



CASO PRÁCTICO TDA-H

FASE INICIAL DE DETECCIÓN

1. SOSPECHA DE TDA-H

- Niño de 10 años y 6 meses, de 4º de Educación Primaria.
- Derivado a EOEP por el tutor de Aula por problemas de conducta con desfase curricular. Problemas lecto-escritores a pesar de haber repetido

2. VALORACIÓN DEL NIÑO POR EOEP

2. A- ENTREVISTA PADRES:

Se entrevista, por parte del Orientador, a la madre, a la que se le informa de que se va a proceder al proceso de evaluación psicopedagógico.

En la entrevista obtenemos las siguientes informaciones, utilizando tanto el modelo de entrevista general reformulado por el Seminario Regional de Evaluación, como el específico para TDAH elaborado por el Seminario Regional de TDAH.

Historia del desarrollo:

Embarazo y parto sin incidencias destacables, excepto vómitos en el primer trimestre. La madre no dispone de información sobre APGAR. Pero dice que todas las pruebas dieron normales. Peso y Talla también normales. Tardó mucho en su dentición. Figura de apego durante su primera infancia: la madre. No ha tenido que ser hospitalizado. Desarrollo del lenguaje y la comunicación normalizados. Desarrollo motor: inicio de la marcha autónoma muy temprano a los 10 meses. Control de esfínteres adquirido sobre los dos años. Ha tenido las enfermedades típicas de la infancia. Vacunas reglamentarias. No ha tenido psicotraumas de importancia, ni alergias.

Actualmente, su desarrollo físico y su estado de salud general son buenos. Presenta síntomas de déficit de atención y un componente conductual impulsivo-hiperactivo. Tiene adquiridas las conductas básicas de autonomía acordes a su edad. En cuanto a sus hábitos de alimentación y de sueño actualmente son adecuados, la madre cuenta que de pequeño comía casi de pie y había que entretenerle, ahora come mas y mejor, pero que dado su estado de nervios lo quemaba todo, ya que esta muy delgado en comparación con lo que come.

Contexto Familiar

Pertenece a una familia integrada por el padre de 33 años, con estudios Primarios y que trabaja en la Agricultura, la madre de 32 años, con estudios Primarios incompletos y que también trabaja en la Agricultura y dos hijos el propio niño y su hermana de 5 años que va a Educación Infantil.

Hay mucha relación con la familia extensa y los abuelos y la tía han jugado un papel protagonista en su educación, ya que los padres pasan mucho tiempo fuera



trabajando. No hay un modelo claro de autoridad y las normas no están a veces lo suficientemente claras o no son consistentes por parte de todos los adultos de referencia.

A parte de jugar mucho en la calle al niño le gusta ver las tele o jugar con la video-consola. En el campo cuando sube a acompañarles es muy trabajador, va a la par que los mayores cuando colabora con estos, le gusta hacer pequeñas tareas y recados, aunque últimamente esta mas reticente y no las hace.

Tiene una estrecha relación con su primo que va a 6º, pues siempre han convivido casi como hermanos (se llevan poco mas de un año).

Además, en la entrevista realizada, la madre nos dice que:

Ha tenido muchos accidentes domésticos, por pequeñas heridas y quemaduras (le conocen en urgencias estas cosas, así como su pediatra y el encargado del botiquín del colegio)

Tiene dificultad cuando se le piden mas de dos ordenes sencillas... pues olvida y solo hace la primera o la ultima que se le dijo. Tiene una forma de ser muy infantil para la edad que va teniendo y a veces se frustra con facilidad y tiene una autoestima muy baja.

Es muy inquieto y en la familia no quieren quedarse a veces con él, por que se pelea mucho con sus primos. Dice la madre que como siempre ha sido tan revoltoso no podían llevarle a ningún sitio por que siempre quería salirse con la suya.

Tiene miedo a la oscuridad, durante la noche se despierta muchas veces... y hay que acostarse con él. De día juega en su habitación, pero de noche no.

De pequeño se soltaba a menudo de la mano de la madre y había que ir corriendo detrás de él. A veces parece que le gusta retar y desobedecer, para ver como reaccionan los demás.

2. B- CUESTIONARIO CONNERS PARA PADRES:

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

**ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES
Nada Poco Bastante Mucho**

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable.			X	
2. Es llorón/a.		X		
3. Es más movido de lo normal.			X	
4. No puede estarse quieto/a.			X	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).			X	
6. No acaba las cosas que empieza				X
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	



8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				X

TOTAL.....21

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
NADA = 0 PUNTOS.
POCO = 1 PUNTO.
BASTANTE = 2 PUNTOS.
MUCHO = 3 PUNTOS
- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:
 - Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.
 - Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

2. C- ENTREVISTA PROFESORES Y OBSERVACIÓN EN EL AULA:

Se mantiene una entrevista con el tutor de la que obtenemos la siguiente información

Historia escolar

No asistió a guardería, pues se quedaba con los abuelos y con su madrina. Se escolarizó desde el principio en el Colegio Público X (Educación Infantil: 3 años). Tuvo buena adaptación al colegio, aunque era muy inquieto desde el primer día y parecía que le hubieran puesto un motor decía su profesora, estaba integrado con su grupo de iguales. No presentó absentismo escolar.

En primero y segundo fue con una profesora, con la que el niño se ponía muy nervioso y ella se quejaba mucho de su conducta.

Es un niño con problemas a la hora de interiorizar las órdenes verbales o de hacer cualquier tipo de reflexión sobre la tarea. Es muy activo. Tiene problemas con la terminación de las tareas. Quiere terminarlas de cualquier forma, para poderse levantar y dejarlas.

En casa no hace los deberes, o si los hace es siempre con ayuda. La madre tiene que estar siempre encima para que los haga. Repitió 2º. Pero curricularmente sigue con desfase.

Tiene amigos en clase, a los que le gusta mucho llamar la atención con tonterías, aunque últimamente algunos se quejan de su comportamiento. Sus



rendimientos escolares a nivel curricular son bajos, y su conducta esta haciendo que su retraso sea cada vez mayor.

Observación en el aula:

Se observa en el aula y en los espacios comunes, nos podemos valer de la guía de observación realizada en el Seminario TDAH. Obtenemos la siguiente descripción de sus conductas aportadas por sus profesores/as:

A menudo hace las cosas mal por que no se fija y lo único que quiere es acabar, aunque sea de cualquier manera.

No reflexiona ni a nivel cognitivo ni conductual (irreflexivo).

Hace tontería, sin pensar en las consecuencias, solo quiere que sus compañeros le rían la gracia.

Reclama también constantemente la atención de la maestra.

En el patio tiene cada vez mas riñas y ya ha estado varias veces castigado por este motivo.

Si hace algún pequeño trabajo manual para el colé o con nosotros o para hacer algún regalo de confección personal: lo deja sin detalles y a medio terminar.

Se enfrenta a veces a los especialistas sobre todo, motivo por el que muchas veces acaba en la jefatura de estudios.

Es muy expresivo para todo, a veces puede ser exaltado o irascible si se le contradice y no pone freno a sus conductas aunque se le avise antes de que no son convenientes.

Tiene su estuche medio roto, suele perder los materiales o están sucios y arrugados.

Desde pequeño las profesoras anteriores decían que era muy nervioso y que no hacia caso y que estaba muy desmotivado, constantemente decía “no se” y “déjame en paz”. Parecía que no quería aprender o que pasaba de todas las explicaciones, también se le valora como un alumno extrovertido y creativo. Tan inquieto que a veces cuenta que no quieren llevarle con él algunos adultos de su familia.

Últimamente molesta mucho a los demás también dentro de las clases y está particularmente inquieto, tales conductas entorpecen su buen rendimiento académico y una buena conducta adaptativa en su contexto escolar y sociofamiliar, al no poder centrar la atención en las actividades que tiene que realizar, a pesar de tener un buen potencial cognitivo e intelectual.

Es “muy chulo” y a veces agrede a otros niños por que tiene textualmente “la mano muy larga”. Es muy prepotente y si se le contraria por algo suele empujar o ponerse violento. No tiene adquiridos hábitos de trabajo y su motivación hacia las tareas escolares es muy baja.

2. D- CUESTIONARIO CONNERS PARA PROFESORES:

ESCALA ESCOLAR DE CONNERS-REVISADA (EEC-R)

Farré A, Narbona J. Escalas de Cooners en el trastorno de atención e hiperquinesia: nuevo estudio factorial en niños españoles. Rev. Neurol 1991; 25:200-4.

En cuanto a la escala de Connors revisada de 20 ítems por Farré y Narbona, contestada por su tutora tenemos las siguientes puntuaciones:



		N	P	B	M
H	1. Tiene excesiva inquietud motora			X	
DA	2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				X
H	3. Molesta frecuentemente a los niños				X
DA	4. Se distrae fácilmente. escasa atención			X	
H	5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas				X
TC	6. Tiene dificultad para actividades cooperativas		X		
DA	7. Está en las nubes ensimismado		X		
DA	8. Deja por terminar la tarea que empieza				X
TC	9. Es mal aceptado en el grupo		X		
TC	10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				X
TC	11. Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada				X
TC	12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso			X	
H	13. Intranquilo, siempre en movimiento			X	
TC	14. Discute y pelea por cualquier cosa				X
TC	15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio			X	
TC	16. Le falta el sentido de la regla, "del juego limpio"		X		
H	17. Es impulsivo o irritable			X	
TC	18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros		X		
DA	19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				X
TC	20. Acepta mal las indicaciones del profesor				X
	N: nada 0.- P: poco 1. -B: bastante 2. -M: mucho 3.				

N: nada. P: poco. B: bastante. M: mucho

TOTAL:

44

N=0. P=1. B=2. M=3

Hiperactividad: cuestiones nº: 1,3,5,13 y 17.

12

Déficit de atención: cuestiones nº: 2,4,7,8 y 19.

12

20

Trastorno de conducta: cuestiones nº: 6,9,10,11,12,14,15,16,18 y 20.



	Hiperactividad	Déficit de Atención	H-DA	Trastornos conducta	EEC-Global
Media	4,41	4,15	8,56	4,41	12,97
Desvi. Típica	3,11	3,51	5,42	4,43	9,15
Punto de corte	10	10	18	11	30

Ante los indicadores de sospecha de TDAH, se procede a la Evaluación complementaria por parte del EOEP con la colaboración de sus profesores:

3. EVALUACIÓN POR EOEP

3. A- NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR:

Respecto a su nivel de competencia curricular, tiene un desfase de un ciclo, pues se puede encuadrar en el primer ciclo de educación primaria, no superando aun los objetivos y contenidos del 2º curso.

3. B- ESTILO DE APRENDIZAJE

En cuanto a su estilo de aprendizaje, según el modelo de Honey y Mumford (1992), de los cuatro posibles (activos, reflexivos, teóricos y pragmáticos), dadas las características descritas, tendría un estilo ACTIVO dado el modelo de estrategias cognitivas que utiliza, pues es predominantemente: Improvisador, Descubridor, Arriesgado y Espontáneo.

Por la entrada sensorial predominante su estilo es mas CINESTÉSICO ya que prefiere aprender a través de actividades manipulativas, haciendo pruebas, experimentando a través de objetos o de maquetas.

Las condiciones para el aprendizaje son bastante típicas de este tipo de niños: puesto que es bastante conflictivo, llama la atención del profesor constantemente y es muy disruptivo en la clase y con los compañeros, es desordenado, no acaba las tareas y es desatento y hace las cosas por ensayo-error o de forma aleatoria, en función de su estado de animo.

3. C- CAPACIDAD INTELECTUAL

Para la evaluación de su Capacidad Intelectual, recomendamos el WISC-IV por ser la que más datos aporta para valoración y para su posterior exploración clínica.

Resultados WISC-IV :

Test:		P.Directa	P.Escalar						
Cubos	CC	37	11		11		11	11,00	
Semejanzas	S	17	9	9			9	9,00	
Dígitos	D	13	8			8	8	8,00	
Conceptos	Co	17	10		10		10	10,00	
Claves	CI	34	7				7	7,00	
Vocabulario	V	35	10	10			10	10,00	
Letras y números	LN	13	6			6	6	6,00	
Matrices	M	19	9		9		9	9,00	
Comprensión	C	20	10	10			10	10,00	
Búsqueda símbolos	BS	20	9				9	9,00	
(Figuras incompletas)	FI	26			11		11	11,00	
(Animales)	An	53	7				7	7,00	
(Información)	I	16	9	9			9	9,00	
(Aritmética)	A	20	8			8	8	8,00	
(Adivinanzas)	Ad	14	10	10			10	10,00	
Totales					29	30	14	16	89
puntuación :					CV	RP	MT	VP	CIT

Edad Cronológica: 10 años y 6 meses.

Cociente Intelectual:

	Puntuaciones Escalares	Puntuación Compuesta	Percentil
Comprensión Verbal:	29	99	48
Razonamiento Perceptivo:	30	100	49
Memoria de Trabajo	14	82	11
Velocidad de Procesamiento	16	91	27
C.I. Total:	89	90	25

3. D- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (Fuera del flujograma del protocolo, pero útiles en el caso de que se sospechen comorbilidades, como pasa en el perfil elegido como práctica):

- **TEST DE ATENCION d2:** Muestra baja velocidad de procesamiento y déficit de atención selectiva y concentración mental



- En el **TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA** adaptación de Koppitzs CI = entre **85-120** Cociente intelectual situado en la banda psicométrica de la **inteligencia normal a normal alta**.
Se aprecian cuatro ítems emocionales que son la pronunciada asimetría de las extremidades, la figura pequeña, dientes y nubes, que apuntan a una personalidad insegura, con impulsividad y con problemas de coordinación psicomotriz fina. Vive a veces las figuras paternas como amenazantes. Estos datos también confirmarían su impulsividad motriz.

- Respecto al área grafica en el **TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER:**
Este tests explora el retraso y la pérdida de la función motriz de estructuración espacial, la maduración en está área y las deficiencias cerebrales orgánicas que pudieran existir.
Una mala puntuación denotan también a parte de la posibilidad de dificultades motrices, signos de secuelas de dificultades perceptivas o problemas emocionales graves.
Puntuación obtenida =26 . La mediana correspondiente a la edad de 10 años es de 38. El resultado puede interpretarse como indicativo de una **integración visomotora CLARAMENTE DEFICITARIA**.

- A nivel lector vemos en el **PROLEC (Batería de evaluación de los procesos lectores)** que tiene Dificultad leve a nivel de precisión y una velocidad muy lenta de lectura que junto a su dificultad lectora y una muy mala comprensión lectora la convierte en inoperante.

(Posteriormente, en el informe final, si se nos corrobora el trastorno, para elaborar el perfil de NEE y las Orientaciones pasaremos el resto de las que se han seleccionado en el Seminario TDAH)

- **EVALUACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD:**
 - **CONDUCTAS MOTRICES BÁSICAS:** No presenta dificultades destacables. Tiene una coordinación dinámica general normalizada, así como su equilibrio estático y dinámico. Su motricidad gruesa es adecuada a su edad.
 - **CONDUCTAS NEUROMOTRICES:** No se detectan dificultades significativas. Presenta una lateralidad derecha afianzada (podálica, manual, auditiva y visual). No se encuentran problemas de audición ni de visión.
 - **CONDUCTAS PERCEPTICO-MOTRICES:** Presenta dificultades en grafomotricidad. Su coordinación perceptivo-motriz está por debajo a la que corresponde a su grupo de edad cronológica.
 - **ESQUEMA CORPORAL:** Lo tiene adquirido, en sí mismo y pero mal en otra persona. Reconoce derecha e izquierda en sí mismo pero no en otra persona situada en frente de él. Ejecuta acciones del tipo “toca con la mano derecha la rodilla izquierda”.



- EVALUACIÓN DEL LENGUAJE. ANÁLISIS POR NIVELES LINGÜÍSTICOS

- NIVEL FONOLÓGICO: Normalizado.
- NIVEL SEMÁNTICO: Vocabulario adecuado a su grupo de edad. Fluidez verbal normalizada.
- NIVEL MORFOSINTÁCTICO: Elabora frases dada una palabra. Construye oraciones simples, construye oraciones cada vez más elaboradas y complejas.
- NIVEL PRAGMÁTICO: Su déficit de atención hace que sus habilidades sociales no sean adecuadas en determinados momentos. Manifiesta sus deseos y necesidades. Comprende órdenes complejas. Su discurso oral es elaborado y coherente.

4. INFORME DE DERIVACIÓN

4. A- AUTORIZACIÓN INFORMADA A LA FAMILIA:

Ante los indicadores de sospecha de TDAH, se aporta a la familia el resultado de las exploraciones iniciales y se proporciona una primera serie de recomendaciones a nivel educativo y socioafectivo sobre como tratar y mejorar el comportamiento y el rendimiento escolar y social de su hijo.

Además, se proporciona la información sobre el “*Protocolo de Coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*” así como el documento para firmar la autorización de desarrollo de dicho Protocolo y se le da el Informe de derivación con los resultados para que lo lleve a su Pediatra.

4. B- INFORME DE DERIVACIÓN AL PEDIATRA

Se elabora un escrito recogiendo los resultados de las pruebas de los diferentes tests, cuestionarios y una descripción de las conductas en el ámbito escolar y las recogidas del ámbito familiar, así como nuestra sospecha fundada del riesgo que tiene este niño de padecer TDAH y el posible sub-tipo, así como las comorbilidades que presenta en el ámbito escolar: en este caso Dificultades de Aprendizaje a nivel de lecto-escritura y trastorno de conducta de tipo oposicionista.

Por lo que se deriva al Pediatra que realice su valoración pertinente y, si lo estima oportuno en el caso, proceda el equipo de Salud Mental.



FASE INTERMEDIA DE DETECCIÓN-IDENTIFICACIÓN

Viene a consulta la madre del niño con un informe del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) en el que se sospecha posible TDAH.

Tras leer el informe se le da cita programada para que venga con el niño

1. VALORACIÓN DEL NIÑO POR PEDIATRA

A la segunda visita, vienen los padres y el niño. El pediatra abre en la historia informatizada (programa OMI-AP) un episodio nuevo: “niño hiperactivo” (código P22), con lo que se crea automáticamente el Plan Personal llamado “Detección TDA-H”.

. CIAP-2:

- P22: Sig/sin del comportamiento del niño (niño hiperactivo)
- P81: Trastornos hipercinéticos (hiperactividad, déficit de la atención, niño hipercinético)

Rellena los ítems correspondientes de las 4 pestañas del plan:

1. A- ANTECEDENTES

Antecedentes Maternos-obstétricos:

- Embarazo normal salvo hiperemesis gravídica en primer trimestre
- Tóxicos: tabaco (2-3 cigarrillos al día)
- Parto: 39 semanas. Eutócico. Apgar 9/10.
- Período neonatal: normal.

Antecedentes Familiares:

- Enfermedades cardiovasculares: no.
- Trastornos salud mental: madre depresión el año pasado
- Otras enfermedades familiares de interés: abuelo hipoacusia.

Antecedentes Sociofamiliares:

- Nivel de estudios del padre: primarios. Ocupación: agricultura.
- Nivel de estudios de la madre: primarios. Ocupación: agricultura.
- Conflictos: algunas discusiones entre los padres por el niño.

1.B- HISTORIA ACTUAL

- Motivo de consulta: sospecha TDAH
- Edad de inicio de los síntomas: 6 años.
- Hiperactividad: si.
- Inatención: si.
- Impulsividad: si.
- Ambiente: en casa, colegio y con los amigos.



- Otros trastornos: trastorno negativista-desafiante
- Rendimiento escolar: Malo. Curso escolar actual: 4º. Repitió 2º.
- Dinámica familiar: ve poco a los padres. Se enfada con la madre.
- Desarrollo psicomotor: normal.

1.C- EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA

- Peso: 25 kg. Talla: 134 cm. TAS: 100. TAD 70. Fr. cardíaca: 70 lpm
- Exploración física: normal.
- Exploración neurológica: normal.
- Audición: normal.
- Visión: normal.

1.D- CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Sospecha de otro trastorno o patología (diagnóstico diferencial): no
- Exploraciones complementarias: no.
- Cumple criterios TDAH: si (se pasa DMS-IV y cumple criterios)*.
- Informe a la familia: si
- Informe a EOEP: si
- Interconsulta a Salud Mental: si
- Informe de Salud Mental: (pendiente).

*** DMS-IV:**

1. CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN	SI	NO
a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.	X	
b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos.	X	
c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.	X	
d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones.		X
e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	X	
f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	X	
g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.	X	
h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	X	
i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.	X	



2. CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD		
a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.		X
b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	X	
c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.	X	
d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	X	
e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.	X	
f) A menudo habla en exceso.		X
3. CRITERIOS DE IMPULSIVIDAD		
g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	X	
h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.	X	
i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros	X	

RESULTADOS:

Cumple 8 de criterios de déficit de atención y 7 de 9 criterios de hiperactividad-impulsividad.

Cumple todos los criterios esenciales: Algunos síntomas se iniciaron antes de los 6 años, persisten en los últimos 6 meses, afectan a su vida cotidiana (casa, colegio, juegos) y sus relaciones sociales y familiares, llaman mucho la atención en comparación con otros niños de su edad.

Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental.

2. INFORMACIÓN A LA FAMILIA, INFORME DE PEDIATRA**2.A- INFORMACIÓN A LA FAMILIA**

Se informa a la familia que parece confirmarse el TDAH y que para profundizar más en el caso y poder ayudar a su hijo escolar y socialmente y mejorar la dinámica familiar es necesaria la valoración por los especialistas del Centro de Salud Mental, que indicarán las medidas (farmacológicas, psico-educativas, conductuales,...) oportunas para el caso, por lo que se va a derivar.

Antes de marcharse, se les comenta y se dan por escrito las recomendaciones para padres que aparecen en el Protocolo, y quedan para otra visita a ser posible con el informe de Salud Mental.



Se les entrega un pequeño informe para el EOEP y para Salud Mental Infanto-Juvenil (tipo P10, “plantilla” de OMI o en hoja de interconsulta): cumple criterios de posible TDAH.

2.B- DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Se hace la hoja de interconsulta para Psiquiatría de Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil, debiendo coger la cita en Administración del Centro de Salud y llevando consigo ese día el Informe del EOEP



FASE FINAL DE IDENTIFICACIÓN

Viene el niño acompañado por los padres al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil derivado por su pediatra de referencia, siendo el motivo de consulta: Sospecha de TDAH, por lo que se inicia la Fase de Valoración. Nos da la familia el informe realizado por EOEP y el pediatra

1. VALORACIÓN DEL NIÑO POR SALUD MENTAL

La Valoración es realizada por un@ de los facultativos del centro (psiquiatra o psicólogo). El mejor instrumento para el diagnóstico es LA HISTORIA CLINICA con las evaluaciones correspondientes .

1. A- ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: infecciones, toxemia, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, situación afectiva...etc.)-

Parto: duración, lugar de asistencia, maniobras especiales, sufrimiento fetal, anoxia, etc

Periodo Neonatal: estado del R. Nacido, lactancia y patrones de sueño.

Desarrollo psicomotor: logros psicomotores, deambulación

Lenguaje:

Control esfínteres, alimentación, aseo, vestido, sueño

Salud de la infancia: hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, convulsiones, alergias, infecciones, respiratoria, visión, audición, hiperglucemias, alteraciones del tiroides.,sueño, alimentación ,tratamientos farmacológicos .etc

1. B- CARÁCTER, CONDUCTA Y RELACIONES INTERPERSONALES

Carácter: nivel de actividad, distraibilidad, adaptabilidad, humor, repuesta a situaciones y personas nuevas.

Estado de bienestar o de disgusto, celos, terquedad, miedos

Conductas: responsabilidades, idea de peligro, tendencias antisociales, rebeldía, hurtos, fugas, temerario, hábitos tóxicos...etc.

Juegos y relaciones interpersonales:

tiempo libre, juegos, tv, videojuegos, actividades extraescolares ,amigos, capacidades de liderazgo, aislamiento ,relación con los padres, hermanos y otros familiares

1. C- ESCOLARIDAD

Edad de comienzo, actitud, adaptación, proceso de aprendizaje, cambios, retrasos, rendimiento escolar actual ,relaciones interpersonales entre compañeros y adultos del centro, asiste a comedor escolar ,exploraciones psicopedagógicas realizadas.

1. D- ANTECEDENTES FAMILIARES

Descripción de padres y hermanos. Dinámica familiar y modelos educativos



Dificultades de aprendizajes, de conducta y/o atención, hiperactividad
Otras enfermedades psicológicas, psiquiátricas o neurológicas
Árbol genealógico, si procede

1. E- EXPLORACION INDIVIDUAL CON EL NIÑO

Examen psicopatológico:

Cognitivamente: Atención disminuida ,baja autoestima, no valoración de la consecuencia de los actos, dificultades expresión de emociones ,de analizar y sintetizar la información, de planificar y organizar ,imaginar el futuro ,retraso en el aprendizaje,

Conducta-Afectividad: bajo control emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad, impulsividad

A nivel somático: Sincinesias,

A nivel social: dificultad de ajustes interpersonales con padres profesores y compañeros,

Además valoramos .El grado de conciencia de la sintomatología presentada, expectativas, si se relaciona con alguna situación, y que relación tiene con los familiares , los compañeros y maestros.

Evaluación cognitiva si procede.

Escalas de evaluación padres y profesores si procede.

1. E- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS MÉDICAS

Si proceden:

EEG: para descartar trazados epilépticos

ECG, tensión arterial y frecuencia cardiaca: Si hay antecedentes personales de enfermedades cardíacas

Pruebas hematológicas y bioquímicas para plantear el tratamiento farmacológico si se confirma el diagnóstico

2. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA TERAPEÚTICA:

Debe hacerse teniendo en cuenta, todos las evaluaciones reseñadas anteriormente

Teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial, otro alternativo o la comorbilidad con otras entidades nosológicas no psiquiátricas.

Es también necesario diferenciar los factores educativos o culturales que puedan provocar conductas y actitudes que se asemejen al TDAH.

En cuanto Diagnóstico diferencial lo haremos:

Trastorno oposicionista desafiante

Trastorno disocial.

Trastorno del aprendizaje, lectura,..etc.

Trastorno del humor.

Trastorno de ansiedad

Tde la Tourette.

Retraso mental.

T Generalizado del Desarrollo.



Las patologías no psiquiátricas pueden presentarse bien por etiología o por comorbilidad como son .Disfunción tiroidea ,Asma, Sordera adquirida ,Fragilidad del cromosoma X, neurofibromatosis tipo I, Síndrome de Wilian ,migraña ,epilepsia ,síndromes neurológicos ,tratamiento con fármacos antiasmáticos, antihistamínicos, corticoides..etc

Comorbilidad : Serian los trastornos de la conducta social ,depresivos, ansiosos ,del aprendizaje y TOC

El clínico debe buscar explicaciones alternativas ante la posibilidad de que los problemas académicos sean debidos a una deficiente escolarización, pobre motivación, forma de estudio inadecuada, problemas emocionales/o diferencias culturales y de lenguaje este caso hay que valorar la posible influencia de estos factores sobre el desarrollo psicopatológico del trastorno y la posibilidad de respuesta al tratamiento.

También hay que tener en cuenta los patrones de impulsividad, inatención y/o hiperactividad durante el desarrollo psicoevolutivo del niño. Así como el grado de cómo el trastorno está incidiendo en el aprendizaje.

Se confirma el Diagnostico de : TDAH

Se hace encuadre terapéutico

- Farmacológico si precisara.
- Cognitivo conductual
- Orientación familiar
- Recomendaciones de apoyos escolares si precisaran

Los padres o tutores legales, firman el consentimiento informado, para la coordinación con otros organismos, si procede

3. INFORMACIÓN A LA FAMILIA E INFORME A PEDIATRA Y EOEP:

Se le da a la madre un informe donde conste el diagnostico y el tratamiento a realizar

Se informa a los padres y se le explica al niño el porque de sus dificultades.

Se les dice que le hagan llegar una copia al pediatra y a los EOEP