en la misma rutina: el que en junio sigue sin aguantar la asamblea que en enero ya aguantaban todos.

1.2.3. Primaria: la etapa para la que están escritos los criterios

Los dieciocho ítems del DSM-5-TR describen sobre todo a un niño de Primaria: «often leaves seat in situations when remaining seated is expected», «often loses things necessary for tasks or activities», «often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork». Y el criterio B exige varios síntomas «before age 12 years», justo el final de la etapa.

Qué se ve en cada etapa y con qué se compara

3-6 años · Infantil	● Casi todo es propio de la edad No sentarse, interrumpir y no esperar el turno son del grupo entero. Solo cuenta la diferencia sostenida con la misma rutina.
6-9 años · 1.º a 3.º de Primaria	● Se levanta, pierde, no termina Los ítems del DSM-5-TR describen esta edad. Compara con los demás en la misma tarea y a la misma hora, y cuenta veces.
9-12 años · 4.º a 6.º de Primaria	● Antes de los doce años El criterio B exige varios síntomas antes de los 12. Seis meses, dos contextos y repercusión real siguen siendo la vara.
12-16 años · ESO	● Cambia la forma: organización y plazos Los síntomas declinan con la edad y el cambio de centro interrumpe el declive. Se ve tardanza, material y trabajo sin terminar.
16-18 años · Bachillerato y FP	● Umbral de cinco síntomas desde los 17 Historial de «podría dar más» sin nada escrito. El perfil inatento y muchas alumnas llegan aquí sin haber sido vistos.
Cualquier curso	● El nacido en diciembre En España se escolariza por año natural: el más joven del grupo se compara con el mayor. Mira la fecha de nacimiento antes de escribir.

Fuente: elaboración propia a partir de los criterios del DSM-5-TR (APA, 2022), la CIE-11 (OMS) y Langberg y otros (2008).

FIGURA 1.2

La clave es traducir *often* a un número que otro pueda leer. Uno de cuarto que se levanta seis veces en cincuenta minutos en los que nadie más lo hace es una observación que orientación puede usar. Uno de sexto que pierde el material tres veces por semana desde octubre dice bastante; uno que lo ha perdido una vez este trimestre, nada. El formato para contar y fechar es del epígrafe 1.3; este pide saber, antes de contar, contra qué grupo comparas.

1.2.4. Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional: cambia la forma

Al subir de etapa cambia lo que se ve. Con datos del estudio MTA, los síntomas declinan con la edad en las tres dimensiones según los padres, y el paso a la Secundaria inferior interrumpe ese declive (Langberg y otros, 2008); lo que eso implica para el traspaso de junio es del epígrafe 4.5. En ESO ya no ves al que corre. Ves al que llega tarde, no apunta, viene sin el material, no termina el examen y tiene ocho profesores con ocho formatos de entrega. Lo medido es que los síntomas no decaen a la vez: hiperactividad e impulsividad declinan a mayor ritmo que la inatención (Biederman, Mick y Faraone, 2000). Lo observable para ti es lo anterior: organización, plazos y trabajo terminado.

La APA reconoció ese cambio de forma al pasar del DSM-IV al DSM-5: «examples have been added to the criterion items to facilitate application across the life span», y el umbral bajó a cinco síntomas a partir de los diecisiete años (APA, 2013), es decir, Bachillerato y primer curso de ciclo. La

respuesta de aula por etapa es del epígrafe 3.5; el taller de Formación Profesional, del curso 20.

1.2.5. El que se pierde en silencio

Hay un perfil que las etapas esconden: el que no da conductas que se cuenten desde la puerta. En Primaria entrega a medias y compensa con esfuerzo; en Secundaria la carga supera la compensación y aparece como bajada de notas, no como conducta. Muy a menudo es alumna. No aparece en ninguna lista de señales porque la lista está escrita para quien interrumpe, y las señales de este epígrafe no bastan para verlo: hay que mirar lo que no se ve. Quién se detecta pronto, quién tarde y quién no se detecta nunca, con las cifras de ese filtro, es el epígrafe 2.4 entero.

1.2.6. La edad relativa: el pequeño de la clase

Queda un factor que no es del alumno sino del calendario. En España se escolariza por año natural, así que el nacido en diciembre es en cada curso casi un año más joven que el de enero de su clase, y se le compara con él. En Columbia Británica, con el mismo corte de 31 de diciembre, en 937.943 niños de seis a doce años los nacidos en diciembre recibían un 30 % más de diagnósticos que los de enero entre los niños (RR 1,30) y un 70 % más entre las niñas (RR 1,70), y más medicación (Morrow y otros, 2012). En Estados Unidos, con corte el 1 de septiembre, se registraron 85,1 diagnósticos por cada 10.000 nacidos en agosto frente a 63,6 entre los de septiembre, y sin diferencia donde el corte no separa esos meses (Layton y otros, 2018). La revisión de Whitely y otros (2019) reúne 19 estudios de 13 países: en 17, los más jóvenes del curso tenían más probabilidad de ser diagnosticados o medicados.

En España el dato es de tratamiento y es local: en 20.237 niños de seis a doce años de un departamento de salud valenciano, en 2013, la prevalencia de tratamiento fue del 1,73 % —2,70 % en niños y 0,71 % en niñas— y «la prevalencia de tratamiento en los niños más jóvenes (nacidos en los meses de agosto a diciembre) fue 2,5 a 3 veces mayor que en sus compañeros mayores (nacidos en enero)» (Librero y otros, 2015). No hay dato nacional de diagnóstico.

ATENCIÓN · COMPARAR AL DE DICIEMBRE CON EL DE ENERO

La observación que más a menudo acaba en derivación compara al alumno más joven del grupo con el más maduro sin mirar la fecha de nacimiento. El efecto no dice que el pequeño de la clase no pueda tener TDAH; dice que, antes de escribir «no está al nivel de sus compañeros», mires qué edad tienen esos compañeros.

Aplicación práctica

1. **Escribe el contraste por etapa de un alumno real.** Elige un alumno que te preocupe y anota cinco conductas concretas; al lado de cada una, lo que hacen tres compañeros de la misma edad en la misma ficha y a la misma hora: **lo haces solo**. Debajo de cada par, una línea: propio de la edad, dudoso o fuera de lo esperable. Guárdalo como [contraste-por-etapa.md](#). **Una hora.**
2. **Ordena tu grupo por mes de nacimiento.** Con la lista de clase, ordena a tu alumnado por mes de nacimiento y marca a quienes te preocupan: **lo haces solo**, y el documento no sale del centro. Anota si los marcados se agrupan en el último tercio del año y qué cambia en tu lectura. Guárdalo como [mes-de-nacimiento-del-grupo.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**
3. **Añade la referencia de edad a una lista de señales.** Toma una lista de «señales de alerta» que circule en tu centro o en una web pública: **lo trabajas con material público**. Reescribe cada señal con lo que le falta: a qué edad, con qué frecuencia, cuánto tiempo y comparado con quién. Guárdalo como [senales-con-referencia-de-edad.md](#). **Una hora y cuarto.**

1.3. Descripción objetiva de la conducta sin atribución diagnóstica



Cómo se describe una conducta sin diagnosticarla.

Mandas a orientación tres líneas sobre un alumno y te las devuelven. No devuelven la preocupación: devuelven el papel. «No atiende», «es un vago», «molesta todo el rato» no se pueden contar, fechar ni contrastar con lo que hace otro alumno de la misma clase. Este epígrafe enseña a convertir lo que ves en un registro que un profesional pueda leer sin tener que fiarse de ti; el registro que sale de aquí se usa en los tres bloques siguientes. Con tres formatos que caben en una clase real y el coste de cada uno.

1.3.1. Por qué el papel vuelve

Los protocolos autonómicos de coordinación que existen coinciden en una frase. El de Castilla y León, en su primera edición de 2011, dice en su página 11 que «el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico»; el de La Rioja (2018), en la página 8, que «el diagnóstico del TDAH es eminentemente clínico». Lo que te corresponde está unas páginas más adelante: el castellanoleonés prevé la «observación del alumno/a en el aula» como fase previa al informe de derivación que elabora orientación, y el riojano describe en la página 34 que el profesorado observa y registra el «comportamiento y relaciones en el aula y el patio» y el «grado de actividad física y su estado anímico».

Ninguno de los dos dice cómo se observa. Ningún documento oficial localizado nombra un formato de registro; prevén la fase y dejan el método en blanco, y ese hueco es lo que hace que el papel vuelva. «Es un vago» es una conclusión, no una observación: mezcla lo que has visto con lo que has deducido, y orientación no puede separarlo desde fuera. Los formatos que rellenan ese hueco vienen de los manuales de análisis de conducta aplicado, y así se citan.

1.3.2. Las seis preguntas que resiste un registro

Una conducta observable es la que dos personas al fondo del aula contarían igual sin ponerse de acuerdo. «Se levanta del sitio sin permiso» lo es; «está desconectado» no, porque cada una lo verá en momentos distintos. El primer trabajo, y el que más cuesta, es reescribir tu preocupación en esa forma: un verbo de acción, con inicio y final señalables.

Sobre esa conducta, el registro contesta seis preguntas. Qué conducta. Cuántas veces ocurre en una ventana fija: una sesión, un tramo de sesión. Cuánto dura cada vez, con reloj y no con adverbios. En qué momento. Qué pasa justo antes. Y qué pasa justo después, incluido lo que haces tú. Ninguna pregunta por qué, y eso convierte el documento en algo que otro puede usar.

1.3.3. El recuento de frecuencia

El formato más barato es el recuento de frecuencia, *event recording* en la literatura del análisis de conducta aplicado (Cooper, Heron y Heward, 2020; Alberto, Troutman y Axe, 2022, capítulo 4). Defines la conducta, eliges una ventana de tiempo que se repita y cada vez que ocurre haces una marca. Un póliz en la mesa, una raya por vez, fecha y hora de inicio y de fin. Al terminar, cuentas.

Cuesta lo que cuesta mirar: no interrumpe la clase y se sostiene dos semanas sin que se note. Exige que la conducta sea discreta, con inicio y fin claros. Sirve para levantarse o interrumpir; no sirve para «no estar en la tarea», que es un estado continuo y no un suceso. Y la ventana tiene que ser la misma cada día: siete levantamientos en cincuenta y cinco minutos de trabajo individual no son comparables con tres en veinte minutos de corrección oral.

1.3.4. El muestreo por intervalos

Para los estados continuos existe el registro por intervalos, *interval recording* (Cooper, Heron y Heward, 2020). Divides la ventana en tramos iguales y en cada tramo anotas si la conducta se ha dado. Tiene tres variantes: en la de intervalo completo marcas solo si la conducta ha ocupado todo el tramo; en la parcial, si ha aparecido en algún momento; y en el muestreo momentáneo, *momentary time sampling*, miras al alumno al terminar el tramo y anotas qué hace.

La que cabe mientras das clase es la tercera. Un temporizador en silencio cada cinco minutos, una mirada, una marca. El resultado se expresa en porcentaje de intervalos, y ahí está su ventaja: «en tarea en 4 de 11 intervalos» se compara de una semana a otra, y con otro alumno al que mires en los mismos instantes. Cuesta algo más que el recuento: exige el temporizador y decidir antes qué significa «en tarea». En Infantil conviene acortar la ventana a un tramo de la mañana.

1.3.5. El registro de antecedente, conducta y consecuencia

El tercer formato es el que más información da y el que más cuesta: el registro ABC, por antecedente, conducta y consecuencia, que Alberto, Troutman y Axe (2022) tratan en su capítulo 7, sobre la función de la conducta. Por cada episodio escribes tres líneas: qué ha pasado justo antes, qué ha hecho el alumno y qué ha pasado después, incluido lo que has hecho tú.

No se puede hacer con todos los episodios: en cuanto llevas tres, has dejado de dar clase. Se hace con cinco u ocho repartidos en varios días, elegidos por el reloj y no por la gravedad, para que el registro no recoja solo los peores. Al ponerlos en columna aparece un patrón: la conducta viene casi siempre tras una instrucción escrita larga, y casi siempre le sigue una atención tuya en voz alta. Leer ese patrón para decidir qué cambias es asunto del epígrafe 3.3; aquí solo se recoge. Puestos en tiempo, y son estimaciones de este manual y no datos de ningún estudio: el recuento cuesta unos dos minutos al final de cada sesión; el muestreo momentáneo, esos dos más el minuto de preparar el temporizador y la definición; y el ABC, entre cinco y ocho minutos por episodio, escritos en el mismo día.

CASO DE AULA · 5.º DE PRIMARIA, LENGUA

La maestra quería escribir «Marcos no atiende y molesta constantemente». Antes registró ocho sesiones de Lengua de cincuenta y cinco minutos. Recuento: se levanta del sitio sin permiso entre cuatro y nueve veces por sesión, media de siete. Muestreo momentáneo cada cinco minutos: en tarea en 4 de 11 intervalos; el compañero observado en los mismos instantes, en 9 de 11. ABC de seis episodios: cinco empiezan tras una instrucción escrita de más de tres pasos, en trabajo individual, a partir del minuto veinticinco; en los seis, la consecuencia es que la maestra le llama por su nombre delante del grupo. El documento que entró en orientación tenía media página y ninguna conclusión.

1.3.6. Frase a frase

La diferencia entre lo que orientación puede usar y lo que devuelve no está en el vocabulario técnico: está en que cada celda se pueda contar, fechar o señalar con el dedo. La figura recoge la misma conducta en las dos redacciones; la fila que más cuesta es la última.

La misma conducta en dos redacciones

	Lo que devuelve el documento	Lo que orientación puede usar
Qué conducta	«No atiende, está en su mundo»	Se levanta del sitio sin permiso
Cuántas veces	«Siempre», «todo el rato»	7 por sesión de media, en 8 sesiones
Cuánto dura	«Se pasa la clase así»	Entre 1 y 3 minutos cada vez
En qué momento	«En todas las clases»	A partir del minuto 25, en trabajo individual
Qué la precede	«Nada, le da igual todo»	Instrucción escrita de más de tres pasos
Qué la sigue	«Se lo he dicho mil veces»	La docente le llama por su nombre en voz alta
Conclusión	«Tiene TDAH» o «es un vago»	Ninguna: termina en el último dato

Fuente: elaboración propia a partir de Cooper, Heron y Heward (2020) y Alberto, Troutman y Axe (2022).

FIGURA 1.3

ATENCIÓN · LA INTERPRETACIÓN COLADA EN EL REGISTRO

El error no es escribir mal la conducta: es escribirla bien y añadir «lo hace para llamar la atención» o «claramente tiene TDAH». Esa frase contamina las anteriores: quien lee ya no sabe si has contado lo que has visto o lo que confirmaba tu hipótesis. Un registro termina en el último dato. Lo que piensas, dilo en la reunión.

Queda claro qué no es este registro. No es una escala: las que te pedirán en el circuito las rellenas como informante y las interpreta otro, y qué son y qué no son las trata entero el epígrafe 1.5. Tampoco es una prueba: ni NICE ni la pediatría de atención primaria admiten que un diagnóstico se haga solo con escalas o con observación, y las dos frases con las que lo dicen están también en el epígrafe 1.5. Tu registro entra en el expediente como observación, no decide nada, y por eso vale: nadie más puede producirlo. Lleva el nombre de un menor, así que se guarda donde el centro guarda esos documentos; lo demás sobre datos es del curso 04.

Aplicación práctica

1. **Reescribe tu propio cuaderno.** Copia las cinco frases que hayas escrito o dicho este curso sobre el alumno que te preocupa: **lo haces solo**. Reescribe cada una como conducta observable, con verbo de acción, inicio y fin, y tacha lo que sea conclusión. Si alguna no se deja reescribir, no era una observación. Guárdalo como [cinco-frases-reescritas.md](#). **Una hora.**
2. **Registra a un alumno real durante dos semanas.** Elige una conducta discreta y una ventana que se repita, y lleva el recuento de frecuencia cada día; en la segunda semana añade el muestreo momentáneo cada cinco minutos sobre él y sobre un compañero elegido al azar: **lo haces solo**. Pasa los datos a una tabla con fecha, ventana, recuento y porcentaje. Guárdalo como [registro-frecuencia-intervalos.md](#). **Tres horas y media.**

3. **Escribe seis episodios en ABC y media página para orientación.** En las mismas dos semanas, anota seis episodios por reloj en tres columnas y redacta después media página con las seis preguntas del apartado 1.3.2 contestadas y sin conclusión: **lo haces solo**. Quita lo que no se pueda contar. Guárdalo como [registro-abc-y-media-pagina.md](#). **Una hora y media.**

1.4. Obligaciones establecidas por la normativa vigente

Qué te obliga la norma vigente y qué has dado por hecho que ya no dice.

Abres el plan de atención a la diversidad de tu centro para preparar una reunión con una familia y encuentras la frase de siempre: «el artículo 71.2 de la LOE reconoce al alumnado con TDAH como alumnado con necesidad específica de apoyo educativo». La copió alguien de un curso de hace años, y ya no es lo que dice la ley. Lo que sigue te da con qué sustituirla, y cómo comprobar qué dice hoy la norma que se te aplica.

1.4.1. El artículo que citas no es el que está en vigor

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) sigue vigente, pero su artículo 71.2 se ha reescrito dos veces. La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre (LOMCE), en vigor desde el 30 de diciembre de 2013, introdujo la palabra «TDAH» en la lista de quienes requieren «una atención educativa diferente a la ordinaria». La Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (LOMLOE), en vigor desde el 19 de enero de 2021, no cambió una palabra por otra: reescribió la lista entera. Añadió el retraso madurativo, los trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, el desconocimiento grave de la lengua y la vulnerabilidad socioeducativa, y fundió «dificultades específicas de aprendizaje» y «TDAH» en una fórmula.

NORMATIVA · ARTÍCULO 71.2 DE LA LOE, REDACCIÓN VIGENTE

«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 retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, 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.»

Tu alumno sigue dentro del artículo, por «trastornos de atención o de aprendizaje». Lo que ha desaparecido es el nombre. Tampoco lo nombra el artículo 79 bis, que la LOMCE añadió para el «alumnado con dificultades específicas de aprendizaje» y que la LOMLOE dejó intacto: es materia del curso 12.

1.4.2. Lo que sí te obliga, y a quién obliga

El sujeto de casi todas las frases del artículo 71 es el mismo: casi siempre son «las Administraciones educativas». La única dirigida a los centros es el artículo 72.3: «Los centros contarán con la debida organización escolar y realizarán las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas para facilitar a todo el alumnado la consecución de los fines establecidos.» Es la base estatal de cualquier adaptación de aula.

Los cuatro reales decretos de enseñanzas mínimas de 2022 bajan esa obligación a cada etapa, y ninguno nombra el TDAH: artículo 13 del Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero (Infantil); 16 del Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo (Primaria); 19 del Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo (Secundaria Obligatoria), y 25 del Real Decreto 243/2022, de 5 de abril (Bachillerato). Hablan de «alumnado con necesidad específica de apoyo educativo» y, en Primaria y Secundaria, de medidas que «formarán parte del proyecto educativo de los centros». Por eso «el Real Decreto 217/2022 obliga a adaptar al alumnado con TDAH» es literalmente falso.

ATENCIÓN · LA ORDEN QUE YA NO EXISTE

Materiales anteriores a 2022 citan la Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, como referencia para las adaptaciones en la evaluación. Está derogada desde el 7 de abril de 2022 por la disposición derogatoria única.4 del Real Decreto 243/2022, y nunca reguló adaptaciones: describía las competencias clave de la LOMCE. Hoy no hay orden estatal de adaptaciones en la evaluación.

1.4.3. Necesidad específica de apoyo sin necesidad educativa especial

El artículo 73.1 de la LOE define al alumnado con necesidades educativas especiales como «aquel que afronta barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje, derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje». Un TDAH sin ninguna de esas condiciones no entra por el 73: entra por el 71.2. En la definición estatal, por tanto, la mayoría del alumnado con TDAH es alumnado con necesidad específica de apoyo educativo sin ser alumnado con necesidades educativas especiales.

La consecuencia es doble. El artículo 74, el de la escolarización, solo se aplica al alumnado con necesidades educativas especiales: no sirve de base para tu alumno si no las tiene. Y la adaptación curricular significativa está reservada en el Real Decreto 217/2022 (artículo 20.3) a ese mismo alumnado y a los procedimientos que fije cada Administración: no la decides tú, y qué sí decides se ordena en el apartado 4.1.4.

1.4.4. La categoría cambia al cruzar el límite de tu comunidad

Y ahora la salvedad sin la cual lo anterior es engañoso: la definición estatal es el suelo, pero la categoría del informe de tu alumno la pone la norma autonómica, y no es la misma en todas partes. Canarias mantiene el TDAH como categoría propia, separada de las necesidades educativas especiales y de las dificultades específicas de aprendizaje (Orden de 13 de diciembre de 2010, artículo 2.2). Aragón lo recoge como una condición dentro de «trastornos de atención o de aprendizaje», y solo «a partir del inicio de la Educación Primaria» (Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, artículo 22, en la redacción del Decreto 164/2022, de 16 de noviembre). Madrid no usa la sigla: habla de «trastorno de atención» (Decreto 23/2023, de 22 de marzo, artículo 22.2). Murcia lo sitúa entre las «otras dificultades del aprendizaje» de las que se derivan necesidades específicas de apoyo educativo (Resolución de 30 de julio de 2019, apartado Segundo.2.a), y Navarra le dedica la Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, con el TDAH en el título.

Andalucía rompe la regla: sus Instrucciones de 8 de marzo de 2017, vigentes en el momento de cerrar este manual salvo actualización posterior, incluyen el TDAH en la definición de alumnado con necesidades educativas especiales (nota 3, página 12). El mismo diagnóstico es alumnado con necesidades educativas especiales en Sevilla y no lo es en Zaragoza.

De la ley a tu centro: dónde está lo que te obliga

Ley Orgánica 2/2006 (LOE), redacción LOMLOE

Art. 71.2: «trastornos de atención o de aprendizaje», sin nombrar el TDAH

Art. 72.3: los centros realizan «las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas»

Art. 73.1: define las necesidades educativas especiales

Reales decretos de enseñanzas mínimas 2022

RD 95/2022, art. 13 (Infantil)

RD 157/2022, art. 16 (Primaria)

RD 217/2022, art. 19 (ESO)

RD 243/2022, art. 25 (Bachillerato)

Ninguno nombra el TDAH

Norma autonómica de inclusión

Categoría propia: Canarias

Condición dentro de trastornos de atención o de aprendizaje: Aragón, Madrid, Murcia, Navarra

Dentro de las necesidades educativas especiales: Andalucía

Tu centro

Proyecto educativo: medidas de atención a las diferencias individuales

Documento individual que concreta las medidas del alumno

Comprobación fechada de la norma vigente

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley Orgánica 2/2006 (texto consolidado, BOE), los Reales Decretos 95/2022, 157/2022, 217/2022 y 243/2022, y la normativa autonómica citada en el epígrafe 1.4.

FIGURA 1.4

1.4.5. Una norma desfasada que sigue en vigor

Que una norma esté vigente no significa que esté al día. El Anexo I de la Orden canaria de 13 de diciembre de 2010 exige, para identificar la necesidad por TDAH, que algún síntoma haya aparecido «antes de los siete años de edad», y en la misma frase remite al manual de la Asociación Americana de Psiquiatría «en su versión más actualizada». Ese manual, desde 2013, sitúa el límite en los doce años (epígrafe 1.1). La norma se contradice a sí misma, sigue en vigor, y un informe canario puede citar cualquiera de los dos criterios: la norma autonómica se lee con la clínica al lado, no en su lugar.

El riesgo contrario es citar la versión antigua de una norma actualizada: el Decreto 188/2017 aragonés tenía un artículo 23 dedicado al alumnado con TDAH y el Decreto 164/2022 lo suprimió; la Orden 20/2019 valenciana, de 30 de abril, está modificada por la Orden 10/2023, de 22 de mayo.

1.4.6. Cómo localizar tu norma y comprobar que sigue viva

Cinco pasos, sin pedir nada a nadie de fuera del centro. Primero, en el portal de inclusión de tu consejería, anota el nombre completo de la norma general sobre el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, con fecha y boletín. Segundo, abre el texto consolidado y busca «TDAH», «déficit de atención» y «trastornos de atención»: así sabes con qué nombre y en qué categoría figura tu alumno, o si no figura. Tercero, comprueba si ha sido modificada: la cabecera del consolidado lo declara; si no, busca en el boletín una norma posterior «por la que se modifica».

Cuarto, localiza el documento del centro que concreta las medidas —en Castilla-La Mancha, el Plan de Trabajo del artículo 24 del Decreto 85/2018, en su redacción vigente—. Quinto, apunta la fecha de la comprobación.

Aplicación práctica

1. **Audita las citas normativas de tu plan de atención a la diversidad.** Copia cada frase del plan o del proyecto educativo de tu centro que cite la LOE, un real decreto o la Orden ECD/65/2015: **lo haces solo**. Junto a cada una, anota si el artículo dice hoy lo que el plan le atribuye y propón la redacción corregida. Guárdalo como [citas-normativas-auditadas.md](#). **Una hora y cuarto.**
2. **Localiza y fecha tu norma autonómica.** Sigue los cinco pasos del apartado 1.4.6: **lo trabajas con material público**. Recoge nombre completo, boletín y fecha, si nombra el TDAH y en qué categoría, si ha sido modificada y por qué norma, y la fecha de tu comprobación. Guárdalo como [mi-norma-autonomica.md](#). **Dos horas.**
3. **Escribe la respuesta a «¿es alumno de necesidades educativas especiales?».** Redacta en diez líneas lo que dirías a una familia sobre un alumno concreto de tu grupo con informe, distinguiendo la definición estatal del artículo 73.1 de lo que dice tu norma autonómica, sin afirmar nada que no hayas comprobado antes: **lo haces solo**. Guárdalo como [respuesta-categoria-legal.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**

1.5. Procedimiento de derivación y actuación durante el proceso

Cuándo se deriva, a quién, con qué papeles y qué haces mientras tanto.

Tienes el registro del epígrafe 1.3 sobre la mesa: tres semanas de conducta descrita, con frecuencia, duración y contexto. Ahora viene la parte que nadie te explicó: a quién se lo das, qué pasa con él, quién decide y cuánto tarda. Lo habitual es que el tutor lo lleve a orientación, orientación a la familia y la familia al pediatra, y que alguien te pida «una escala». Este epígrafe ordena el circuito para que sepas en qué tramo está tu alumno, qué te toca en cada uno y qué no depende de ningún informe: lo que haces el lunes en tu aula.

1.5.1. Cuatro tramos y una devolución

El circuito tiene la misma forma donde está escrito, aunque cambien los nombres de los documentos. Primero, el tutor observa, registra y responde en el aula con medidas ordinarias. Segundo, traslada la demanda a orientación. Tercero, orientación hace la evaluación psicopedagógica y, si procede, deriva a los servicios sanitarios. Cuarto, sanidad evalúa y emite —o no— un diagnóstico clínico. Y hay un quinto momento que casi siempre se olvida: la devolución al centro. En Castilla-La Mancha tiene anexo propio: «La USMIJ Cumplimentará el Anexo 5.6 y 5.7 [...] se trasladará tanto al pediatra/MAP, al centro educativo u otros servicios» (Resolución de 07/02/2017, Protocolo de Coordinación de TDAH, DOCM núm. 27, de 8 de febrero de 2017).

La evaluación psicopedagógica es siempre de orientación: el Decreto 85/2018, de 20 de noviembre, de Castilla-La Mancha la declara «competencia de los Equipos de Orientación y Apoyo o los Departamentos de Orientación» (artículo 20.2), y tu norma dirá lo mismo con otras siglas. Ninguna dice que el tutor evalúe.

El circuito de detección y derivación, tramo a tramo



Fuente: elaboración propia a partir del Protocolo de Coordinación de TDAH de Castilla-La Mancha (Resolución de 07/02/2017) y del Protocolo de Coordinación del TDAH de Castilla y León (2.ª ed., 2016).

FIGURA 1.5

1.5.2. Cuándo trasladas la demanda, y con qué

El momento no lo marca la intensidad de tu preocupación sino el registro. El orientador actúa «tras recoger la demanda efectuada por la tutora o el tutor» (Castilla-La Mancha, 2017); en Cataluña, con el Decret 150/2017, decide la comisión de atención a la diversidad. Llevas el documento del epígrafe 1.3: conducta observable, cuántas veces, en qué momento, y qué has probado ya en el aula y con qué resultado.

Hay una segunda condición que no depende de ti: la familia. El protocolo castellanomanchego lo condiciona: «Se solicitará la autorización familiar (Anexo 5.1) para continuar las siguientes fases». Y no confundas detección con cribado: la guía NG87 de NICE (2018, actualizada en 2019) recomienda no hacer cribado universal de TDAH en centros educativos. Observas a quien te preocupa; no pasas una escala al grupo.

1.5.3. Quién emite el diagnóstico, y qué vale el informe cuando llega

El diagnóstico clínico lo emite un profesional sanitario. NICE lo escribe en su recomendación 1.3.1: solo «a specialist psychiatrist, paediatrician or other appropriately qualified healthcare professional with training and expertise in the diagnosis of ADHD». En España incluye a la pediatría de atención primaria: el algoritmo de la AEPap (García Cruz y González Lajas, 2016) afirma que «El diagnóstico del TDAH es siempre clínico, y puede ser realizado por un Pediatra de Atención Primaria, que posea la formación, conocimientos y experiencia necesaria para ello». «Sin psiquiatra no hay diagnóstico» es falso.

Lo que ese informe obliga depende de tu comunidad.

NORMATIVA · DOS COMUNIDADES, DOS EFECTOS DEL INFORME CLÍNICO

En Castilla-La Mancha, los informes «procedentes de equipos sociosanitarios y otros u otras profesionales del entorno [...] podrán ser contemplados en el proceso de evaluación psicopedagógica, que será la que determine las medidas de respuesta educativa a poner en marcha en el contexto escolar» (Decreto 85/2018, de 20 de noviembre, artículo 20.3). En la Comunidad de Madrid, la determinación de la necesidad específica «podrá resultar de las conclusiones de una evaluación psicopedagógica y su correspondiente informe [...] o podrá fundamentarse en informes emitidos por facultativos colegiados competentes» (Decreto 23/2023, de 22 de marzo, artículo 22.4). En una decide orientación; en la otra, el informe basta. Comprueba tu caso antes de prometer nada.

Un informe canario puede además citar síntomas «antes de los siete años», porque el Anexo I de la Orden de 13 de diciembre de 2010 lo sigue diciendo: es la norma desfasada del epígrafe 1.4, no un error del clínico.

1.5.4. Las escalas: qué son, cuál te van a pedir y cómo se contestan

Los protocolos prevén que te llegue un cuestionario: el murciano de 2008 habla de «escalas de conducta para padres y profesores». Las cuatro más probables son estas. El EDAH (Farré y Narbona; TEA Ediciones, 7.ª edición revisada, 2013): veinte ítems que rellena el profesorado sobre alumnado de seis a doce años, en cinco o diez minutos. El Conners 3, en adaptación española de TEA Ediciones; el Conners 4, de 2023, no tiene aún formulario de profesorado en español. El SNAP-IV, que reproduce los dieciocho síntomas del DSM-IV puntuados de cero a tres y circula traducido en algunos protocolos. Y la ADHD Rating Scale-5 (DuPaul y otros, 2016), dieciocho ítems alineados con el DSM-5, versión de escuela, unos cinco minutos.

Ninguna diagnóstica. NICE lo fija en la recomendación 1.3.2: «A diagnosis of ADHD should not be made solely on the basis of rating scale or observational data». Y la AEPap: «Nunca estos cuestionarios y pruebas neuropsicológicas deben emplearse como herramientas exclusivas para el diagnóstico». Quien interpreta es el profesional que evalúa; tú eres el informante. Eso cambia cómo la contestas: describes con qué frecuencia ves cada conducta, ítem por ítem, desde tu

registro y no desde tu impresión. No la subes para que «le hagan caso» ni la bajas para «no marcarlo»: una escala inflada es una observación falsa. De cómo se construye una escala se ocupa el curso 07.

1.5.5. Los protocolos autonómicos: los que existen y lo que dicen de ti

No todas las comunidades tienen protocolo de coordinación educación-sanidad para el TDAH. A cierre de esta edición están verificados los de Castilla-La Mancha (2017), Castilla y León —1.ª edición de 2011, 2.ª edición de 2016, que es la que incorpora el Informe Escolar Inicial—, La Rioja (5.ª edición, 2018), Murcia (2008), Galicia (2014) y Andalucía (2021, de naturaleza sanitaria, BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021). No se ha localizado uno en Madrid, Aragón, País Vasco, Canarias ni la Comunitat Valenciana. Si no existe en la tuya, tu circuito es el de la norma general de atención a la diversidad.

Los que existen coinciden en el papel del centro: describir y transmitir. En Castilla y León el orientador elabora un «Informe Escolar Inicial» con competencia curricular, comportamiento y relaciones; en Castilla-La Mancha sale del centro el «Informe psicopedagógico» del Anexo 5.2. Ninguno pide al profesorado una opinión sobre tratamiento. Quién puede leerlos es del curso 04.

1.5.6. Los dos casos que angustian, y lo que no espera a nadie

El primero es la familia que no autoriza. Sin su firma el circuito se detiene en el segundo tramo; esa conversación es del epígrafe 4.3. Lo que sí está en tu mano no necesita autorización: las medidas de aula. El Decreto 85/2018 las enumera en su artículo 7.2 —agendas, apoyos visuales, bancos de actividades graduadas, tutoría entre iguales— y la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, obliga a los centros a realizar «las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas» (artículo 72.3). Ninguna de esas frases menciona un informe.

CASO DE AULA · PRIMARIA, 4.º CURSO

Registro trasladado en octubre, evaluación psicopedagógica en diciembre, derivación a salud mental en enero. En junio la familia sigue sin cita y la tutora pregunta si puede «hacer algo sin el diagnóstico». Es un caso didáctico, pero la espera es real: el Defensor del Pueblo, en su informe anual de 2024, reclama consultas de salud mental «sin las prolongadas esperas que se dan en muchas áreas de salud en la actualidad», sin cuantificarlas. No hay cifra oficial de meses, y este manual no la inventa.

La respuesta a esa tutora cierra el bloque: las adaptaciones metodológicas del bloque 3 no esperan al informe. El informe cambia la categoría administrativa; no cambia lo que ese alumno necesita el lunes. Lo que sí espera es el diagnóstico, que emite sanidad.

Aplicación práctica

1. **Localiza tu circuito y ponlo en una página.** Busca en el portal de tu consejería si tu comunidad tiene protocolo de coordinación para el TDAH y, si no, la norma general de atención a la diversidad: **lo trabajas con material público**. Escribe los cinco tramos del apartado 1.5.1 con el nombre real del documento que sale de cada uno, quién lo firma y qué artículo o anexo lo prevé. Guárdalo como **mi-circuito-de-derivacion.md**. **Dos horas.**
2. **Redacta la demanda a orientación de tu alumno.** A partir del registro del epígrafe 1.3, escribe una página con conducta observable, frecuencia, momento de la sesión, lo que has probado en el aula y con qué resultado, sin una sola palabra diagnóstica: **lo haces solo**. Relee cada frase preguntándote si un orientador podría copiarla en su informe. Guárdalo como **demanda-a-orientacion.md**. **Una hora y cuarto.**

3. **Prepara tus respuestas de informante.** Toma los dieciocho síntomas del epígrafe 1.1 y, para cada uno, anota en una línea qué observación de tu registro lo sostiene o lo descarta, y en cuáles te sentirías tentado de subir o bajar la frecuencia: **lo haces solo**. Es el ensayo para contestar la escala que te llegue sin ayudar al resultado. Guárdalo como [respuestas-de-informante.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**