Protocolo de consenso sobre **TDAH** na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario

XUNTA DE GALICIA

Coordinación:
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Subdirección Xeral de Planificación
e Programación Asistencial

Dirección Xeral de Educación, Formación
Profesional e Innovación Educativa
Subdirección Xeral de Ordenación e Innovación
Educativa e Formación do Profesorado

Edita:
Xunta de Galicia.
Consellería de Sanidade.
Servizo Galego de Saúde

Lugar:
Santiago de Compostela
Ano: 2014

Deseño e maquetación:
DIFUX

Presentación

O trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) foi definido por primeira vez en 1902 por Sir George Still na prestixiosa revista médica The Lancet. A partir dese momento recibiu distintas definicións e denominacións ata consensuar a que hoxe está vixente, que apareceu por primeira vez no DSM-IV en 1994.

Nos últimos 10 anos incrementouse considerablemente o interese na investigación sobre o TDAH e os distintos ámbitos nos que se manifesta, o que levou á difusión de abundante información sobre este trastorno, non sempre baseada en evidencias científicas e que incluso chega a visións contrapostas que dificultan a súa interpretación e que dan lugar a falsas crenzas.

Aínda que o seu diagnóstico se realiza no ámbito sanitario, é no eido educativo onde se manifestan con maior frecuencia as consecuencias negativas do TDAH. Por iso, faise cada vez máis necesaria unha axeitada coordinación entre estes ámbitos para a detección precoz do trastorno e o seu tratamento.

A recente reforma educativa, nunha clara aposta polo desenvolvemento persoal, intelectual, social e emocional de cada quen, incorpora, por primeira vez con rango de lei, o alumnado con TDAH entre o considerado con necesidade específica de apoio educativo. Isto comporta que se trata dun alumnado que é preciso identificar, e ao que hai que prover dos adecuados recursos e estratexias para acadar os obxectivos das distintas ensinanzas.

Por outra parte, tanto dende o ámbito sanitario coma educativo considérase que as familias ocupan un papel central na abordaxe desta problemática. Polo tanto, e partindo dunha formación e información axeitadas, as familias deben participar activamente na atención destas nenas e nenos, o que constitúe o terceiro piar básico da súa asistencia.

Así mesmo, non debe esquecerse que este trastorno, polas súas características, ben podería etiquetarse dentro das patoloxías crónicas, polo que se debe considerar a continuidade asistencial e o seguimento máis alá da etapa escolar, especialmente polos profesionais sanitarios.

Conscientes desta situación e da necesidade dunha coordinación axeitada, a Consellería de Sanidade e a Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria, e seguindo as recomendacións do persoal especialista e técnico dos ámbitos sanitario e educativo, acaban de presentar o resultado dun esforzo conxunto, recollido neste documento, que pretende contribuír á mellora da atención e á redución das problemáticas que este trastorno ocasiona a diario na vida de moitas nenas, nenos e adolescentes galegos.

E, para rematar, queremos aproveitar a ocasión para destacar e agradecer a colaboración de todos os profesionais que participaron na elaboración deste documento. Estamos convencidos de que co seu esforzo acadaremos unha mellor calidade na atención aos nenos e nenas con TDAH.

Rocío Mosquera Álvarez

Conselleira de Sanidade

Jesús Vázquez Abad

Conselleiro de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria

Integrantes dos grupos de traballo

Armas Castro, Manuel.
Especialista en trastornos de conduta do Equipo de Orientación Específico da Coruña.
Xefatura Territorial da Coruña da Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Cotelo Amado, José Manuel
Xefe do Servizo de Ordenación, Innovación e Orientación Educativa.
Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

De la Fuente Fernández, Mª Adoración.
Inspectora de educación.
Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Felgueroso Juliana, Blanca.
Médico especialista en neuropediatría.
Xerencia de Xestión Integrada da Coruña.

Fernández Blanco, Manuel.
Psicólogo clínico.
Xerencia de Xestión Integrada da Coruña.

Fernández Fernández, Manuel Mª.
Mestre.
Asociación Compostelana de Niños Hiperactivos.

Fraga Ares, Jaime.
Técnico do Servizo de Saúde Mental e Atención a Drogodependencias.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Gómez Lado, Carmen.
Médico especialista en neuropediatría.
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

Granda Mariño, Sara Covadonga.
Enfermeira especialista en saúde mental.
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

Guillén Santos, Isabel.
Técnico do Servizo de Saúde Mental e Atención a Drogodependencias.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Lanza Gándara, Mercedes.
Subdirectora Xeral de Planificación e Programación Asistencial.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Mazaira Castro, José.
Médico especialista en psiquiatría.
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

Pinal Fernández, Beatriz.
Médico especialista en psiquiatría.
Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés.

Rey Fernández, Manuel.
Orientador educativo e asesor de atención á diversidade e orientación educativa.
Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Sánchez Lastres, Juan.
Médico especialista en pediatría.
Xerencia de Xestión Integrada de Vigo.

Santaló Ríos, José.
Técnico da Subdirección Xeral de Farmacia. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Valls Durán, Teresa.
Médico especialista en pediatría.
Xerencia de Xestión Integrada de Vigo.

Veleiro Vidal, Antonio Alberto.
Orientador educativo.
Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Ventosa Rial, José Javier.
Xefe do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Vila López, Manuel
Subdirector xeral de Ordenación e Innovación Educativa e Formación do Profesorado.
Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Abreviaturas

ABREVIATURAS	
AL	Profesorado de Audición e Linguaxe
EOXI	Estrutura organizativa de xestión integrada
FC	Frecuencia cardíaca
ISRS	Inhibidores selectivos da recaptación de serotonina
PA	Presión arterial
PAE	Plan de atención de enfermería
PT	Profesorado de Pedagoxía Terapéutica
PAI	Proceso asistencial integrado
USM	Unidade de Saúde Mental
USM-IX	Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil
SIAC-AP	Sistema de información de análise complexa - Atención Primaria
SIAC-PF	Sistema de información de análise complexa - Pretación Farmacéutica
SSCC	Servizos Centrais
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividade

Índice

1. Introdución 11
2. Concepto de **TDAH** 13
3. Análise da situación do **TDAH** en Galicia. 15
4. Manifestacións do **TDAH** 19
    4.1. Manifestacións relacionadas coa inatención 19
    4.2. Manifestacións relacionadas coa hiperactividade-impulsividade 20
        4.2.1. Relacionadas coa hiperactividade 20
        4.2.2. Relacionadas coa impulsividade 21
    4.3. Manifestacións relacionadas co funcionamento escolar 21
    4.4. Manifestacións relacionadas co funcionamento socioemocional 22
5. Actuacións por parte dos servizos educativos 25
    5.1. Actuacións iniciais da familia 25
        5.1.1. Na vida familiar 25
        5.1.2. Nos xogos 26
    5.2. Actuacións iniciais do profesorado 27
    5.3. Actuacións dos servizos de orientación 29
        5.3.1. A avaliación psicopedagóxica 30
        5.3.2. O informe psicopedagóxico 30
6. Actuación dos servizos sanitarios 33
    6.1. Definición do proceso asistencial 34
    6.2. Fluxogramas 35
    6.3. Fases do proceso 37
        6.3.1. Sospeita 37
        6.3.2. Diagnóstico 38
        6.3.3. Tratamento 42
        6.3.4. Seguimento 47
    6.4. Indicadores do proceso 49
7. Bibliografía 51
    7.1. Referencias bibliográficas 51
    7.2. Outra bibliografía recomendada 53

8. Anexos 57
8.1. Anexo I. Orientacións xerais para a prevención e a intervención psicoeducativa 57
8.1.1. Prevención e intervención na organización do centro educativo 58
8.1.2. Prevención e intervención dentro da aula 65
8.2. Anexo II. Orientacións para as familias 65
8.3. Anexo III. Instrumentos para o proceso de avaliación psicopedagóxica 69
8.3.1. Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada) 70
8.3.2. Cuestionario de conduta de Conners (versión abreviada) 71
8.3.3. Cuestionario de capacidades e dificultades (SDQ) 73
8.3.4. Escala de impacto funcional de Weiss (WFIRS-P) 74
8.3.5. T-SKAMP 76
8.4. Anexo IV. Criterios diagnósticos (DSM-IV-TR e CIE-10) 77
8.5. Anexo V. Modelos de informe 81
8.6. Anexo VI. Esquema da actuación ante un posible caso de TDAH 84
8.7. Anexo VII. Recursos asistenciais saúde mental 85

1 Introdución

O trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) responde a un patrón persistente de conduta de desatención, hiperactividade e impulsividade que comeza na idade infantil. Estes patróns constitúen a sintomatoloxía nuclear do trastorno e dan lugar a distintos subtipos de TDAH: hiperactivo-impulsivo, inatento e combinado, que son manifestacións do TDAH en distintas etapas evolutivas. Este último adoita ser o máis frecuente.

O TDAH maniféstase nos distintos ámbitos en que se desenvolven as nenas, nenos e adolescentes (familia, escola, relacións interpersoais, actividades de lecer), en forma de dificultades para agardar, para concentrarse nunha tarefa, para controlar as súas accións e emocións, para planificar e solucionar problemas, etc.

Aínda que se levan realizado varios estudos xenéticos sobre este trastorno, actualmente descoñécense as causas exactas que o producen, e está aceptado que o TDAH é un trastorno complexo onde participan tanto factores ambientais como xenéticos de risco, que suporían o 70-80 % da variabilidade fenotípica encontrada(1). Neste sentido, existe un consenso en que se trata da patoloxía relacionada co neurodesenvolvemento máis frecuente na infancia.

De cara ao seu diagnóstico, considérase que o trastorno está presente cando estas condutas interfiren de forma significativa no rendemento escolar ou laboral e tamén nas actividades cotiás (2). Así mesmo, é necesario lembrar que non afecta nin a intelixencia nin o razoamento e que as persoas afectadas gozan, polo xeral, dun pensamento rápido, teñen moita intuición e enxeño; e, ademais, adoitan ser entusiastas, creativas e sinceras. Por outra banda, contan cunha fonte inesgotable de enerxía e cunha elevada facilidade para expresaren a súa afectividade.

A súa repercusión é moi importante nos aspectos académicos das rapazas e dos rapaces, o que fai que en moitas ocasións, a sospeita de afectación xurda na propia escola. Así, estímase que afecta a entre un 3 e un 7 % da poboación en idade escolar (2,3) é, segundo o que se describe en diferentes estudos, entre 2,5 e 5,6 veces máis frecuente nos homes ca nas mulleres. Todo isto implica a necesidade de colaboración entre os ámbitos familiar, educativo e sanitario como aspectos fundamentais no manexo das nenas, nenos e adolescentes con sospeita de TDAH.

A atención a esta problemática na escola e á súa detección precoz vese reflectida no Decreto 229/2011, polo que se regula a atención á diversidade do alumnado dos centros docentes da Comunidade Autónoma de Galicia, no que se establece que "ningunha circunstancia persoal ou social pode ser motivo de discriminación á hora de organizar a atención educativa do alumnado, polo que os centros educativos deberán ofrecer unha resposta que compense as diferenzas individuais de todas as alumnas e alumnos", e que "as accións preventivas e a detección temperá terán carácter prioritario dos centros docentes".

No ámbito sanitario cómpre resaltar a necesidade de reducir a variabilidade no diagnóstico e na práctica clínica, que pode estar motivada pola importante variación existente tanto na idade de inicio como na intensidade dos síntomas e pola dependencia de factores situacionais e motivacionais.

A elección das actuacións que se han levar a cabo coa nena, co neno e co adolescente con TDAH deben basearse nas características individuais do paciente e do seu ámbito familiar, escolar e social. Así, dependendo do diagnóstico e da intensidade dos síntomas observados, pode ser suficiente cunha intervención psicopedagóxica, aínda que tamén pode ser necesaria unha intervención psicolóxica e/ou farmacolóxica.

Este protocolo desenvólvese con este enfoque multidisciplinar e interdiscilinar e pretende potenciar a cooperación entre os profesionais de educación e os sanitarios, tanto entre si coma coas familias, para, así, acadar un axeitado desenvolvemento dos nenos e das nenas con posible TDAH e minimizar as súas posibles repercusións negativas, tanto a curto como a longo prazo.

2 Concepto de **TDAH**

O trastorno por déficit de atención e hiperactividade é un patrón persistente de conduta de desatención, hiperactividade e impulsividade que comeza a manifestarse ao longo da infancia e que inflúe negativamente no funcionamento e no desenvolvemento das nenas, dos nenos e dos adolescentes afectados.

A desatención obsérvase na existencia de comportamentos como a dificultade para manter a concentración nas tarefas, a falta de perseveranza durante a súa realización e a desorganización. A hiperactividade refírese ao exceso de mobilidade e á inquietude constante (nas persoas adolescentes e adultas afectadas por TDAH só permanece, habitualmente e de maneira interna, a inquietude). E a impulsividade ten que ver coas actuacións sen pensar nas consecuencias, coa procura da recompensa inmediata, así como á dificultade para agardar polos beneficios que se demoran no tempo.

As manifestacións características do TDAH danse nos distintos ámbitos nos que a persoa afectada se desenvolve (na familia, na escola, no traballo, cos iguais, nas actividades de lecer, etc.), aínda que adoitan variar e ser diferentes dependendo do contexto. De igual modo, os signos do trastorno poden ser leves ou mínimos naquelas situacións nas que a persoa afectada está a recibir recompensas ou incentivos constantes, en situacións novas ou pracenteiras, ou cando está baixo unha estreita supervisión. Pola contra, fanse máis notorios os síntomas naquelas situacións nas que a actividade é monótona e pouco motivadora e cando o froito ou o resultado desta non se produce de forma inmediata.

A idade na que estas manifestacións comezan a ser evidentes varía duns casos a outros. Nalgúns, as características son notorias dende os primeiros anos de vida, mentres que noutros non afloran, de maneira ostensible, ata a idade escolar. Así mesmo, nalgúns casos, e coa chegada da adolescencia, apréciase unha diminución e un alivio dos problemas, aínda que noutros o TDAH persiste mesmo na idade adulta.

É normal que as manifestacións condutuais (síntomas) do trastorno varíen dunha persoa a outra e tamén o é que a presentación dos síntomas poida variar nunha mesma persoa ao longo do seu crecemento. Na actualidade, considérase que o trastorno pode amosarse en tres modalidades diferentes:

- *Presentación combinada*. é a máis habitual, e nela, tanto os síntomas de inatención como os de impulsividade-hiperactividade danse nun grao excesivo para o nivel evolutivo da persoa.

- *Presentación predominantemente impulsivo-hiperactiva*. nela predominan os síntomas de impulsividade e/ou hiperactividade, mentres que os síntomas de inatención teñen unha menor presenza. Esta presentación é máis frecuente nas nenas e nos nenos de menor idade.

- *Presentación predominantemente inatenta*. nesta presentación existe unha maior presenza dos síntomas de inatención.

Nalgúns casos apréciase que a presentación predominantemente inatenta se dá sen a presenza notoria de impulsividade e hiperactividade e acompañada do que se denominou e "tempo cognitivo lento"(4), que é o funcionamento caracterizado pola lentitude, pola tendencia a estar nas nubes ou a soñar esperto.

Hai certo consenso en que as causas do TDAH poden ser de orixe neurobiolóxica(5), e que afectan, de maneira especial, aínda que non só, a rexións frontais do cerebro. Segundo os expertos, esta problemática está relacionada cunha alteración no neurodesenvolvemento a partir dunha determinada predisposición xenética.

Pola súa natureza, é frecuente que as persoas afectadas por TDAH tamén presenten outros trastornos ou problemas, que se dan con máis frecuencia da que sería esperable.

De acordo con todo o indicado, cómpre ter en conta que o TDAH non é un problema trivial e pasaxeiro, pois pode ocasionarlles ás persoas que o sofren significativos prexuízos no seu funcionamento na vida cotiá (vida familiar, desempeño educativo, relacións socias, laborais ou de parella). Non obstante, as intervencións e os tratamentos dispoñibles poden mellorar, sensiblemente, o curso destas dificultades e permitiulles ás persoas afectadas desenvolvérense axeitadamente e levar a cabo unha vida escolar, social e laboral con éxito (2).

3 Análise da situación do **TDAH** en Galicia

Nunha análise da prevalencia do TDAH o primeiro que chama a atención é a súa gran variabilidade duns estudos a outros, de feito atópanse cifras que van do 2 % ata o 12 %(6). As causas disto son variadas: criterios diagnósticos, metodoloxía de avaliación, tipo de mostra, fontes de datos e características socioculturais da poboación avaliada(7). Sen dúbida, unha das razóns de maior peso é o tipo de criterios diagnósticos empregados, pois na mesma poboación de nenas e de nenos en idade escolar a prevalencia vai dun 5 %, coa DSM-IV, a un 1,5 %, segundo a OMS, co emprego da CIE 10.

En Europa estímase que o TDAH afecta a un de cada vinte nenas, nenos ou adolescentes en idade escolar (5%) (8), e a súa prevalencia é dun 4 % na poboación xeral (9). Outros estudos estiman que afecta a entre un 3 e un 7 % da poboación en idade escolar, e é entre 2,5 e 5,6 veces máis frecuente nos homes ca nas mulleres (3).

No ano 2012 fíxose en España unha metaanálise de 14 estudos que incluían 13.023 nenas, nenos e adolescentes, cunha prevalencia global do 6,8 % (10).

Con respecto aos subtipos, o tipo combinado é máis frecuente nos nenos ca nas nenas (80 % fronte a 65 %), o subtipo inatento aféctalles máis ás nenas que aos nenos (30 % fronte a 16 %) e o hiperactivo-impulsivo, o menos frecuente dos tres tipos, afecta máis ou menos por igual (5 % nos nenas e 4 % nos nenos). Estas diferenzas por sexos desaparecen despois da puberdade (2).

É frecuente, ademais, que calquera destes subtipos presenten unha ou máis comorbilidades asociadas (táboa 1).

Segundo os datos dun estudo realizado en Suecia, o 87 % das nenas e dos nenos que cumprían todos os criterios de TDAH tiñan, polo menos, un diagnóstico de comorbilidade, e o 67 % cumprían os criterios para, polo menos, dous trastornos comórbidos. As enfermidades asociadas máis frecuentemente son o trastorno negativista desafiante, os trastornos da aprendizaxe, os trastornos por tics e os trastornos de ansiedade (2).

Táboa 1. Prevalencias das distintas comorbilidades relacionadas con TDAH (2)

Trastorno	Porcentaxe aproximada en nenos con TDAH
Trastorno de aprendizaxe (de lectura e de cálculo).	Do 8 % ao 39 %, trastorno da lectura. Do 12 % ao 30 %, trastorno do cálculo.
Trastorno do desenvolvemento da coordinación motora (TDCM) / atraso na coordinación motora.	O 47 % cumpren criterios de TDCM e o 52 % teñen atraso na coordinación motora..
Trastorno do desenvolvemento da fala, trastornos expresivos (pragmáticos).	Do 10 ao 54 % presentan dificultades expresivas (principalmente pragmáticas) e ata un 35 % un comezo tardío da fala.
Trastorno xeneralizado do desenvolvemento* (TXD).	Ata un 26 % das nenas e dos nenos con TXD poden presentar TDAH tipo combinado.
Trastorno negativista desafiante.	Entre un 40 e un 60 %.
Trastorno disocial.	14,3 %.
Trastorno de tics/Síndrome de Tourette.	10,9 %.
Trastorno do abuso de substancias.	Na adolescencia, o risco é de 2 a 5 veces maior ca nos controis normais se existe comorbilidade con trastorno disocial.
Trastorno do estado de ánimo: depresión maior/trastorno bipolar.	Entre o 3,8 e o 2,2 %.
Trastorno de ansiedade (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedade xeneralizada, ansiedade de separación).	Entre o 25 e o 35 %.
Trastorno do sono.	Entre o 30 e o 60 %.

* A pesar de que os criterios diagnósticos actuais non permiten o diagnóstico do TDAH nas nenas e nos nenos e nos adolescentes con trastorno xeneralizado do desenvolvemento, un número significativo destes pacientes presentan, tamén, sintomatoloxía compatible con TDAH que precisa unha avaliación e un tratamento específico.

En canto ao tratamento, existen diferentes opcións terapéuticas para este trastorno -psicolóxicas, psicopedagóxicas, farmacolóxicas...- que poden utilizarse illadas ou de xeito simultáneo. O obxectivo é diminuír a frecuencia e a intensidade dos síntomas e facilitar estratexias para o seu control (11).

O prognóstico é variable en función da gravidade dos síntomas e dos problemas e/ou dos trastornos que poidan coexistir co TDAH (2).

En Galicia, a partir da análise das bases de datos de prescrición, da tarxeta sanitaria e dos rexistros en historia clínica (IANUS) feitos ao longo do 2011[1], podemos ter unha imaxe máis real da situación na nosa comunidade.

No ano 2011, receitáronse en Galicia 134.234 envases dos principais fármacos (metilfenidato e atomoxetina) para o tratamento do TDAH. Destes, o 63 % (84.469 envases) foron prescritos por servizos asistenciais do Sergas, e un 37 % por servizos sanitarios privados. Un 20 % das prescricións foron feitas para poboación entre 20-85 anos.

A poboación entre 0-19 anos tratada en Galicia foi de 9750 pacientes, o que supón unha prevalencia do 2,22 %.

[1] Colleuse o 2011 porque non se incorporara a área norte de Pontevedra á EOXI de Santiago

Se se colle o grupo de 10-14 anos, que supuña o 40,8 % dos pacientes, a prevalencia é do 3,12 %.

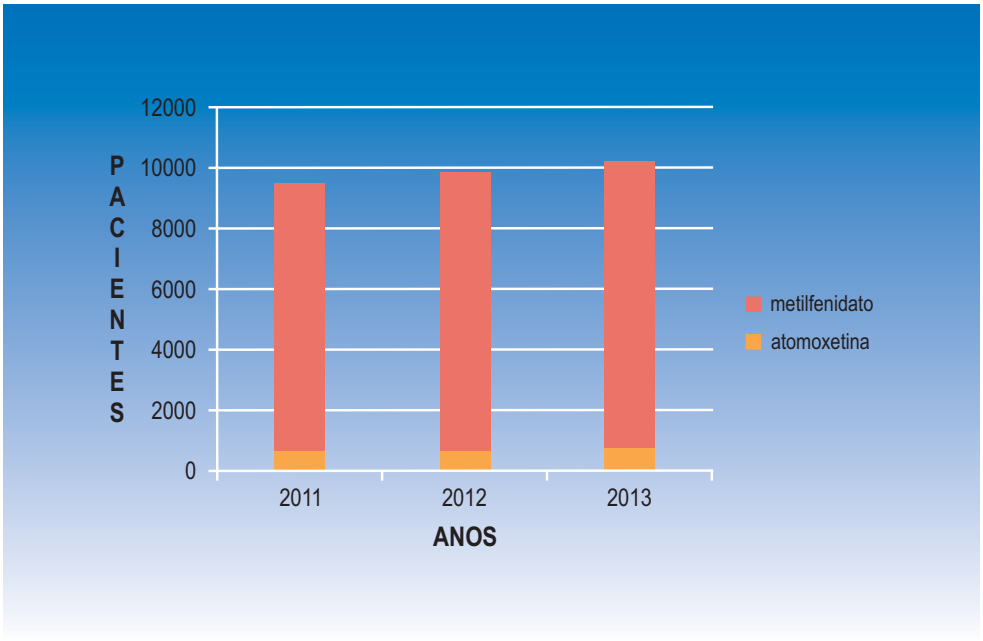
Por último, o rexistro na historia clínica co código P81 (estado de hiperactividade) da Clasificación internacional de atención primaria (CIAP) só recollía 2612 pacientes entre 0-19 anos, o que supón un 26,7 % dos tratados. Se se ten en conta, tamén, o código P22 (alteracións do comportamento) rexistráronse 4014 nenas e nenos, co que se acadaría tan só o 41,1 % do total dos tratados.

Á vista destes datos, é evidente que existe un problema de infrarrexistro, que dificulta, de xeito importante, a valoración da magnitude deste trastorno.

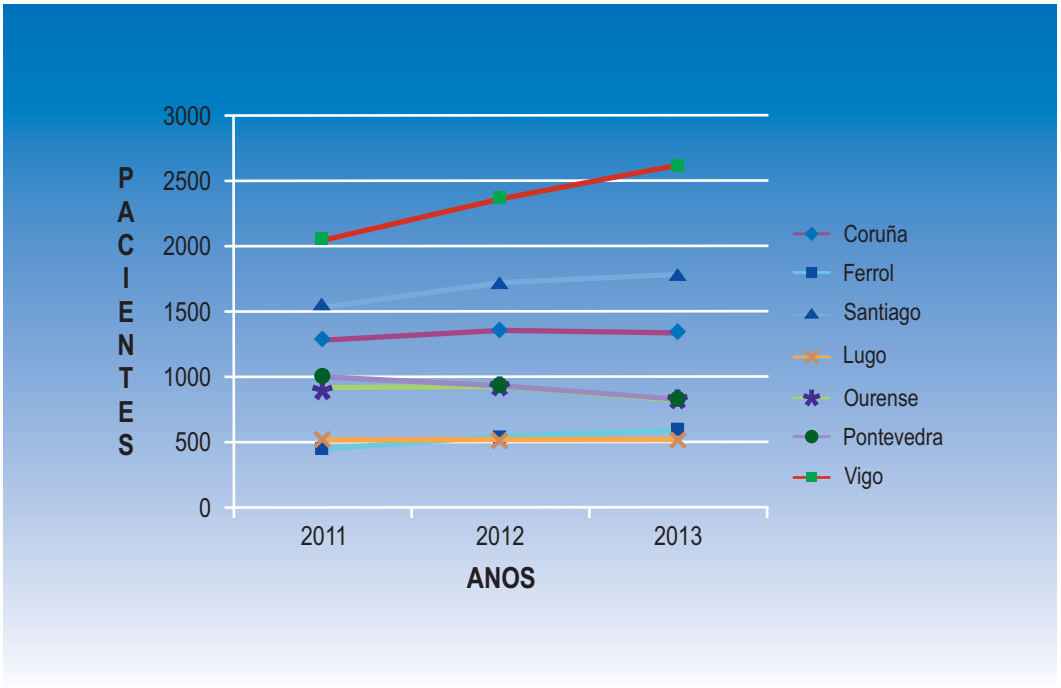
Neste sentido, se se analiza a evolución anual das prescricións pódese observar que dende o ano 2011 ao ano 2103 o incremento dos pacientes tratados foi do 8,2 %, nos que o fármaco maiormente utilizado foi o metilfenidato (gráfica 1). Porén este incremento non foi homoxéneo en toda a comunidade. Así, en 2013, mentres nalgunhas áreas diminuíu o número de pacientes tratados, noutras continuouse co incremento observado en 2012 (Gráfica 2). As razóns que xustifiquen estes datos haberá que buscalas nas características da poboación e, posiblemente, na variabilidade na interpretación dos criterios diagnósticos, que poden determinar un incremento do número de pacientes etiquetados como TDAH.

Se se analizan estes datos por grupos de idade, obsérvase unha distribución moi similar nas grandes áreas sanitarias da Comunidade, sendo o grupo entre 1 e 14 anos onde se concentran máis do 50 % dos casos tratados.

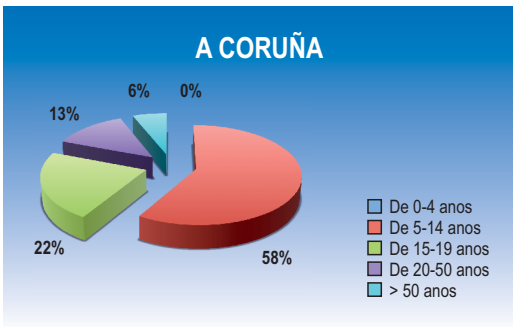
Gráfica 1. Evolución do número de pacientes tratados (2011-2013)

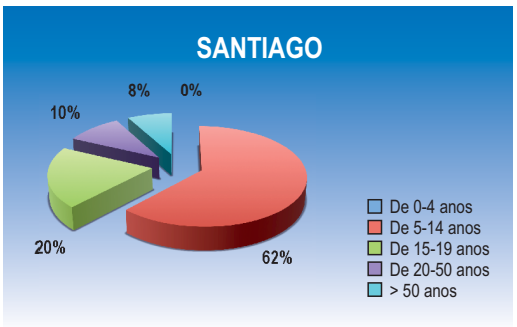


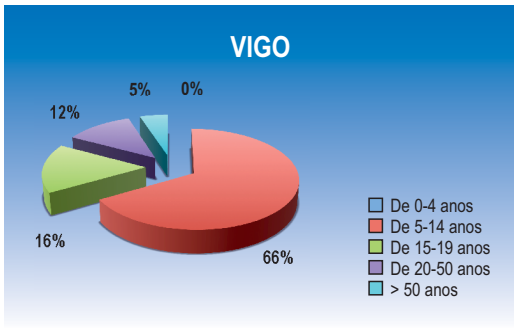
Gráfica 2. Evolución do nº pacientes (0-19 anos) tratados con metilfenidato según área sanitaria



Gráfica 3. Distribución por idades dos pacientes tratados







4 Manifestacións do **TDAH**

Neste punto preséntanse unhas pautas para lles axudar ás familias e ás demais persoas educadoras na identificación e na abordaxe do TDAH. Neste sentido, a primeira pregunta que pode xurdir é:

Que indica que un neno ou unha nena pode presentar TDAH?

Sen dúbida, as manifestacións dun posible caso deste trastorno poden darse en múltiples situacións, contextos ou escenarios. A seguir as características que poden servir de indicio para sospeitar a presenza do TDAH:

4.1. Manifestacións relacionadas coa inatención

As seguintes condutas poden indicar inatención:

- Non adoita prestarlles atención suficiente aos detalles ou incorre en erros, por descoido, nas tarefas escolares, no traballo ou noutras actividades. Por exemplo: pasa por alto detalles ou esquéceos, o seu traballo é impreciso.

- A miúdo ten dificultades para manter a atención en tarefas ou en actividades lúdicas. Por exemplo: ten dificultade para manter a atención durante unha conferencia, despístase durante as conversacións ou nas lecturas longas.

- Normalmente non escoita cando se lle fala directamente e a súa mente parece que está noutro lugar, mesmo en ausencia de elementos promotores de distracción.

- Non acostuma a seguir as instrucións e non remata as tarefas escolares, encargos ou obrigas no ámbito do traballo escolar. Por exemplo: comeza as tarefas, pero rapidamente perde a concentración e despístase facilmente.

- A miúdo ten dificultades para organizar as tarefas e as actividades. Por exemplo: ten dificultade para manexarse en tarefas con varios pasos, para manter os seus materiais e as súas pertenzas en orde, traballa de forma desorganizada, manexa mal o tempo, e presenta dificultade para cumprir os prazos.

- Normalmente evita, desgústase ou resístese a dedicarse a tarefas que requiren un esforzo mental continuado. Por exemplo: realizar as tarefas escolares ou domésticas, redactar traballos ou informes, cubrir formularios ou revisar textos extensos.

- A miúdo extravía obxectos necesarios para as súas tarefas ou actividades. Por exemplo: perde os seus materiais escolares -lapis, libros, carteiras, documentos-, ferramentas, chaves, lentes, teléfonos móbiles...

- É habitual que se distraia por estímulos irrelevantes. As persoas adolescentes e adultas poden distraerse cos propios pensamentos.

- Acostuma a ser descoidado nas actividades diarias. Por exemplo: á hora de facer tarefas, de cumprir encargos, de devolver chamadas, de pagar facturas ou de cumprir coas súas citas.

4.2. Manifestacións relacionadas coa hiperactividade-impulsividade.

As seguintes condutas poden indicar hiperactividade ou impulsividade:

4.2.1. Relacionadas coa hiperactividade:

- A miúdo móvese, repica -cos dedos, mans e/ou cos pés- sobre unha superficie imita o son do tambor ou retórcese no asento.

- Acostuma a érguese do asento en situacións nas que é impropio facelo. Por exemplo: érguese do seu sitio na aula, na oficina, no posto de traballo ou noutras situacións que requiren permanecer no sitio.

- Adoita correr ou saltar excesivamente en situacións nas que é impropio facelo. Nas persoas adolescentes ou adultas pode limitarse a sentimentos subxectivos de inquietude.

- Normalmente ten dificultades para xogar ou para dedicarse a actividades de ocio tranquilamente.

- Acostuma a estar en movemento, sen acougo. Por exemplo: é incapaz ou sente gran incomodidade para estar sen moverse durante un tempo longo, como en restaurantes, en reunións, ...; e mesmo pode dar a sensación de que sente desacougo e que lle custa estar como as demais persoas.

- A miúdo fala en exceso.

4.2.2. Relacionadas coa impulsividade:

- Acostuma a precipitar respostas antes de que rematen as preguntas. Por exemplo: remata as frases dos demais, ou non pode esperar a súa quenda nunha conversa.

- A miúdo ten dificultades para esperar a súa vez. Por exemplo: ten dificultades para esperar nunha fila.

- Acostuma a interromper as demais persoas. Por exemplo: interrompe as conversas, os xogos ou as actividades, colle e emprega as cousas das demais persoas sen permiso, métese no que outras ou outros están a facer ou quítalles o seu posto.

4.3. Manifestacións relacionadas co funcionamento escolar.

O ámbito escolar é, seguramente, o lugar no que máis repercusión ten o TDAH para a vida cotiá das nenas e dos nenos afectados e onde son máis evidentes as súas dificultades. O alumnado con TDAH adoita amosar pouca produtividade no traballo escolar e obtén, co tempo e de forma persistente, malos resultados académicos, que ocasionan un crecente fracaso escolar (12). O profesorado pode apreciar como características máis salientables no funcionamento escolar do alumnado con TDAH as seguintes:

- Precisan supervisión individual para comezaren as tarefas e para mantérense traballando nelas. Non as inician de xeito autónomo.

- Precisan instrucións individuais, porque non escoitan as instrucións xerais dadas ao grupo.

- Teñen un ritmo de traballo moi lento. Traballan de xeito lento e/ou con frecuentes interrupcións e non dan rematado a tempo.

- Producen un traballo escolar de pouca calidade (desordenado, con moitos erros, etc.).

- Teñen mal rendemento nos exames e nos controis, peor do esperable polo seu nivel de dominio da materia.

- En xeral, o seu rendemento escolar está por debaixo do que poderían ter.

Así mesmo, con frecuencia e canto máis intensa é a impulsividade-hiperactividade, teñen problemas para cumprir as normas e as instrucións da aula, manéxanse ruidosamente e distorsionan a súa marcha xeral, ata o punto de que cando faltan á escola "a clase vai máis tranquila". De aí que ese alumnado requira maior supervisión ca o resto para conseguir un comportamento aceptable.

Por outra parte, o funcionamento escolar a medio e longo prazo do alumnado con TDAH caracterízase, frecuentemente, polo atraso escolar -incluídas as repeticións de curso-, o baixo nivel de rendemento e a existencia de dificultades relativas á convivencia escolar -sancións, medidas correctoras etc. Debido a todo o mencionado, este alumnado presenta un maior risco de absentismo e de abandono escolar temperán

4.4. Manifestacións relacionadas co funcionamento socioemocional

En xeral, as nenas e os nenos con TDAH, dende o punto de vista socioemocional, caracterízanse polo seguinte (13):

- Teñen problemas para facer amizades na escola, e para conservalas.

- Son rexeitados, ou ben ignorados, polos seus compañeiros e compañeiras.

- Prestan pouca atención aos desexos e aos sentimentos das demais persoas.

- Frústranse facilmente.

- Teñen dificultade para comprender as relacións sociais, e "meten a pata" frecuentemente.

- Cambian de estado de ánimo con moita frecuencia, e desmoralízanse facilmente.
- Cústalles respectar as regras dos xogos.
- Testaneán e enfádanse con moita frecuencia.
- Presentan unha baixa autoestima, inseguridade e dependencia excesiva das persoas adultas.
- Presentan estados emocionais extremos e pouco axustados á realidade.
- Responden moito mellor aos incentivos de carácter inmediato.
- Teñen dificultades para calmarse e autocontrolarse, unha vez que se alteran por algo.
- Acostuman a estaren implicados en problemas (discusións, pelexas) nos recreos, no comedor, no transporte.
- Amosan desinterese e pouca motivación polo logro escolar.
- Viven no presente e ignoran as consecuencias futuras.

5 Actuacións por parte dos servizos educativos

Cando nos contornos familiar ou escolar existen sospeitas fundadas de que un alumno ou unha alumna pode ter TDAH, antes de comezar a dar paus de cego e de correr dun servizo a outro, que xera unha excesiva ansiedade, cómpre que se sigan, con tranquilidade, unha serie de pasos e actuacións específicas. A seguir, indícanse algunhas das actuacións máis salientables:

5.1. Actuacións iniciais da familia

A nai, o pai ou as persoas titoras legais ou gardadoras da alumna ou do alumno observarán a súa actitude nos seguintes ambientes, anotarán como se desenvolve neles:

5.1.1. Na vida familiar:

- Parece que non oe cando se lle fala.
- Parece moi nerviosa ou nervioso.
- Fala demasiado.
- Interrompe a outras persoas.
- É moi impaciente.
- Ten problemas cos irmáns e/ou irmás.
- Xera discusións entre a nai e o pai.
- Condiciona as relacións na familia e na vida social desta.
- Fai comentarios non axeitados á situación.

- Non espera a súa quenda.
- Responde sen esperar a que as demais persoas rematen de facer a pregunta, mesmo aínda que non vaia dirixida a el ou a ela.
- Distráese facilmente.
- Cambia rapidamente dunha actividade a outra.
- Sempre está en movemento (móvese de diante para atrás, move as mans, as pernas), aínda que estea sentado move os pés ou xoga co que teña cerca (unha culler, un vaso,...), etc.
- Ten dificultade para terminar as tarefas (escolares, domésticas etc.).
- Cando trae os deberes copiados non trae o libro e/ou o caderno. Cando trae o libro e/ou o caderno non sabe que tarefas hai que facer.
- Perde material escolar e pezas de roupa con demasiada frecuencia.
- Desmonta os bolígrafos, os compases e outros instrumentos de traballo.
- Non sabe por onde empezar as tarefas, nin que é o máis importante do que debe facer.
- Non sabe organizar nin o tempo nin o traballo.
- Os resultados dos exames son máis baixos do que cabería esperar, aínda que os preparase ben.
- Esquece traballos e comunicados que debe entregar na casa.
- Comete moitos erros por falta de atención.
- Non lles presta atención aos detalles.

5.1.2. Nos xogos:

- Corre ou trepa de xeito inadecuado.
- Non dá xogado en silencio.

- Non é quen de estar sentada ou sentado.
- Ten dificultade para esperar a súa quenda.
- Ten dificultade para seguir as instrucións e as regras dos xogos.
- "Soña esperta ou esperto", fantasía demasiado.
- Está moi inquieta ou inquieto e retorcese constantemente.
- Fala sen parar e interrompe outras persoas.
- Anda sempre correndo.
- Toca todo o que ve, xoga con todo.
- Ten dificultade para controlar as súas emocións.
- A miúdo interrompe ou métese nos asuntos doutras persoas.
- Ten comportamentos de risco.

Cando a familia observa que na súa filla ou no seu fillo se producen de forma reiterada e continuada varias desas circunstancias, pode poñer en marcha algunhas das orientacións que se citan no anexo II. Tamén pode contactar co profesorado titor, tanto para facelo coñecedor desas circunstancias como para recibir del o correspondente asesoramento e/ou para tratar a posibilidade de solicitar a avaliación psicopedagóxica.

5.2. Actuacións iniciais do profesorado

No ámbito escolar, o profesorado pode observar a existencia das seguintes manifestacións:

- Cústalle comezar o traballo. Non comeza por si só ou soa.
- Amosa desorde e desorganización e non completa os traballos.
- Usa o mínimo esforzo nos seus traballos e tarefas.
- Ten aparencia de ser unha persoa preguiceira, mesmo pouco motivada.
- Parece non escoitar cando se lle fala. Segue con dificultade unha conversa.

- Presenta os traballos sucios, rachados ou deteriorados.
- Esquece entregar os traballos, aínda que os teña feitos.
- Presta moita máis atención nas áreas ou materias que lle gustan.
- Ten dificultade para atender e seguir as normas dun xogo.
- Cambia constantemente de postura na súa cadeira, nas rodas de xogo, etc.
- Morde, chupa e xoga co material (lapis, goma, bolígrafo).
- Move constantemente as pernas, os brazos e os dedos, sen erguerse do asento.
- Cáenlle as cousas ao chan con excesiva frecuencia, rompe materiais, etc.
- É das persoas que adoita ter pequenos accidentes no recreo e nos xogos.
- Contesta sen pensar.
- Non ve o perigo en ningures.
- Non controla a expresión dos seus sentimentos.
- Os castigos producen pouco efecto no seu comportamento e as recompensas a longo prazo tampouco funcionan.
- O tempo é o seu inimigo e non inicia as tarefas ata o último momento.
- Ten dificultade para controlar o seu comportamento.
- Cústalle poñerse no lugar da outra persoa.
- Desmoralízase enseguida.
- Frecuentemente parece unha persoa testana.
- Carece de empatía, o que orixina moitos rexeitamentos.
- Ten moi baixa autoestima, inseguridade e dependencia das persoas adultas.

- Ten dificultades para dicir o que quere dicir, explícase mal.
- Cando ten que explicar algo non atopa as palabras e ten dificultades para explicar as súas ideas de maneira rápida e precisa.
- Esquecese de darlles a volta ás follas dos exames.
- Cando unha pregunta ten varias partes, contesta a primeira e esquece as seguintes.

Cando o profesorado observa que un alumno ou unha alumna presenta varias destas manifestacións que afectan o funcionamento da aula e o desenvolvemento da propia alumna ou alumno, pode poñer en marcha algunhas das orientacións que se citan no anexo I. Unha vez feito iso, se nun prazo razoable de tempo non se producen os cambios requiridos ou agardados, debe solicitar, a través do profesorado titor, a intervención da persoa que ocupe a xefatura do Departamento de Orientación (en diante, a orientadora ou o orientador) do centro educativo.

5.3. Actuacións dos servizos de orientación

A orixe da sospeita de que unha alumna ou un alumno poida presentar TDAH pode proceder de diferentes fontes: da familia, do profesorado titor, doutro profesorado, e tamén do propio orientador ou orientadora ante a presenza de dificultades na súa marcha escolar. Cando isto sucede faise necesaria a intervención dos servizos de orientación, en concreto, da orientadora ou do orientador do centro educativo. E esa intervención debe estar precedida dunha solicitude escrita procedente dos ámbitos escolar ou familiar, segundo o modelo que o Departamento de Orientación do centro educativo teña establecido no seu Plan xeral de atención á diversidade.

A persoa que realiza a solicitude debe especificar, cando menos, o motivo dela, cales foron os primeiros elementos de alarma e cando se produciron, así como as medidas que xa se adoptaron. Esa solicitude debe contar, de ser o caso, coa autorización escrita da nai, do pai ou das persoas titoras legais ou gardadoras da alumna ou do alumno.

Unha vez que a orientadora ou o orientador recibe a solicitude de intervención comeza o desenvolvemento da avaliación psicopedagóxica, na que se poderá solicitar, de ser necesaria, a colaboración do correspondente equipo de orientación específico (EOE), segundo o procedemento establecido para o efecto.

5.3.1. A avaliación psicopedagóxica

A avaliación psicopedagóxica desenvolverase segundo se establece na normativa que a regula. O orientador ou a orientadora informará a familia do seu resultado e farase fincapé nas necesidades dos distintos ámbitos e na importancia da coordinación cos servizos sanitarios e/ou sociais, se fose necesaria. Por outro lado, informarase tamén sobre as características do trastorno e sobre o tratamento psicoeducativo que se propón.

En todo caso, cando existan fundadas sospeitas de que un alumno ou unha alumna presenta TDAH, esta avaliación debe obter información obxectiva, entre outras cousas, sobre:

- O grao de presenza de síntomas característicos do trastorno apreciados pola familia, de acordo cos criterios diagnósticos para o TDAH.
- O grao de presenza de síntomas característicos do trastorno apreciados polo profesorado, de acordo cos criterios diagnósticos para o TDAH. Dende o punto de vista do profesorado, enténdese recomendable a obtención de información dos distintos integrantes do equipo docente e referida a diferentes situacións que se producen no ámbito escolar (aula, patio de recreo, comedor, autobús, etc.).
- A presenza de síntomas que suxiran a existencia doutras dificultades ou condicións que poden acompañar (comórbidas) ao TDAH.
- O desenvolvemento cognitivo da alumna ou do alumno.
- O grao de competencia da alumna ou do alumno na lectura, na escritura e no cálculo.

No anexo III, a modo de exemplo, figura unha relación de instrumentos ou probas estandarizadas que poden usarse para obter esa información.

5.3.2. O informe psicopedagóxico

O informe que recolla as conclusións da avaliación psicopedagóxica debe axustarse ao establecido legalmente e nel deben identificarse, con claridade:

- As manifestacións apreciadas na alumna ou no alumno e o grao no que son compatibles co establecido no DSM-IV TR para o TDAH.

- A evidencia das repercusións negativas que se están a producir no funcionamento educativo, familiar e social da alumna ou do alumno.

- O grao de severidade global apreciado.

- A necesidade específica de apoio educativo que presenta a alumna ou o alumno e a proposta de recursos e medidas que se estiman necesarias, así como as orientacións para a intervención educativa.

6 Actuación dos servizos sanitarios

Dende o punto de vista asistencial, a abordaxe do TDAH terá como finalidade dar unha resposta consensuada e protocolizada das tres cuestións fundamentais que determinan o actual estado:

- A variabilidade nos criterios diagnósticos.
- A variabilidade no manexo terapéutico.
- A variabilidade nos circuítos asistenciais.

Neste sentido, os procesos asistenciais integrados facilitan a visión integral e integrada da persoa, independentemente do ámbito ou da institución no que se produza a atención, garanten a súa continuidade e adáptanse ás súas necesidades e demandas. Co desenvolvemento do proceso asistencial facilítase a unificación de criterios e procedementos e, polo tanto, diminúese a variabilidade asistencial (14).

Por último, non debemos esquecer que a abordaxe do TDAH transcende o ámbito sanitario, e faise necesaria a participación activa, tanto na detección precoz coma no seguimento e tratamento, do sistema educativo e do seu ámbito familiar, cunha participación activa destes, xa que son parte integral do tratamento multidiciplinar e multimodal destes pacientes.

Por iso, estímase conveniente que os servizos de orientación e os servizos sanitarios establezan canles de comunicación ou de intercambio de información. Ese intercambio de información debería realizarse por mediación das familias ou directamente entre os profesionais coa autorización das familias.

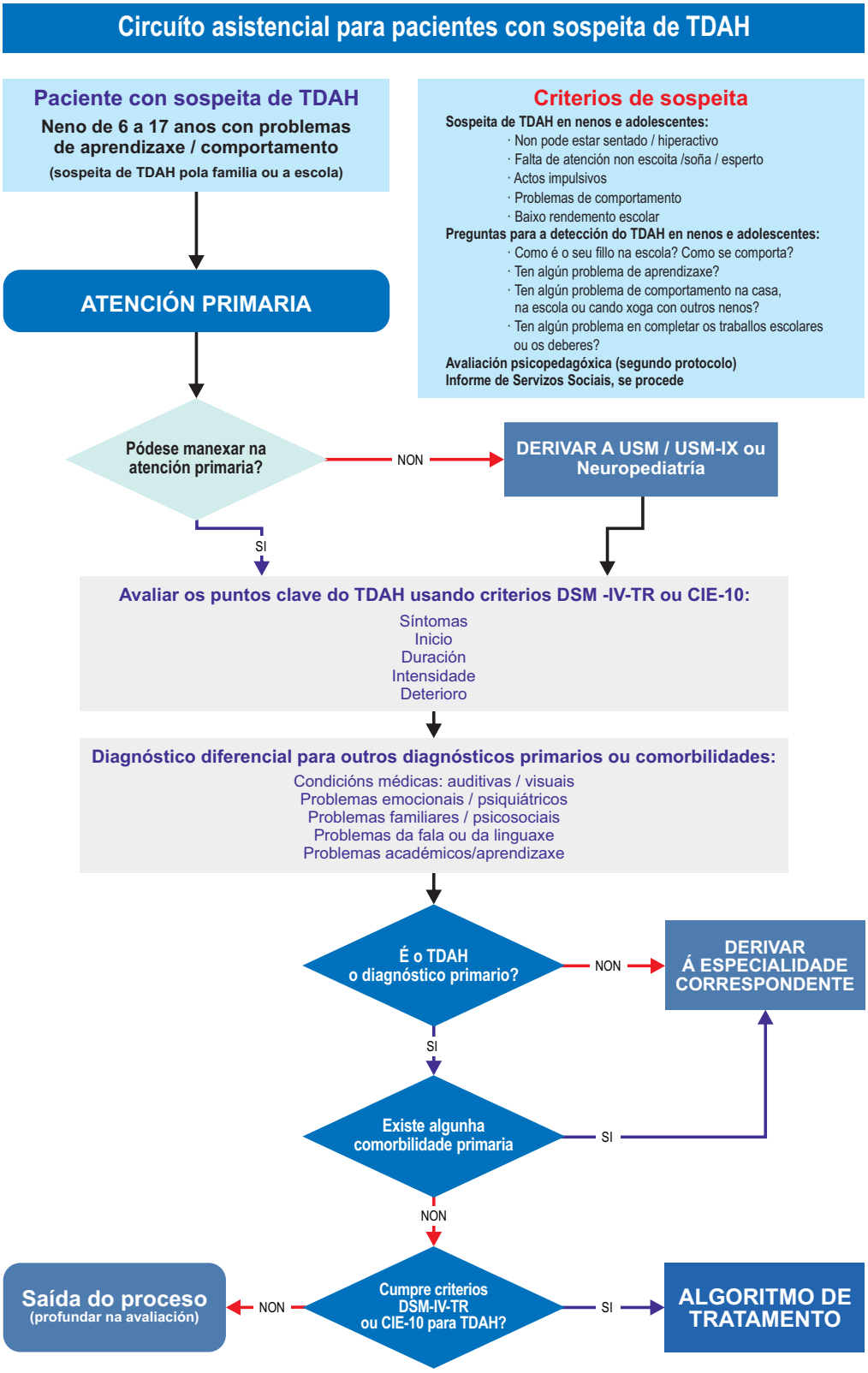
6.1. Definición do proceso asistencial

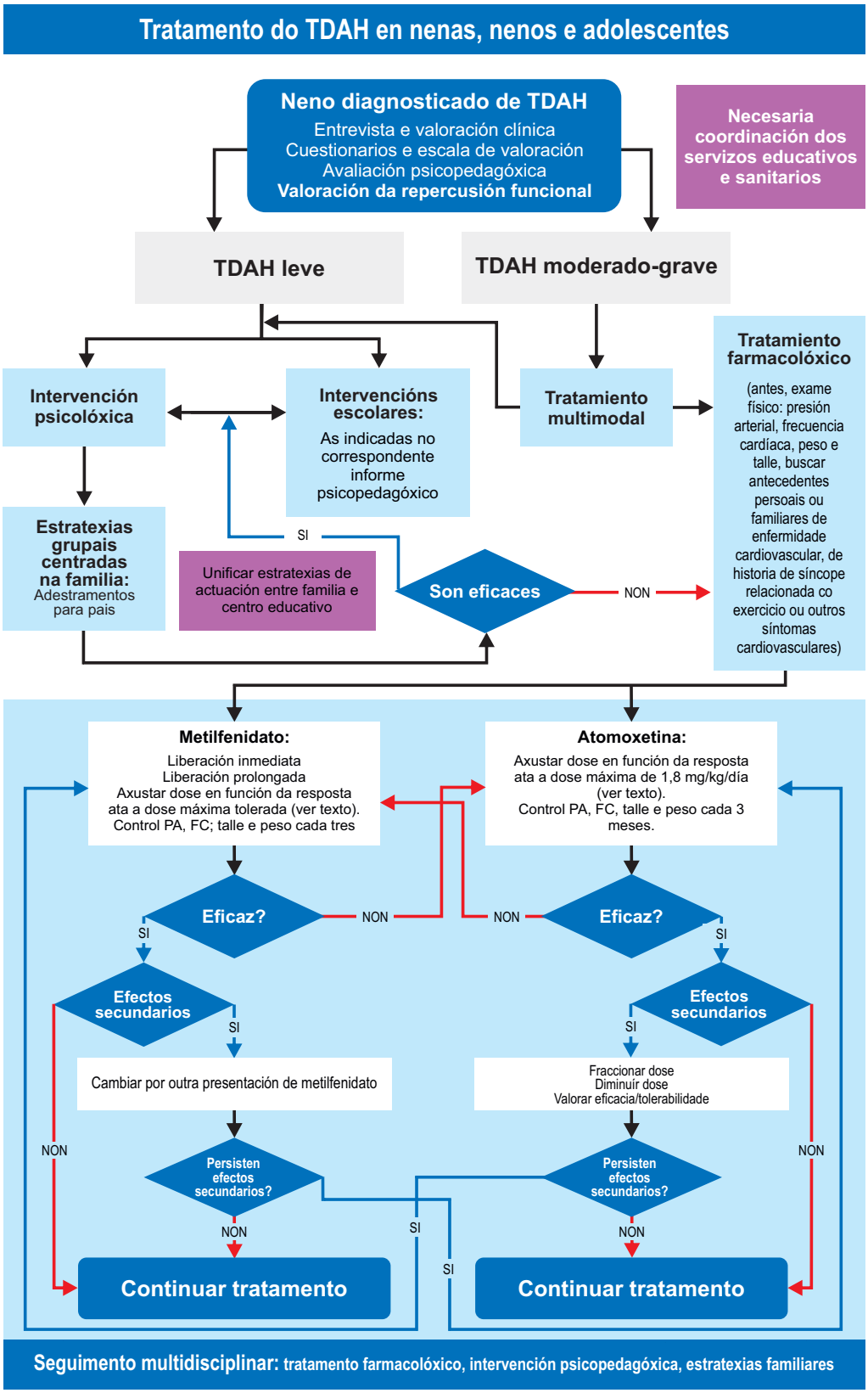
Definición do proceso
Conxunto de actividades encamiñadas ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH na infancia e na adolescencia (de 6 a 17 anos). Abrangue desde a sospeita clínica ata o tratamento e o seguimento das nenas e dos nenos con TDAH. O proceso asistencial do TDAH garante a asistencia no nivel necesario de derivación de pacientes con sospeita de padecer TDAH en calquera das súas variantes: pura ou combinada.

Límites de entrada	• A entrada do paciente no proceso asistencial será vía consulta ordinaria en atención primaria. • Ter cumpridos os 6 anos.
Límites de saída (Puntos finais da cadea de actividades do proceso que habitualmente se converten en límites de entrada dou-tros procesos)	• Alta: cando a melloría do paciente permite que as actividades da súa vida cotiá se realicen con normalidade sen tratamento.
	• Saída voluntaria do circuíto asistencial do sistema sanitario público de Galicia.
	• Non confirmación da sospeita de TDAH. • Cumprir os 18 anos.
Límites marxinais	• Nenas e nenos que non teñan como diagnóstico principal o TDAH.
	• Existencia de comorbilidades relevantes que repercutan na súa saúde máis que o TDAH.
	• Nenas e nenos de menos de 6 anos e persoas maiores de 18 anos.

Obxectivos do proceso
• Definir o circuíto asistencial dos pacientes con sospeita de TDAH no Servizo Galego de Saúde para garantir a atención no nivel asistencial máis axeitado en función das súas características clínicas. • Mellorar a accesibilidade no proceso de atención. • Protocolizar o diagnóstico e o tratamento do trastorno (unificación de criterios). • Mellorar a coordinación entre niveis asistenciais. • Diminuír a variabilidade asistencial. • Mellorar a equidade.

6.2. Fluxogramas




Tratamento do TDAH en nenas, nenos e adolescentes
Neno diagnosticado de TDAH
Entrevista e valoración clínica
Cuestionarios e escala de valoración
Avaliación psicopedagóxica
Valoración da repercusión funcional
Necesaria coordinación dos servizos educativos e sanitarios
TDAH leve
TDAH moderado-grave
Intervención psicolóxica
Intervencións escolares:
As indicadas no correspondente informe psicopedagóxico
Tratamiento multimodal
Tratamiento farmacolóxico
(antes, exame físico: presión arterial, frecuencia cardíaca, peso e talle, buscar antecedentes persoais ou familiares de enfermidade cardiovascular, de historia de síncope relacionada co exercicio ou outros síntomas cardiovasculares)
Estratexias grupais centradas na familia:
Adestramentos para pais
Unificar estratexias de actuación entre familia e centro educativo
SI
Son eficaces
NON
Metilfenidato:
Liberación inmediata
Liberación prolongada
Axustar dose en función da resposta ata a dose máxima tolerada (ver texto).
Control PA, FC; talle e peso cada tres
Atomoxetina:
Axustar dose en función da resposta ata a dose máxima de 1,8 mg/kg/día (ver texto).
Control PA, FC, talle e peso cada 3 meses.
Eficaz?
NON
SI
Efectos secundarios
Cambiar por outra presentación de metilfenidato
Fraccionar dose
Diminuír dose
Valorar eficacia/tolerabilidade
Persisten efectos secundarios?
Continuar tratamento
Seguimento multidisciplinar: tratamento farmacolóxico, intervención psicopedagóxica, estratexias familiares

6.3. Fases do proceso

6.3.1. Sospeita

CRITERIOS DE SOSPEITA

Sospeita de TDAH nas nenas , nos nenos e nas persoas adolescentes:

- Non pode estar sentado/hiperactivo.
- Falta de atención/non escoita/soña esperto.
- Actos impulsivos.
- Problemas de comportamento.
- Baixo rendemento escolar.

Preguntas para a detección do TDAH nas nenas, nos nenos e nas persoas adolescentes:

- Como é o seu fillo ou a súa filla na escola? Como se comporta?
- Ten algún problema de aprendizaxe?
- Ten algún problema de comportamento na casa, na escola ou cando xoga con outras nenas ou nenos?
- Ten algún problema en completar os traballos escolares ou os deberes?

Avaliación psicopedagóxica: é útil para valorar as potencialidades, o estilo de aprendizaxe e as necesidades educativas, e para establecer os obxectivos da intervención reeducativa.

A vía de entrada no sistema sanitario, cando a sospeita procede de fóra del, debe ser a atención primaria de saúde, ben o pediatra ou o médico de familia

6.3.2. Diagnóstico

ÁMBITO
Atención primaria, atención hospitalaria

FACTORES CLAVE PARA O DIAGNÓSTICO
• O diagnóstico do TDAH nas nenas e nos nenos e nas persoas adolescentes é exclusivamente clínico e susténtase na presenza dos síntomas nucleares do trastorno, como a hiperactividade, a impulsividade e a inatención, que deben de ter unha repercusión funcional nos ámbitos persoal, familiar, académico e/ou social. • Debe realizalo un facultativo con adestramento e experiencia no diagnóstico do TDAH e nas súas comorbilidades máis frecuentes. • Debe elaborarse de xeito integral e multimodal mediante entrevistas clínicas ao pai e á nai e ao paciente, obtendo información da escola a través do informe psicopedagóxico, revisando os antecedentes familiares e persoais e realizando unha exploración física e psicopatolóxica do paciente. • As entrevistas estruturadas e semiestruturadas son útiles para establecer o diagnóstico do TDAH e as súas comorbilidades, pero non definitivas. • As escalas específicas poden utilizarse de forma complementaria para avaliar a intensidade dos síntomas nucleares, pero nunca como substitutos da entrevista clínica. • O profesional debe ser prudente e respectar sempre o criterio de non maleficencia, co fin de lle evitar efectos perniciosos á nena ou ao neno no seu ámbito escolar, social e familiar. • Debe solicitarse o consentimento da nai e do pai. Se existe unha discrepancia manifesta entre ambos, recoméndase buscar o consenso e a mediación no mellor beneficio da nena ou do neno. Ante unha situación de dúbida ou de especial conflitividade, recoméndase recorrer á autorización xudicial en protección do menor. • Non son necesarias probas complementarias de laboratorio, de neuroimaxe ou neurofisiolóxicas, a menos que a valoración clínica o xustifique. • Non e imprescindible a avaliación neuropsicolóxica para o diagnostico do TDAH nas nenas, nenos e adolescentes, inda que exista unha alteración dos resultados dos test que avalían as funcións executivas • A información que proporcionan as nais e os pais e as persoas docentes, mediante as escalas de avaliación, é útil para o diagnóstico do TDAH e para avaliar a evolución da sintomatoloxía e a resposta ao tratamento. • Os cuestionarios de psicopatoloxía xeral poden usarse para o cribado de comorbilidades.

FACULTATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Recepción **Valoración inicial**	Identificación inequívoca da persoa e do cumprimento dos criterios de entrada no proceso: neno de 6 a 17 anos con sospeita de TDAH.
Historia clínica inicial	Recollida exhaustiva de todo o historial da nena, neno ou adolescente, e da familia e rexistralo na historia clínica electrónica.
O facultativo de atención primaria debe valorar a continuación do manexo neste nivel asistencial ou a súa derivación a outro nivel de atención.	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Diagnóstico clínico	Seguir criterios DSM-IV-TR ou CIE-10 (anexo IV). Diagnóstico clínico: • Entrevista á nena ou neno e á nai e ao pai o tempo necesario. • Valoración do informe psicopedagóxico. • Historia clínica ampla e exhaustiva para obter información sobre o embarazo, o parto e o período perinatal, antecedentes patolóxicos e historia de saúde mental da nena ou neno e da nai e do pai. • Descartar - Trastornos da aprendizaxe - Atraso mental - Trastornos xeneralizados do desenvolvemento - Trastornos do comportamento - Trastornos de ansiedade - Trastornos do estado de ánimo - Abuso de substancias • Analizar outros factores ambientais: - Estrés - Neglixencia/abuso infantil - Malnutrición - Inconsistencia de pautas educativas Utilización de escalas específicas, complementarias á historia clínica, para detectar e avaliar a intensidade dos síntomas nucleares como a escala de Conners e a SNAP-IV (anexo III) que son orientativas para o diagnóstico.

	Exploración física: • Avaliación doutras enfermidades que poidan ser a causa ou que poden contribuír á sintomatoloxía que motiva a consulta. • Descartar: • Encefalopatías postraumáticas e postinfecciosas • Epilepsia • Trastornos do sono (apneas, pernas inquedas e movementos periódicos das extremidades) • Trastornos sensoriais (déficits visuais e auditivos significativos) • Efectos secundarios a fármacos • Disfunción tiroidea • Intoxicación por chumbo • Ferropenia Avaliación para establecer posibles contraindicacións para o tratamento farmacolóxico. Rexistro na historia clínica (CIAP2: P81). Durante o proceso de avaliación en atención primaria pódense sospeitar outros trastornos mentais ou comórbidos susceptibles de derivación á USM-IX e/ou alteracións neurolóxicas susceptibles de derivación, para a súa valoración e tratamento (15). **Criterios de derivación á saúde mental:** • Trastorno de conduta • Ansiedade • Depresión • Consumo de tóxicos **Criterios de derivación a neuropediatría:** • Trastorno da aprendizaxe • Trastorno da linguaxe • Trastorno da coordinación motora • Atraso psicomotor/discapacidade intelectual • Estigmas cutáneos • Fenotipo dismórfico Se se sospeitan alteracións médicas específicas, debe derivarse a nena ou o neno ao servizo correspondente.

Información á familia	Informar a familia e o menor do diagnóstico e das alternativas posibles, para o que se ha de adaptar a linguaxe á súa idade e ás súas características, e aclararlles as dúbidas. Débese respectar o segredo profesional e a confidencialidade, salvo en caso de risco manifesto para o menor ou para terceiros. Elaborar un informe clínico, segundo as pautas que figuran no **anexo V** deste proceso asistencial Recomendacións para a familia (**anexo II**).
Cribado de comorbilidades	Existen entrevistas estruturadas e escalas específicas para o cribado de comorbilidades que poden orientar na valoración psicopatolóxica, pero en ningún caso para diagnosticar. 1. **DISC-IV** (baseada na DSM-IV e na CIE-10). Entrevista altamente estruturada que valora máis de 30 diagnósticos clínicos. Ten unha versión en español para as nais e os pais e para as nenas e os nenos de 9 a 16 anos. Existen tres versións: • EDNA-C: para nenas e nenos de 8 a12 anos. • EDNA-A para adolescentes de 13 a 17 anos. • EDNA-P para nais e pais. 2. **Escalas de Achenbach** (baseadas na DSM-IV e na CIE-10). Non existe baremo español para medir resultados. Esta escala agrupa factores externos e internos. Existen tres tipos: unha para nais e pais, outra para profesorado e outra para autoavaliación da nena ou do neno.

PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Avaliación	Para o diagnóstico, avalíase a capacidade de atención e concentración e, así, obxectívase o rendemento das nenas e nenos e dos adolescentes en comparación co seu grupo de idade. Escóllense as seguintes probas por existir baremos en español e para abranguer o maior rango de idade: • **MFF-20**. Avalía o continuo de impulsividade-reflexividade e ofrece unha puntuación de ineficiencia. Pódese aplicar en nenas e nenos de 6 a 12 anos. • **D2**. Mide a capacidade de concentración e atención selectiva e pódese aplicar en nenas e nenos de 8 anos en adiante.

	• **Stroop**. Avalía a interferencia e a capacidade de inhibición de respostas automáticas, así como a velocidade de procesamento da información. Pódese aplicar a partir dos 7 anos e, sobre todo, cando a MFF-20 xa non se pode aplicar. Ademais das puntuacións obtidas nos tests, na súa administración tamén é determinante observar directamente o comportamento durante a realización das probas. **Rexistrar na historia clínica electrónica**.

PERSOAL DE ENFERMERÍA DE SAÚDE MENTAL	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Valoración asistencial e plan de coidados	• Valoración inicial da nena ou do neno. • Plan de atención de enfermería (PAE) para o paciente e a familia, consistente en: Diagnóstico de enfermería. Obxectivos de saúde e criterios de resultado. Intervencións de enfermería en grupos de nais e pais, psicoeducativos e de educación para a saúde.
Actividade administrativa	• Xestión e triaxe da preconsulta co facultativo dos pacientes da USM. • Revisión da documentación remitida polo sistema educativo,

6.3.3. Tratamento

ÁMBITO
Atención primaria, atención hospitalaria Ámbito escolar Servizos Sociais

FACTORES CLAVE
• É fundamental a **coordinación** dos sistemas educativo e sanitario e, se é o caso, dos Servizos Sociais. • O profesional que asuma a responsabilidade do diagnóstico e o tratamento da nena, neno e adolescente con TDAH deberá actuar conforme a criterios de idoneidade, necesidade e proporcionalidade e ha de **limitar ao estritamente indispensable aquelas intervencións máis restritivas dos dereitos do menor.**

• Recoméndase o tratamento **psicolóxico e/ou farmacolóxico** como primeira elección para o TDAH, para o que se terá en conta a idade do paciente, a gravidade dos síntomas, a súa repercusión funcional e as características e preferencias da familia.

• En nenas, nenos e adolescentes con TDAH, onde a intensidade dos síntomas interfire de forma significativa no rendemento escolar e nas actividades cotiás, recoméndase o **tratamento combinado**, que inclúe o **tratamento psicolóxico, o farmacolóxico e a intervención psicopedagóxica na escola.**

PSICÓLOGO CLÍNICO/ UNIDADE SAÚDE MENTAL INFANTO-XUVENIL	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Tratamento psicolóxico	Terapia psicolóxica como **tratamento inicial** para o TDAH nas nenas e nos nenos e nas persoas adolescentes nas seguintes situacións: • Síntomas leves de TDAH. • Cando o impacto do TDAH é mínimo. • Diagnóstico dubidoso de TDAH. • Familias que rexeitan a medicación. • Nenas e nenos menores de 5 anos (aínda que este grupo de idade queda fóra da definición deste proceso). • Discrepancia entre a nai e o pai ou entre a familia e o profesorado en canto á frecuencia e á intensidade dos síntomas. Aplicación dun programa de adestramento de conduta para a familia das nenas e dos nenos e das persoas adolescentes diagnosticadas de TDAH con ou sen comorbilidade. Terapia de grupo. Valorar: terapia condutual / adestramento de nais e pais / terapia cognitiva / adestramento en habilidades sociais / resolución de problemas ou outras psicoterapias en función das características do caso/familia.

ÁMBITO ESCOLAR	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Remitimos ao protocolo de actuación de Educación	

FACULTATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITALARIA	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Ante a constatación de síntomas de TDAH que provoquen unha deterioración leve pódese adoptar, segundo o criterio clínico, unha actitude conservadora de seguimento vixiante e tomaranse medidas psicoeducativas (16).	
Tratamento farmacolóxico	Antes de iniciar o tratamento farmacolóxico: - Facer un exame físico, que inclúa a medición da presión arterial, frecuencia cardíaca, peso e talle. - Buscar antecedentes persoais e familiares de enfermidade cardiovascular, historia de síncope relacionada co exercicio, outros síntomas cardiovasculares graves ou antecedentes de morte súbita na familia. - En caso positivo, ou se se produce un achado anormal na exploración física inicial, realizar un estudo cardiovascular previo ao inicio do tratamento farmacolóxico. - Non se recomenda a realización sistemática de exploracións complementarias antes de iniciar o tratamento, salvo que a anamnese ou a exploración física o indiquen. Elección do fármaco con base en: - Presenza de trastornos comórbidos (trastorno de tics, síndrome de Tourette, epilepsia ou ansiedade). - Efectos adversos dos fármacos. - Experiencia previa de falta de eficacia. - Condicións que afecten o cumprimento das tomas (por exemplo: toma de dose na escola). - Potencial de abuso. - Preferencia da nena ou do neno e da familia. O metilfenidato e a atomoxetina son os fármacos recomendados para o tratamento do TDAH, independentemente do subtipo de TDAH, da idade ou do sexo. A duración do tratamento formúlase de forma individualizada en función dos síntomas e da súa repercusión funcional, e débese continuar no tempo mentres demostre efectividade clínica. Nalgúns casos, o tratamento pódese prolongar durante anos. O metilfenidato debe de ser o fármaco de elección para os pacientes con TDAH que requiran tratamento farmacolóxico e debe de ser, tamén, o fármaco de elección para manter o tratamento. A teor da evidencia científica en estudos de eficacia, seguridade e dos tratamentos farmacolóxicos, en ausencia dunha suficiente evidencia científica de diferenzas significativas entre a presentación de liberación inmediata ou prolongada do medicamento, ante a igualdade de beneficio e desde un punto de vista da sustentabilidade, deberíase adoptar a opción máis económica (2, 16).

	Non obstante, nos casos con importantes problemas de adherecia ao metilfenidato de liberación inmediata derivados de dificultades para a administración, como problemas de uso ou abuso de substancias en adolescentes, pode utilizarse calquera das formulacións de metilfenidato de liberación prolongada. **A indicación dunha ou doutra forma debe quedar a xuízo clínico, que buscará a mellor relación custo/eficacia posible para cada caso.** En calquera caso, axustarase a dose en función da resposta e ata a dose máxima tolerada. Rango de doses do metilfenidato: • Liberación inmediata: 0,5-2 mg/kg/día. Dose máxima 60 mg/día. • Liberación prolongada con tecnoloxía osmótica: 18-54 mg. Dose máxima 108 mg/día ou 2 mg/kg/día. • Liberación prolongada con tecnoloxía pellets: 0,5-2 mg/kg/día. Dose máxima 60 mg/día Rango de doses de atomoxetina: Axustar a dose en función da resposta ata a dose máxima de 1,8 mg/kg/día. • Inicio: 0,5 mg/kg/día, durante 7-14 días. • Mantemento: 1,2 mg/kg/día. Se hai unha resposta parcial a calquera dos fármacos, aumentar a dose ata a máxima indicada ou tolerada. Se non hai resposta con doses máximas, considerar o fármaco alternativo que non se usase con ese paciente Se aparecen efectos secundarios, abordalos de xeito apropiado. Se persisten ou non se toleran, valorar o cambio de medicación. En caso de contraindicación, valorar o fármaco alternativo. Se hai imposibilidade para deglutir as cápsulas ou os comprimidos, pódese utilizar o metilfenidato de liberación inmediata cuxa presentación pode ser triturada, ou ben abrir a cápsula de metilfenidato de liberación prolongada con tecnoloxía pellets e esparexer os pellets nunha pequena porción de alimento. No caso de utilizar metilfenidato de liberación prolongada con tecnoloxía osmótica e que non se logre un axuste axeitado da dose, pódeselle engadir ao tratamento unha dose de metilfenidato de liberación inmediata no almorzo e/ou a media tarde, para axustar, así, a dose total de metilfenidato en función do peso da nena, do neno ou do adolescente con TDAH e da resposta clínica.

	Se se precisa unha acción terapéutica de 12 horas e a nena, neno ou adolescente con TDAH non é capaz de tragar comprimidos, pódese administrar metilfenidato de liberación prolongada con tecnoloxía pellets pola mañá (abrindo a cápsula) e, ao saír da escola pola tarde, administrar unha dose de metilfenidato de liberación inmediata. Tamén pode seguirse esta última pauta en caso de que se produza un efecto rebote pola tarde con metilfenidato de liberación prolongada con tecnoloxía pellets. **Asegurarlles unha axeitada achega nutricional ás persoas en tratamento farmacolóxico para o TDAH con anorexia secundaria ao tratamento.** **No caso de que non haxa resposta a estes tratamentos, convén engadir outros fármacos, en función da evidencia científica e das guías clínicas.** **Comorbilidades:** **Epilepsia comórbida**: non está contraindicado o metilfenidato e a atomoxetina. Trastornos do **espectro autista** comórbidos. Non está contraindicado o metilfenidato e a atomoxetina, aínda que deben utilizarse con prudencia. En casos de TDAH e **ansiedade asociada**, recoméndase o uso da atomoxetina como tratamento de primeira elección, xa que demostrou ser eficaz para tratar ambos os trastornos. Pode, tamén, utilizarse un ISRS asociado a metilfenidato (17) aínda que neste caso a evidencia científica é contraditoria. En casos de comorbilidade clara de **trastorno bipolar** e TDAH, a medicación estimulante poder ser de utilidade para tratar o TDAH, unha vez que os síntomas do estado de ánimo estean controlados axeitadamente mediante outros fármacos. En caso de comorbilidade do TDAH e trastorno por **abuso de substancias**, está indicado o tratamento con non estimulantes ou con estimulantes de longa duración. Nas nenas, nos nenos e nas persoas adolescentes con TDAH e trastornos do estado de ánimo comórbidos, tratar en primeiro lugar o trastorno máis intenso e que teña máis repercusión no paciente.

Se houbo unha pobre resposta ao tratamento despois de realizar programas de adestramento de pais e/ou ao tratamento psicolóxico e ao tratamento con metilfenidato e atomoxetina en nenos ou adolescentes con TDAH, entón convén volver a avaliar o diagnóstico, os trastornos comorbidos, a resposta ao tratamento, os efectos adversos, a adherencia ao tratamento, a captación e a utilización das intervencións psicolóxicas polo neno e polos seus pais, os efectos do estigma para aceptar o tratamento, as preocupacións relacionadas coa escola e coa familia, a motivación do neno e a dos seus pais e, por último, a dieta do neno ou do adolescente con TDAH.

6.3.4. Seguimento

O seguimento das actuacións ou das medidas postas en práctica resulta un proceso imprescindible para coñecer a súa utilidade e, ao mesmo tempo, para orientar os posibles axustes ou melloras. Polo tanto, as distintas intervencións que se practiquen (da familia, do profesorado, dos servizos de orientación, dos servizos sanitarios) deben considerar, xa no seu deseño, o proceso de seguimento e, de ser o caso, o de avaliación.

ÁMBITO
Atención primaria, atención hospitalaria, escola, familia

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Avaliación da efectividade do tratamento	Valorar aos 1, 3 e 6 meses do inicio do tratamento a persistencia ou a remisión dos síntomas, mentres continúe o mesmo tratamento e sempre que se fagan axustes de doses ou cambios de fármaco. Os períodos de descanso do tratamento farmacolóxico, “vacacións terapéuticas”, non están recomendados de xeito sistemático. Pódese suspender o tratamento farmacolóxico ou diminuír a dose durante períodos curtos de 1-2 semanas anuais, e recoller información do funcionamento da nena, do neno ou da persoa adolescente por parte da familia e da escola, cando o obxectivo sexa avaliar a necesidade de manter ou non o tratamento, reducir os efectos adversos (falta de apetito, minoración do crecemento en altura etc.) e sempre por acordo entre a familia, o persoal médico e o paciente.

Avaliación dos efectos adversos do tratamento farmacolóxico	Facer un seguimento e unha monitorización periódicos dos posibles efectos adversos do metilfenidato e da atomoxetina: - Controis de talle cada 6 meses. - Controis de peso aos 3 e 6 meses despois de que se iniciase o tratamento farmacolóxico e cada 6 meses durante a administración deste. - Rexistro en curva de crecemento e revisión desta polo persoal médico responsable do tratamento. - Monitorizar o ritmo cardíaco e a presión arterial e documentalos antes e despois de cada cambio de dose e sistematicamente cada 3 meses.
Avaliación psicolóxica	Valoración periódica das medidas adoptadas e **rexistro na historia clínica.**
Avaliación psicopedagóxica	No informe psicopedagóxico do paciente con TDAH debe figurar o proceso de seguimento, considerando que desde o punto de vista escolar teñen especial importancia as melloras no funcionamento escolar e no funcionamento socioemocional (**Anexo V).**

PERSOAL DE ENFERMERÍA SAÚDE MENTAL	
ACTIVIDADES	**CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE**
Asistencial	• Mantemento e avaliación do PAE. • Intervencións de enfermería en grupos de nais e pais, psicoeducativos e educación para a saúde. • Controis de saúde periódicos: analíticas, peso, talle, … • Colaboración interdisciplinaria das derivacións no ámbito sanitario, educativo e social.
Administrativa	

6.4. Indicadores do proceso

Porcentaxe aproximada en nenos con TDAH						
INDICADOR	TIPO	FÓRMULA	ESTÁNDAR	FONTE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Pacientes diagnosticados de TDAH	Estrutura	Pacientes de 6-17 anos con diagnóstico de TDAH-P81 confirmado x 100/nenas ou nenos de 6-17 anos en tarxeta sanitaria	5-7 %	SIAC-AP Tarxeta sanitaria	Anual	SSCC
Pacientes a tratamento con metilfenidato e/ou atomoxetina	Proceso	Pacientes de 6-17 anos con diagnóstico de TDAH-P81 confirmado x 100/nenas ou nenos de 6-17 anos con tratamento farmacolóxico	75%	IANUS Tarxeta sanitaria	Anual	SSCC
Seguimento de pacientes con tratamento farmacolóxico	Proceso	Pacientes diagnosticados de TDAH-P81, a tratamento farmacolóxico con cita en AP aos 3 meses x 100/nenas ou nenos diagnosticados de TDAH-P81, a tratamento farmacolóxico	70%	SIAC-AP SIAC-PF	Anual	SSCC
Seguimento de pacientes con tratamento farmacolóxico	Proceso	Pacientes diagnosticados de TDAH-P81, a tratamento farmacolóxico con cita en AP aos 6 meses x 100/nenas ou nenos diagnosticados de TDAH-81, a tratamento farmacolóxico	70%	SIAC-AP	Anual	SSCC
Nenas e nenos a tratamento con fármacos de liberación prolongada	Proceso	Nenas e nenos a tratamento con fármacos de liberación prolongada x 100/nenas ou nenos a tratamento farmacolóxico		IANUS SIAC PF	Anual	SSCC

7 Bibliografía

7.1. Referencias bibliográficas

1. Cristina Sánchez Mora e cols., "Bases genéticas del trastorrno por déficit de atención/hiperactividad", Rev Neurol 2012; 55(10): 609-618.

2. Grupo de traballo da Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador (2010). Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. Agència d´Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Cataluña. Guías de práctica clínica no SNS: AATRM N.º 2007/18.

3. Lasa-Zulueta A., Jorquera-Cuevas C. "Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad". Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministerio de Sanidade e Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias do País Vasco; 2009. Informes de avaliación de tecnoloxías sanitarias, Osteba n.º 2007/09.

4. Hartman C. A., Willcutt E. G., Rhee S. H., Pennington B. F. (2004). "The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD". Journal of Abnormal Child Psychology, 32, 491–503.

5. Nigg, J. T. (2006). "What Causes ADHD?", Understanding What Goes Wrong and Why. N. York: Guilford.

6. Informe Pandah. El TDAH en España, Alelphi,2013

7. Cardo E., Servera M., Vidal C., de Azua B., Redondo M., Riutort L. "Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad". Rev Neurol 2011;52 (Supl. 1):S109-S117.

8. Polanczyk G et al. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. Am J Psychiatry 2007; 164: 942-948

9. TDAH: Hacer visible lo invisible. Libro blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados.

10. Catala-López F. et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry, 2012, 12:168. 2012. http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/168.

11. Lora Espinosa A. "El tratamiento del niño y del adolescente con TDAH en atención primaria dende el punto de vista de la evidencia". Revista Pediatría Atención Primaria. 2006; 8 Suplemento 4: S69-114.

12. DuPaul, G. J. e Stoner, G. (2003). ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies. (2.ª ed.). N. York: Guilford Press.

13. Barkley, R. A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. (3.ª ed). N. York: Guilford Press.

14. Cortes Martinez C., Terol Fernández J., Torres Olivera A., Temes Montes J. L. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. Madrid: Mc Graw-Hill, 2005.

15. Villero Luque S., Abellán Maeso C., Parra Martín M. C., Jiménez Pascual A. M. Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDA-H en niños y adolescentes para profesionales. Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil. Complexo Hospitalario La Mancha Centro. Servizo de Salud de Castilla - La Mancha, 2010.

16. Peiró S. (coord). Informe técnico sobre el coste-efectividad de las diferentes alternativas de tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Centre de Recerca en Economia I Salut. Cres. Universitat Pompeu Fabra, 2011.

17. Brown T. E. Trastorno por déficit de atención. Ed. Elsevier, 2006.

7.2. Outra bibliografía recomendada

- Álava, M.ª J. (2002). El NO también ayuda a crecer. Cómo superar momentos difíciles de los hijos y favorecer su educación y desarrollo. Madrid: La Esfera.

- Amado, L., Jarque, S. e Miranda, A. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga: Aljibe.

- Armas, M. (2005). Alumnado con problemas de conduta. Orientacións e respostas educativas. Consellería de Educación. Xunta de Galicia.

- Armas, M. (2007). Prevención e intervención ante problemas de conducta. Estrategias para centos educativos y familias. Madrid: Wolters Kluwer Educación.

- Asociación STILL: Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de Alumnos con TDAH. http://still-tdah.com/sb/wp-content/uploads/2012/04/guiadocentescastellano.pdf

- Ávila, C. e Polaino, A. (1999). Cómo vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Madrid: Narcea.

- Barkley, R. A. (1999). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós.

- Bornas, X. e Galván, R. (2000). PEMPA. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.

- Brown, T. E. (2006). Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: Masson.

- FEAADAH: El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. TDAH Guía práctica para padres. http://www.feaadah.org/medimg40

- FEAADAH: Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH. http://www.feaadah.org/medimg42

- Ferré, J. (1999). Los trastornos de la atención y la hiperactividad. Diagnóstico y tratamiento neurofuncional y causal. Barcelona: Lebón.

- Fundación Adana: El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_indd_1.pdf

- Fundación CADAH: TDAH en el aula. Guía para docentes. http://www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=46&account=j289eghfd7511986

- García Pérez, E. M. (2007). SOS en el aula. Ayudas para profesores de niños hiperactivos e inatentos. Bilbao: Albor-Cohs.

- García Pérez, E. M. (2008). Adaptaciones curriculares metodológicas para escolares con déficit de atención: hiperactivos e inatentos. Bilbao: Albor-Cohs.

- Mendoza, M.ª T. (2005). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Guía para padres y maestros. México: Trillas.

- Orjales Villar, I. (1999). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE.

- Orjales Villar, I. (2005). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Madrid: Esquema de Comunicación, SA.

- Orjales Villar, I. (2009). Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH. Madrid: Pirámide.

- Orjales Villar, I. (2012). TDAH: Elegir el colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso social. Madrid: Pirámide.

- Orjales, I. e Polaino, A. (2001). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE.

- Quintero Gutiérrez del Álamo, F. J., Correas Lauffer, J. e Quintero Lumbreras, F. J. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Barcelona: Elsevier Masson.

- Soutullo Esperón, C. e Díez Suárez, A. (2007). Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana, SA.

- Soutullo, C. (2004). Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Madrid: Editorial Médica Panamericana, SA.

- Tdahytu.es: Manual para padres y profesores. http://www.tdahytu.es/manual-para-padres-y-profesores

- Varios (2008). Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela. Madrid: LoQueNoExiste.

- Veracoechea, G. (2008). El déficit de atención sin fármacos. Una guía para padres y docentes. Madrid: Psimática.

8 Anexos

Como complemento, axuda ou guía para a intervención e/ou para o tratamento psicoeducativo do alumnado con TDAH ofrécense os seguintes documentos:

8.1. Anexo I. Orientacións xerais para a prevención e a intervención psicoeducativa

Dende unha perspectiva inclusiva e comunitaria fanse as seguintes propostas de actuación no sistema escolar e familiar para atender as necesidades específicas de apoio educativo que presenta o alumnado con TDAH. As orientacións que se facilitan agrúpanse nos seguintes tres bloques:

8.1.1. Prevención e intervención na organización do centro educativo

O centro educativo debe atender o alumnado con TDAH, coas súas características individuais, e realizar os axustes ou adaptacións necesarias para darlle a resposta educativa que precisa. En consecuencia, os centros educativos deben procurar:

- **Escolarizar o alumnado con TDAH nas aulas ordinarias**, desenvolvendo as medidas de atención á diversidade adaptadas ás súas necesidades.

- **Sensibilizar o profesorado coas medidas de atención á diversidade** para alumnado con TDAH, incluíndoas nos documentos do centro: Plan xeral de atención á diversidade e Plan de convivencia do centro educativo.

- **Que a orientadora ou o orientador informe o profesorado das conclusións da avaliación psicopedagóxica**, das

necesidades do alumnado nos diferentes ámbitos e das propostas de intervención interdisciplinaria que se realizan.

- **Informar e formar o profesorado,** de xeito que coñeza as características do TDAH e as estratexias para realizar os axustes necesarios e que entenda que este alumnado ten un trastorno do neurodesenvolvemento e non confundilo con alumnado mal educado pola familia.

- **Establecer canles de coordinación entre todo o profesorado** que lle imparte clase ao alumnado con TDAH, para unificar as pautas metodolóxicas, os sistemas de avaliación e as técnicas de control da conduta.

- **Incentivar a elección da titoría con alumnado con TDAH** por parte do profesorado con experiencia e formación específica.

- **Sistematizar o intercambio de información nos cambios de curso e de etapa educativa** ou de centro do alumnado con TDAH, para asegurar a continuidade do proceso formativo.

- **Garantir a coordinación entre a familia, o profesorado, os servizos de orientación** e, a través da familia, os servizos sanitarios e/ou sociais e as entidades sen ánimo de lucro relacionadas co TDAH.

8.1.2. Prevención e intervención dentro da aula

Estas pautas e estratexias ofrécense para beneficiar tanto o alumnado con TDAH coma o resto do grupo, e servir de guía de actuación para o profesorado.

Entre as pautas e as estratexias que deben estar presentes na contorna da aula destacan:

- **Tipo de aula**. O alumnado con TDAH debe estar nunha aula con bo clima de traballo e, a ser posible, na que non coincida con alumnado con problemáticas semellantes.

- **Perfil do profesorado.** Funciona ben o profesorado que harmoniza as normas claras e coherentes coa empatía e co reforzo positivo. Os estilos permisivo ou autoritario son negativos nestes casos**.**

- **Localización da alumna ou do alumno na aula**. Considérase que o alumnado con TDAH debe estar sentado cerca da mesa do profesorado e ao lado de compañeiras ou compañeiros que lle sirvan de modelo de tranquilidade, de orde e de axuda. Debe evitarse a proximidade a portas, fiestras, papeleiras e lugares de maior tránsito, así como a estímulos sonoros ou visuais. Cando se realicen traballos en grupo hai que ser coidadosos coa localización do grupo (próximo ao profesorado) e coa elección das compañeiras e dos compañeiros. En actividades individuais, este alumnado deberá ocupar unha mesa separada, orientada cara a mesa do profesorado.

- **Mesa da alumna ou do alumno.** Enriba da mesa só estarán os materiais que necesite para realizar a tarefa, e, ao remate, deberá recollelos e gardalos, e hase de evitar que acabe xogando con eles e convertendo a mesa nun pequeno taller.

- **Normas de convivencia consensuadas na aula**. Negociaranse co alumnado unhas cantas normas de funcionamento (non moitas) e as consecuencias do seu cumprimento e incumprimento. Estas normas debe escribilas o propio alumnado, han de estar visibles na aula, e deben ser repasadas, con frecuencia, polo conxunto da clase. O profesorado evitará os enfrontamentos verbais e retadores cando se esixe o cumprimento das normas. Aconséllase firmeza, sen implicarse emocionalmente, e non culpar diante das compañeiras e dos compañeiros (o alumnado con TDAH non actúa así porque quere, senón porque non pode evitar ese comportamento). Manter un ambiente estruturado, motivador e con rutinas predicibles axudaralle ao alumnado a sentirse seguro e a saber o que ten que facer en cada momento.

- **Adaptar o currículo**. Adaptar o currículo ás capacidades, ao estilo de aprendizaxe e ás necesidades do alumnado é sempre a primeira e a mellor resposta para solucionar os problemas de aprendizaxe e de conduta. Para o alumnado con TDAH, as medidas de carácter ordinario son imprescindibles e veñen reflectirse nas orientacións que se mencionan a continuación, mentres que as de carácter extraordinario dependen da evolución do alumnado ao longo da escolarización.

- **Antes e durante a realización das actividades.** No tratamento educativo con alumnado con TDAH dá resultado:

- Alternar actividades teóricas con traballo práctico.
- Antes de empezar unha actividade, hai que explicala de xeito claro e sinxelo, e asegurarse de que a entendeu todo o alumnado.
- Utilizar estratexias para captar a atención inicial como cambios de entoación, xesticulación e dramatización.
- Segmentar as actividades longas e limitar o número destas (mellor facer tres correctas ca cinco incorrectas).
- Supervisar frecuentemente a realización, para reforzar positivamente ou para reconducir a execución ou as distraccións.
- Utilizar reforzos e apoios visuais na instrución oral.
- Combinar actividades máis estimulantes con outras menos motivadoras.
- Variar os exercicios, para que non se aburra.
- Conseguir a colaboración dun compañeiro ou dunha compañeira "responsable", para que lle axude a comprender e a realizar as tarefas.
- Utilizar reforzos positivos para motivar (eloxios privados e públicos, colocar os seus traballos no taboleiro da clase, levar os traballos á casa cunha felicitación, utilizar un sistema de puntos ou economía de fichas, etc.).

- **Titoría entre iguais**. Nas aulas que contan con alumnado con TDAH hase de:

  - Potenciar a aprendizaxe cooperativa, onde aprende xunto alumnado diferente.
  - Promover a aprendizaxe en grupos interactivos.
  - Promover a realización de debates.
  - Procurar que as compañeiras e os compañeiros do alumnado con TDAH lle poidan axudar a realizar as tarefas, que o ignoren cando quere chamar a atención con condutas inadecuadas e que lle presten axuda cando atende e se centra nas tarefas.

- **Tarefas e deberes**. É necesario:

  - Reducir e fragmentar as actividades.
  - Supervisar os exercicios e asegurarse de que entendeu o que ten que facer.
  - Utilizar reforzos e apoios visuais na instrución oral.
  - Non sobrecargar de tarefas para a casa, e selec-

cionar ben aquelas que se consideren máis importantes.

- **Estratexias expositivas**. A memoria de traballo do alumnado con TDAH pode presentar algunhas dificultades: capacidade limitada, pola cantidade de información que pode reter simultaneamente, e escasa duración temporal na que se pode manter. Para compensar esta carencia, á hora de explicar, o profesorado debe ter en conta as seguintes estratexias:

    - Antes de empezar, ha de asegurarse de que atende.
    - Utilizar frases curtas e claras.
    - Manter o contacto visual e permanecer cerca.
    - Focalizar a atención nos conceptos "clave".
    - Utilizar estímulos visuais e modificar o ritmo da exposición, coas debidas pausas.
    - Presentar a idea principal explicitamente ao principio da explicación.
    - Utilizar estratexias de categorización e imaxes mentais de conceptos.
    - Implicala ou implicalo, promovendo a súa participación con preguntas sinxelas.
    - Proporcionarlle un sistema de titoría dun compañeiro ou dunha compañeira que lle axude a revisar os puntos fundamentais da explicación, e promover que o alumnado con TDAH explique os conceptos a estudantes con máis dificultades ca el.

Por outra parte, o profesorado debe asegurarase de que o alumnado o mira aos ollos, que entende o exposto e, de ser o caso, que copiou o sinalado. Con esta finalidade formularánselle algunhas preguntas, para que as poida responder correctamente.

- **Exames ou probas escritas**. Para mellorar o éxito das probas escritas é necesario:

    - Utilizar diferentes formas e instrumentos de avaliación.
    - Que os exames escritos sexan curtos e con preguntas breves, cerradas, claras e con vocabulario sinxelo.
    - Complementar os exames escritos de forma oral, cando se observa que están incompletos.
    - Alternar a forma de presentación das cuestións que ten que responder o alumnado (de forma oral, escrita ou coas novas tecnoloxías).

- Pactar a fórmula máis idónea para realizar os exames (oral ou utilizando o ordenador), debido ás dificultades de escritura dalgún alumnado con TDAH.
- Deixar máis tempo para os exames ou probas escritas, incluso dividilas en dúas sesións, e ser flexibles na súa duración.
- Presentar escrito o texto dos exames, salientando as partes máis importantes de cada cuestión e, no caso de preguntas complexas, diferenciando ben cada tarefa.
- Deixar suficiente espazo entre as preguntas, e supervisar a súa comprensión e execución.
- Posibilitar que as nenas e os nenos que o desexen poidan recuperar, durante a avaliación, os exames suspensos.
- Pedir que se revisen os traballos e os exames antes de entregalos.

- **Uso da axenda**. A axenda é un instrumento moi útil, imprescindible para o alumnado con TDAH, tanto para servir de canle de comunicación coa familia, coma para lle axudar ao alumnado a levar ao día as súas tarefas. De aí que a axenda debe:

  - Supervisarse pola familia e polo profesorado, tratando de que o alumnado aprenda a usala.
  - Servir para que o profesorado escriba diariamente algo positivo e poderanse mencionar, a continuación, aspectos que hai que mellorar.
  - Usarse para que as familias e o alumnado coñezan, con antelación suficiente, as datas dos exames, os contidos que teñen que preparar, as datas para entrega de traballos, os libros de lectura, etc.
  - Usarse para reforzar e eloxiar o bo rendemento e comportamento.

- **En canto á atención na clase**. A atención pode mellorarse:

  - Se negocian co alumnado períodos curtos de atención cando realiza tarefas, de cara a ir aumentando a súa duración de forma progresiva.
  - Se reforza o esforzo polo aumento de tempo de atención.
  - Se inclúen actividades onde poida ter éxito, segmentando en fases as máis difíciles e negociando un tempo para rematar cada unha.

- **Estratexias para mellorar a motivación e a autoestima**. Débese:

    - Fomentar unha relación positiva entre o alumnado e o profesorado.
    - Coñecer o seu estilo de aprendizaxe, as súas capacidades, as súas preferencias e motivacións.
    - Ofrecerlle ao alumno experiencias de éxito, e reforzarase calquera pequeno logro na aprendizaxe e/ou na conduta.
    - Ofrecerlle confianza e expectativas positivas, facéndolle correccións respecto á súa tarefa e achegando propostas de mellora.
    - Axudarlle a coñecer e a manexar as súas emocións (baixa tolerancia á frustración, dificultades para atrasar a gratificación).
    - Evitar avaliar sempre negativamente e proxectar expectativas de éxito.

- **Estratexias para controlar e mellorar a conduta**. Como o obxectivo é aumentar os comportamentos axeitados e diminuír os comportamentos inadecuados, deben cambiarse os antecedentes e as consecuencias para que o comportamento da nena ou do neno cambie, o que supón comprender as características do TDAH. Hai que amosar unha actitude tolerante, flexible e paciente, e o profesorado debe actuar como un modelo de conduta reflexiva para o alumnado. Pódense utilizar como criterios xerais de manexo da conduta os seguintes:

    - O reforzo positivo de condutas adecuadas ou aproximacións.
    - Evitar as recriminacións verbais, corrixir en privado e felicitar en público.
    - Ignorar os comportamentos de chamadas de atención que non son moi molestos.
    - Permitir momentos de descanso, como levantarse, borrar o encerado, repartir cadernos.
    - Utilizar puntos para conseguir premios ou incentivos.
    - Establecer consignas non verbais co alumnado para advertilo do incumprimento dalgunha norma.
    - Evitar a acusación, ridiculización, etiquetaxe moral ou estigmatización.
    - Anticiparse e prever situacións que poidan presentar problemas.

- Realizar entrevistas periódicas individuais co alumnado sobre o seguimento e motivación da conduta e sobre o seu traballo.
- Favorecer que os demais xoguen con el ou con ela e que os ignoren cando se portan mal.
- Facer contratos de conduta adaptados á idade do alumnado.

- **Estratexias para mellorar a reflexividade.** Para incrementar os procesos de reflexión pódese:

  - Ensinar técnicas útiles para a mellora no funcionamento cognitivo e no control da atención.
  - Proporcionar estratexias de memorización.
  - Ensinar estratexias diferentes para un mesmo problema, co fin de aprender a xeneralizar.
  - Fomentar o traballo en grupo, xa que a cooperación mellora as estratexias analíticas e a conduta.
  - Non presentar actividades con límite rigoroso de tempo, o que favorece a impulsividade e a tendencia a "saír do paso".
  - Proporcionar axuda para o repaso e a autoavaliación.

- **Entrevistas regulares entre o profesorado e a familia.** A evolución positiva do alumnado dependerá da actuación do profesorado e do apoio da súa propia familia. Cómpre establecer entrevistas periódicas do profesorado titor coa familia (aconsellable cada 2 ou 3 semanas) para intercambiar información sobre os progresos nos planos académico, social e emocional, así como sobre as dificultades atopadas e as estratexias compartidas para superalas.

- **Comprensión do proceso de aceptación do problema por parte da familia.** En ocasións, o profesorado manifesta que a familia non acepta o problema da súa filla ou do seu fillo. Neste caso, o papel do profesorado é o de acompañar e axudar, e tamén de poñer a disposición da familia e do alumnado todo o saber e as medidas educativas necesarias.

- **Compartir responsabilidades na aula.** Pódense aproveitar os materiais para lle dar responsabilidades sobre o seu coidado e utilización: repartir, recoller, ordenar, facer fotocopias, borrar o encerado. Ao mesmo tempo, esas accións permítenlle moverse de vez en cando e descansar para poder recuperar a atención.

- **Técnicas de modificación de conduta.** Utilízanse para favorecer o cambio de comportamento a través dunha serie de estratexias. Con elas preténdese reducir ou eliminar as condutas problemáticas e fortalecer as condutas adecuadas. As máis eficaces no tratamento do TDAH son:

    - **Técnicas para incrementar a conduta desexada**, como o reforzo positivo e a economía de fichas.
    - **Técnicas para reducir as condutas non desexadas,** como retirar a atención diante dunha conduta inadecuada, reforzar condutas alternativas, privalo de obter reforzamento etc.

- **Outras técnicas para a mellora cognitiva.** A mellora nos procesos cognitivos favorécese coa exercitación en:

    - Autoinstrucións.
    - Solución de problemas.
    - Autoobservación.
    - Atribución adecuada dos éxitos e dos fracasos.
    - Habilidades sociais.

- **Estratexias de intervención nas dificultades específicas da aprendizaxe.** Hai que atender o posible atraso escolar que pode asociarse ao TDAH, polo que debe prestarse especial atención ao tratamento da lectura, da comprensión escrita, da expresión escrita, da numeración, do cálculo e da resolución de problemas matemáticos.

8.2. Anexo II. Orientacións para as familias

A nai, o pai ou as persoas titoras legais ou gardadoras son as figuras máis significativas e relevantes para as rapazas e os rapaces. De aí que é moi importante que coñezan en que consiste o trastorno e proporcionarlles estratexias para manexar as actuacións e as condutas das nenas e dos nenos con TDAH. Entre as orientacións que deben facilitárselles destacan:

- **Unificación de criterios entre as persoas adultas da familia**. A nai, o pai ou as persoas titoras legais ou gardadoras deben repartir e compartir as tarefas e as responsabilidades da crianza e das consecuencias do TDAH das rapazas e dos rapaces. É moi importante que as persoas adultas que conviven na casa teñan o mesmo criterio á hora de educar e que sexan modelo de conduta reflexiva. É dicir, hai que actuar

sempre do mesmo xeito, para non confundir a nena ou o neno e a nai e o pai manterán a mesma liña de actuación.

- **Coordinación da familia cos servizos educativos e sanitarios.** A familia debe apoiar os distintos profesionais (profesorado, persoal orientador, persoal médico etc.) cos que se relacionan as nenas e os nenos con TDAH e debe haber unidade nela mesma, que é fundamental para trasladar unha mensaxe común nos sistemas familiar, escolar e sanitario. A nai, o pai ou as persoas titoras legais ou gardadoras teñen que integrar a información que reciben dos distintos profesionais e actuar como canle de comunicación entre eles, para favorecer a evolución integral das rapazas e dos rapaces.

- **Normas de convivencia familiar**. Poñer normas e límites para a totalidade da familia é o primeiro paso para desenvolver unha disciplina positiva. Estas deben ser poucas, claras e ben definidas. Así mesmo, deben expresarse como afirmación ("Recolle os xoguetes do teu cuarto!"), máis que como petición ou favor ("Queres recoller os xoguetes do teu cuarto?"). Non son eficaces os reproches e as discusións permanentes. Tamén é importante establecer as consecuencias das condutas positivas e negativas e ser coherente na súa aplicación. As nenas e os nenos con TDAH necesitan máis supervisión para poder organizarse e manexar o tempo. As rutinas e un horario estable axudaralles a afrontar as súas responsabilidades.

- **Consecuencias positivas e/ou negativas das condutas**. Tanto as consecuencias que se derivan dunha conduta positiva coma dunha negativa deben ser proporcionadas e inmediatas á conduta, para que sexan efectivas. Utilizaranse, preferentemente, os reforzos positivos (por exemplo: felicitar inmediatamente despois de que a nena ou o neno faga algo bo, e sorprendelo, tan frecuentemente como sexa posible, xa sexa cun sorriso ou cunha loanza). Modificarase, o antes posible, calquera conduta negativa. Explicaráselle, con claridade, o que fixo mal e suxeriráselle que propoña que outras cousas boas podería facer.

- **Realización de tarefas na casa**. Se é o caso, e se procede, as familias poden axudar a que a nena ou o neno faga as tarefas escolares na casa, para o que han de ter en conta as pautas ou estratexias que lle proporcione o profesorado.

- **Desenvolvemento emocional. Autoestima**. A posible sensación de fracaso das nenas e dos nenos con TDAH leva a que se resinta a súa autoestima, polo que necesitan axuda para entender as súas emocións e controlalas. Hai que coidar a linguaxe, cambiar o "es" por "estás", criticar o que é a conduta e non a nena ou o neno, darlle mensaxes positivas e dicirlle o que se espera del ou dela, valorar o seu esforzo e non só o resultado, establecer normas e límites, darlle responsabilidades, utilizar máis os premios ca os castigos, inscribila ou inscribilo en actividades nas que destaque, invitar as súas compañeiras e compañeiros á casa etc.

- **Estratexias de modificación de conduta**. A nai, o pai ou as persoas titoras legais ou gardadoras do alumnado deben ser modelo de conduta reflexiva. As rapazas e os rapaces aprenden máis por observación ca polo que se lles di ou polo que oen. Así, para favorecer que as condutas conflitivas sexan cambiadas por outras máis axustadas poden utilizarse as seguintes estratexias, con fin de garantir o control e a seguridade das rapazas e dos rapaces:

    - **Retirar a atención**. Ignorar as condutas inadecuadas favorecerá a súa desaparición.
    - **Saír da situación**. Pódese optar por saír da situación dicíndolle que "cando estea tranquila ou tranquilo pode buscarnos para falar".
    - **Tempo fóra**. Cando un rapaz ou unha rapaza entra en crise e berra, chora, arremete contra o irmán, insulta a nai ou o pai ou lanza obxectos, hai que retirala ou retiralo da situación onde está, mandalo ou mandala para un espazo neutro e controlar a súa seguridade, pero sen lle falar. O máis importante é que, unha vez rematada a crise, non consiga nada do que quería cando empezou o enfado.
    - **Reforzar as condutas alternativas ou positivas**. As estratexias de extinción da conduta problemática deben ir acompañadas do reforzo da conduta positiva alternativa, para consolidar a mellora do comportamento.

- **Adquirir estratexias de comunicación e diálogo.** Deben desenvolverse formas de comunicación e diálogo que melloren as relacións familiares, tanto da nena ou do neno con TDAH, coma do resto dos membros da familia.

- **A familia como integradora da información dos servizos educativos, sanitarios e/ou sociais**. A familia é a receptora da información e dos informes relacionados coa atención integral á nena ou ao neno. Debe de actuar como canle de comunicación entre os distintos servizos educativos, sanitarios e/ou sociais, no camiño dunha atención integrada.

- **Actividades complementarias.** A participación en actividades complementarias, especialmente nas de equipo ou colectivas, permítelle ao alumnado con TDAH desenvolver outras áreas nas que pode destacar e, ao mesmo tempo, aprender as normas, controlar a impulsividade e mellorar a socialización.

- **Favorecer a súa relación con amigas e amigos e con compañeiras e compañeiros.** Resulta moi útil para o alumnado con TDAH ensaiar e exercitar na casa condutas de:

    - Compartir cousas, respectar a quenda, pedir xoguetes.
    - Permitirlle o acceso a xoguetes, cromos, películas, libros de aventuras, etc. que espertan interese entre as súas compañeiras e compañeiros, para facilitar a súa integración e participación.
    - Invitar a outras nenas e nenos ao seu aniversario, cun plan de xogo preestablecido.
    - Supervisar o comportamento mentres xoga.

- **Asociacións de familias.** As asociacións de nais, pais ou persoas titoras legais ou gardadoras de nenas e nenos con TDAH son moi importantes, por seren útiles para:

    - Apoiarse, poñendo en común experiencias persoais.
    - Sentir que non se está só ou soa e que se pode mellorar e avanzar nos diferentes campos de traballo, vivencias e experiencias.
    - Darlle a coñecer o TDAH á sociedade en xeral e, así, promover o éxito das persoas que o padecen, potenciando as súas habilidades.
    - Completar, en colaboración coas institucións educativas, os apoios escolares e psicopedagóxicos que se están a realizar no ámbito escolar.
    - Informar de todo o relevante para o TDAH nos campos psicopedagóxico, sanitario, social, lexislativo e administrativo.
    - Promover cursos, xornadas e charlas de achegamento da sociedade ao TDAH, coa colaboración

dos profesionais da educación e dos servizos sanitarios e/ou sociais.

- Realizar, dirixidos a persoas con TDAH, charlas, talleres e cursos sobre habilidades sociais, habilidades afectivo-sexuais, habilidades motivacionais, habilidades de prevención de adiccións, etc.
- Facilitar as ferramentas necesarias para que o trastorno non supoña unha desvantaxe na vida cotiá da persoa con TDAH e axudarlle a mellorar a súa calidade de vida.

8.3. Anexo III. Instrumentos para o proceso de avaliación psicopedagóxica

Entre as probas ou escalas que poden achegar información sobre os síntomas característicos do TDAH figuran:

8.3.1. Escala cuantitativa SNAP-IV, versión abreviada, apropiada para valorar os síntomas de TDAH de acordo co establecido no DSM.

8.3.2. Cuestionario de conduta de Conners (versión abreviada)

8.3.3. Cuestionario de capacidades e dificultades (SDQ), de fácil aplicación e moi axeitado para realizar un "cribado sinxelo" para valorar a existencia de posibles problemas comórbidos (de conduta, emocionais, de relación).

8.3.4. Escala de impacto funcional de Weiss (WFIRS-P), apropiada para que a familia informe da repercusión negativa dos problemas que presenta o neno ou a nena.

8.3.5. T-SKAMP, apropiada para que o profesorado informe da repercusión negativa dos problemas que presenta o neno ou a nena no ámbito escolar.
Para valorar o funcionamento cognitivo usarase unha escala ou batería de aplicación individual, de entre as dispoñibles no mercado.

As competencias lectora, escrita e de cálculo deben obterse a partir da información que achege o profesorado e das propias exploracións dos servizos de orientación.

Finalmente, cómpre ter presente que as escalas que se usen para a avaliación psicopedagóxica deben entenderse como instrumentos complementarios, que non substitúen a necesidade de entrevistar, sobre todo no caso do profesorado titor e da familia, por seren os que mellor poden informar sobre os síntomas que presenta a alumna ou o alumno e a súa repercusión.

8.3.1. Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)

8.3.1. Escala cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)

Nome e apelidos: _____
Sexo: _____ **Idade:** _____ **Curso escolar:** _____

Para o profesorado
Enquisa respondida por: _____

Para a familia
Enquisa respondida por: _____
Conviven a nai e o pai no fogar?: _____
Nº. de irmás e irmáns que conviven no fogar (incluída a nena ou o neno): _____

Período considerado para esta avaliación:
☐ Semana previa ☐ Mes previo ☐ Ano previo ☐ Toda a vida

Para cada unha das 18 frases seguintes, vostede debe **puntuar entre 0 e 3**, segundo a intensidade coa que a frase caracterice a nena ou o neno. **Non deixe ningunha sen puntuar.**

- Cero (0) significa que a frase non é aplicable á nena ou ao neno en absoluto, nunca ou case nunca
- Un (1) significa que de forma leve ou só ás veces.
- Dous (2) significa que un pouco máis ou bastantes veces.
- Tres (3) significa que moito ou moitas veces.

Déficit de atención.

1. Non adoita reparar nos detalles ou comete erros por descoido nos traballos escolares ou noutras tarefas.
2. Con frecuencia ten dificultade para permanecer atenta ou atento nos xogos ou nas tarefas.
3. A miúdo parece que non escoita cando se lle fala directamente.
4. Non acostuma a cumprir coas instrucións nin remata o traballo escolar, as tarefas ou os deberes.
5. A miúdo ten dificultade para ordenar as súas tarefas e as súas actividades.
6. En moitas ocasións evita, rexeita ou participa de mala gana en tarefas que lle esixen un esforzo mental sostido.
7. A miúdo perde obxectos necesarios para actividades (por exemplo: xoguetes, lapis ou libros).
8. Con frecuencia distráese por estímulos externos.
9. Esquece actividades diarias.

Hiperactividade / Impulsividade.

10. Move as mans ou os pés ou móvese no seu asento.
11. A miúdo érguese do seu sitio na clase ou situacións nas que se espera que estea sentada ou sentado.
12. Adoita moverse, arrandearse ou trepar en situacións nas que non é apropiado.
13. Acostuma a ter dificultades para xogar ou para participar en actividades de forma ordenada ou en silencio.
14. A miúdo está lista ou listo para calquera actividade e móvese rapidamente, como impulsado por un motor.
15. Adoita falar en exceso.
16. A miúdo responde antes de que se complete a pregunta.
17. Ten dificultades para esperar a súa quenda.
18. Adoita interromper ou entremeterse (por exemplo: en conversacións ou xogos).

Interpretación da escala SNAP-IV (para profesionais):
Os ítems 1 a 9 valoran o déficit de atención e, os que van do 10 ao 18, a hiperactividade / impulsividade. Súmanse os puntos de cada bloque e divídense entre 9. Posteriormente, súmanse os de ambos os bloques e divídense entre 18.

Utilízase como punto de corte da normalidade o percentil 95 (probabilidade de erro do 5 %)

- Para o déficit de atención: 2,56 para o profesorado e 1,78 para a familia.
- Para hiperactividade / impulsividade: 1,78 para o profesorado e 1,44 para a familia.
- Para ambos: 2,00 para o profesorado e 1,67 para a familia.

8.3.2. Cuestionario de conduta de Conners (forma abreviada)

© C Keith Conners, Ph.D. Duke University Medical Center,

Cuestionario de conducta de CONNERS (1989)
para profesores/as (forma abreviada)

Índice de déficit de atención con hiperactividade

Nome e apelidos: _____ Idade: _____

Curso: _____ Centro: _____

Instrucións: Por favor, responda a todas as preguntas. Ao lado de cada ítem marque o grao de severidade que o problema teña para vostede.

	Nada	Pouco	Bastante	Moito
1. Ten excesiva inquietude motora				
2. Ten explosións impredecibles de mal xenio				
3. Distráese facilmente, ten escasa atención				
4. Molesta frecuentemente a outros/as nenos/as				
5. Ten aspecto enfadado/a, huraño/a				
6. Cambia bruscamente os seus estados de ánimo				
7. Intranquilo/a, sempre en movemento				
8. É impulsivo/a e irritable				
9. Non remata as tarefas que empeza				
10. Os seus esforzos frústranse facilmente				
TOTAL				

GRAZAS POLA SÚA COLABORACIÓN

Criterios de corrección:
Asigne puntos a cada resposta do modo seguinte:
NADA = 0 PUNTOS // POUCO = 1 PUNTO // BASTANTE = 2 PUNTOS // MOITO = 3 PUNTOS

Para obter o índice de Déficit de Atención con Hiperactividade sume as puntuacións obtidas.

Puntuación:
Para os NENOS entre os 6 – 11 anos:
unha puntuación **>17** significa sospeita de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE.

Para as NENAS entre os 6 – 11 anos:
unha puntuación **>12** significa sospeita de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE.

Cuestionario de conducta de CONNERS (1989) para pais/nais (forma abreviada)

Índice de déficit de atención con hiperactividade

Nome e apelidos: _____ Idade: _____

Curso: _____ Centro: _____

Instrucións: Por favor, responda a todas as preguntas. Ao lado de cada ítem marque o grao de severidade que o problema teña para vostede.

	Nada	Pouco	Bastante	Moito
1. É impulsivo/a, irritable				
2. É chorón/a.				
3. É máis movido/a do normal				
4. Non pode estarse quieto/a				
5. É destrutor/a (roupas, xoguetes, outros obxectos)				
6. Non acaba as cousas que empeza				
7. Distráese facilmente, ten escasa atención				
8. Cambia bruscamente os seus estados de ánimo				
9. Os seus esforzos frústranse facilmente				
10. Adoita molestar frecuentemente outros/as nenos/as				
TOTAL				

GRAZAS POLA SÚA COLABORACIÓN

Criterios de corrección:
Asigne puntos a cada resposta do modo seguinte:
NADA = 0 PUNTOS // POUCO = 1 PUNTO // BASTANTE = 2 PUNTOS // MOITO = 3 PUNTOS

Para obter o índice de déficit de atención con hiperactividade sume as puntuacións obtidas.

Puntuación:
Para os NENOS entre os 6 – 11 anos:
unha puntuación **>16** significa sospeita de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE.

Para as NENAS entre os 6 – 11 anos:
unha puntuación **>12** significa sospeita de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE.

8.3.3. Cuestionario de capacidades e dificultades (SDQ)

© Robert Goodman, 2005

Para cada elemento, por favor, poña unha cruz (x) na casa que mellor describa esta nena ou este neno, segundo o que se pregunta. Considere: non verdadeiro, algo verdadeiro, totalmente verdadeiro.
É importante que responda todas as preguntas o mellor que poida, aínda non estando completamente segura ou seguro, ou que a pregunta lle pareza rara.
Por favor, responda segundo o comportamento da nena ou do neno nos últimos seis meses, ou durante este curso escolar

Nome e apelidos da nena ou do neno: _____
Data de nacemento: _____

	Non	Algo	Total mente
Respecta os sentimentos das outras persoas	☐	☐	☐
Inquieta ou inquieto, demasiado activa ou activo, non pode estar parada ou parado moito tempo	☐	☐	☐
Quéixase, a miúdo, de dor de cabeza, de estómago ou ten náuseas	☐	☐	☐
Comparte enseguida cos outros nenos e nenas (regalos, xoguetes, lapis, etc.)	☐	☐	☐
A miúdo colle desgustos ou enfados	☐	☐	☐
É máis ben solitaria ou solitario, prefire xogar só ou soa	☐	☐	☐
Polo xeral é obediente, adoita facer o que lle piden as persoas maiores	☐	☐	☐
Ten moitas preocupacións, a miúdo adoita estar preocupada ou preocupado	☐	☐	☐
Ofrece axuda cando hai persoas feridas, enfermas ou preocupadas	☐	☐	☐
Está todo o tempo inquieta ou inquieto e rebulindo	☐	☐	☐
Ten, polo menos, un bo amigo ou unha boa amiga	☐	☐	☐
A miúdo pelexa con outras nenas ou outros nenos, abusa delas ou deles	☐	☐	☐
A miúdo séntese triste, chorosa ou choroso, desanimada ou desanimado	☐	☐	☐
Polo xeral gústalle ás outras nenas e aos outros nenos	☐	☐	☐
Distráese facilmente e perde a concentración	☐	☐	☐
Nerviosa ou nervioso, dubitativa ou dubitativo en situacións novas, perde facilmente a confianza en si mesma ou mesmo	☐	☐	☐
Amable cos nenos e coas nenas máis pequenas ou pequenos	☐	☐	☐
A miúdo mente ou fai trampas	☐	☐	☐
As outras nenas ou os outros nenos métense con el ou con ela ou abusan del ou dela	☐	☐	☐
Ofrécese a miúdo para axudar a outras ou a outros (nais, pais, profesorado, nenas, nenos)	☐	☐	☐
Pensa as cousas antes de facelas	☐	☐	☐
Rouba na casa, na escola ou noutro lugar	☐	☐	☐
Lévase mellor coas persoas adultas ca cos nenos ou coas nenas	☐	☐	☐
Ten moitos medos, asústase facilmente	☐	☐	☐
Fai as tarefas ata o final, ten boa concentración	☐	☐	☐

Sinatura da nai, do pai, da mestra, do mestre ou doutra persoa (indíquese, por favor):

Data: .....

8.3.4. Escala de impacto funcional de Weiss (WFIRS-P)

© M. D. Weiss - University of British Columbia (Canadá)

Nome e apelidos da nena ou do neno: _____ Data: _____
Persoa que responde (rodear): Pai Nai Outra: _____
Nome e apelidos da persoa que responde: _____

Por favor, rodee o número que mellor describe como lle afectaron á súa filla ou ao seu fillo os seus problemas en cada un dos aspectos descritos a continuación, ***durante o último mes.***

		Nada ou nunca	Algo ou ás veces	Bastante ou a miúdo	Moito ou moi a miúdo	Non aplicable
A	**Familia**					
1	Problemas cos irmáns e coas irmás	0	1	1	1	n / a
2	Discusións entre a nai e o pai por cousas relativas a el ou a ela	0	1	1	1	n / a
3	Restou tempo aos membros da familia para o traballo ou outras actividades	0	1	1	1	n / a
4	Ocasionou discusións familiares	0	1	1	1	n / a
5	A familia deixou de participar en actividades sociais ou con amizades	0	1	1	1	n / a
6	Fíxose difícil ter momentos nos que a familia gozase e puidese divertirse unida	0	1	1	1	n / a
7	Ser un bo pai ou unha boa nai resultou un traballo duro e difícil	0	1	1	1	n / a
8	Fíxose difícil atender debidamente aos outros membros da familia	0	1	1	1	n / a
9	Provocou situacións nas que houbo que berrarlle	0	1	1	1	n / a
10	Ocasionou gastos económicos	0	1	1	1	n / a
B	**Escola**					
	Aprendizaxe	0	1	1	1	n / a
1	Foi difícil conseguir que levase ao día as tarefas da escola	0	1	1	1	n / a
2	Precisou axuda extra na escola	0	1	1	1	n / a
3	Precisou apoio escolar	0	1	1	1	n / a
4	Recibiu notas inferiores á súa capacidade	0	1	1	1	n / a
	Comportamento	0	1	1	1	n / a
1	O profesorado dixo que causara problemas na aula	0	1	1	1	n / a
2	Recibiu castigos na aula	0	1	1	1	n / a
3	Tivo problemas no patio	0	1	1	1	n / a
4	Recibiu sancións ou adoptáronse medidas disciplinarias	0	1	1	1	n / a
5	Perdeu clases ou chegou tarde	0	1	1	1	n / a

		Nada ou nunca	Algo ou ás veces	Bastante ou a miúdo	Moito ou moi a miúdo	Non aplicable
C	**Habilidades da vida diaria**					
1	Uso excesivo da televisión, ordenador ou videoxogos	0	1	2	3	n / a
2	Dificultades no aseo e hixiene (manterse limpa ou limpo, cepillado de dentes, peiteado, etc.)	0	1	2	3	n / a
3	Problemas para prepararse para a escola	0	1	2	3	n / a
4	Problemas para ir á cama	0	1	2	3	n / a
5	Problemas coa alimentación (maniática ou maniático para comer, abuso da comida lixo)	0	1	2	3	n / a
6	Problemas para durmir	0	1	2	3	n / a
7	Feriuse ou levou golpes	0	1	2	3	n / a
8	Evitou o exercicio físico (sedentarismo excesivo)	0	1	2	3	n / a
9	Precisou atención médica	0	1	2	3	n / a
10	Tivo problemas para tomar medicamentos, para poñer vacinas ou facer análises de sangue, para ir a ou ao dentista	0	1	2	3	n / a
D	**Autoconcepto**					
1	Sentiuse mal consigo mesma ou mesmo	0	1	2	3	n / a
2	Rara vez se divertiu	0	1	2	3	n / a
3	Sentiuse infeliz de como ía a súa vida	0	1	2	3	n / a
E	**Actividades sociais**					
1	As e os demais fixéronlle burla ou metéronse con el ou con ela	0	1	2	3	n / a
2	Fixo burla ou meteuse cos demais	0	1	2	3	n / a
3	Tivo problemas con outras nenas ou nenos	0	1	2	3	n / a
4	Tivo problemas nas actividades extraescolares	0	1	2	3	n / a
5	Tivo problemas para facer novas amizades	0	1	2	3	n / a
6	Tivo problemas para conservar as amizades	0	1	2	3	n / a
7	Dificultades nas festas (non a ou o convidaron, non quixo ir, portouse mal)	0	1	2	3	n / a
F	**Actividades de risco**					
1	Deixouse levar facilmente polas e polos demais	0	1	2	3	n / a
2	Rompeu ou estragou cousas	0	1	2	3	n / a
3	Fixo cousas contra as normas ou a legalidade	0	1	2	3	n / a
4	A policía tivo que intervir en algo que fixo	0	1	2	3	n / a
5	Uso de tabaco	0	1	2	3	n / a
6	Uso doutras substancias	0	1	2	3	n / a
7	Fixo cousas perigosas	0	1	2	3	n / a
8	Fixo dano ás demais persoas	0	1	2	3	n / a
9	Linguaxe non apropiada	0	1	2	3	n / a
10	Conduta sexualmente non apropiada)	0	1	2	3	n / a

Media de puntuacións	
A. Familia	
B. Escola	
C. Habilidades da vida diaria	
D. Actividades sociais	
E. Actividades de risco	
TOTAL	

8.3.5. T-SKAMP

Nome da alumna ou do alumno: _____ Data: _____

Lea atentamente cada ítem sobre as dificultades que presenta a alumna ou o alumno e poña unha cruz (X) na columna que mellor as describe

Grao de dificultade	Non ten	Leve	Lixeira	Moderada	Importante	Moi severa	Extrema
Conduta na aula							
1. Comezar as tarefas, poñerse a traballar							
2. Manterse facendo o traballo durante o tempo establecido							
3. Atender as explicacións ou diálogos da aula							
4. Parar de facer o que estaba facendo e prepararse para a seguinte actividade							
5. Na interacción cos demais nenos e nenas							
6. Na interacción co profesorado							
7. Permanecer quieta ou quieto de acordo coas normas da aula							
8. Estar sentada ou sentado de acordo coas normas da aula							
Traballo escrito							
9. Rematar o traballo asignado							
10. Facer o traballo correctamente, sen erros							
11. Ser coidadosa ou coidadoso e limpa ou limpo nos traballos							
Xeral							
12. Cumprir as instrucións do profesorado							
13. Cumprir as normas do colexio							
Escriba a continuación, de ser o caso, outros dous aspectos diferentes nos que a alumna ou o alumno presenta dificultades							
14.							
15.							

8.4. Anexo IV. Criterios diagnósticos (DSM-IV-TR e CIE-10) Criterios diagnósticos para o TDAH segundo o DSM-IV-TR (APA, 2001):

A (1) o (2)

1. Seis (ou máis) dos seguintes síntomas de desatención persistiron, polo menos, durante 6 meses, cunha intensidade que é desadaptativa e incoherente en relación co nivel de desenvolvemento:

Desatención

- Non adoita poñer suficiente atención nos detalles ou comete erros por descoido nas súas tarefas escolares, no traballo e noutras actividades.
- Adoita ter dificultades para manter a atención en tarefas ou en actividades lúdicas.
- A miúdo parece que non escoita cando se lle fala directamente.
- Non adoita seguir as instrucións e non finaliza as tarefas escolares, os encargos ou as obrigacións no centro de traballo, sen que iso se deba a un comportamento negativista nin a unha incapacidade para comprender as instrucións.
- Adoita ter dificultades para organizar as tarefas e as actividades.
- A miúdo evita, desgústase ou é remiso en canto a dedicarse a tarefas que requiren un esforzo mental sostido, como, por exemplo, as actividades escolares ou as tarefas domésticas.
- Adoita extraviar obxectos necesarios para as tarefas ou para as actividades (por exemplo: xoguetes, exercicios escolares, lapis, libros ou ferramentas).
- Acostuma a distraerse doadamente por estímulos irrelevantes.
- Normalmente é descoidado nas actividades da vida cotiá.

2. Seis (ou máis) dos seguintes síntomas de hiperactividade-impulsividade persistiron, polo menos, durante 6 meses, cunha intensidade que é desadaptativa e pouco lóxica en relación co nivel de desenvolvemento:

Hiperactividade

- Adoita mover en exceso as mans e os pés ou remóvese no seu asento.
- Acostuma abandonar o seu asento na aula ou noutras situacións en que se espera que permaneza sentado.
- Normalmente corre ou salta excesivamente en situacións nas que non é apropiado facelo.
- Adoita ter dificultades para xogar ou para dedicarse con tranquilidade a actividades de ocio.
- A miúdo está en movemento ou actúa coma se tivese un motor.
- Acostuma a falar en exceso.

Impulsividade

- A miúdo precipita as respostas antes de que se acaben de formular as preguntas.
- Adoita ter dificultades para gardar as quendas.
- Acostuma a interromper ou a meterse nas actividades doutros.

B. Algúns síntomas de hiperactividade-impulsividade ou desatención que causaban alteracións estaban presentes antes dos sete anos.

C. Algunhas alteracións provocadas polos síntomas preséntanse en dous ou máis ambientes (por exemplo: na escola e na casa).

D. Deben existir probas claras dunha deterioración clinicamente significativa do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os síntomas non aparecen exclusivamente no transcurso dun trastorno xeneralizado do desenvolvemento, esquizofrenia ou outro trastorno psicótico, e non se explican mellor pola presenza doutro trastorno mental.

Criterios diagnósticos para o TDAH segundo a CIE-10:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidade para reparar nos detalles, xunto a erros, por descoido, nos labores escolares e noutras actividades.
2. Frecuente incapacidade para manter a atención nas tarefas ou no xogo.
3. A miúdo aparenta non escoitar o que se lle di.
4. Imposibilidade persistente para cumprir as tarefas escolares asignadas ou outras misións.
5. Diminución da capacidade para organizar tarefas e actividades.
6. A miúdo evita ou séntese marcadamente incómodo ante tarefas coma os deberes escolares, que requiren un esforzo mental mantido.
7. A miúdo perde obxectos necesarios para unhas tarefas ou actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Distráese facilmente ante estímulos externos.
9. Con frecuencia é esquecedizo no curso das actividades diarias.

Hiperactividade

1. Con frecuencia mostra inquietude con movementos de mans ou de pés ou removéndose no seu asento.
2. Abandona o asento na aula ou noutras situacións nas que se espera que permaneza sentado.
3. A miúdo corrica ou trepa en exceso en situacións non apropiadas.
4. Resulta inadecuadamente ruidoso no xogo ou ten dificultades para entreterse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Exhibe, de maneira persistente, un patrón de actividade excesiva que non é modificable substancialmente polos requirimentos do medio social.

Impulsividade

1. Adoita facer exclamacións ou responde antes de que se lle fagan as preguntas completas.
2. A miúdo é incapaz de gardar quenda nas colas ou noutras situacións en grupo.

3. A miúdo interrompe ou entremétese nos asuntos doutros.
4. Con frecuencia fala en exceso e non é quen de se conter ante as situacións sociais.

- O inicio do trastorno non é posterior aos sete anos.
- Os criterios deben cumprirse en máis dunha situación.
- Os síntomas de hiperactividade, déficit de atención e impulsividade ocasionan malestar clinicamente significativo ou unha alteración no rendemento social, académico ou laboral.
- Non cumpre os criterios para trastorno xeneralizado do desenvolvemento, episodio depresivo ou trastorno de ansiedade.

8.5. Anexo V. Modelos de informe

Cando un centro educativo teña fundadas sospeitas da posible existencia dun TDAH nun determinado alumno ou alumna e estime necesaria a intervención dos servizos sanitarios, entregaralles á familia, aos representantes legais ou as persoas gardadoras unha copia do informe psicopedagóxico, para o seu traslado aos citados servizos.

Cando se trate de trasladar aos servizos sanitarios información do seguimento psicopedagóxico de alumnado con TDAH, utilizarase o seguinte modelo:

INFORME DE SEGUIMENTO PSICOPEDAGÓXICO

Informe educativo, confidencial, que se entregará á familia, representantes legais ou persoas gardadoras para o seu traslado aos servizos sanitarios

1. Datos da alumna ou do alumno

Apelidos e nome: _____ Data de nacemento: _____

Centro Educativo: _____ Teléfono de contacto: _____

Ensinanzas que cursa: _____ Curso ou nivel: _____

2. Motivo do informe (seguimento dos servizos sanitarios)

3. Síntese da evolución psicopedagóxica desde a valoración anterior
(xuntar informes, se procede, do persoal orientador, do profesorado titor, do profesorado de PT e/ou AL)

4. Intervencións realizadas neste período
(psicopedagóxicas, curriculares, organizativas, familiares, etc.)

5. Coordinación con outros servizos

Profesionais que participaron na coordinación _____

_____

Acordos adoptados:

....., ... de ..... de 20 .....

A xefa ou o xefe do Departamento de Orientación,

ORIENTACIÓNS PARA CUBRIR O FORMULARIO

1. Ofrécense aquí, a modo de orientación, algúns dos aspectos que poden ir nalgúns dos puntos do formulario:

2. Motivo do traslado desta información
Debe especificarse a razón pola que se traslada esa información.

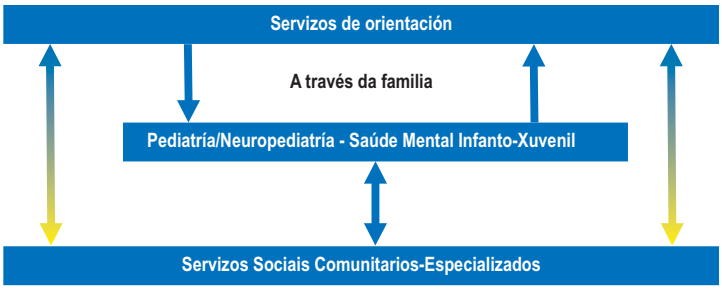
3. Síntese da evolución psicopedagóxica dende a valoración anterior (xuntar informes, se procede, do persoal orientador, do profesorado titor, do profesorado de PT e/ou AL)
Debe informarse dos aspectos significativos e xuntar, de ser o caso, aqueles informes do equipo docente que se estimen convenientes.

4. Intervencións realizadas neste período (psicopedagóxicas, curriculares, organizativas, familiares, etc.)
Informarase, segundo proceda, das intervencións:

- **Psicopedagóxica:** programas de prevención/intervención, técnicas de modificación de conduta, formación en habilidades sociais, educación emocional, etc.
- **Curricular:** reforzos educativos, adaptación curricular, metodoloxía, avaliación, materiais, etc.
- **Organizativa:** apoios dentro/fóra da aula, desdobramentos, agrupamentos flexibles, localización na aula, titoría entre iguais, información/asesoramento ao profesorado, unificación de criterios, aula de convivencia inclusiva e atención educativa, etc.
- **Familiar:** achega de pautas/criterios, entrevistas periódicas, asesoramento, axenda escolar, etc.
- **Outras:** especificar.

5. Coordinación con outros servizos
Especificaranse os profesionais que participaron na coordinación, os acordos adoptados e os compromisos nos ámbitos escolar, familiar, sanitario e/ou social.

PROCEDEMENTO PARA O TRASLADO DA INFORMACIÓN



Cando os servizos sanitarios atendan alumnado con TDAH entregaranlles á familia, aos representantes legais ou persoas gardadoras o informe sanitario que se detalla no seguinte modelo, para o seu traslado ao centro educativo:

INFORME CLÍNICO

Informe clínico, confidencial, que se entregará á familia, representantes legais ou persoas gardadoras para o seu traslado aos servizos educativos

1. Datos do paciente

Apelidos e nome: _____ Data de nacemento: _____

Centro educativo: _____ Teléfono de contacto: _____

Ensinanzas que cursa: _____ Curso ou nivel: _____

2. Xuízo diagnóstico

3. Anamnese e evolución

4. Tratamento farmacolóxico

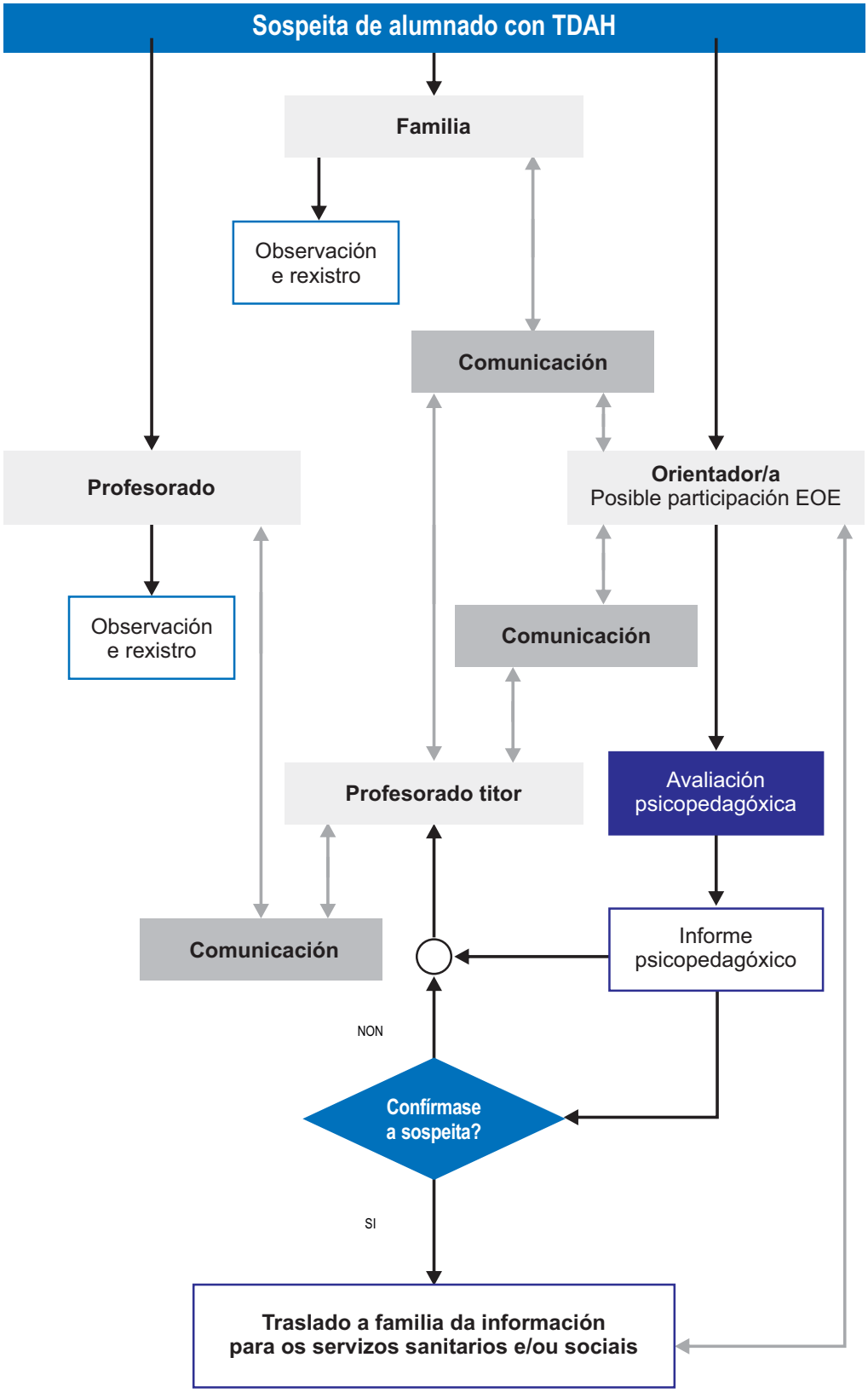
5. Recomendacións

Derivación a outro recurso ...

....., ... de ..... de 20 .....

O facultativo,

8.6. Anexo VI. Esquema da actuación ante un posible caso de TDAH.



8.7. Anexo VII. Recursos asistenciais saúde mental

EOXI da Coruña

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 2
    - USM I-X Hospital Teresa Herrera
    - USM I-X Hospital de Oza

- Unidades de S/M adultos: 10
    - USM O Ventorrillo I (O Ventorrillo, Castrillón, Arteixo)
    - USM O Ventorrillo II (Os Mallos, Oleiros e Sada)
    - USM O Ventorrillo III (San José, Casa do Mar)
    - USM Culleredo
    - USM Abente e Lago
    - USM Elviña
    - USM Cambre
    - USM Betanzos
    - USM Carballo
    - USM Cee

EOXI de Ferrol

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 1
    - USM I-X (en convenio coa Asociación Aspaneps)

- Unidades de S/M adultos: 3
    - USM Fontenla-Maristany
    - USM Caranza
    - USM Narón

EOXI de Santiago de Compostela

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 1
    - Hospital Clínico

- Unidades de S/M adultos: 7
    - USM As Fontiñas
    - USM Concepción Arenal
    - USM Conxo (A Estrada)
    - USM Conxo (Arzúa)
    - USM Noia
    - USM Barbanza (Hospital)
    - USM Lalín

EOXI de Pontevedra e do Salnés

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 1
    - Centro de saúde da Parda

- Unidades de S/M adultos: 3
    - USM Lérez
    - USM Mollabao
    - USM Vilagarcía

EOXI de Vigo

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil:1
    - Hospital Nicolás Peña

- Unidades de S/M adultos: 7
    - USM A Doblada - Xeral
    - USM A Doblada - O Meixoeiro
    - USM Coia
    - USM Nicolás Peña
    - USM Lavadores
    - USM Cangas
    - USM Valmiñor

EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 1
    - Hospital Santa María Nai

- Unidades de S/M adultos: 4
    - USM I Concello (un día á semana van ao Carballiño)
    - USM II A Ponte
    - USM Verín (Hospital de Verín)
    - USM O Barco (Hospital Comarcal de Valdeorras)

EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

- Unidades de S/M Infanto-Xuvenil: 1
    - Hospital Universitario Lucus Augusti

- Unidades de S/M adultos: 4
    - USM I Edificio administrativo antigo Hospital Xeral
    - USM II Edificio administrativo antigo Hospital Xeral
    - USM Monforte
    - USM Burela