

Seguimiento de las adaptaciones, coordinación con la familia y el equipo y límites profesionales

Saber si lo que has puesto funciona, coordinarte sin invadir competencias ajenas y evitar los fallos que tiran por tierra el trabajo de un curso entero.

- 1 Diseño de pruebas de evaluación que no midan el trastorno en lugar de la materia
- 2 Indicadores de eficacia de las adaptaciones aplicadas
- 3 Comunicación con la familia dentro del ámbito de competencia docente
- 4 Posición del profesorado respecto del tratamiento farmacológico
- 5 Errores frecuentes y traspaso de la información al curso siguiente

4.1. Diseño de pruebas de evaluación que no midan el trastorno en lugar de la materia

Cómo examinas sin que la prueba acabe midiendo el trastorno en lugar de la materia.

Corriges el examen de la unidad. Las seis primeras preguntas están bien; de la séptima a la duodécima hay respuestas empezadas, una tachada entera y dos en blanco. Sabes que se sabía la materia: se la oíste el martes. La nota que vas a poner no dice cuánto ha aprendido: dice cuánto aguantó sentado delante de un folio de cuarenta minutos con veinte preguntas apretadas. Eso es medir el trastorno y llamarlo asignatura. Las condiciones en las que se aplica una prueba son tuyas, no de orientación ni del informe. Y de todas ellas, la que se concede por automatismo es justo la que menos respaldo tiene.

4.1.1. La prueba mide dos cosas a la vez y solo te interesa una

Un examen pregunta por la materia en unas condiciones concretas: tiempo, formato, lugar y hora del día. Cuando esas condiciones exigen justo lo que el epígrafe 2.1 describió como debilitado —sostener la atención cuarenta minutos, planificar por dónde empezar, vigilar el tiempo que queda—, el resultado mezcla dos medidas. El instrumento es del curso 07; aquí tratamos las condiciones de aplicación, que decides tú y no tocan ni la pregunta ni el criterio.

Dicho al revés: si dos alumnos saben lo mismo y uno saca tres puntos menos por cómo está puesto el examen, la prueba tiene un defecto de medida, y repararlo no es un favor.

4.1.2. «Tiene TDAH, luego tiempo extra»

Es la primera medida que propone cualquier junta, y la de respaldo más débil. Lewandowski y otros (2007) compararon en matemáticas a alumnado de 5.º a 7.º grado con y sin TDAH, en condición estándar y con tiempo y medio: el grupo con TDAH era más lento, pero con el tiempo extra «no obtuvo más ganancias que el grupo control». Miller, Lewandowski y Antshel (2015) repitieron el diseño con treinta y ocho universitarios con TDAH y treinta y ocho sin él, en tres condiciones —estándar, tiempo y medio y doble—, sin diferencias en ítems intentados ni en aciertos. Lovett y Leja (2015) van más lejos: los universitarios con más síntomas y más problemas ejecutivos «se beneficiaron menos», y concluyen que hay «poca justificación» para examinar los síntomas de TDAH al decidir el tiempo extra. Pariseau y otros (2010) apuntan igual, aunque de ese trabajo solo se ha verificado la referencia.

El argumento lo cierra que el tiempo extra beneficia a casi todos: en una prueba de comprensión lectora con extensiones del 50 % y del 100 %, los estudiantes sin dificultades «se beneficiaron más» que los que tenían una dificultad de aprendizaje (Lewandowski, Cohen y Lovett, 2013; ese estudio es de dificultades de aprendizaje, no de TDAH, y la dislexia es del curso 12). Darlo a uno solo cuando todo el grupo mejoraría no compensa una desventaja: cambia la escala.

ATENCIÓN · LO QUE NO AUTORIZA LA EVIDENCIA

Nada de esto dice que un alumno concreto no necesite más tiempo. Dice que el diagnóstico no es la razón, y que quien decide por diagnóstico acierta por casualidad. La condición se justifica caso a caso con un dato tuyo —cuántas preguntas quedaron sin empezar, en qué minuto se detuvo— y se revisa. Lovett y Leja (2015) y Miller y otros (2015) son muestras universitarias: desmontan el automatismo, no una necesidad individual.

4.1.3. Las condiciones que sí decides, una por una

Antes de pedir nada a nadie hay ocho decisiones tuyas sobre el papel y la sesión.

Densidad del enunciado. Frases cortas y una pregunta por enunciado: seis líneas con tres preguntas dentro son un problema de lectura, no de materia.

Preguntas por página. Pocas y espaciadas: una cara con veinte ítems apretados no se lee.

Entrega por partes. El mismo troceado de la ficha del epígrafe 3.2, aplicado al examen: se reparte una hoja cada vez, con el mismo tiempo total y el mismo criterio.

Fraccionamiento en sesiones. Dos bloques de veinte minutos con pausa, o dos días, en vez de cuarenta seguidos: suele rendir más que alargar.

Momento del día. Si tu registro del epígrafe 1.3 concentra las incidencias en la última hora, el examen no va ahí.

Lugar. Menos tránsito visual y dentro del aula siempre que se pueda: sacarlo fuera delante de todos tiene un coste que detalla el epígrafe 4.5.

Borrador. Una hoja que no se corrige saca fuera la planificación que no se sostiene dentro.

Instrucciones y tiempo visibles. Normas en la pizarra y tiempo restante anunciado dos veces.

Ninguna toca la pregunta ni el criterio, y todas valen para el grupo: si una medida mejora el examen de los veinticinco, no es una adaptación, es un examen mejor hecho.

4.1.4. Los tres niveles que la junta mezcla

En una junta se discute a la vez lo que no está al mismo nivel, y de ahí salen acuerdos que no se cumplen o miedos fuera de lugar.

El primer nivel es el del apartado anterior: condiciones de aplicación para cualquier alumno, sin informe y sin permiso. El segundo exige informe y acuerdo del equipo docente: las medidas individualizadas que se documentan en el expediente, con los artículos 16.6 del Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, en Primaria, 19.3 del Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, en Secundaria —el mismo que prohíbe minorar por adaptar, en el cuadro del apartado 3.2.5, donde justificaste la reducción de cantidad— y 25.2 del Real Decreto 243/2022, de 5 de abril, en Bachillerato. El tercero es la adaptación curricular significativa, la que «se aparta significativamente» del currículo: el artículo 20.3 del Real Decreto 217/2022 la reserva al alumnado con necesidades educativas especiales y a los procedimientos de cada Administración, modifica los criterios de evaluación —por eso el 15.7 manda evaluar con los de la adaptación— y no la decides tú. En Castilla-La Mancha, el artículo 8.3 del Decreto 85/2018, de 20 de noviembre, lo dice desde el otro lado: las medidas individualizadas «no supone[n] la modificación de elementos prescriptivos del currículo». La categoría de tu alumno la fija tu norma autonómica, la del epígrafe 1.4. Y estos tres niveles no son la taxonomía de adaptaciones de acceso frente a las de contenido, que es del curso 12: aquí se clasifica quién decide, allí qué se toca.

Tres niveles de adaptación que la junta mezcla

	Condiciones de aplicación	Medida individualizada	Adaptación significativa
Qué cambia	Tiempo, formato, lugar, momento, entrega por partes	Cantidad de trabajo, instrumento, condiciones acordadas	Los elementos del currículo, «que se aparten significativamente»
Quién lo decide	Tú, en tu materia	El equipo docente, con orientación	La Administración, por el procedimiento que fije
Qué hace falta	Nada: cabe en tu autonomía profesional	Informe y constancia escrita en el expediente	Evaluación psicopedagógica y procedimiento reglado
A qué alumnado	Cualquier alumno, y el grupo entero	Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo	Alumnado con necesidades educativas especiales
Qué pasa con el criterio	Intacto: la pregunta es la misma	Se mantiene literal, y no se minora la calificación	Se modifica: se evalúa con el criterio de la adaptación

Fuente: elaboración propia a partir del RD 157/2022, art. 16.6; RD 217/2022, arts. 15.7, 19.3 y 20.3; RD 243/2022, art. 25.2, y Decreto 85/2018 de Castilla-La Mancha, art. 8.3.

FIGURA 4.1

4.1.5. La prueba externa que se pierde cada año por no mirar el calendario

En la prueba de acceso a la universidad la norma estatal es el Real Decreto 534/2024, de 11 de junio. No nombra el TDAH, no fija plazo ni exige un tipo de informe: habla de necesidad específica de apoyo educativo y prevé que los tribunales «podrán requerir informes» (artículo 21.2).

NORMATIVA · REAL DECRETO 534/2024, DE 11 DE JUNIO (BOE DE 12 DE JUNIO DE 2024), ARTÍCULO 3.2

«Las administraciones educativas determinarán las medidas necesarias para que, en todos los procedimientos de acceso y admisión a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado, se aseguren la igualdad de oportunidades, la no discriminación del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y la accesibilidad universal.» Esas medidas pueden incluir «la adaptación de los tiempos, la elaboración de modelos especiales de examen y la puesta a disposición del alumnado de los medios materiales y humanos, y de las asistencias y los productos de apoyo que precise».

El plazo, los papeles y quién firma los pone la comisión organizadora de cada comunidad, y no coinciden. En Madrid, en la convocatoria de 2026, el TDAH figura entre los colectivos, la solicitud se presenta «del 1 de diciembre de 2025 al 20 de enero de 2026» y la presenta «el director del centro docente» a petición de los interesados, con «tiempo adicional (máximo 30 minutos para cada examen)». En la Comunitat Valenciana el plazo es aún anterior: la solicitud se presenta en el propio centro entre el 17 de noviembre y el 5 de diciembre de 2025, seis meses antes del examen. En Castilla y León se presenta «antes del día 20 de abril de 2026», con un anexo de informe sobre adaptaciones y otro de autorización. Cinco meses de diferencia entre la primera comunidad y la

última, y en un caso la firma no es de la familia: la instrucción no es una fecha: es comprobar en octubre el calendario de tu comisión. Lo que cada año se pierde no se pierde por falta de derecho, sino porque en enero ya nadie mira.

Aplicación práctica

1. **Rediseña las condiciones de tu próximo examen.** Revisa la prueba que vas a pasar con las ocho decisiones del apartado 4.1.3: **lo haces solo**. Anota qué cambias, aplica al grupo entero lo que mejore la prueba para todos y apunta después en qué pregunta se detuvo y cuántas quedaron sin empezar. Guárdalo como [condiciones-de-examen-revisadas.md](#). **Una hora y media.**
2. **Comprueba el calendario de adaptaciones de la prueba de acceso de tu comunidad.** Busca el procedimiento vigente de tu comisión organizadora: **lo trabajas con material público**. Recoge plazo, quién presenta la solicitud, qué documentación se pide, qué adaptaciones se contemplan y la fecha de tu comprobación. Guárdalo como [calendario-pau-adaptaciones.md](#). **Una hora.**
3. **Escribe la justificación de una condición de examen.** Elige a un alumno y una sola condición —tiempo, fraccionamiento u hora— y redáctala con el dato que la sostiene, el criterio de evaluación literal, el nivel del apartado 4.1.4 y la fecha de revisión: **lo haces solo**. Guárdalo como [justificacion-condiciones-examen.md](#). **Dos horas.**

4.2. Indicadores de eficacia de las adaptaciones aplicadas

Qué mides para saber si la adaptación está funcionando.

En la junta de junio alguien dice «ha mejorado mucho» y otro contesta «conmigo, nada». Los dos hablan del mismo alumno y ninguno miente. Falta un dato: nadie anotó nada en octubre, nadie sabe de dónde se partía, y si el plan sigue el curso que viene se decide con la impresión de las últimas tres semanas. Este epígrafe da la alternativa, más barata que la discusión: seis indicadores que se recogen sin saber estadística, dos semanas de medida antes de tocar nada y una decisión escrita en una fecha puesta de antemano.

4.2.1. Seis indicadores que caben en un cuaderno

Un indicador sirve si se cuenta mientras das clase, si dos personas lo contarían igual y si se repite tal cual dentro de seis semanas. Con esos tres filtros quedan seis.

El primero es el **porcentaje de sesiones en las que empieza a trabajar en los tres primeros minutos**: miras el reloj al terminar la consigna y anotas sí o no. Da mucho por lo poco que cuesta, y mide justo lo que el epígrafe 3.2 intenta mover. El segundo, el **porcentaje de encargos de clase terminados** sobre los propuestos, no la calidad: terminado o no terminado. El tercero, el **número de avisos por sesión**, un recuento de frecuencia de los del epígrafe 1.3 con la misma ventana fija. El cuarto, las **entregas hechas en la fecha acordada**, que ya están en tu cuaderno. El quinto, las **incidencias registradas** en el sistema del centro: partes, salidas del aula, amonestaciones. Y el sexto, la **evolución de la calificación en la misma tipología de prueba**: la nota del examen de tema frente a la del examen de tema, no frente a la del trabajo en grupo: si cambia el formato, has medido el formato.

Elige dos: uno de proceso, de los cuatro primeros, y uno de resultado, de los dos últimos. Cinco a la vez no se sostienen tres semanas, y lo que se abandona deja media serie ilegible.

4.2.2. La línea base: dos semanas antes de cambiar nada

Sin línea base no hay nada que comparar: detectas el problema en octubre, te pones esa tarde y en enero no puedes decir si algo ha cambiado. Dos semanas, diez sesiones de la misma materia, la misma ventana horaria y el mismo instrumento, con el plan sin estrenar. Es el registro del epígrafe 1.3 aplicado a otra pregunta: allí servía para describir ante orientación, aquí para tener un punto de partida propio.

De esas diez sesiones anotas el valor de cada día, no una media de cabeza. El rango importa tanto como el promedio: «entre cuatro y nueve avisos, media de siete» dice más que «siete», porque dentro de seis semanas una media de cinco con rango de dos a doce no es una mejora, es otra cosa. Apunta también los días que no pudiste registrar y por qué: una serie con huecos declarados se lee; con huecos tapados, no. Y si a mitad de la línea base cambias el sitio del alumno, la línea base empieza de nuevo.

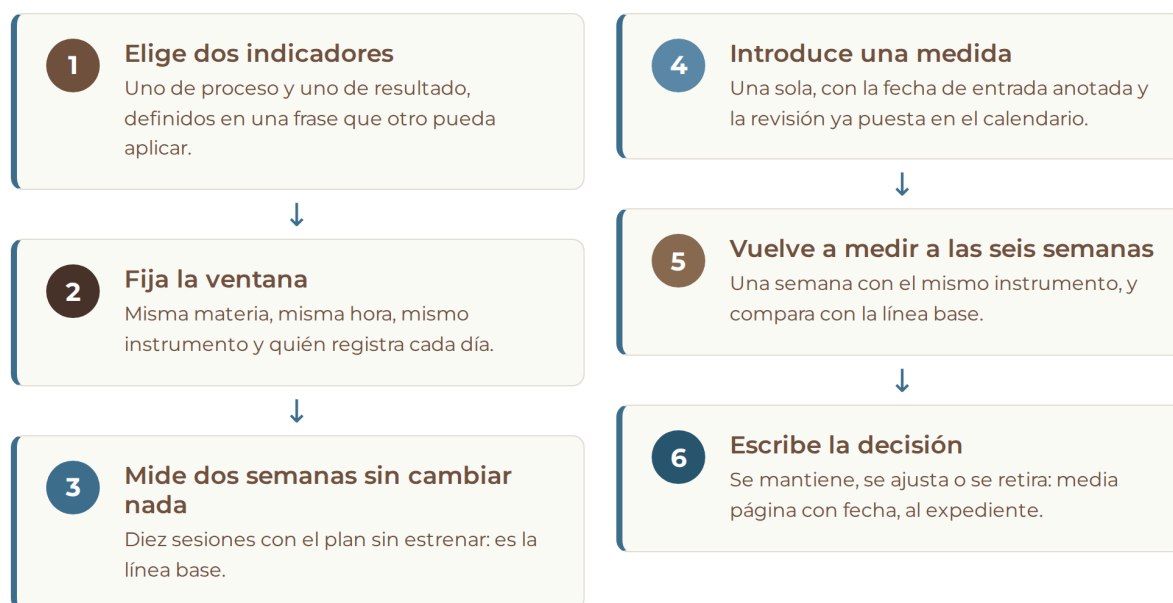
4.2.3. Un cambio cada vez

Las medidas del bloque 3 arrancan de una en una, o como mucho el paquete pequeño que elegiste, y por escrito. Si el mismo lunes cambias el sitio, partes la hoja en dos, montas una tarjeta diaria y hablas con la familia, en seis semanas tendrás un resultado que no sabrás a qué atribuir.

Anota en la misma hoja la fecha en que entra cada medida y quién la aplica. Buena parte de lo que en junio parece que «no ha funcionado» duró tres semanas o entró en tres de las ocho materias: no es un fallo de la medida, es un dato sobre la aplicación, y solo aparece si lo escribiste.

La figura resume el ciclo, del primer indicador a la decisión escrita. El paso que más se salta es el tercero.

De la línea base a la decisión escrita



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 4.2

4.2.4. La revisión de las seis semanas y la decisión escrita

La fecha de revisión se pone el día que empiezas. Seis semanas deja pasar el efecto de la novedad y llega a tiempo de corregir dentro del trimestre. Ese día vuelves a medir una semana con el mismo instrumento y escribes media página: qué medías, qué daba en la línea base, qué da ahora y qué se hace.

La decisión solo tiene tres formas. **Se mantiene:** el indicador se ha movido en la dirección esperada y la medida cuesta lo que puedes sostener. **Se ajusta:** se ha movido poco o se te cae de las manos, y se cambia un elemento, uno solo, con nueva fecha. **Se retira:** seis semanas de aplicación real sin cambio, o un coste que no puedes pagar en un grupo de veintiocho; retirar lo que no mueve nada deja sitio para lo siguiente.

Escríbelo aunque lo tengas clarísimo: ese medio folio es lo único que en septiembre sabrá qué se probó, y es la pieza que sostiene el traspaso del que se ocupa el epígrafe 4.5.

ATENCIÓN · EL INDICADOR QUE SE CAMBIA A MITAD DE CAMINO

A las tres semanas descubres un indicador mejor y lo cambias. Es el fallo más frecuente y el más caro: dejas una serie sin final y empiezas otra sin principio, y en la revisión no tienes ninguna de las dos. Si el nuevo indicador es mejor, se añade al lado del viejo hasta la fecha de revisión. Lo mismo con la ventana horaria y con quién registra: lo que se define el primer día no se toca.

4.2.5. Qué puedes concluir con esto, y qué no

Puedes concluir que, con la medida puesta, un comportamiento observable ha pasado de esto a esto en este contexto. No que la medida sea la causa: es un alumno, sin grupo de comparación y sin nadie que observe a ciegas. Entre octubre y diciembre también ha pasado el trimestre, ha madurado, ha cambiado de compañero de mesa y puede haberse ajustado un tratamiento del que tú no decides nada. Describes; no demuestras. La evaluación de la respuesta a un tratamiento corresponde a sanidad, y así lo dice el protocolo de La Rioja (2018) en su página 18.

Segunda cautela: espera el cambio donde mides y no en todo lo demás. El bloque 3 ya lo avisó con la tarjeta diaria, que mueve conducta observada y trabajo terminado, no la nota. Si mides avisos, concluye sobre avisos.

Y tercera: el instrumento decide el tamaño del cambio que ves. Las dos cifras de la tarjeta diaria del apartado 3.3.5 lo enseñan: la misma herramienta da un efecto pequeño-moderado con las escalas del profesorado y grande con observación directa sistemática. Mismos niños, distinta forma de mirar. Por eso lo que ven en casa y lo que ves tú pueden no coincidir sin que nadie se equivoque: son ventanas, exigencias y observadores distintos. En la reunión del epígrafe 4.3 eso se dice así, y no como un desmentido.

4.2.6. Por qué la impresión general de junio es el peor dato disponible

Es retrospectiva, y lo que recuerdas de nueve meses son los tres episodios más llamativos y las últimas semanas. No tiene punto de partida, así que «ha mejorado» no se contrasta con nada. Se forma en voz alta, de modo que pesa más quien habla primero. Y se recoge en el único momento del curso en que ya no se puede ajustar nada.

Media hoja con dos indicadores, una línea base y una fecha de revisión desactiva esa conversación. No porque sea ciencia, que no lo es, sino porque es lo único que en junio dice de dónde se venía.

CASO DE AULA · 2.º DE ESO, MATEMÁTICAS

Línea base de diez sesiones: empieza a trabajar en los tres primeros minutos en 3 de 10; avisos por sesión, entre cinco y once, media de ocho. El profesor introduce una sola medida, la consigna en dos pasos con el guion escrito en la pizarra, y anota la fecha. A las seis semanas mide una semana: empieza a tiempo en 4 de 5 sesiones, avisos entre dos y seis, media de cuatro. La nota del examen de tema pasa de 3,5 a 4. Decisión escrita: se mantiene la consigna en dos pasos, se añade el registro de encargos terminados y hay nueva revisión en seis semanas. Media página, con fecha, al expediente del alumno.

Aplicación práctica

1. **Escribe tu ficha de medición.** Elige un alumno real y dos indicadores del apartado 4.2.1, uno de proceso y uno de resultado: **lo haces solo**. Define cada uno en una frase que otro pudiera aplicar sin preguntarte nada, fija la ventana horaria y quién registra, y pon ya la fecha de revisión a seis semanas vista. Guárdalo como **ficha-de-medicion.md**. **Cuarenta y cinco minutos.**
2. **Toma la línea base de dos semanas.** Registra esos dos indicadores durante diez sesiones sin cambiar nada de lo que haces: **lo haces solo**. Pasa los datos a una tabla con fecha, valor y huecos declarados, y cierra con el promedio y el rango de cada uno. Guárdalo como **linea-base-dos-semanas.md**. **Cuatro horas.**
3. **Redacta la decisión de revisión en blanco.** Prepara hoy el medio folio que rellenarás dentro de seis semanas, con los cuatro apartados —qué medía, línea base, medida ahora, decisión— y las tres salidas por su nombre: **lo haces solo**. Tenerlo escrito antes evita que la revisión acabe siendo una impresión. Guárdalo como **decision-de-revision.md**. **Una hora.**

4.3. Comunicación con la familia dentro del ámbito de competencia docente



Cómo hablas con la familia sin decir lo que no te corresponde decir.

Son las cinco y diez de la tarde y tienes enfrente a una madre que ha pedido el día en el trabajo. Llevas tres meses viendo lo mismo en clase y has preparado la reunión en el recreo, que es lo que hay. Los primeros minutos deciden el resto: una palabra de más te mete en un terreno sanitario y la reunión se acaba ahí; una de menos y sales con una sonrisa y sin acuerdo. Este epígrafe prepara literalmente las tres conversaciones que vas a tener, con las frases que puedes usar y las que te dejan fuera.

4.3.1. Lo que llevas a la reunión, y lo que no llevas

A la mesa va el registro del epígrafe 1.3: conducta observable, fechada, contada, con lo que ocurre antes y después; lo que has probado en el aula y qué ha pasado; y, si ya tienes línea base, los indicadores del epígrafe 4.2. Lo has producido tú y nadie te lo puede discutir: no es una opinión sobre el niño, es lo que pasó en tu clase.

Lo que no llevas es una hipótesis diagnóstica. El diagnóstico lo emite un profesional sanitario —el epígrafe 1.5 detalla quién y con qué— y tu observación entra ahí como observación estructurada, no como conclusión. La regla práctica es estrecha: hablas de lo que ocurre en tu aula, en tu horario y con tus datos. Lo demás lo dirá otro.

Prepara el marco: un espacio sin interrupciones y una hoja en blanco donde escribir los acuerdos delante de ellos, que es la mitad del efecto.

4.3.2. Primera conversación: trasladar una preocupación

Tiene cuatro tiempos, y el orden importa. Primero, algo que el alumno hace bien, concreto y verdadero: un hecho, no una fórmula de cortesía. Segundo, lo observado, con datos y sin adjetivos. Tercero, lo que ya has puesto en marcha y con qué resultado, para que quede claro que no vienes a delegar el problema. Cuarto, la propuesta: que lo valore quien debe valorarlo, por el cauce que corresponda en tu comunidad.

Frases que sí puedes usar: «en las cuatro últimas semanas he anotado que empieza la tarea solo en dos de cada diez ocasiones»; «se levanta una media de seis veces por sesión, casi siempre después de un cambio de actividad»; «he cambiado su sitio y he troceado las fichas: el arranque ha mejorado, el final no»; «esto que veo yo, ¿lo veis en casa con los deberes?»; «creo que merece una valoración profesional, y quiero explicaros cómo se pide».

Frases que te ponen fuera de sitio: «tiene TDAH» o «esto es TDAH de manual»; «lleváoslo al neurólogo»; «necesita medicación» —la medicación es del epígrafe 4.4—; «si no hacéis nada, va a repetir»; «en casa no le ponéis límites». Las tres primeras invaden una competencia sanitaria; la cuarta promete un resultado que no puedes sostener; la quinta convierte la reunión en un juicio, y de ahí no se vuelve.

ATENCIÓN · PRONUNCIAR EL DIAGNÓSTICO «PARA AYUDAR»

El error más frecuente no lo comete el docente descuidado, sino el que se ha informado: ha leído, reconoce el patrón y cree que nombrarlo acelera el circuito. Ocurre lo contrario. La familia llega a la consulta diciendo «en el colegio dicen que tiene TDAH», el clínico tiene que deshacer eso antes de empezar, y si la valoración concluye otra cosa —hay cuadros que se parecen—, el centro queda desautorizado y tu registro con él.

4.3.3. Segunda conversación: la familia que niega y la familia agotada

No son la misma reunión, aunque las dos acaben en un «no».

La familia que niega ya ha oído esto antes, a veces con menos cuidado, y llega a defender a su hijo de otra etiqueta. No discutas la etiqueta: no la has puesto tú. Vuelve al dato —«lo que yo veo es esto, y lo tengo anotado»—, pregunta qué ven ellos en casa y busca el punto donde coincidís: los deberes, el enfado al terminar, el material que se pierde. Acuerda una medida pequeña, reversible y con fecha de revisión, y deja la puerta abierta sin ultimátum. Y ten claro esto: lo que puedes hacer en tu aula con cualquier alumno no depende de su permiso ni de ningún informe. Si dicen que no a la valoración, el sitio, el troceado y las instrucciones siguen igual el lunes.

La familia agotada se atiende peor. Lleva años de informes, esperas y reuniones como esta, ha probado más cosas que tú y llega con la sospecha de que le vas a pedir otro esfuerzo. No se lo pidas. Reconoce el recorrido, pregunta qué ha funcionado antes —información de primera mano que no tienes— y ofrece lo que sostiene el centro sin contrapartida. Si necesitas algo de casa, que sea una cosa concreta y de dos minutos: firmar la tarjeta diaria, por ejemplo, que es un instrumento de doble sede por diseño, porque el docente puntúa en el aula y la familia entrega la recompensa en casa. Pedir cinco cosas a quien ya no puede con una es perder a la familia que más te conviene cerca.

4.3.4. Qué se comparte, con quién y con qué límites

La dirección del flujo importa. La guía NG87 de NICE (2018, actualizada en 2019) establece en su recomendación 1.4.12 que el servicio sanitario debe «obtain consent and then contact the school, college or university to explain the validity of a diagnosis of ADHD and how symptoms are likely to affect school, college or university life». Quien explica el diagnóstico al centro es el sanitario, con consentimiento de la familia, y no al revés. Es guía del sistema sanitario inglés, no norma española, y vale por lo transferible: tú no llamas al pediatra por tu cuenta.

Con el equipo docente compartes lo que cada profesor necesita para actuar —qué condiciones tiene ese alumno y qué se ha acordado—, no el diagnóstico como tema de sala de profesores. Con el grupo y con otras familias, nada. Y lo que escribas en la plataforma del centro, escríbelo sabiendo quién puede leerlo: el régimen de protección de datos es del curso 04.

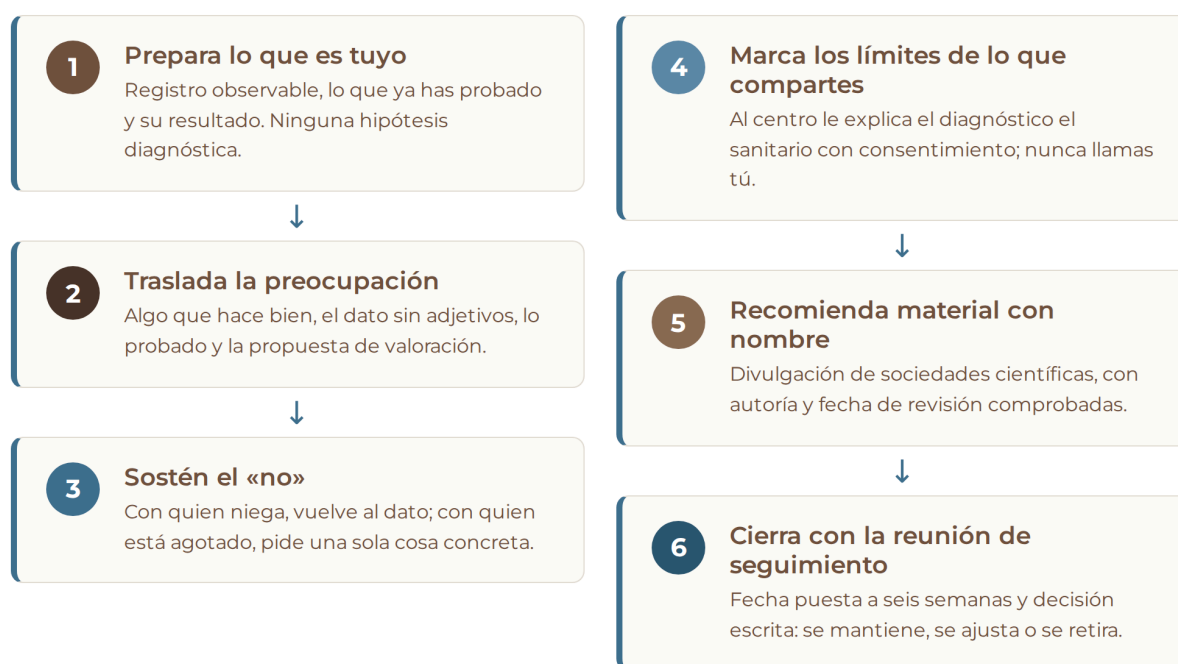
Sobre material divulgativo puedes recomendar con nombre; NICE lo recoge en su recomendación 1.4.4 —informar sobre «sources of information, including local and national support groups and voluntary organisations»—. En español está el portal *Familia y Salud* de la AEPap, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, donde Hergueta Lendínez y el Grupo de TDAH y Desarrollo Psicoeducativo firman «El colegio y los niños con TDHA» —así, con las letras cambiadas, en el original— (2018, rev. 2021). Léelo antes de recomendarlo, porque es lo que la familia ya ha leído cuando llega: pide «procurar que la relación sea frecuente y cordial» y «pedir citas o tutorías de forma regular para saber sobre la evolución del niño», y al profesorado, «darle tiempo extra para completar un trabajo o un examen cuando pueda ser». Ese «cuando pueda ser» es lo que trabaja el epígrafe 4.1.

4.3.5. Tercera conversación: la reunión de seguimiento

Es la que sostiene el plan y la que casi nunca se convoca. Se fija ya en la primera reunión, a unas seis semanas: lo que el epígrafe 4.2 da para comparar con la línea base. Dura veinte minutos y tiene guion fijo: qué acordamos, qué dicen los datos, qué se mantiene, qué se ajusta y qué se retira, quién hace cada cosa y cuándo nos vemos otra vez.

Dos avisos. Lo que ve la familia y lo que ve el profesorado pueden no coincidir, y no es que alguien mienta: son contextos distintos, y el epígrafe 4.2 explica qué concluir de esa discrepancia. Y la reunión termina con una decisión escrita, aunque sea mantenerlo todo: sin ese papel, en septiembre no queda nada.

Las tres conversaciones, paso a paso



Fuente: elaboración propia a partir de NICE NG87 (2018/2019), recomendaciones 1.4.4 y 1.4.12.

FIGURA 4.3

4.3.6. Cuando la conversación se tuerce

Estas reuniones se estropean casi siempre fuera del guion, en tres sitios: el pasillo, el grupo de mensajería y la hora intempestiva. La conversación sobre un alumno se tiene sentados, en un espacio del centro y por el canal que el centro tenga establecido. Si el tono sube, no sigas solo: convoca con orientación o jefatura y escribe lo acordado ese mismo día. Es lo que te permite volver a hablar con esa familia la semana siguiente.

Aplicación práctica

1. **Escribe el guion literal de la primera conversación.** Elige un alumno real que te preocupe y redacta los cuatro tiempos del apartado 4.3.2 con sus datos dentro, frase por frase: **lo haces solo**. Léelo en voz alta y cronométralo: si pasa de seis minutos, sobra material. Guárdalo como [guion-primera-conversacion.md](#). **Una hora.**
2. **Monta tu carpeta de material divulgativo.** Abre el portal *Familia y Salud* de la AEPap y localiza las páginas sobre TDAH y sobre el colegio: **lo trabajas con material público**. Anota de cada una el título exacto, la fecha de revisión y dos líneas sobre qué le resuelve a la familia, y descarta lo que no lleve autoría ni fecha. Guárdalo como [material-divulgativo-familias.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**
3. **Prepara el acta de la reunión de seguimiento.** Construye una plantilla de una página con los seis campos del apartado 4.3.5 y rellénala con lo que hoy tienes de un alumno: **lo haces solo**. Escribe la fecha concreta de la próxima reunión, no «a finales de trimestre». Guárdalo como [acta-de-seguimiento.md](#). **Una hora y cuarto.**

4.4. Posición del profesorado respecto del tratamiento farmacológico



Qué hace el docente respecto de la medicación, y qué no hace nunca.

Una madre te para a la salida y te pregunta, bajando la voz, qué harías tú. El informe lleva dos meses en el centro, el pediatra ha propuesto tratamiento y ella quiere que alguien que ve a su hijo seis horas al día le diga si eso hace falta. Contestar con una opinión mejor informada no sirve. Lo que sirve es una frase que devuelve la decisión a sanidad y ofrece, a la vez, lo único que tú puedes aportar: lo que se ve en seis horas de aula. Este epígrafe delimita las dos caras: lo que no se hace bajo ninguna circunstancia y lo que sí, con instrumento, con periodicidad y con papeles.

4.4.1. Tres capas de evidencia que no se mezclan

Casi todo el ruido sobre medicación y escuela viene de mezclar tres preguntas distintas: si mejoran los síntomas, si mejoran los resultados escolares y qué se ve desde el aula. Se responden con estudios distintos y ninguna de las tres te autoriza a opinar sobre si hay que medicar. Separarlas sirve para no esperar de la medicación lo que no hace ni desmontar lo que sí hace.

4.4.2. Síntomas a corto plazo: efecto claro, certeza discutida

El metaanálisis en red de Cortese y otros (2018), con 133 ensayos aleatorizados a doble ciego y 10.068 niños y adolescentes en el análisis de eficacia a unas doce semanas, encuentra para el metilfenidato frente a placebo una diferencia de medias estandarizada de $-0,82$ (intervalo de confianza del 95 %, $-1,16$ a $-0,48$) en los síntomas valorados **por el profesorado**, y de $-0,78$ en los valorados por el clínico. Es un efecto grande, y es el que explica que un equipo docente note el cambio de una semana a otra.

La revisión Cochrane de Storebø y colaboradores, actualizada en 2023 y reeditada en diciembre de 2025, con 212 ensayos y 16.302 participantes, encuentra casi lo mismo en dirección y en magnitud —diferencia de medias estandarizada de $-0,74$ ($-0,88$ a $-0,61$) en síntomas según el profesorado— y discrepa en cuánto fiarse: califica la certeza de la evidencia de **muy baja** en todos los resultados y concluye que «the true magnitude of effects remain unclear». Las dos lecturas se dan juntas o no se da ninguna. Y ambas hablan de doce semanas: «short-term» está escrito en la conclusión de Cortese.

4.4.3. Resultados escolares: asociación pequeña, brecha abierta

Jangmo y otros (2019) cruzaron los registros nacionales suecos de 657.720 estudiantes al terminar la enseñanza obligatoria. Tres meses de tratamiento se asociaron a una suma de calificaciones 9,35 puntos más alta en un rango de 0 a 320 (7,88 a 10,82; coeficiente estandarizado 0,20) y a un riesgo menor de no obtener acceso a la etapa siguiente (razón de posibilidades, *odds ratio*, 0,80; 0,76 a 0,84). Dos cautelas que impone el propio estudio: es observacional y de registros, de modo que se escribe «asociado a» y no «causa»; y esa mejora no cierra la brecha, porque el mismo trabajo describe el rendimiento del alumnado con TDAH como «substantially lower».

En el seguimiento del MTA a los seis y ocho años, Molina y otros (2009) no encontraron diferencias entre los grupos originalmente aleatorizados en casi ninguna variable, calificaciones incluidas, mientras el grupo con TDAH quedaba por debajo del grupo normativo local en el 91 % de las variables. El seguimiento de adultos jóvenes de Swanson y otros (2017) documenta la persistencia de los síntomas. Ambos avisan de que sus subgrupos de medicación a largo plazo son naturalistas y no aleatorizados: sirven para no prometer, no para afirmar que no sirva.

4.4.4. Lo que puedes ver tú, y casi nadie más

La tercera capa es la única que produce información nueva. La ficha técnica de Concerta (metilfenidato de liberación prolongada, AEMPS, revisión del texto de 02/2026) recoge entre los efectos **muy frecuentes** —al menos uno de cada diez— la disminución del apetito, el insomnio, el nerviosismo y la cefalea. Traducido a tu horario: el bocadillo del recreo que vuelve entero, la somnolencia de primera hora, el alumno más tenso de lo habitual, la queja de dolor de cabeza a media mañana. Eso se ve desde tu sitio y no en una consulta de veinte minutos.

Dos cosas que no se escriben. La primera: la ficha técnica **no** recoge «efecto rebote» ni irritabilidad al final del día. Si lo observas, lo describes como conducta, con la hora y el contexto, y no le pones ese nombre. La segunda: ver un efecto no es interpretarlo. Tú comunicas «no ha comido nada en el recreo los cuatro días de esta semana»; quien decide si eso obliga a revisar algo es el profesional sanitario que prescribió.



FIGURA 4.4

4.4.5. Las cinco cosas que no se hacen nunca

No sugieres a una familia que medique, ni con la fórmula educada de «hay niños a los que les va muy bien». No se lo desaconsejas, ni contando el caso de otro alumno. No opinas sobre la dosis ni sobre la hora: no tienes datos clínicos para eso, y una frase tuya puede mover una decisión médica. No administras medicación fuera del protocolo del centro, y ese protocolo tiene

condiciones que se ven en el apartado siguiente. Y no condicionas la respuesta educativa a que el alumno esté medicado: las adaptaciones del bloque 3 se ponen, se revisan y se mantienen igual medique la familia o no, porque no son un premio ni una contrapartida.

ATENCIÓN · LA FRASE QUE TE DEJA FUERA DE SITIO

«Así, sin medicación, no puedo hacer nada más por él.» Traslada a la familia una decisión sanitaria y suspende de hecho las medidas que tienes obligación de mantener. Sustitúyela por el inventario de lo que ya has puesto en marcha y de lo que vas a revisar en seis semanas.

4.4.6. Lo que sí corresponde: observar, comunicar y comprobar el protocolo

Lo primero es la observación sistemática. Cuando el profesional sanitario la solicita y la familia lo autoriza por escrito, aportas datos de aula con el instrumento y la periodicidad acordados: el registro observable del epígrafe 1.3 es la herramienta con la que se hace, y una escala de cribado que te pidan rellenar se contesta como informante, nunca como diagnóstico. Se acuerda antes qué se mira, cada cuánto y durante cuántas semanas; sin eso, lo que llega a la consulta es una impresión.

Lo segundo es comunicar los cambios visibles sin interpretarlos, por el cauce acordado con la familia y con el registro que ya trabajaste en el epígrafe 4.3.

Y lo tercero es leer el protocolo de tu centro antes de que haga falta. **No consta norma estatal** sobre administración de medicamentos en centros educativos. El protocolo autonómico verificado más claro es el canario, y su estructura es una triple condición: prescripción o informe médico, autorización escrita de la familia y voluntariedad del personal. Que no exista norma estatal no significa que valga cualquier cosa: significa que el documento que manda es el de tu centro y hay que comprobarlo. La regulación autonómica, además, es inestable: la Resolución valenciana de 13 de junio de 2018 fue **anulada** por sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana de 19 de julio de 2021, de modo que un protocolo descargado hace años puede no estar en vigor.

NORMATIVA · LA TRIPLE CONDICIÓN DEL PROTOCOLO CANARIO

Protocolo de asistencia sanitaria al alumnado (Canarias, en desarrollo del artículo 64 de la Orden de 9 de octubre de 2013): la medicación se administra cuando «La medicación a administrar haya sido prescrita por su médico de familia o pediatra, para lo que se tendrá que aportar el informe correspondiente»; con un protocolo específico «firmado por sus progenitores o tutores legales y aprobado por el Consejo Escolar»; y cuando «Haya una predisposición o voluntariedad por parte del personal educativo o cuidador para su suministro, sin perjuicio de que, en casos de urgencia vital, se deba actuar según el protocolo».

Aplicación práctica

1. **Escribe tu posición sobre la medicación antes de que te la pregunten.** Media página con tres frases literales que sí vas a usar cuando una familia te pida opinión, y la lista de las cinco cosas que no haces: **lo haces solo**. Léelas en voz alta: tienen que sostenerse dichas en un pasillo, sin papel delante. Guárdalo como **posicion-escrita-sobre-medicacion.md**. **Cuarenta y cinco minutos.**
2. **Localiza y resume el protocolo de tu centro.** Busca en la documentación del centro y en el portal de tu consejería qué regula la administración de medicamentos y la asistencia sanitaria al alumnado: **lo trabajas con material público**. Anota la identificación y la fecha del documento, si aparecen las tres condiciones —prescripción, autorización de la familia y voluntariedad— y quién lo custodia; si no encuentras nada, escríbelo así y llévalo a la próxima reunión de equipo. Guárdalo como **protocolo-de-medicacion-de-mi-centro.md**. **Una hora.**

3. **Prepara el protocolo de observación que podrías aportar mañana.** Sobre un alumno real, define qué tres conductas registrarías si mañana te lo pidieran por vía sanitaria con autorización familiar, con qué formato, en qué momentos del día y durante cuántas semanas: **lo haces solo.** Añade dos líneas con lo que ese registro no dice. Guárdalo como **protocolo-de-observacion-acordado.md**. **Una hora y cuarto.**

4.5. Errores frecuentes y traspaso de la información al curso siguiente



Los errores que tiran por tierra el trabajo y cómo se traspasa al curso siguiente.

Primera semana de septiembre. Una profesora abre el expediente de un alumno del que le han dicho en el pasillo que «el año pasado se le hacían cosas». Dentro hay un informe de orientación de hace tres años y un boletín de notas. Ni una línea sobre qué se probó, qué se midió ni qué salió. El curso anterior existió: hubo un sitio elegido, una forma de dar las instrucciones, un acuerdo con la familia y semanas de trabajo. Nada de eso se recupera, así que se empieza otra vez por ensayo y error. Este epígrafe recorre los cinco modos de fallo que producen esa escena y el documento que los frena.

4.5.1. Adaptar sin dejar constancia escrita

Es el fallo más extendido y el más caro, porque afecta a quien mejor trabaja: el docente que adapta bien, ajusta sobre la marcha y no escribe nada porque lo lleva todo en la cabeza. No es burocracia, sino memoria colectiva: lo que no está escrito no existe para el profesor siguiente, ni para la junta de marzo, ni para la familia que dentro de dos años pida que se mantenga algo que funcionaba.

Registrar no es rellenar un formulario largo. Es que de cada medida quede escrito qué se puso, para qué, desde qué fecha y qué se miró para saber si servía, como enseña el epígrafe 4.2: línea base, indicadores y decisión escrita a las seis semanas —se mantiene, se ajusta o se retira—. Esas tres líneas por medida son lo que sobrevive al verano. Y tienen una consecuencia que señala el epígrafe 4.1: en la prueba de acceso a la universidad, las medidas posibles dependen de las que se documentaron en la etapa anterior. Lo escrito en 1.º de ESO sostiene una petición en 2.º de Bachillerato.

4.5.2. El plan que muere cuando cambia un profesor de los ocho

El segundo fallo es de diseño. Un plan que depende de una persona dura lo que esa persona dura en el centro. En Secundaria el alumno tiene ocho profesores, y basta con que uno se incorpore en noviembre sin que nadie le cuente nada para que la rutina se rompa en su materia, y después en las demás: nadie sostiene lo que solo se le pide en seis de ocho clases.

La respuesta está en el epígrafe 3.4: lo que solo puede acordarse en equipo se acuerda, se escribe y cabe en una página. Tres o cuatro puntos comunes —dónde se anota la fecha de entrega, cómo se da la instrucción, por dónde se entrega, qué condiciones de examen se aplican— firmados por el equipo docente y entregados al que llegue. Un plan bien hecho es el que puede ejecutar alguien que no estuvo en la reunión.

4.5.3. «Ya está diagnosticado»: el punto final que era un punto de partida

Hay un momento peligroso en estos casos: el día que llega el informe clínico. Tras meses de espera el alivio es real, y con él la idea de que el trabajo ya está hecho. No lo está. El informe no adapta una instrucción, no reorganiza una sesión, no cambia el número de preguntas por página. Un diagnóstico describe y da acceso a recursos; la respuesta educativa la diseñas tú, y empieza ahí.

El reverso es igual de común: dar por supuesto que hay un tratamiento en marcha y esperar de él lo que no hace, que es lo que delimita el epígrafe 4.4. El día del informe no se cierra nada: se abre el plan.

ATENCIÓN · CUANDO EL DIAGNÓSTICO EXPLICA HASTA EL RETRASO DEL AUTOBÚS

Cuando el diagnóstico está sobre la mesa, empieza a explicarlo todo: llega tarde por el TDAH, contesta mal por el TDAH, suspende por el TDAH. Con esa lente dejan de verse un conflicto con un compañero, un problema de sueño, una materia mal explicada o un duelo familiar, y deja de comprobarse lo que el epígrafe 2.3 enseña a comprobar. La prueba es sencilla: ante una conducta concreta, pregúntate qué escribirías si ese alumno no tuviera diagnóstico. Si la respuesta es distinta, estás explicando con la etiqueta y no con el dato.

4.5.4. Bajar expectativas sin decirlo

Este fallo casi nunca se declara y por eso cuesta corregirlo. Nadie anuncia que exigirá menos: se corrige con manga ancha, se deja de preguntar para evitar el mal rato, se acepta la entrega incompleta y se aprueba «porque bastante tiene». Es una decisión curricular tomada sin escribirla y sin que el alumno ni la familia sepan que se ha tomado.

Distínguelo de lo legítimo. Ajustar la cantidad de trabajo o las condiciones de aplicación de una prueba sin tocar los criterios de evaluación es una adaptación metodológica, y se escribe. Modificar los criterios es una adaptación curricular significativa, que el epígrafe 4.1 sitúa donde corresponde y que decide la Administración educativa. Rebajar el nivel de hecho y sin nombrarlo no es ninguna de las dos: es un acuerdo tácito que se descubre dos cursos después, cuando el alumno se encuentra con un examen que nadie le rebajó.

Dónde se pierde el trabajo de un curso

Lo que tira por tierra el trabajo

Lo que no se escribe

- Se adapta y no queda registro
- Decisiones sin fecha ni firma
- En septiembre no queda nada

Lo que depende de una persona

- El plan vive en la cabeza de uno
- Ocho profesores, ocho criterios
- Un cambio de profesor lo borra

Lo que se da por cerrado

- El diagnóstico como punto final
- Expectativas rebajadas en silencio
- La etiqueta explica cualquier conducta
- Ayuda visible que el alumno rechaza

Lo que lo frena

- Indicadores y decisión escrita
- Acuerdo de equipo en una página
- Ayuda discreta y pactada con él
- Informe de traspaso de junio

Fuente: elaboración propia a partir de Holmberg y Hjern (2008) y Langberg y otros (2008).

FIGURA 4.5

4.5.5. La ayuda que se ve, y lo que el alumno decide con ella

El último modo de fallo lo pone el propio alumno, y desmonta planes impecables. Si la ayuda se entrega delante del grupo —el aviso en voz alta, la ficha distinta, la salida del aula para examinarse mientras los demás miran—, muchos alumnos, sobre todo desde 1.º de ESO, prefieren renunciar a ella antes que confirmar ante veinticinco compañeros que son el caso del grupo. La medida entonces no ha fracasado: no ha llegado a aplicarse.

Se corrige en la forma de darla. Lo que pueda ofrecerse al grupo entero se ofrece al grupo entero; lo individual se acuerda antes en privado, con una señal discreta pactada con él, y de las condiciones de examen se habla donde nadie escuche. Y se le pregunta: a partir de cierta edad, qué ayuda acepta es información del plan, no una concesión.

Hay además un trasfondo que conviene conocer. Holmberg y Hjern (2008), en una muestra comunitaria de 516 alumnos de cuarto curso de Estocolmo, encontraron que el TDAH se asociaba tanto a ser acosado —razón de posibilidades ajustada de 10,8 (intervalo de confianza del 95 %, 4,0 a 29,0) para el acoso frecuente y de 2,9 (1,5 a 5,7) para el ocasional— como a acosar a otros, con una razón de 3,8 (2,0 a 7,2). Las dos posiciones, no solo la de víctima, y con intervalos anchos que hay que decir cuando se da la cifra. Para ti significa que quien rechaza una ayuda visible puede estar gestionando algo más que vergüenza.

Desde la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, todos los centros donde estudian menores tienen un coordinador o coordinadora de bienestar y protección del alumnado (artículo 35.1). Qué hace esa figura, cómo se detecta el acoso y cuál es el protocolo completo son del curso 15: aquí basta con que sepas que, si lo que ves deja de ser una ayuda rechazada y empieza a ser acoso, no es tu plan de aula lo que tiene que resolverlo.

4.5.6. El documento de traspaso de junio

Queda lo que casi nadie hace y sostiene todo lo anterior. En junio, media página por alumno: qué se probó y desde qué fecha; qué funcionó, con el indicador que lo dice; qué no funcionó y por qué se retiró; y qué sigue en marcha, incluido lo acordado con la familia. Lo que no funcionó importa tanto como el resto: ahorra al profesor siguiente un trimestre de repetir un ensayo fallido.

Importa sobre todo en el paso de Primaria a Secundaria. Langberg y otros (2008) mostraron, con datos del estudio MTA, que el cambio de etapa coincide con una interrupción del declive de los síntomas que se observa con la edad, como desarrolla el epígrafe 3.5. Es el momento en que más apoyos se retiran de golpe y en que menos información viaja con el alumno. Si ese papel de media página cambia algo algún año, es ese.

Aplicación práctica

1. **Audita el rastro escrito de un alumno tuyo.** Coge un alumno con el que hayas adaptado algo este curso y reúne lo que queda por escrito —actas, expediente, plataforma, correos—: **lo haces solo**. Contrástalo con las medidas que aplicaste y marca las que no dejaron rastro. Guárdalo como **rastro-escrito.md**. **Una hora y media.**
2. **Redacta el informe de traspaso de junio.** Media página para ese mismo alumno con los cuatro apartados que fija el apartado 4.5.6 —qué se probó, qué funcionó, qué no y qué sigue en marcha—, con fechas e indicadores, y llévala a quien coordine el traspaso: **lo pides y esperas**. Anota en qué formato lo archivan. Guárdalo como **informe-de-traspaso.md**. **Una hora.**
3. **Monta el borrador de tu plan de mejora.** Reúne lo que has producido en el curso —el registro observable, el plan de adaptaciones, los indicadores y la decisión escrita, el guion de las reuniones con la familia, el acuerdo del equipo docente— y ordénalo en un solo documento

sobre un alumno o un grupo real: **lo haces solo**. Añade tres decisiones para el curso que viene con su fecha de revisión y una lista de lo que te falta por comprobar. Guárdalo como **plan-de-mejora.md**: es el borrador del que parte la tarea final optativa. **Dos horas y media.**

La tarea final optativa



1.1. Qué es, y qué no cambia

Esta tarea es **optativa** y **no condiciona el certificado**. Dicho entero y sin letra pequeña: el certificado de este curso se expide con las cuatro pruebas de bloque superadas, cada una con 12 sobre 20, y con nada más. Si no haces la tarea final optativa, tu certificado es exactamente el mismo. Nadie la va a corregir, no hay quien la recoja y no hay nota que salga de ella. La haces porque te sirve a ti, o no la haces.

Está aquí porque el curso entero apunta a un documento concreto. En la tercera aplicación práctica del epígrafe 4.5 reuniste lo que habías producido, lo ordenaste sobre un alumno o un grupo real, añadiste tres decisiones para el curso siguiente con su fecha de revisión y apuntaste lo que te faltaba por comprobar. Eso está en [plan-de-mejora.md](#), y es un borrador. La tarea final optativa consiste en convertirlo en el **plan de aula de un alumno concreto**: un documento acabado que otro docente pueda ejecutar sin ti.

La diferencia entre las dos cosas es real. Un borrador vale para que tú te acuerdes de lo que probaste. Un plan acabado vale en la primera semana de septiembre, cuando quien abre el expediente no eres tú, no estuvo en la junta de marzo y no sabe qué querías decir con esa línea de tres palabras. La escena con la que abre el epígrafe 4.5 es exactamente lo que evita.

Y una frontera que el plan no cruza, porque no es tuya. Aquí no se emite ningún juicio diagnóstico ni se opina sobre medicación, ni a favor ni en contra. Lo que el plan contiene es conducta observable, medidas de aula, condiciones de aplicación de las pruebas, indicadores y acuerdos. Todo lo demás lo dice otro, y el epígrafe 4.4 explica por qué.

1.2. Qué se entrega

Un solo archivo, [plan-de-aula-tdah.md](#) o el formato que uses, guardado donde el centro guarde los documentos que llevan el nombre de un menor, no en tu equipo personal. No hay dónde subirlo ni a quién mandarlo, y no hay plazo.

Se construye sobre materiales que ya produjiste. Como mínimo, estos seis: [registro-frecuencia-intervalos.md](#) y [registro-abc-y-media-pagina.md](#), del epígrafe 1.3; [conductas-por-funcion.md](#), del 2.1; [medidas-elegidas.md](#), del 3.1; [linea-base-dos-semanas.md](#) y [decision-de-revision.md](#), del 4.2. Te van a hacer falta además [capas-de-mi-alumno.md](#) (2.3), [justificacion-reduccion-cantidad.md](#) (3.2), [sistema-de-contingencias.md](#) (3.3), [rutina-agenda-mochila.md](#) y [acuerdo-equipo-organizacion.md](#) (3.4), [condiciones-de-examen-revisadas.md](#) y [justificacion-condiciones-examen.md](#) (4.1), [acta-de-seguimiento.md](#) (4.3) y [mi-norma-autonomica.md](#) (1.4). Si te faltan, hazlos primero: sin ellos esto es un ejercicio de imaginación, y se nota en la primera página.

1.3. Extensión y apartados

Entre 1.500 y 2.500 palabras, más las tablas. Si te sale más largo, sobra descripción; si te queda mucho más corto, has resumido problemas en lugar de nombrarlos.

Ocho apartados, en este orden.

Uno. Alcance. Qué alumno, en qué materias, con qué profesorado y en qué periodo. Si tú das dos de sus ocho materias, se escribe: un plan sin alcance declarado se lee como si hablara de todo el horario, y eso lo invalida en la primera junta.

Dos. Lo que se ve, descrito. La conducta observable con frecuencia, duración, momento y contexto, en el formato del 1.3, y con la línea base del 4.2 si la tienes. Sin conclusiones dentro: un registro termina en el último dato. Lo que sabes del expediente va aquí como dato documental,

con su fecha y su emisor, y no como explicación de nada.

Tres. Lo que está sin comprobar. Las capas del 2.3 que el centro puede reunir: sueño, vista y oído, meses de escolarización en la lengua de aprendizaje, cambios recientes, lectura y cálculo. De cada una, qué sabes, desde cuándo y **quién tendría que resolverlo**; donde no sepas, «sin comprobar». Ninguna la interpretas tú.

Cuatro. Medidas y función que sustituyen. Una tabla de cuatro columnas: medida, qué función del 2.1 sustituye, desde qué fecha está puesta y quién la aplica. Dos o tres medidas, no quince, con el criterio de coste del 3.1.

Cinco. Evaluación y condiciones de prueba. Qué condiciones de aplicación se le aplican, de las ocho del 4.1, con el dato que sostiene cada una; qué reducciones de cantidad hay, con el criterio de evaluación copiado literal de la programación; y en qué nivel de los tres del 4.1.4 está cada cosa. El tercer nivel lo decide la Administración educativa: se escribe como pendiente de quien tenga la competencia.

Seis. Qué se mide y cuándo se revisa. Los dos indicadores del 4.2, uno de proceso y uno de resultado, definidos en una frase que otro pueda aplicar sin preguntarte; la línea base con su promedio, su rango y sus huecos declarados; y la fecha de revisión, puesta de antemano y concreta.

Siete. Acuerdos. Lo acordado con la familia, con fecha y en una línea por acuerdo, tal como salió del 4.3; y lo acordado con el equipo docente, que es lo que nadie puede sostener solo: dónde se anota la fecha de entrega, cómo se da la instrucción, por dónde se entrega y qué condiciones de examen se aplican, con quién lo firmó.

Ocho. Traspaso y fronteras. La media página del 4.5.6 —qué se probó y desde cuándo, qué funcionó con el indicador que lo dice, qué no funcionó y por qué se retiró, qué sigue en marcha—, más un párrafo final que diga qué no contiene este plan: ni diagnóstico, ni valoración de tratamiento, ni recomendación sobre medicación, ni decisión sobre la categoría administrativa del alumno. Ese párrafo protege al alumno y te protege a ti.

1.4. Pauta de autoevaluación

Como nadie lo va a corregir, el juicio lo haces tú, y con criterios, no con la sensación de haber terminado. Pasa estas nueve comprobaciones sobre tu propio documento:

1. **Ni una palabra que no te toque.** ¿Aparece en alguna línea un juicio diagnóstico, una opinión sobre medicación o una frase sobre lo que el alumno «es»? Se borra: no se matiza.
2. **Todo lo descriptivo se puede contar.** ¿Hay alguna frase del apartado dos que no se pueda contar, fechar o señalar con el dedo? Si no se deja reescribir como conducta observable, no lo era.
3. **Sin responsable y sin fecha, no hay medida.** ¿Queda alguna medida sin quién la aplica o sin desde cuándo? O la completas o la quitas: una medida sin esas dos columnas no se aplicó, se intentó.
4. **Cada medida, a su función.** ¿Puedes decir de cada medida qué función del 2.1 saca fuera en **este** alumno? Si la respuesta es «es lo que se hace con el TDAH», has copiado una lista.
5. **La línea base existe de verdad.** ¿Hay valores día a día, con promedio, rango y huecos declarados, o una media recordada? Una media sin rango no sirve para comparar en enero.
6. **El nivel está bien puesto.** ¿Hay algo escrito como decisión tuya que corresponde a una adaptación curricular significativa o a la administración educativa? Eso no es ambición: es una línea que nadie va a ejecutar.
7. **Los criterios de evaluación, literales.** ¿Cada reducción de cantidad lleva al lado el criterio copiado de la programación? Es la única defensa contra la rebaja encubierta del 4.5.4.

8. **La prueba del sustituto.** Dale el documento a un compañero que no dé clase a ese alumno y pídele que te diga qué haría el lunes en su materia. Si tiene que preguntarte algo para empezar, esa parte está mal escrita.

9. **La fecha de revisión es una fecha.** ¿Pone un día concreto, o «a finales de trimestre»? Si no hay día, no hay revisión: hay una intención con la que nadie se encuentra en su calendario.

No hay puntuación ni umbral. Si al pasar la pauta te salen tres o cuatro arreglos, está haciendo lo que tiene que hacer.

Bibliografía consolidada

Toda la identificación procede de las cuatro fichas de fuentes verificadas del curso, en [fuentes/](#), comprobadas el 10 y el 11 de septiembre de 2026, fecha de cierre de esta edición. Tras cada entrada va una línea que dice para qué sirve y en qué epígrafes. No se añade aquí ningún número, fecha ni identificador que no conste en esas fichas.

2.1. Normativa europea y estatal

Reglamento (CE) n.º 1333/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre aditivos alimentarios, artículo 24 y anexo V. DOUE serie L núm. 354, de 31 de diciembre de 2008, p. 16 y siguientes. CELEX 32008R1333. — Fija, en el 2.5, el etiquetado obligatorio de los seis colorantes del anexo V.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE núm. 106, de 4 de mayo de 2006. BOE-A-2006-7899. Consolidado actualizado el 8 de junio de 2024. Su artículo 71.2 ha tenido tres redacciones: la original; la de la **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre** (BOE núm. 295, de 10 de diciembre de 2013; en vigor el 30 de diciembre de 2013; derogada), que introdujo la palabra «TDAH»; y la vigente, de la **Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre** (BOE núm. 340, de 30 de diciembre de 2020; en vigor el 19 de enero de 2021). — Base normativa estatal del 1.4, con retorno del 72.3 en el 1.5, el 3.1 y el 4.1 y del 71.2 en el 2.3.

Los cuatro reales decretos de enseñanzas mínimas de 2022. **Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero** (Infantil), artículo 13: BOE núm. 28, de 2 de febrero de 2022, BOE-A-2022-1654. **Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo** (Primaria), artículos 16 y 18: BOE núm. 52, de 2 de marzo de 2022, BOE-A-2022-3296. **Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo** (ESO), artículos 15, 19, 20 y 21: BOE núm. 76, de 30 de marzo de 2022, BOE-A-2022-4975. **Real Decreto 243/2022, de 5 de abril** (Bachillerato), artículo 25: BOE núm. 82, de 6 de abril de 2022, BOE-A-2022-5521; consolidado actualizado el 2 de julio de 2026, sin cambio en el 25. — Base de etapa del 1.2, el 1.4, el 3.1, el 3.2, el 3.5 y el 4.1: flexibilización, condiciones de evaluación y límite de la adaptación significativa.

Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación. BOE núm. 25, de 29 de enero de 2015. BOE-A-2015-738. **Derogada con efectos de 7 de abril de 2022** por la disposición derogatoria única.4 del Real Decreto 243/2022. — Sostiene el cuadro de alerta del 1.4 sobre la orden derogada que los planes de centro siguen citando.

Real Decreto 534/2024, de 11 de junio, por el que se regulan los requisitos de acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado y la normativa básica de admisión, artículos 3.2 y 21.2. BOE núm. 142, de 12 de junio de 2024. BOE-A-2024-11858. En vigor el 13 de junio de 2024; consolidado actualizado el 2 de julio de 2026, sin afectar a esos artículos. — Sostiene entero el apartado 4.1.5, sobre la adaptación de la prueba de acceso a la universidad.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, artículo 35.1. BOE núm. 134, de 5 de junio de 2021. BOE-A-2021-9347. — Sostiene el cuadro normativo del 4.5 sobre el coordinador de bienestar y protección.

2.2. Normativa y protocolos autonómicos

Decreto 85/2018, de 20 de noviembre, de inclusión educativa del alumnado en Castilla-La Mancha, artículos 7.2, 8.3, 20.2, 20.3 y 24, en su redacción vigente. DOCM núm. 229, de 23 de noviembre de 2018. — Norma autonómica de referencia del curso: se usa en el 1.4, el 1.5, el 3.2, el 3.4 y el 4.1.

Resolución de 07/02/2017 por la que se da publicidad al Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de Castilla-La Mancha. DOCM año XXXVI, núm. 27, de 8 de febrero de 2017, referencia [2017/1374]. — Aporta, con cita literal, el circuito

de derivación y sus anexos en el 1.5.

Decreto 23/2023, de 22 de marzo, del Consejo de Gobierno, de atención educativa a las diferencias individuales del alumnado en la Comunidad de Madrid, artículos 9.1, 22.2 y 22.4. BOCM núm. 71, de 24 de marzo de 2023. — Aporta la categoría madrileña del 1.4 y el contraste de vías de acceso del 1.5.

Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, de respuesta educativa inclusiva y convivencia, artículos 20 y 22, en la redacción del **Decreto 164/2022, de 16 de noviembre**. Decreto 188/2017: BOA núm. 240, de 18 de diciembre de 2017. Decreto 164/2022: BOA núm. 228, de 24 de noviembre de 2022, vigente desde el 25 de noviembre de 2022. — Aporta el cuadro normativo del 1.2 y, en el 1.4, el ejemplo de artículo suprimido.

Resolución de 30 de julio de 2019 de la Dirección General de Atención a la Diversidad y Calidad Educativa, sobre identificación y respuesta educativa a las dificultades de aprendizaje (Región de Murcia), apartado Segundo.2.a) y anexo IV. BORM núm. 184, de 10 de agosto de 2019, p. 25034. — Aporta el cuadro normativo del 2.1, la cita del anexo IV en el 2.1.5 y su categoría en el 1.4.

Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, del Consejero de Educación, de respuesta educativa al alumnado con trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Navarra). BON núm. 143, de 20 de julio de 2012. — Aporta, en el 1.4, la única norma autonómica localizada que nombra el TDAH en su título.

Orden de 13 de diciembre de 2010, de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en Canarias, artículo 2.2 y anexo I. BOC núm. 250, de 22 de diciembre de 2010. — Aporta, en el 1.4, el TDAH como categoría separada y el caso de norma contradictoria; la advertencia derivada, en el 1.5.

Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu (Cataluña). DOGC núm. 7477, de 19 de octubre de 2017. — Aporta, en el 1.5, el órgano que decide la evaluación psicopedagógica en Cataluña.

Orden 20/2019, de 30 de abril, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte (Comunitat Valenciana), modificada por la **Orden 10/2023, de 22 de mayo** (DOGV núm. 9606, de 30 de mayo de 2023). Orden 20/2019: DOGV de 3 de mayo de 2019, referencia [2019/4442]. — Aporta, en el 1.4, el ejemplo de norma vigente pero modificada; ver el apartado 3.

Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, 2011, 54 páginas; **no publicado en boletín**. Hay 2.ª edición, «**Actualización 2016**», en el Portal de Salud de Castilla y León. — Aporta las citas del 1.3 y, en su edición de 2016, el «Informe Escolar Inicial» del 1.5.

Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Gobierno de La Rioja, 5.ª edición, mayo de 2018; documento técnico **no publicado en boletín**. — Aporta las citas de sus páginas 8 y 34 en el 1.3 y la de la página 18 en el apartado 4.2.5.

Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H, Región de Murcia; edita el Servicio Murciano de Salud, 2008. ISBN 978-84-96994-19-5. Depósito legal MU-3024/2008. — Aporta, en el 1.5, las escalas en las que el docente es informante.

Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario, Xunta de Galicia, 2 de julio de 2014. — Aporta, en el 1.5, uno de los cinco protocolos autonómicos verificados.

Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Andalucía). BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021. Consejería de Salud y Familias: protocolo

sanitario, no instrucción educativa. — Aporta, en el 1.5, el quinto protocolo verificado y la precisión de su naturaleza sanitaria.

2.3. Clasificaciones, guías clínicas y documentos de autoridades sanitarias

American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. APA Publishing, Washington DC, marzo de 2022. Edición española: APA (2023), Editorial Médica Panamericana, Madrid, septiembre de 2023, ISBN 978-84-1106-072-1, 1.120 páginas. — Sostiene casi todo el 1.1 y vuelve en el 1.2, el 2.2, el 2.3 y el 2.4.

American Psychiatric Association (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. — Aporta las citas literales sobre los cambios del DSM-IV-TR al DSM-5 en el 1.1, el 1.2 y el 2.3.

Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (ICD-11 MMS), entrada 6A05. Adoptada por la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2019; en vigor desde el 1 de enero de 2022. Versión en línea consultada: 2026-01. — Aporta la categoría 6A05 en el 1.1 y las citas literales del 1.2, el 2.3 y el 3.5.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10, capítulo V, bloque F90 «Trastornos hiperkinéticos». Versión en línea 2019. — Explica, en el 1.1, por qué un informe antiguo puede decir «trastorno hiperkinético».

Ministerio de Sanidad (2026). *CIE-10-ES, 6.^a edición, enero de 2026, tomo I, Diagnósticos*. Portal Estadístico del SNS. NIPO 133-25-178-2. En vigor desde el 1 de enero de 2026. — Sostiene, en el 1.1, con qué clasificación codifica hoy el Sistema Nacional de Salud.

National Institute for Health and Care Excellence (2018, actualizada en septiembre de 2019). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87*. Publicada el 14 de marzo de 2018. Guía inglesa, no norma española. — Guía clínica de referencia del curso: se usa en el 1.2, el 1.3, el 1.5, el 2.2, el 2.4, el 2.5 y el 4.3.

García Cruz, J. M. y González Lajas, J. J. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Algoritmos de la AEPap, n.º 22*. — Aporta las dos citas literales del 1.5 sobre quién diagnostica; la segunda vuelve en el 1.3.

American Academy of Pediatrics, Council on School Health (2013). «Out-of-School Suspension and Expulsion». *Pediatrics*, 131(3), e1000-e1007. DOI 10.1542/peds.2012-3932. Declaración de política estadounidense. — Aporta, en el 3.3, la posición de una sociedad científica contra el uso rutinario de la exclusión.

Food and Drug Administration (2013). Carta de decisión de la solicitud *de novo* K112711, NEBA Health, LLC, 15 de julio de 2013. — Aporta, en el 2.2, el literal que desmonta el «lo aprobó la FDA».

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica: Concerta 18 mg comprimidos de liberación prolongada. Titular Janssen-Cilag, S.A., registro 65148. Revisión del texto: 02/2026. CIMA. — Aporta, en el 4.4, los efectos adversos «muy frecuentes» y lo que la ficha no recoge.

2.4. Instrumentos de valoración

Farré i Riba, A. y Narbona García, J. *EDAH. Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. TEA Ediciones, Madrid. 7.^a edición revisada, 2013. ISBN 978-84-15262-78-7, 56 páginas. — Primera de las cuatro escalas que describe el 1.5.

Conners 3rd Edition y Conners 4th Edition. Autor C. K. Conners; Multi-Health Systems. Conners 3: adaptación española de TEA Ediciones. Conners 4: publicado en abril de 2023, distribuido en España por Pearson Clinical Assessment, con **formulario de profesorado solo en inglés o francés**. — Segunda de las cuatro escalas del 1.5, con la razón de que en España se pida el Conners 3.

SNAP-IV. Swanson, Nolan y Pelham. Referencias primarias: Bussing, R. y otros (2008), *Assessment*, 15(3), 317-328, PMID 18310593, y Swanson, J. M. y otros (2001), *JAACAP*, 40(2), 168-179. — Tercera de las cuatro escalas del 1.5.

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (2016). *ADHD Rating Scale-5 for Children and Adolescents*. The Guilford Press, Nueva York, 15 de febrero de 2016. ISBN 978-1-4625-2487-7, 124 páginas. — Cuarta de las cuatro escalas del 1.5, con el nombre correcto de la versión vigente.

Volpe, R. J. y Fabiano, G. A. (2013). *Daily Behavior Report Cards*. The Guilford Press, Nueva York. ISBN 978-1-4625-0923-2. — Aporta, en el 3.3, el diseño de la tarjeta diaria de conducta.

2.5. Estudios e informes

Barkley, R. A. (1997). «Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions». *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. DOI 10.1037/0033-2909.121.1.65. — Aporta, en el 2.1, el modelo teórico de 1997 sobre inhibición conductual.

Willcutt, E. G. y otros (2005). «Validity of the executive function theory of ADHD». *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. DOI 10.1016/j.biopsych.2005.02.006. — Aporta la parte empírica del 2.1 y su frase literal sobre la función ejecutiva.

Ashinoff, B. K. y Abu-Akel, A. (2021). «Hyperfocus: the forgotten frontier of attention». *Psychological Research*, 85(1), 1-19. DOI 10.1007/s00426-019-01245-8. — Sostiene el 2.1.4, sobre lo poco investigada que está la hiperfocalización.

Faraone, S. V. y Larsson, H. (2019). «Genetics of ADHD». *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. DOI 10.1038/s41380-018-0070-0. — Aporta, en el 2.2, la heredabilidad y su componente poligénico.

Demontis, D. y otros (2019). «Discovery of the first genome-wide significant risk loci for ADHD». *Nature Genetics*, 51(1), 63-75. DOI 10.1038/s41588-018-0269-7. Y Demontis, D. y otros (2023). «Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci». *Nature Genetics*, 55(2), 198-208. DOI 10.1038/s41588-022-01285-8. — Sostienen el 2.2.2: arquitectura poligénica y ninguna prueba genética que diagnostique.

Hoogman, M. y otros, ENIGMA ADHD Working Group (2017). «Subcortical brain volume differences in participants with ADHD». *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319. DOI 10.1016/S2215-0366(17)30049-4. Y Hoogman, M. y otros (2019). «Brain Imaging of the Cortex in ADHD». *American Journal of Psychiatry*, 176(7), 531-542. DOI 10.1176/appi.ajp.2019.18091033. — Aportan las cifras de neuroimagen del 2.2.3 y la figura del epígrafe 2.2.

Gonon, F. (2009). «The dopaminergic hypothesis of ADHD needs re-examining». *Trends in Neurosciences*, 32(1), 2-8. DOI 10.1016/j.tins.2008.09.010. — Aporta, en el 2.2.5, que la hipótesis dopaminérgica está discutida; solo por su título, ver el apartado 3.

Hollis, C. y otros, AQUA Trial Group (2018). «The impact of a computerised test of attention and activity (QbTest) on diagnostic decision-making». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 1298-1308. DOI 10.1111/jcpp.12921. Y Bellato, A. y otros (2024). «Practitioner Review: Clinical utility of the QbTest». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6), 845-861. DOI 10.1111/jcpp.13901. — Sostienen el 2.2.4, sobre qué aporta y qué no el QbTest.

Linden, M. (2025). *Exploration of Neuroprotective Therapy*, 5, 1004103. DOI 10.37349/ent.2025.1004103. — Confirma, en el 1.1, que la CIE-11 no fija umbrales de síntomas.

Jensen, C. M. y Steinhausen, H.-C. (2015). «Comorbid mental disorders in children and adolescents with ADHD». *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38. DOI 10.1007/s12402-014-0142-1. Y Njardvik, U. y otros (2025). «Psychiatric comorbidity in children

and adolescents with ADHD». *Clinical Psychology Review*, 118, n.º 102571. DOI 10.1016/j.cpr.2025.102571. — Sostienen las cifras de comorbilidad del 2.3, con sus muestras declaradas.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J. y Laracy, S. D. (2013). «Comorbidity of LD and ADHD». *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51. DOI 10.1177/0022219412464351. — Aporta, en el 2.3, la comorbilidad con dificultades de aprendizaje y la remisión al curso 12.

Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E. y Efron, D. (2008). «Sleep Problems in Children With ADHD». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(4), 336-342. DOI 10.1001/archpedi.162.4.336. Y Chervin, R. D. y otros (2002). «Inattention, Hyperactivity, and Symptoms of Sleep-Disordered Breathing». *Pediatrics*, 109(3), 449-456. DOI 10.1542/peds.109.3.449. — Sostienen la capa del sueño del 2.3: asociación comprobable antes de derivar, no causa.

Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L. y otros, Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics (2015). «Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome». *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325-333. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2014.2650. — Aporta, en el 2.3.2, la única cifra verificada sobre tics y TDAH, y en la dirección contraria a la habitual: mide cuánto TDAH hay entre quienes tienen síndrome de Tourette.

Willcutt, E. G. (2012). «The Prevalence of DSM-IV ADHD». *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. DOI 10.1007/s13311-012-0135-8. — Aporta la frase de prevalencia por presentaciones que abre el 2.4 y aparece antes en el 1.2.

Quinn, P. O. y Madhoo, M. (2014). «A Review of ADHD in Women and Girls». *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), n.º PCC.13r01596. DOI 10.4088/PCC.13r01596. Ramtekkar, U. P. y otros (2010). «Sex and Age Differences in ADHD Symptoms and Diagnoses». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228.e3. DOI 10.1016/j.jaac.2009.11.011. Y Mowlem, F. D. y otros (2019). «Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment». *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 481-489. DOI 10.1007/s00787-018-1211-3. — Sostienen el 2.4 entero: su conclusión literal de apertura, el sesgo clínico hacia las niñas y la proporción por sexo del 2.4.4; en el 1.2, el peso de la inatención en ellas.

Becker, S. P. y otros (2023). «Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(6), 629-645. DOI 10.1016/j.jaac.2022.07.821. — Sostiene el 2.4.6: el cambio de término de 2023 y por qué no es un diagnóstico.

Morrow, R. L. y otros (2012). «Influence of relative age on diagnosis and treatment of ADHD in children». *CMAJ*, 184(7), 755-762. DOI 10.1503/cmaj.111619. Y Layton, T. J., Barnett, M. L., Hicks, T. R. y Jena, A. B. (2018). «ADHD and Month of School Enrollment». *New England Journal of Medicine*, 379(22), 2122-2130. DOI 10.1056/NEJMoa1806828. Y Whitely, M. y otros (2019). «Annual Research Review: ADHD late birthdate effect». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(4), 380-391. DOI 10.1111/jcpp.12991. — Sostienen el efecto de la edad relativa del 1.2.6, con el mismo corte de año natural que España, y su revisión internacional.

Librero, J., Izquierdo-María, R., García-Gil, M. y Peiró, S. (2015). «Edad relativa de los niños en clase y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad». *Medicina Clínica (Barcelona)*, 145(11), 471-476. DOI 10.1016/j.medcli.2015.02.022. Y Prieto Antolín, B. y otros (2022). «Tendencia del consumo de fármacos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (2010-2019)». *Revista Española de Salud Pública*, 96, n.º e202203033, sobre Castilla y León. — Son los dos datos españoles del 1.2.6 y del 2.4.4: de tratamiento y locales, no de diagnóstico.

Yegencik, B., Bell, B. T. y Deniz, E. (2025). «School-based randomized controlled trials for ADHD and accompanying impairments». *Frontiers in Psychology*, 16, n.º 1611145, 21 de julio de 2025. DOI 10.3389/fpsyg.2025.1611145. Y DuPaul, G. J., Eckert, T. L. y Vilardo, B. (2012). «The Effects of School-Based Interventions for ADHD: A Meta-Analysis 1996–2010». *School Psychology Review*, 41(4), 387-412. DOI 10.1080/02796015.2012.12087496. — Abren el 2.5 con los efectos de las intervenciones escolares; la primera vuelve en el 3.1.5 y pasa el filtro del 2.5.5.

Sonuga-Barke, E. J. S. y otros, European ADHD Guidelines Group (2013). «Nonpharmacological Interventions for ADHD». *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289. DOI 10.1176/appi.ajp.2012.12070991. — Sostiene el filtro de cuatro preguntas del 2.5.3, sobre quién evalúa.

Westwood, S. J. y otros, European ADHD Guidelines Group (2025). «Neurofeedback for ADHD». *JAMA Psychiatry*, 82(2), 118-129. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2024.3702. Y Westwood, S. J. y otros (2023). «Computerized cognitive training in ADHD». *Molecular Psychiatry*, 28(4), 1402-1414. DOI 10.1038/s41380-023-02000-7. — Sostienen el 2.5.4, sobre neurofeedback y entrenamiento cognitivo.

Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T. y Falk, M. (2012). «Meta-Analysis of ADHD Symptoms, Restriction Diet, and Synthetic Food Color Additives». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 86-97. DOI 10.1016/j.jaac.2011.10.015. — Aporta, en el 2.5.4, la dependencia del resultado respecto de quién evalúa.

Wolraich, M. L., Wilson, D. B. y White, J. W. (1995). «The Effect of Sugar on Behavior or Cognition in Children: A Meta-analysis». *JAMA*, 274(20), 1617-1621. DOI 10.1001/jama.1995.03530200053037. — Aporta, en el 2.5.4, que el azúcar no afecta a la conducta ni a la cognición en ensayos con placebo.

Gaasstra, G. F., Groen, Y., Tucha, L. y Tucha, O. (2016). «The Effects of Classroom Interventions on Off-Task and Disruptive Classroom Behavior». *PLoS ONE*, 11(2), n.º e0148841. DOI 10.1371/journal.pone.0148841. — Aporta, en el 3.1, las tres familias de intervención y su rendimiento en aulas ordinarias.

Luman, M., Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (2005). «The impact of reinforcement contingencies on AD/HD». *Clinical Psychology Review*, 25(2), 183-213. DOI 10.1016/j.cpr.2004.11.001. Y Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H. y Russell, V. A. (2005). «A dynamic developmental theory of ADHD». *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 397-419. DOI 10.1017/S0140525X05000075. — Sostienen el 3.3.2, sobre demora y eficacia del refuerzo; sin cifras, ver el apartado 3.

Kazdin, A. E. (1977). *The Token Economy: A Review and Evaluation*. Plenum Press, Nueva York, XVI + 342 pp. DOI 10.1007/978-1-4613-4121-5. Y Ivy, J. W., Meindl, J. N., Overley, E. y Robson, K. M. (2017). «Token Economy: A Systematic Review of Procedural Descriptions». *Behavior Modification*, 41(5), 708-737. DOI 10.1177/0145445517699559. — Sostienen el 3.3.3, sobre economía de fichas y los seis componentes que hay que escribir antes.

Fabiano, G. A. y otros (2010). «Enhancing the Effectiveness of Special Education Programming for Children With ADHD». *School Psychology Review*, 39(2), 219-239. DOI 10.1080/02796015.2010.12087775. Pyle, K. y Fabiano, G. A. (2017). «Daily Report Card Intervention and ADHD». *Exceptional Children*, 83(4), 378-395. DOI 10.1177/0014402917706370. Y Iznardo, M. y otros (2020). «The Effectiveness of Daily Behavior Report Cards for Children With ADHD». *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1623-1636. DOI 10.1177/1087054717734646. — Sostienen el 3.3.5, sobre qué mueve la tarjeta diaria y qué no; la última vuelve en el apartado 4.2.5.

O'Leary, K. D., Kaufman, K. F., Kass, R. E. y Drabman, R. S. (1970). «The Effects of Loud and Soft Reprimands on the Behavior of Disruptive Students». *Exceptional Children*, 37(2), 145-155. DOI 10.1177/001440297003700208. Y Corralejo, S. M., Jensen, S. A., Greathouse, A. D. y Ward, L. E.

(2018). «Parameters of Time-out». *Behavior Therapy*, 49(1), 99-112. DOI 10.1016/j.beth.2017.09.005. — Sostienen el 3.3.6: la corrección privada frente a la amonestación en público y la separación entre *time-out* breve y expulsión. Se nombran sin cifras ni parámetros.

Dunlap, G. y otros (1994). «Choice Making to Promote Adaptive Behavior». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(3), 505-518. DOI 10.1901/jaba.1994.27-505. — Sostiene el 3.2.4, sobre el menú de trabajos, con la cautela de que son tres casos.

Abikoff, H. y otros (2013). «Remediating organizational functioning in children with ADHD». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 113-128. DOI 10.1037/a0029648. — Sostiene el 3.4 y el 3.5.3, sobre la enseñanza explícita de la organización.

Langberg, J. M. y otros (2018). «Overcoming the Research-to-Practice Gap». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(1), 39-55. DOI 10.1037/ccp0000265. — Sostiene el 3.4.2 y el cuadro de alerta «Prometer la nota».

Cooper, H., Robinson, J. C. y Patall, E. A. (2006). «Does Homework Improve Academic Achievement?». *Review of Educational Research*, 76(1), 1-62. DOI 10.3102/00346543076001001. — Aporta, en el 3.4.5 y el 3.5.5, lo que se puede y lo que no se puede decir sobre deberes.

DuPaul, G. J. y Stoner, G. (2014). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*, 3.ª edición. The Guilford Press, Nueva York, 366 páginas. ISBN 978-1-4625-1671-1. — Es, en el 3.1 y el 3.2, uno de los dos manuales de referencia del reparto entre antecedentes y consecuencias.

Lewandowski, L. J. y otros (2007). «Extended Time Accommodations and the Mathematics Performance of Students With and Without ADHD». *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(1), 17-28. DOI 10.1177/0734282906291961. Y Miller, L. A., Lewandowski, L. J. y Antshel, K. M. (2015). «Effects of Extended Time for College Students With and Without ADHD». *Journal of Attention Disorders*, 19(8), 678-686. DOI 10.1177/1087054713483308. Lovett, B. J. y Leja, A. M. (2015). «ADHD Symptoms and Benefit From Extended Time Testing Accommodations». *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 167-172. DOI 10.1177/1087054713510560. Y Lewandowski, L., Cohen, J. y Lovett, B. J. (2013). «Effects of Extended Time Allotments on Reading Comprehension». *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(3), 326-336. DOI 10.1177/0734282912462693. — Son los cuatro estudios de tiempo extra del 4.1.2: el primero y su réplica universitaria, el tercero, que va más lejos, y el cuarto, que el manual advierte que no es de TDAH.

Cortese, S. y otros (2018). «Comparative efficacy and tolerability of medications for ADHD». *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738. DOI 10.1016/S2215-0366(18)30269-4. Y Storebø, O. J. y otros (2025). «Methylphenidate for children and adolescents with ADHD». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 12, n.º CD009885. DOI 10.1002/14651858.CD009885.pub4. Reedición de 4 de diciembre de 2025 de la versión pub3, de marzo de 2023 (DOI 10.1002/14651858.CD009885.pub3), con las mismas cifras. — Sostienen el 4.4.2, y se dan juntas o no se da ninguna.

Jangmo, A. y otros (2019). «ADHD, School Performance, and Effect of Medication». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 423-432. DOI 10.1016/j.jaac.2018.11.014. — Sostiene el 4.4.3, con sus dos cautelas: es observacional y la mejora no cierra la brecha.

Molina, B. S. G. y otros, MTA Cooperative Group (2009). «The MTA at 8 Years». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500. DOI 10.1097/CHI.0b013e31819c23d0. Y Swanson, J. M. y otros, MTA Cooperative Group (2017). «Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of ADHD». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 663-678. DOI 10.1111/jcpp.12684. — Cierran el 4.4.3, sobre el seguimiento a largo plazo del estudio MTA.

Biederman, J., Mick, E. y Faraone, S. V. (2000). «Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type». *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. DOI 10.1176/appi.ajp.157.5.816. — Sostiene, en el 1.2.4, que los tres grupos de síntomas declinan con la edad a distinto ritmo: hiperactividad e impulsividad antes que la inatención.

Langberg, J. M. y otros (2008). «The Transition to Middle School». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 651-663. DOI 10.1080/15374410802148095. — Aporta, en el 3.5.4, el efecto del paso a Secundaria; se anuncia en el 1.2.4 y sostiene el traspaso del 4.5.6.

Holmberg, K. y Hjern, A. (2008). «Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community». *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(2), 134-138. DOI 10.1111/j.1469-8749.2007.02019.x. — Sostiene el 4.5.5, con las dos posiciones: quien sufre el acoso y quien acosa.

Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (SCCAP). Clasificación de tratamientos psicosociales para la inatención y la hiperactividad, publicada en su web para familias, que remite a Evans, S. W., Owens, J. S. y Bunford, N. (2014), *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551. Edición posterior de esa revisión: Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T. y Ray, A. R. (2018), misma revista, 47(2), 157-198. DOI 10.1080/15374416.2017.1390757. — Aporta, en el 2.5 y el 3.4, los niveles de evidencia; se cita por la web de la SCCAP y no por el resumen de 2018, que no ha podido leerse.

Hergueta Lendínez, R. y Grupo de TDAH y Desarrollo Psicoeducativo de la AEPap (2018, revisado el 4 de febrero de 2021). «El colegio y los niños con TDHA» [sic]. *Familia y Salud*, portal para familias de la AEPap. Publicado el 11 de abril de 2018. — Aporta, en el 4.3.4, el material divulgativo en español que el manual recomienda con nombre.

Referencias citadas con reserva

Estas fuentes se han usado con cautela, y aquí se dice cuál y por qué. Ninguna se identifica con un número, una fecha o una paginación que no consten en la propia fuente.

Los criterios diagnósticos del DSM-5-TR, leídos en reproducción. La APA no los publica en abierto: la formulación en inglés del 1.1 se ha comprobado en una **reproducción literal con permiso de la APA** dentro de un documento federal estadounidense —Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016), *DSM-5 Changes*, tabla 3.3, NCBI Bookshelf NBK519712—. No es la fuente original, y el manual lo dice: describe los ítems y da en inglés lo que entrecomilla.

La entrada 6A05 de la CIE-11. El navegador oficial de la OMS no ha podido leerse; los códigos se han comprobado contra una reproducción íntegra, y el **título oficial en español no se ha cotejado**: el 1.1 lo describe y no lo entrecomilla.

El bloque F90 de la CIE-10-ES. La lista tabular del tomo I de la sexta edición no se ha podido leer entera; la estructura del bloque —F90 con tipos .0, .1, .2, .8 y .9— procede de un repositorio secundario y coincide con los códigos del DSM-5-TR, así que el 1.1 la escribe y **no entrecomilla ningún título**.

Faraone, S. V. y otros (2021). «The World Federation of ADHD International Consensus Statement». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. DOI 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022. La referencia está verificada, pero **el PDF no se ha podido abrir**: lo que el manual entrecomilla en el 2.2 y el 2.3 procede de dos reproducciones del texto, y no se le atribuye nada sobre neurofeedback, dieta ni dopamina.

Gonon, F. (2009), sobre la hipótesis dopaminérgica. La referencia está verificada; **el resumen no ha sido accesible**. El 2.2.5 la usa solo por su título: el manual escribe que «déficit de dopamina» es una simplificación discutida y **no** que esté desmentida.

Cinco referencias de las que solo se usa el nombre. De **Sonuga-Barke (2003)**, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604, el 2.1 toma solo que el modelo de un único déficit se abandonó pronto. De **Luman, Oosterlaan y Sergeant (2005)**, **O'Leary y otros (1970)**, **Corralejo y otros (2018)** y **Evans y otros (2016)** —el Challenging Horizons Program— el manual da el nombre y nada más: la ficha verificó la referencia pero **no pudo leer el resumen**.

Pariseau, M. E. y otros (2010), *School Psychology Quarterly*, 25(4), 236-248. El 4.1.2 lo cita diciendo que «de ese trabajo solo se ha podido verificar la referencia»: apunta en la misma dirección que los otros estudios de tiempo extra, sin ninguna cifra.

McCann, D. y otros (2007), *The Lancet*, 370(9598), 1560-1567. El 2.5.4 lo nombra como **origen** de la advertencia europea de etiquetado, sin sus tamaños del efecto: el resumen no se ha podido leer.

Las cifras de la tarjeta diaria de Fabiano y otros (2010). Lo que el 3.3.5 le atribuye procede de la **ficha del What Works Clearinghouse** y no del artículo, que no se ha podido abrir; el manual lo escribe así: «según la revisión del What Works Clearinghouse».

Dos manuales citados sin paginación. De **Pfiffner, L. J. y DuPaul, G. J. (2015)**, *Treatment of ADHD in School Settings*, capítulo 24 de **Barkley, R. A. (ed.)**, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 4.^a edición, The Guilford Press, no se ha verificado ni la paginación ni el año de copyright: se cita sin páginas. De **Cooper, J. O., Heron, T. E. y Heward, W. L. (2020)**, *Applied Behavior Analysis*, 3.^a edición, Pearson, ISBN 978-0-13-475255-6, no se ha podido abrir el índice: el 1.3 y el 3.3 lo citan **sin capítulo ni página**, a diferencia de **Alberto, P. A., Troutman, A. C. y Axe, J. B. (2022)**, *Applied Behavior Analysis for Teachers*, 10.^a edición, Pearson, ISBN 978-0-13-560618-6, que sí se cita por capítulo (4 y 7).

Instrumentos sin año de edición española. Del **EDAH** no se escribe «1997»: se cita la 7.^a edición revisada de 2013. Del **Conners 3** y del **Conners 4** no se da año de la versión española, porque ninguna ficha editorial lo consigna. Del **SNAP-IV** no se nombra editorial ni adaptación española validada, porque no se ha verificado ninguna.

Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad (Andalucía), sobre el protocolo de detección e identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. No se publican en BOJA y no ha podido confirmarse que no exista una actualización posterior: el 1.4 las cita como «vigentes en el momento de cerrar este manual salvo actualización posterior», localiza la cita en la nota al pie 3 de la página 12 y no reproduce la lista de subtipos que circula como anexo, porque no aparece en el documento.

Orden 20/2019, de 30 de abril (Comunitat Valenciana). Se cita por título, fecha y referencia del PDF [2019/4442], **sin número de edición del DOGV y sin reproducir ningún artículo**, porque el articulado no se ha podido leer.

Decreto 85/2018, de 20 de noviembre (Castilla-La Mancha). Los artículos citados se han leído en una **base de datos jurídica que reproduce el texto íntegro**, porque el PDF del DOCM no permite la descarga; y consta que fue **modificado en 2022 sin que se haya podido identificar por qué norma**. Por eso se cita siempre «en su redacción vigente».

Protocolo de actuación a seguir en los centros educativos en lo referido a la asistencia sanitaria al alumnado (Canarias). No tiene número ni fecha de boletín: es un documento del portal de la Consejería **en desarrollo del artículo 64 de la Orden de 9 de octubre de 2013**, y así se identifica en el 4.4, sin rango normativo propio.

Resolución de 13 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (Comunitat Valenciana). DOGV núm. 8319, de 18 de junio de 2018. **Anulada** por la Sentencia 401/2021, de 19 de julio, del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana. El 4.4 la cita **solo como aviso** de la inestabilidad de la regulación autonómica sobre medicación, nunca como norma vigente.

Los dos procedimientos de adaptación de la prueba de acceso a la universidad. El de Madrid es el **Acuerdo de 17 de noviembre de 2025 de la Comisión Organizadora de la Prueba de Acceso a la Universidad, no publicado en boletín**; de él salen, en el 4.1.5, el plazo del 1 de diciembre de 2025 al 20 de enero de 2026 y el máximo de treinta minutos adicionales. El de Castilla y León es el procedimiento publicado por la Universidad de Burgos para la convocatoria de 2026, con plazo «antes del día 20 de abril de 2026»; esa página **no identifica la resolución o acuerdo con título y fecha**, así que se cita como ejemplo y no como norma.

Defensor del Pueblo (2025). Informe anual 2024. Leído en una copia íntegra alojada por una entidad del tercer sector, no en el sitio de la institución. Y, sobre todo, **no cuantifica**: el 1.5 lo usa para las palabras literales «prolongadas esperas» y declara que «no hay cifra oficial de meses». Los «ocho meses» que circulan no aparecen en él.