



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA

**Apoyo en proyecto de investigación en la
clínica de adolescentes del Instituto
Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Muñiz. Características clínicas, cognitivas
y ambientales que predicen TDAH en
hermanos adolescentes**

INFORME ACADÉMICO POR SERVICIO SOCIAL

**Para obtener el título de
Licenciada en Pedagogía**

Presenta:

Lizbeth Moreno Arriola

Asesora: Mtra. Vilma Ramírez Bellorín

Ciudad Universitaria 2015





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Infinitas gracias, porque gracias a él llegue hasta aquí

A mi esposo:

Por acompañarme y brindarme su apoyo y ánimo en este proceso, comparto con él este logro.

A mis padres:

Por todo lo que me han dado, por su amor, por sus palabras, por sus consejos, por impulsarme a seguir siempre adelante. Gracias porque nunca me faltó nada

A mi hermana:

Que siempre creyó en mí, por su apoyo incondicional

A mi hermano:

Ya que de alguna manera él me inspiró para comenzar este proyecto

A mi asesora:

Por su tiempo, paciencia, disposición, acompañamiento y fuerza a pesar de todo

Índice

Capítulo I

1. 1Características generales de la institución

- 1.1. Características generales
- 1.2. Ficha institucional
- 1.3. Programa en el que se participará

Capítulo II

2. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH

- 2.2 Antecedentes
- 2.3 Etiología
- 2.4 Características generales del TDAH
- 2.5 Clasificación del TDAH

Capítulo III

3. El adolescente

- 3.1. Características (biológicas, psicológicas, sociales)
- 3.2. TDAH y el adolescente

Capítulo IV

4. Descripción de actividades desarrolladas

- 4.1 Etapas en las que se participó
- 4.2 Problemas enfrenados
- 4.3 Alternativas de solución
- 4.4 Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio social
- 4.5 Valoración crítica del servicio social

Conclusiones

Fuentes consultadas

Anexos

Introducción

El trabajo a desarrollar corresponde a la modalidad de titulación por Informe Académico de Servicio Social, que se realizó durante un año (marzo 2013-marzo 2014) en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que me brindó la oportunidad de participar en la clínica de adolescentes en varios proyectos de investigación principalmente en el programa de “Cognición, inteligencia emocional, experiencias medio-ambientales, género y resiliencia en TDAH Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”

La visión de un trabajo multidisciplinario e integral es lo que despertó el interés en participar en este proyecto de investigación, en conjunto con profesionales en otras áreas de conocimiento como son los Médicos Psiquiatras, Psicólogos y Pedagogos tenemos la capacidad de intervenir y generar propuestas en este proyecto desde diferentes formas de percibir el objeto de estudio lo que hace a esta investigación rica e integral.

Como pedagoga me compete el ámbito educativo dentro de este proyecto, por lo que intervino en aspectos como es el proceso de aprendizaje de los adolescentes a partir de sus contextos, por un lado, por otro lado el apoyo en la psicoeducación y elaboración de talleres.

Abordar la problemática del TDAH en los adolescentes desde una perspectiva meramente educativa no es adecuado, ya que deja de lado otros factores que no son tomados en cuenta como lo biológico, lo médico y lo psicológico, en este sentido es importante la intervención de cada experto en diferentes áreas de conocimiento. Este espacio me permite mostrar la pertinencia de la Pedagogía en los diversos ámbitos que permea el TDAH: social, afectivo, psicológico y por supuesto educativo.

Este informe contiene el trabajo de un año dentro del instituto, la temática principal es el TDAH en el adolescente por lo que a continuación presento de manera general el contenido de cada capítulo y su estructura.

El capítulo I titulado “Características generales de la institución”, básicamente describe la estructura, composición y organización de la institución, así como la razón social y su filosofía institucional. Esta descripción con el fin de contextualizar el trabajo en otros capítulos.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH, así se titula el segundo capítulo donde de manera general se tratan aspectos fundamentales del TDAH, como son los antecedentes, la etiología, las características generales y cómo se clasifican.

Como todo el proyecto gira en torno al trabajo con adolescentes es pertinente describir las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan durante la etapa de la adolescencia. Por ello el Capítulo III se enfoca en el Adolescente y se describe cómo se relaciona el TDAH y el adolescente.

El cuarto y último capítulo se desarrolla detalladamente las actividades que realice en el instituto, describe las etapas en las que se participó, así como el grado de avance de los proyectos, los problemas enfrentados, las alternativas de solución a estos, y la valoración crítica.

Capítulo I

Características generales de la institución

1.1 Características de la institución

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la Salud Mental.

El Instituto tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia.

Debido a la necesidad de ampliar sus funciones y en respuesta a las gestiones del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia al importante aspecto de la Salud Mental.

En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, considerando que era necesario sustituir al CEMESAM, por un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desórdenes mentales y de Salud Mental, con la finalidad de generar soluciones adecuadas.

En la primera etapa de “gestación” bajo la dirección de su Fundador, se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y sin perder la

perspectiva social. En palabras de su Director, se buscó “mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social,... para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes.” (Ramón de la Fuente, 2006).

El reto más importante de esos años, fue hacer posible la investigación en salud mental en México, y crear un espacio en donde pudiera llevarse a cabo.

“En 1979, junto con un grupo de colegas y alumnos, pensamos que había llegado el momento de fundar un instituto de investigación y de formación de personal en todos los niveles. Desarrollamos el Instituto con laboratorios de investigación básica y clínica, así como un área de estudios epidemiológicos; y sólo después construimos el hospital. Temía que las demandas de la clínica absorbieran los recursos. Sabía que la clave para mantener el Instituto a la vanguardia estaba en la investigación” (Ramón de la Fuente, 2006).

En 1988, se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto del Instituto Mexicano de Psiquiatría que le da un instrumento jurídico y el Doctor Ramón de la Fuente, es nombrado como su Director General por dos períodos (1988-1998). El Instituto después cambiaría su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su Fundador el 26 de mayo de 2000.

Las palabras del Doctor de la Fuente, en ocasión de la primera reunión de Investigación y Enseñanza el 11 de Agosto de 1982 fueron:

“Comenzaré por mencionar dos ideas generales que orientaron nuestros trabajos. Una, es que los desórdenes mentales y la salud mental sólo pueden ser abordados, tanto en su estudio como en su manejo y prevención, dentro de un marco conceptual que permita tomar en cuenta sus componentes biológicos y psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales. Otra es que deben abordarse en forma prioritaria, los problemas que afectan más grave y extensamente a la población del país”

En la segunda etapa 1998-2008 se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica. Este proyecto estuvo, a cargo del doctor Gerhard Heinze, un clínico sobresaliente quien entendió que la vanguardia podría mantenerse si el Instituto era capaz de ofrecer servicios de excelencia y formar a los médicos que llevasen los modelos de atención desarrollados y evaluados en el Instituto, a servicios en las que se integrarían al terminar su educación formal. Durante esta etapa sobresale la creación de clínicas especializadas en diferentes desórdenes y se construye un edificio para albergarlas. Se procuró el equilibrio entre la atención de la demanda y la investigación y la enseñanza, a fin de darle a cada una su lugar. (Antecedentes Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, recuperado [19/04/15] <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>)

1.2 Ficha institucional

Nombre Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Ubicación Calzada México Xochimilco No. 101 Delegación Tlalpan, Distrito Federal **Subsidio** Los recursos financieros del Instituto provienen en su mayoría, de aportaciones del Gobierno Federal. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología financia una parte de los proyectos y del equipo con el que operan los laboratorios de investigación.

El Programa Universitario para la Investigación en Salud, que ha sido una fuente auxiliar de financiamiento, también ha aportado recursos para adquirir materiales y equipo. Algunas instituciones privadas aportan becas, reconocimientos y estímulos para médicos residentes y varias firmas farmacéuticas contribuyen con becas para la formación de clínicos e investigadores.

Algunos proyectos de investigación se llevan a cabo por convenio con otras instituciones, como el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de México, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, y la Secretaría de

Educación Pública. La Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han apoyado algunos de los proyectos. (Financiamiento Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, recuperado [19/04/15] <http://www.inprf.gob.mx/inprf/financiamiento.html>)

Filosofía institucional (misión, visión y valores)

○ **Misión**

Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.

○ **Visión**

Consolidarse como centro líder en neurociencias, investigación clínica, epidemiológica y social, de atención y docencia, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental, incluyendo las adicciones.

○ **Código de integridad, ética y valores**

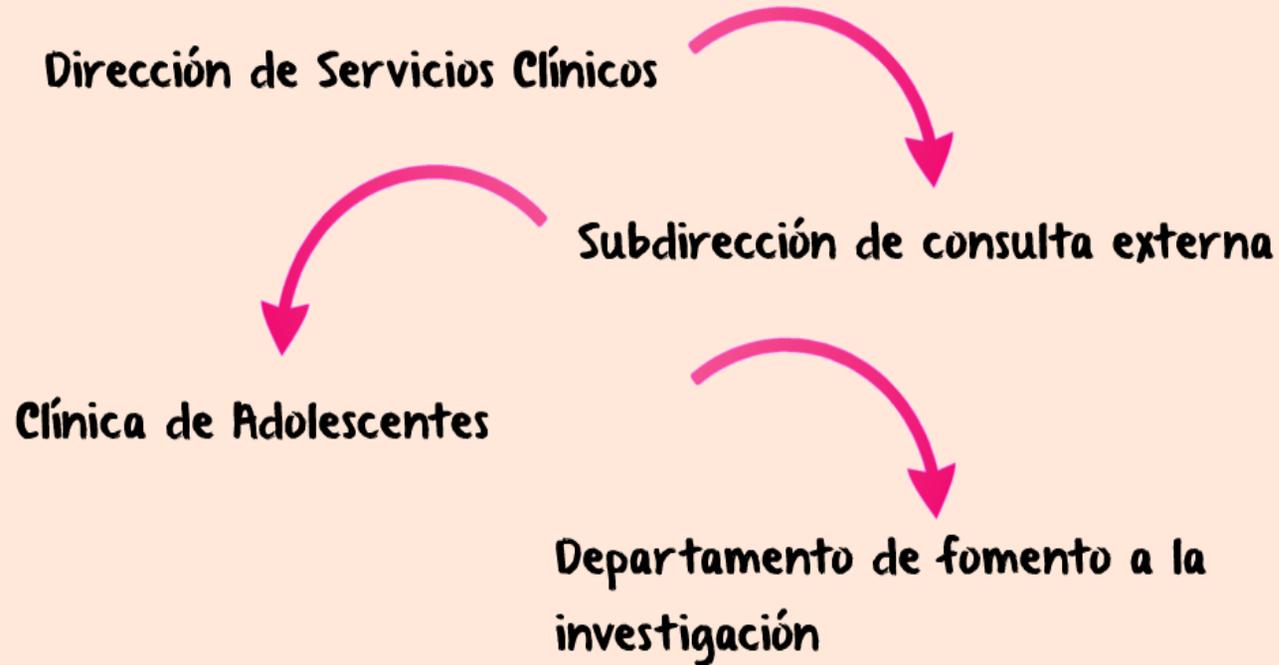
En el Instituto, el comportamiento honrado y la ética son parte fundamental del trabajo que en él se desarrolla como una parte esencial de su actividad, tiene los siguientes valores:

- ✓ Trato Digno
- ✓ Calidad
- ✓ Respeto
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Honestidad

ORGANIGRAMA

Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramon de la Fuente Muñiz"

Dirección General



La presente imagen muestra el organigrama específico del área en la que trabajo y el proceso que tiene que pasar para que un paciente llegue ahí

Actualmente, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales) enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa. Todas las áreas trabajan para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo 2008-2013 (Estructura Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, recuperado [19/04/15] <http://www.inprf.gob.mx/inprf/index.html>):

- Integración multidisciplinaria en la investigación.
- Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica.
- Atención basada en los resultados de investigación.
- Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.
- Traducción de los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
- Mantenimiento de un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y que busque el desarrollo de su personal en todos los niveles

1.3 Programa en el que se participó

Quiero señalar que cuando inicié el servicio social entré con el programa de *“Cognición, inteligencia emocional, experiencias medio-ambientales, género y resiliencia en TDAH Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”* en el cual participe todo el año, sin embargo se abrió la oportunidad de participar en otros proyectos de investigación y en otras actividades. Por lo tanto en este trabajo informaré las actividades y programas en los que participé, principalmente el programa relacionado al trabajo con adolescentes y TDAH.

Este proyecto tiene como objetivo conocer ¿Por qué un adolescente puede presentar el TDAH y su hermano adolescente no? En diversos estudios ha encontrado que en general la adversidad psicosocial, y en particular la clase social baja, la psicopatología materna, el nivel alto de conflicto y la disfunción familiar incrementan el riesgo de presentar TDAH y la morbilidad asociada independientemente del género y otros factores, aunque en cuestión de género se mostró que para este trastorno son más vulnerables los hombres. (Biederman, 1996)

Con base en lo anterior podemos señalar que existen varios factores que pueden ser estimulados para que se presente el TDAH en el proyecto en el que participé se tomaron en cuenta y midieron los siguientes factores.

- Factores afectivos
- Experiencias medio-ambientales
- Cognitivos (funciones ejecutivas)
- Género
- Inteligencia emocional
- Resiliencia
- Factores perinatales
- Adversidad Psicosocial

El proyecto se decidió realizar en los pacientes adolescentes porque aunque sabemos que el TDAH se puede detectar a temprana edad, también se puede presentar en diferentes etapas de la vida, esto de acuerdo con diversos cambios que se presenten en ella y qué mejor que la adolescencia, en donde la resiliencia, la inteligencia emocional y la madurez conductual entre otras cuestiones son factores altamente cruciales para desarrollar el trastorno hasta esta etapa.

A pesar de la evidencia científica que señala distintos factores medioambientales (disfunción familiar) y biológicos (heredabilidad del 75%) y que se relacionan con el TDAH, se sabe que en familias de pacientes con este trastorno, se pueden encontrar hermanos sin TDAH o sin psicopatología. (Yang, 2011)

Justo en esto consiste la investigación en conocer ¿Qué es lo que hace que un adolescente presente el TDAH y su hermano adolescente no lo presente?

Capítulo II

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH

2.1 Antecedentes

El TDAH no es un fenómeno contemporáneo, fue descrito por primera vez en la una publicación científica en el año 1902, en la literatura existen descripciones de niños que corresponden a lo que hoy denominamos TDAH desde mucho antes, grandes personalidades como Albert Einstein, Galileo Galilei, Thomas Alva Edison, Leonardo Da Vinci, W. Amadeus Mozart, entre otros, pudieron haber padecido TDAH. (Mendoza, 2003)

En el siglo XIX, en 1854, el médico alemán Heinrich Hoffman, mencionó un caso, “El intranquilo Phyllis” que se caracterizaba por la inquietud motora; síndrome que en la actualidad es conocido como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH). (Barkley, 1999) Varios autores como Barkley (1999) Schachar (1991), Moyano (2004) y Benavides (2004) indican que las investigaciones realizadas en 1900 por el pediatra británico George Frederic Still, representan los primeros estudios científicos al respecto. Still denominó al comportamiento de veinte infantes, que se manifestaban agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina excesivamente apasionados o emocionales, como “defecto de control moral”, ya que los niños estudiados aun cuando manifestaban dificultades académicas serias no evidenciaban un impedimento general del intelecto, ni un trastorno físico. (Schandar, 1991)

Entre los años 1918 y 1924, pasando la Primera Guerra Mundial, surgió en Inglaterra una epidemia de encefalitis letárgica; algunos de los niños que sobrevivieron presentaron secuelas serias en su conducta y capacidad cognitiva que se definieron como “impulsividad orgánica”. Debido a esto se llevaron a cabo observaciones sobre las alteraciones conductuales que se presentaban en los niños afectados por encefalitis, encontrándose que los niños padecían este proceso inflamatorio cerebral desarrollaban con el tiempo y de por vida trastornos como conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse en

actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, todo esto sin privación alguna de sus capacidades intelectuales

Se realizaron diversas investigaciones acerca de medicamentos que podrían apoyar a las personas que padecían problemas de conducta e hiperactividad en la década de los 30's, fue hasta 1950 en Estados Unidos, Charles Bradley fue el primero en usar anfetaminas, específicamente para su tratamiento, descubriendo que al administrar estimulantes a un grupo de pacientes que presentaban hiperquinesia e inatención respondían satisfactoriamente presentando mejorías en el rendimiento escolar y conducta dócil. (Moyano, 2004)

Con base en los estudios realizados por Werner, Lehtinen y Strauss entre 1940 y 1950, se especuló que la presencia de hiperquinesia podría ser considerada como un indicador de daño cerebral. Se analizaron a niños con retraso mental, divididos en dos grupos: los que presentaban algún trauma neurológico y los que su problema parecía ser hereditario. En dicha investigación se observó que los niños con lesiones cerebrales se mostraban distraídos, nerviosos, inquietos, desinhibidos, provocadores y excesivamente activos. Con base en lo anterior se argumentó que todas las lesiones cerebrales eran seguidas de una clase similar de trastornos de la conducta.

En 1947 a partir de las publicaciones de "*Psicopatología y educación de los niños con daño cerebral*" y hasta los años setenta se utilizó el concepto de disfunción cerebral mínima o lesión cerebral mínima.

En 1957 Laufer, Denhoff y Solomons sostuvieron que la hiperactividad era un daño neurológico que se manifestaba por la incapacidad de manejar la llegada de un exceso de estímulos periféricos a la corteza motora. La popularidad de esta teoría contribuyó para que se replantearan el concepto de daño cerebral mínimo y se planteó como síndrome de impulso hiperquinético. Se incrementó el uso de estimulantes para el tratamiento de la hiperactividad. (Elías, 2005)

El Metilfenidato o Ritalin fue utilizado por primera vez en 1961 y en 1962 se cambió el concepto de *daño cerebral* por el de *disfunción mínima*; sin embargo,

con base en la teoría de Laufer y colaboradores surgieron dudas acerca de lo acertado del concepto ya que en ocasiones no se presentaba un historial que indicara que el daño cerebral existía, por otra parte, el término causó malestar en algunos sectores sociales. De este modo surgieron los términos *síndrome del niño hiperactivo o reacción hiperquinética de la infancia* (Benavides, 2004)

En 1966 el síndrome hiperquinético contaba con una lista de síntomas entre los que destacaban:

- Hiperactividad
- Dificultades perceptomotoras
- déficit en la coordinación general
- desorden de atención
- impulsividad,
- desorden de la memoria
- dificultades del habla y la audición
- irregularidades neurológicas.
- labilidad emocional o trastornos específicos de aprendizaje

A este listado Clements agregó el último aspecto labilidad emocional o trastornos específicos de aprendizaje. (Benavides, 2014)

En 1968 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) incluyó una definición en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), donde se consideró a la “reacción hiperquinética de la infancia” como un desorden caracterizado por

- sobreactividad
- inquietud
- inatención
- lapsos de atención cortos (sobre todo en niños pequeños, pero se creía que estos síntomas desaparecían en la adolescencia).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la novela revisión de la “Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento” (CIE-9) subrayó aquellos trastornos caracterizados principalmente por un deterioro severo de la concentración y les dio el nombre de Desorden hiperquinético.

En 1980 surgió una nueva versión del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DMS-III), en donde por vez primera se adopta un enfoque fenomenológico. Se menciona una serie de síntomas similares a las características antes descritas, dándole el término de “trastornos por déficit de atención” (TDA) y subdividiéndolo en: TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad. (DSM-III, 1984)

En el DSM-III para hacer el diagnóstico se requerían al menos tres de cinco síntomas de inatención, tres de seis síntomas de impulsividad y al menos dos de cinco síntomas de hiperactividad; otra condición contemplaba que para realizar el diagnóstico la sintomatología debía haberse presentado antes de los siete años y durar al menos seis meses. (DSM-III, 1984)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) fue revisado en 1987. Así surge el DSM-III-R donde se establece un vínculo entre el déficit de atención y la hiperactividad, y se le reconoce como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), no se señalaron los subtipos. (DSM-III, 1987)

Las investigaciones, relacionadas con el uso de medicamentos para ayudar a quienes padecían problemas de conducta e hiperactividad, dieron como resultado que, para la década de 1970, el uso de fármacos, en particular de estimulantes, se convirtiera en el tratamiento más popular para atender el TDAH. (DSM-III, 1987)

En 1992 la OMS en el CIE-10 define nuevamente a esta entidad como síndrome hiperquinético, haciendo énfasis en la presencia observable de niveles anormales de inatención e hiperactividad. Por otro lado rechaza la existencia del síndrome cuando este se encuentra asociado con otros trastornos como ansiedad o desordenes del estado de ánimo

En 1992 se publica el DSM-IV, donde se retoma y se divide al trastorno en tres subtipos:

- a. TDA-H
- b. TDA-H predominantemente impulsivo-hiperactivo
- c. TDA-H combinado.

En el DSM-IV se reconoce que el trastorno puede persistir hasta la edad adulta. (DSM-IV, 1995)

En junio del 2000 se publicó el DSM-IV-TR, con el fin de actualizar tomando en cuenta avances médicos que habían surgido en años recientes y por otro lado identificar y corregir algunos errores del DSM-IV.

2.2 Etiología

Sería muy ambiguo pretender pensar que solo hay un factor o condición que predice el TDAH, no existe una sola causa para que se presente el trastorno, los expertos en la temática han agrupado todos los factores y condiciones que pueden influir para que se presente este trastorno.

Factor genético

Expertos comentan que existen estudios realizados en los familiares de niños con TDAH los cuales afirman que los hermanos de niños con TDAH son de cinco a siete veces más propensos a desarrollar este trastorno, en comparación con los niños que no cuentan con antecedentes familiares en este aspecto.

De acuerdo con Mayer (2007), cuando un niño tiene un pariente con TDAH, el riesgo de presentarlo aumenta entre más cantidad de genes comparte entre si y esto sucede con los de segundo grado (abuelos, tíos, sobrinos, y medios hermanos) baja el riesgo debido a que con ellos solo comparten en 50% de la carga genética. Al respecto, el DSM-IV-TR (2002) ha señalado que el TDAH es más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de niños con este trastorno, que en la población general.

Relacionado con los factores genéticos, si un niño tiene TDAH, el 76% de la causa de que lo tenga es genética, y no precisamente que sus hijos tiene un 76% de riesgo de desarrollar un TDAH.

En cuanto al riesgo que un hijo de padre o madre hiperactivos presenten el trastorno es de hasta un 57%, del mismo modo, los familiares de niños con TDAH tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo- compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias.

Hallazgos recientes han demostrado que los niños con padres con TDAH tienen riesgo entre 2 y 8 veces de presentar TDAH con respecto a la población en general, igualmente se calcula que el riesgo para un niño de sufrir trastornos, si alguno de los padres lo presenta es de 57%. Los resultados de otras investigaciones señalan que del 55% al 92% de los casos que presentan TDAH es a causa de los genes maternos o paternos. (Biederman, 1996)

Factores Neuroquímicos

Diversas investigaciones señalan que las personas con TDAH presentan una alteración en la cantidad y balance de la dopamina y noradrenalina. La alteración consiste en que la liberación de dopamina la cual es responsable de los procesos de activación/inhibición motora (es decir que actúa como un sistema que elimina los movimientos necesarios para de esta manera modular la atención focalizada a la vez facilita el comportamiento motor guiado), mientras que la noradrenalina es responsable de la alerta sensorial y de modular cambios rápidos de atención sobre todo los ligados a la visión periférica (Opera como un sistema de reacción rápida que capta la atención y alerta en situaciones de peligro o emergencia); lo cual explicaría que la deficiencia de los dos neurotransmisores hace difícil que el organismo mantenga la estimulación adecuada de las neuronas lo que se refleja en un estado de hipervigilancia en el cual las personas, reaccionan de forma exagerada a estímulos sensoriales. (Miranda, 2011)

Factores Biológicos

Anteriormente se pensaba que el TDAH se debía a factores traumáticos perinatales, sin embargo la relevancia debido a estos factores oscila entre el 9% y 20%. Investigaciones señalan que el desarrollo cerebral en el vientre materno necesita del eficaz acomodo de neuronas jóvenes que viajan desde el tubo neuronal hasta el área donde finalmente se instalarán ya ubicadas ahí, las neuronas realizarán conexiones sinápticas con otras a lo largo de toda su vida, siendo más abundantes durante los primeros años (De la Garza 2005)

El aspecto biológico se puede ver afectado por los siguientes factores

Consumo de Alcohol, abuso de drogas, tabaquismo e intoxicación crónica por plomo durante la gestación, lo cual tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central del feto. Por otro lado, con respecto a la ingesta de alcohol los efectos que el alcohol causa en el feto varían de acuerdo con la dosis, puesto que el TDAH es más severo cuando la madre ingiere a lo largo del embarazo que cuando esta interrumpe su consumo a mitad de la gestación

En lo que concierne al consumo de cocaína en el periodo prenatal, el estudio de Fierro y Demsey (Van-Wielenk 2004) menciona que es considerado una causa potencial del TDAH.

En cuanto a las complicaciones en el embarazo y parto, el TDAH se debe a factores prenatales y perinatales en un rango de 9% a 20%. Las madres con niños con TDAH muestran mayor número de complicaciones en el embarazo y el parto; algunas de estas son: toxemia, hemorragias, eclampsia, amenaza de parto prematuro, sufrimiento fetal, problemas de salud de la madre, infecciones virales, mala alimentación, anoxias, o hipoxias prolongadas, etcétera, las cuales pueden causar lesiones cerebrales en diversos momentos críticos del desarrollo (el parto, durante y después de este) y por lo tanto son factores de riesgo vinculados al TDAH. Con respecto al nacimiento prematuro el riesgo de presentar TDAH de subtipo hiperactivo es alto y que la prevalencia será más intensa entre menos semanas de gestación y peso al nacer tenga el niño. (Pascual, 2008)

El TDAH es diagnosticado con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, con una razón de 3 a 1 en contextos clínicos. Esta diferencia puede ser atribuida al menos en parte a un sesgo de referencia, debido a que las mujeres pueden ser menos disruptivas y tienen mayor probabilidad de reunir criterios para el subtipo inatento de este trastorno. (Biederman, 2005)

En los últimos años ha aumentado la evidencia sobre el impacto negativo del TDAH en el bienestar de los niños y adolescentes y en su capacidad para el funcionamiento diario. (Miranda, 2011)

El factor biológico es uno de los más fuertes puesto que cuenta con un amplio número de investigaciones que lo sustentarán, cabe mencionar que en la mayoría de las investigaciones los resultados se inclinan a contemplar tres o más de los elementos anteriores el riesgo de padecer TDAH

Factores Ambientales

En los factores ambientales se sugiere tomar en cuenta diferentes variables ambientales para explicar el origen del TDAH, haciendo aclaración que éstas no son las causantes directas, pero que si influyen el desarrollo y curso de las sintomatología, ya sea de manera positiva o negativa, lo cual a su vez afecta el pronóstico de los problemas comportamentales e interpersonales. Dentro de los componentes ambientales también se encuentran los trastornos del desapego, el respaldo de los logros educativos; la calidez, los niveles de conflicto familiar, el consumo de sustancias por parte del cuidador, así como el trauma por maltrato infantil y todo lo que conlleva la adversidad psicosocial. (Rickel, 2007)

Es importante destacar que se trata de un fenómeno clínico que tiene una etiología combinada y distinta entre las personas que lo presentan y, aunque predomine la influencia biológica y genética, no podemos dejar de lado los factores prenatales y perinatales; ambientales, neuroquímicos y neurobiológicos en pro de acercarse al origen de este y que esto sirva de base para elegir tratamientos de acuerdo a las características de cada caso.

Para el riesgo relativo de TDAH según causa.

Factores Involucrados en la Etiopatogenia del TDAH	Riesgo Relativo (RR) Condición RR (número de veces que multiplica el riesgo)
Genética (padre afectado)	5.0 a 8.2
Genética (hermano gemelo afectado)	12 a 16
Genética (familiar segundo grado: tío, primo)	2.0
Adversidad psicosocial	4.0
Bajo peso al nacer	3.2
Consumo de tabaco (de la madre) durante el embarazo	2.9
Consumo de alcohol durante el embarazo	2.3
Trastorno de conducta en los padres	1.3
Consumo de drogas durante el embarazo	1.2
Nivel socioeconómico	1,15
Edad de la madre	1.05
Cociente intelectual de los padres	1.05

*Modificado de Soutullo y cols

2.3 Características generales del TDAH

Diversos estudios han dado a conocer que el TDAH, es un problema de salud mental, el cual es notado frecuentemente en la infancia. Este trastorno es caracterizado por una escasa capacidad para prestar atención a una tarea concreta durante un periodo prolongado, suelen ser hiperactivos, inquietos, desorganizados impulsivos y lentos para desarrollar habilidades sociales. A menudo se observan conductas oposicionistas desafiantes y agresivas. (Vallejo, 2010)

En la actualidad, es bien sabido que el TDAH es un trastorno de origen biológico con varios factores que influyen, caracterizado por la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Con respecto a esto, el TDAH es un cuadro sindromático heterogéneo desde el punto de vista clínico, que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter positivo. (Fernández, 2000)

La atención, la impulsividad y la hiperactividad son conocidas como la triada sindromática básica del TDAH y debido a que estas características se ven reflejadas en diferentes comportamientos y problemáticas en el niño e interfieren en su proceso de aprendizaje, es fundamental analizar la forma en que estos afectan en todas las áreas de su vida. (Gratch, 2001)

La atención, es un proceso psicológico que implica variedad de fenómenos cognitivos y conductuales. Debido a que implica distintos mecanismo dentro del proceso, la atención tiene un carácter multidimensional lo cual determina que un comportamiento inatento o la falta de atención involucran una amplia gama de conductas, como la falta de persistencia en actividades o trabajos en la casa o en la escuela. Así como la carencia de organización y orientación en la realización de una tarea relevante o aburrida para el niño pero que es necesaria, sobre todo en las clases. La falta de motivación y la falta de atención sostenida en una tarea o para mantener el estímulo durante un periodo de tiempo son conductas que

características de los niños que presentan un comportamiento inatento. (Ruiz, 2005)

La inatención se manifiesta comúnmente en situaciones donde se requiere poner atención durante un periodo de prolongado, como la realización de una tarea o en la clase, es casual que las personas que presentan la falta de atención cambien de actividad continuamente sin haber terminado la anterior, también es común que se distraigan ante cualquier estímulo, incluso los que son realizados por ellos mismo. Usualmente son personas un poco descuidadas en su aspecto físico y en las tareas diarias

La impulsividad, es un síntoma de TDAH que se caracteriza por una escasa regulación de las propias reacciones conductuales, parece que los niños actúan sin pensar, interrumpen la actividad de los demás, y no poseen un sentido de limite, es consecuencia de tres procesos fundamentales en la inhibición del comportamiento. El primero, es la incapacidad para controlar el impulso, después es que poseen una dificultad para detener una reacción iniciada y la tercera es la dificultad de enfrentar al planear sus acciones. (Ruiz, 2005)

Por último, la hiperactividad, que puede o no presentarse, se refiere al exceso de movimientos, son los niños que no pueden permanecer sentados o quietos mucho tiempo. Pueden manifestarse de diferentes maneras, como el realizar movimientos pequeños y casi imperceptibles así como movimientos con el pie o golpeteos en la mesa con los dedos y movimientos de coordinación gruesa, como son los movimientos persistentes sin un fin específico o que el niño se encuentre inquieto sin razón en particular, al igual que la verborrea que se refiere a la locuacidad excesiva, rápida y con errores. (Ruiz, 2005)

2.4 Clasificación del TDAH

Existen diferentes criterios específicos para llegar a un diagnóstico, acuerdos sobre sus orígenes y tratamiento, en la literatura sobre el tema se encuentran diversas formas para nombrar al mismo fenómeno:

Se ha demostrado que hay tres subtipos de TDAH según predominan las características en el comportamiento de la persona.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y sus diferentes subtipos, según el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales en su cuarta versión. (DSM-IV, 1994)

A. Existen 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Inatención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso Impulsividad
- g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

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

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

Clasificación del TDAH en la adolescencia

E.T. Brown (en Sollca 2006) menciona los tipos de TDAH durante la adolescencia, los cuales son:

- TDA exteriorizado expresivo: Estos adolescentes se caracterizan por su hiperactividad física y verbal, por su impulsividad, un nivel bajo de tolerancia a la frustración, conductas riesgosas y dificultades para terminar proyectos a largo plazo. Son temperamentales y expresan sus afectos de manera efusiva. Su personalidad es extrovertido.
- TDA estructurado: Son adolescentes perfeccionistas y organizados pudiendo llegar a ser compulsivos rígidos. Este perfeccionamiento los lleva a perderse en los detalles de la tarea o actividad. Se les dificulta controlar su temperamento y retornar una tarea después de haberla interrumpido. Son rígidos y controladores por lo que se quedan atorados al realizar una actividad porque otra llamó su atención.

Todos estos criterios y esta forma de llegar a un diagnóstico se utilizan en el ámbito clínico y psiquiátrico, por ello las he mencionado, ya que a lo largo del proyecto estos criterios se utilizan.

Capítulo III

El adolescente

3.1 Características (biológicas, psicológicas y sociales)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. (OPS, 1998)

Esta etapa cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Algunos ven a la adolescencia como un período de derechos que y oportunidades limitadas, así como roles impuestos en forma rigurosa (Faber citado en Sarafino 1998)

Características de la adolescencia temprana

Es la etapa que se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático, acelerado, inicio de cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, maca da curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

Adolescencia Temprana (10 - 14 años)

- Duelo por el cuerpo y relación infantil con los padres

- Duelo de padres por el niño que ya no es
- Reestructuración del esquema corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales
- Incremento de capacidad de abstracción y reflexión
- Se abren nuevas posibilidades de desarrollo
- Afirmación a través de oposición
- Fluctuaciones del ánimo
- Ansiedad de padres
- Dificultades en la familia
- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Ansiedad transicional
- De las identificaciones a las identidades
- Movimientos de regresión y avance

Adolescencia Media (14 - 16 años)

- Diferenciación y des-idealización del grupo familiar
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Exploración de capacidades personales
- La disciplina se acepta con reconocimiento de derechos y capacidades
- Mayor aceptación cuando se fijan reglas con claridad del propio beneficio.
- Elaboración de identidades
- Diversidades

- Relaciones grupales heterosexuales
- Interés por nuevas actividades y vida social
- Intereses participativos
- Búsqueda de sentido a su presente
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía

Características de la adolescencia tardía

En esta etapa se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de impulsos y maduración de la identidad, incluso en su vida sexual. Por lo que está muy cerca de ser un joven adulto.

Adolescencia tardía (17 - 19 años)

- Ansiedad frente a decisiones que proyectan su futuro
- Duelo adolescente y renacer
- Duelo de padres por el adolescente fantaseado
- Cambio en el modelo de autoridad aceptado.
- Autoridad confusa
- Paulatina reestructuración de las relaciones familiares
- Desarrollo de instrumentos para la adultez
- Exploración de opciones sociales y proyectos
- Avances y conflictos en la elaboración de la identidad
- Complejidad de autonomía en época actual
- Están cada vez más orientados al mundo exterior y a la búsqueda de satisfacciones.
- Grupos afines a sus intereses
- Iniciativas participativas

- Inicio de relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

En aspectos Biológicos podemos observar: Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad del crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal. También se produce un aumento de masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que le permiten neutralizar de manera más eficientes los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza emocional y conductual de manera transitoria. El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva. (Pérez, 2008)

Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante la etapa. Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

Actitud social reivindicativa: en este periodo, los adolescentes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

3.2 TDAH y el adolescente

3.2.1 Tratamientos

Tratamientos Diversos especialistas coinciden en que la medicina tradicional y la psicología por sí solas y en formas aislada no son suficientes para abordar de forma integral el tratamiento del TDAH, al contrario, ellos afirman que el tratamiento tiene más éxito cuando se aplican una variedad de enfoques, por lo que el experto ha de recurrir a la diferentes propuestas con que se cuenta en la actualidad, ya que la mayor parte de los casos, se necesita trabajar con más de un enfoque, lo cual conduce a la búsqueda de un tratamiento transdisciplinario encaminado a la recuperación del paciente con TDAH. (DSM-IV-TR, 2004)

Asimismo, lo expuesto por la Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997 hace referencia a que las personas que están implicadas en el tratamiento del TDAH son el paciente, la familia; los profesores, terapistas, psicólogos, médicos y otros profesionistas y que por lo tanto el tratamiento más efectivo es integral, puesto que se requerirían técnicas especializadas para la modificación de la conducta, educación especializada, terapia emocional, terapia neuropsicológica, terapia de lenguaje, uso de fármacos etcétera, todo ello de acuerdo a las necesidades de cada caso y es juntamente aquí en donde entra la participación de diversos profesionistas de la salud.

Así que, el TDAH no sólo afecta a la persona que lo padece (sino también a la familia, el entorno escolar y de manera global, a la sociedad), el tratamiento se enfoca a tres modelos, el farmacológico, el conductual y el cognitivo. (DSM-IV-TR, 2004) De igual manera, Roselli et al (2010), asevera que el tratamiento adecuado para controlar y prevenir los problemas del TDAH es aquel en el cual se mezclen la medicación, la psicoterapia y la psicoeducación.

Los tratamientos se dividen en dos grandes grupos; por un lado se encuentran los tratamientos que tradicionalmente han probado su efectividad sustentados en resultados de evidencia científica, como el médico, psicológico y psicopedagógico; por el otro, desde la perspectiva de A. M. Jorge (comunicación personal 2013) se

encuentran los tratamientos que están en curso de mostrar a través de modelos empíricos y de otras formas de metodología científica (tales como los estudios cualitativos de casos) su eficacia en el tratamiento de este y otros trastornos. Sin embargo, sobre estos tipos de tratamiento aún existen prejuicios respecto a su uso clínico pese a que han mostrado la misma efectividad de los modelos tradicionales y por lo mismo, aún no se les considera una alternativa del todo viable para la atención del TDAH.

Tratamiento médico

Los antecedentes de la psicofarmacología del área infanto-juvenil refieren que ésta es relativamente nueva debido a que fue hasta Charles Bradley quien utilizó sulfato de anfetamina para el tratamiento de 20 niños de edades de entre 5-14 años, los cuales mostraban trastornos de la conducta (que en ese tiempo fueron diagnosticados como daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima) y que con la aplicación del tratamiento médico, demostró que la conducta y la atención de los niños hiperquinéticos mejoraba. Para el año de 1950 se incorporaron fármacos antipsicóticos como la clorpromazina; antidepresivos y el carbonato de litio a la psicofarmacología de niños y adolescentes para posteriormente en 1960 introducirse el uso de benzodiazepinas (diazepán y clordiazepóxido). Asimismo, a mediados de 1970 -en Estados Unidos-, la Ritalina se convirtió en el psicofármaco más utilizado para el tratamiento del TDAH.

En la actualidad, el tratamiento del TDAH con fármacos, tal como lo menciona Pineda y Rosselli surge del presupuesto de la deficiencia de los neurotransmisores, acorde a esto Rosselli et al, (2010), subraya que los científicos han comprobado que ciertos fármacos, en especial los psicoestimulantes, son útiles en el tratamiento del TDAH, puesto que modifican la actividad de la dopamina y norepinefrina en el cerebro.

La primera línea farmacológica del TDAH son los psicoestimulantes; dentro de los más utilizados están el metilfenidato (Ritalin o Ritalina), el sulfato de dextroanfetamina (Dexedrina, Dextrostat) y la pemolina magnesio (Tamilan).

Cuando los psicoestimulantes están contraindicando o bien, la respuesta terapéutica no fue exitosa, se recurre a la segunda línea de medicación que son los antidepresivos tricíclicos, entre los cuales están la imipramina (Tofranil), la clomipramina (Anafranil) y la amitriptilina (Trytanol, Usen).

A manera de reflexión, Gratch (2009), recalca lo siguiente referente al tratamiento farmacológico:

Los psicofármacos no son la panacea que resuelve mágicamente todos los problemas... es mucho lo que se ha avanzado en su conocimiento y utilización en la tarea clínica. Hacer un uso sistémico de estos como único recurso es un reduccionismo inadmisibles e implicar renunciar a los probados a su utilización cuando conocemos las ventajas que proveen... pueden reflejar una obstinación incompatible con una actitud científica. (Gratch, 2009)

También Elías (2005), enfatiza que “No existe cura y cualquier tratamiento farmacológico instituido debe asociarse con intervenciones conductuales y cognoscitivas”

Tratamiento psicosocial

Debido a que el TDAH afecta la esfera cognitiva, emocional y social del individuo mermando su interacción con el medio, es necesario contar con herramientas que contribuya de manera específica a su mejora. Por lo cual, las intervenciones psicosociales representan una excelente opción. Dentro de dicha intervenciones se encuentran la psicoterapia la orientación conductual, terapia familiar, reestructuración cognitiva, la psicoeducación y, las técnicas de relajación

Brown (2008), destaca que las intervenciones psicosociales están enfocadas a personas diagnosticadas con TDAH (ya sean niños, amigos, entrenadores o adultos); a los familiares de los pacientes, a los maestros, amigos, entrenadores, cuidadores y a cualquier otra persona que pueda ayudar u obstaculizar el esfuerzo que hacen aquellos que padecen este trastorno por vivir con él.

Psicoterapia

La intervención psicoterapéutica es necesaria en el tratamiento del TDAH porque las personas que lo padece también presentan otros síntomas con la alteración en el carácter-agresión-, conducta impulsiva y sus repercusiones-, problemas en la convivencia; además de la introyección de los juicios erróneos y sus efectos negativos en el autoconcepto, la autoestima y autoeficiencia las cuales son situaciones que el tratamiento médico no resuelve.

Tratamientos alternativos

Estas son algunas formas de terapia encaminada a apoyar, corregir o curar diversos aspectos relacionados con el TDAH, en su mayoría sin bases fisiológicas y con nulas bases científicas. Entre las terapias de eficacia científica no renacida y con pobre aceptación por sociedades científicas neurológicas y psiquiátricas se incluyen:

- Vitaminas y suplementos minerales
- Tratamientos de dietas
- Carbohidratos refinados
- Electroencefalograma
- Terapia de delfines
- Equinoterapias
- Musicoterapia

3.2.3 Adolescente con TDAH

La adolescencia es una etapa de cambios constantes y cuestionamientos que se encuentran entre la infancia y la adultez y mantiene relación con ambas. Para un adolescente con TDAH además de las normales dificultades que debe superar, el ser afectado por este trastorno aumenta la intensidad de estas dificultades y añade otro más que repercuten en su salud física, psicológica, emocional y social. Ya que los adolescentes continúan experimentando el crónico trastorno de conducta y de aprendizaje y arrastran también el crónico daño en la autoestima y el mal concepto de las autoridades de la escuela, se ven a sí mismos como poco

inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito.

En cada uno de los aspectos de su vida el adolescente sufre un cambio, no siempre se da con dificultad, sin embargo los adolescentes que fueron tratados desde pequeños por el TDAH y cuyo tratamiento ha tenido resultados parciales o nulos, siguen arrastrando síntomas que dificultan aún más los propios de la adolescencia, a continuación se hace una revisión del desarrollo de esta etapa en cada uno de los aspectos de la vida de un adolescente con TDAH.

Desarrollo Físico y Comportamental

Como se mencionó anteriormente, el principal desencadenamiento de los cambios propios de la adolescencia es el desarrollo hormonal, ya que existen algunas hormonas que se multiplican por 20 y esto hace presente el llamado “estirón” de la pubertad, la aparición de la capacidad reproductiva, el cambio de voz y los caracteres sexuales secundarios.

Los adolescentes con TDAH deben afrontar estos cambios, con la desventaja de que el 70/80% de ellos continúan exhibiendo síntomas de TDAH aunque algunos de estos síntomas se reducen en intensidad o bien se modifican, al grado de que la hiperactividad motora gruesa pierde su relevancia y sede su lugar a una inquietud vinculada más a pequeños movimientos ociosos.

Considerando el hecho de que la base etiológica del TDAH existe un trastorno neuroquímico y que este mejora con ingesta de psicofármacos psicoestimulante, las sustancias que tengan ese efecto provocarán una mejoría subjetiva en el paciente, por tal motivo cuando prueban las drogas que poseen efecto psicoestimulante, Acceden al consumo de drogas con facilidad por impulsividad y el ansia de experimentar. Esta problemática se complica aún más debido a que aumenta considerablemente la asociación con TDAH cumple también los criterios del trastorno oposicionista desafiante y aproximado un 43% de los jóvenes con hiperactividad se relacionan con problemas de conducta.

Los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden asociarse con las características neuroquímicas propias de los adolescentes con TDAH, apareciendo en los adolescentes más severos trastornos pre-menstruales, cambios abruptos de estados de ánimo, irritabilidad e hiperactividad.

Desarrollo Social y Emocional

Cuando se llega a la adolescencia se siente la necesidad de tener independencia y autonomía, y así mismo se vuelve más sensibles y reactivos a las críticas de los adultos, lo que puede producir confrontaciones con los padres. Para los adolescentes con TDAH, el llegar a esta edad les plantea desafíos que pueden no estar en condiciones de afrontar y la frustración por este hecho, así como la crítica de los adultos pueden provocar problemas de conducta en los adolescentes que en su infancia predominó la hiperactividad y la impulsividad, así como mayores tendencia a la adopción de comportamiento desafiante con predominio de inatención y síntomas de ansiedad, al igual que dificultades emocionales en vinculación con la depresión y los trastornos ansiosos (Menéndez 2001)

Desarrollo cognitivo

En la adolescencia se adquiere la capacidad del pensamiento lógico forma, es decir, se alcanzan nuevos horizontes en la capacidad de representación abstracta, esto facilita hacer cuestionamientos con relación a los padres, familia y adultos en general, así como la resolución de problemas, por tales medios y se produce un incremento del desarrollo de las habilidades lingüísticas y aumenta y mejor la capacidad de introspección (Menéndez, 2001).

El adolescente con TDAH acompaña este proceso de forma positiva cuando las nuevas habilidades verbales y la incrementada capacidad de introspección le permiten mejorar sus nuevas estrategias para resolver problemas, mejorando su capacidad para evaluar los resultados de su comportamiento y optimizando sus habilidades de planteamiento. Sin embargo es posible que persistan por más tiempo que en otros adolescentes, demoras en el juicio, falta de persistencia, insuficiente autoconciencia y pocas alternativas en la resolución de problemas.

Además del bajo rendimiento académico que los caracteriza, presentando una ejecución significativamente inferior en las habilidades del deletreo, aritmética y comprensión de lectura.

Adolescente con TDAH en el aula

No todos los alumnos y menos los adolescentes con TDAH encajan o se adaptan con facilidad al salón de clases y a las estructuras de éste, por eso se habla de las grandes dificultades que este tipo de alumnos suele tener en el ámbito académico, debido a la repercusión de los síntomas del trastorno en su comportamiento en la escuela. A pesar de que comúnmente se habla de que los síntomas del TDAH se acentúan o cambian en la adolescencia, actualmente se sabe que estos persisten y siguen siendo la causa principal de los problemas que el estudiante con TDAH tiene en su vida escolar

Algunas dificultades que presentan dentro del aula los adolescentes con TDAH según Valencia (2003) son:

- En la calidad de trabajo: su trabajo suele ser pobre e incompleto, con mala presentación, aunque en ocasiones puedan hacerlo bien. Son muy independientes del ambiente (organización, estructuración y supervisión)
- En la cantidad de trabajo; con frecuencia no terminan sus trabajos, tareas o exámenes
- En la velocidad del trabajo: muchos adolescentes con TDAH trabajan más despacio, otros se precipitan, lo hacen muy rápido y cometen errores. En general no revisan sus tareas y cuando lo hacen, tienen gran dificultad para detectar errores que cometen durante la ejecución del mismo
- En el rendimiento: su rendimiento puede variar significativamente de un momento a otro e incluso de un día a otro.

CAPÍTULO IV

Descripción de actividades desarrolladas

Antes de describir las actividades que realicé, es importante mencionar que cuando comencé a realizar el servicio social en el instituto entre registrando el proyecto de investigación “Características clínicas y cognitivas que predicen trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes en alto riesgo”, sin embargo se abrió la oportunidad de participar en dos proyectos más y realizar diversas actividades en la clínica de adolescentes, a continuación presento una breve línea del tiempo que reflejan las siguientes actividades que realice durante un año de servicio social.

- A) Proyecto de investigación “Características clínicas y cognitivas que predicen trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes en alto riesgo”**
- B) Proyecto de investigación “Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología”**
- C) Proyecto “Alteración en los ritmos circadianos”**
- D) Taller de psicoeducación**
- E) Otras actividades (Análisis de datos, búsqueda de bibliografía requerida, captura de datos, asistencia y participación en sesiones bibliográficas y clínicas, elaboración de artículo, asistencia a la Reunión Anual de Investigación RAI, Diseño de programa propuesta de captura de datos, Elaboración de un artículo)**

Cada una de las actividades mencionadas, tendrán la siguiente estructura

- Objetivo y fundamentación
- Etapa en que se participó
- Problemas enfrentados
- Alternativa de solución
- Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio
- Valoración crítica del servicio social

Febrero 2013-Marzo 2014

Proyecto

Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre Enero Febrero Marzo

Hermanos con TDAH
 Etapa I Reclutamiento de pacientes y apoyo en la evaluación y búsqueda bibliográfica

Psicopatología de padres
 Etapa I Reclutamiento II meses

Ritmos Circadianos
 Etapa I Reclutamiento apoyo en invitar a los pacientes al protocolo y toma de muestras

Taller de psicoeducación
 Elaboración y aplicación de Taller de psicoeducación

Otras actividades
 Análisis de base de datos Búsqueda de bibliografía requerida Captura de datos Asistencia a sesiones bibliográficas y clínicas Asistencia RAI Elaboración de Artículo Diseño de propuesta programa para capturar datos

A) Proyecto de investigación “Características clínicas y cognitivas que predicen trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes en alto riesgo”

- Objetivo y fundamentación

Objetivo y criterios

Como se ha mencionado anteriormente; este proyecto tiene como objetivo conocer ¿Por qué un adolescente puede presentar el TDAH y su hermano adolescente no?

Existen diversos factores de riesgo para que se presente el TDAH, a continuación desglosaré el proceso de investigación, el funcionamiento de los factores y la manera en que se midió cada uno dentro del proyecto de investigación.

Objetivo General: Determinar las características clínicas y cognitivas que predicen TDAH en adolescentes en alto riesgo.

Objetivos Específicos.

1. Señalar en adolescentes en alto riesgo para TDAH la presencia de psicopatología, el sexo, el desempeño ejecutivo, la inteligencia emocional, la adversidad psicosocial y la percepción diferencial de experiencias medioambientales.
2. Comparar entre adolescentes en alto riesgo con y sin diagnóstico de TDAH el sexo, el perfil del desempeño ejecutivo, el perfil de inteligencia emocional, la adversidad psicosocial y la percepción diferencial de experiencias medioambientales.
3. Determinar si el sexo, el desempeño ejecutivo, la inteligencia emocional, la adversidad psicosocial y la percepción diferencial de experiencias medioambientales son predictores de TDAH en adolescentes en alto riesgo.

4. Determinar sí el sexo, el perfil de desempeño ejecutivo, el perfil de inteligencia emocional, la adversidad psicosocial y la percepción diferencial de experiencias medioambientales predicen la edad de inicio y la severidad del TDAH en adolescentes en alto riesgo.

Hipótesis: El sexo, el desempeño ejecutivo, la inteligencia emocional, y las experiencias medioambientales no compartidas no son predictores de TDAH en adolescentes de alto riesgo

Criterios de inclusión y exclusión

El grupo de adolescentes en alto riesgo fueron evaluados de acuerdo a los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR a través de la entrevista clínica apoyada en el BPRS-C 25 (versión mexicana) por un profesional de salud de niños y/o adolescentes certificado y con al menos 5 años de experiencia en psicopatología infantil

Criterios de Inclusión para los Adolescentes en Alto Riesgo (Caso):

- Mujeres y Hombres entre 13 y 19 años 11 meses.
- Que compartan al padre y a la madre biológicos de al menos un hermano con TDAH.
- Con trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y/o algún otro trastorno psiquiátrico actual (en los últimos 6 meses) demostrado por la entrevista clínica. Que sepan leer, escribir y hablar fluidamente español.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio y firmar la carta de asentimiento informado, así como tener el consentimiento informado de al menos uno de los padres

Criterios de Exclusión para los Adolescentes en Alto Riesgo (Caso):

- Adolescentes con enfermedades médicas en comorbilidad como: Epilepsia, Trastornos Endocrinológicos, Cardiovasculares, Hematológicos o Renales crónicos que a juicio del clínico comprometan la interpretación de los resultados obtenidos.

- Adolescentes en los que no exista la disponibilidad de al menos uno de los padres para la evaluación clínica determinada para este estudio.
- Adolescentes con limitaciones cognoscitivas que impidan una correcta y confiable recolección de los datos solicitados.

Criterios de Inclusión para los Adolescentes en Alto Riesgo (Control):

- Mujeres y Hombres entre 13 y 19 años 11 meses.
- Sin TDAH y/o otro trastorno psiquiátrico actual (en los últimos 6 meses) demostrado por la entrevista clínica Que compartan al padre y a la madre biológicos del sujeto índice.
- Que sepan leer, escribir y hablar fluidamente español.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio y firmar la carta de asentimiento informado, así como tener el consentimiento informado de al menos uno de los padres

Criterios de Exclusión para los Adolescentes en Alto Riesgo (Control):

- Adolescentes con enfermedades médicas en comorbilidad como: Epilepsia, Trastornos Endocrinológicos, Cardiovasculares, Hematológicos o Renales crónicos que a juicio del clínico comprometan la interpretación de los resultados obtenidos.
- Adolescentes en los que no exista la disponibilidad de al menos uno de los padres para la evaluación clínica determinada para este estudio.
- Adolescentes con limitaciones cognoscitivas que impidan una correcta y confiable recolección de los datos solicitados.

- Etapa en que se participó

Este proyecto consta de las siguientes etapas:



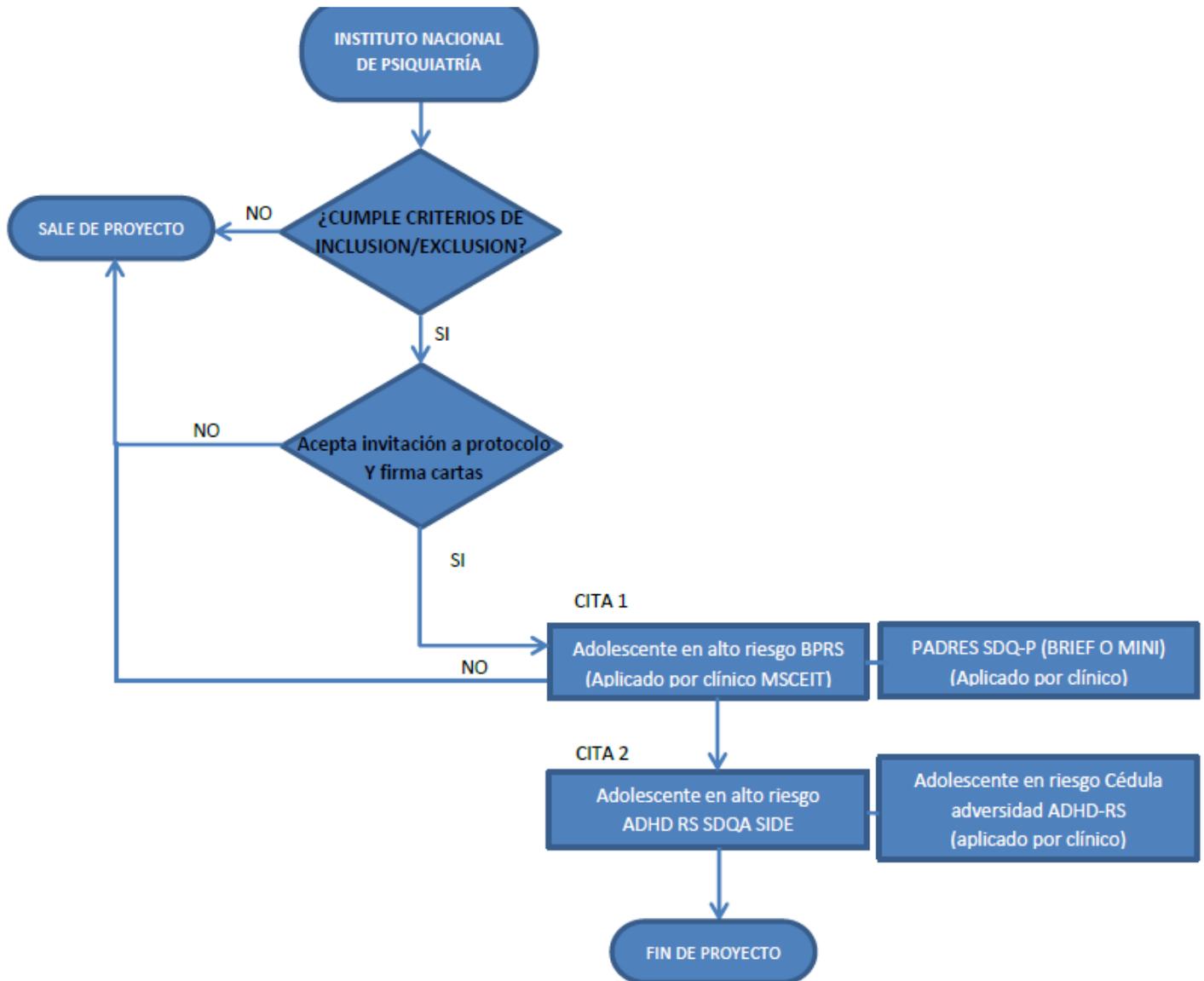
Participo en la etapa de Reclutamiento y evaluación, a continuación describo el procedimiento de esta etapa y mi participación

Procedimiento General

Se reclutaron a todos los adolescentes (13 a 19 años 11 meses) y sus hermanos con diagnóstico con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que aceptaran participar y que realizar los siguientes pasos:

- a) Consulta externa de la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
- b) Cumple criterios de inclusión
- c) Acepta entrar al proyecto y firma las cartas de consentimiento
- d) 1ra Cita se les hacen evaluaciones a los padres, el paciente y el hermano
- e) 2da Cita se les realizan evaluaciones al paciente y al hermano

Este pequeño diagrama ilustra el proceso de evaluación del paciente y su hermano (más adelante explicó cada etapa del diagrama).



Una vez que se detectó al adolescente con TDAH en la preconsulta se contacta y explica con claridad y detalle la naturaleza y objetivos del estudio a los adolescentes participantes (adolescente en alto riesgo) y a sus padres, posteriormente se les da una carta en donde explica el proyecto, las condiciones y los beneficios si desean participar, así que se obtiene el asentimiento y el consentimiento informado respectivamente una vez que firman las cartas, para

posteriormente comenzar con el estudio y la evaluación de los hermanos adolescentes (adolescentes en alto riesgo) en un máximo de dos citas:

- a) Se comienza con la evaluación clínica en los hermanos adolescentes para la a confirmación diagnóstica de TDAH y otros trastornos mentales. Esta evaluación clínica es realizada a través de la entrevista clínica BPRS C-25 (Brief Psychiatric Rating Scale versión de la clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría)(Anexo) y la versión aplicada por el clínico del ADHD RS –IV (ADHD Rating Scale versión para el DSM IV) (Anexo)
- b) La determinación de los posibles diagnósticos comórbidos (Anexo), en los adolescentes en alto riesgo, se realiza a través del BPRS C -25 por el mismo profesional de la salud mental de niños y/o adolescentes (Anexo)
- c) Al mismo tiempo se solicita a la madre o al padre del adolescente en alto riesgo en evaluación llene el instrumento SDQ- observador (Anexo) y la escala BRIEF versión observador. (Anexo)
- d) Las escalas que en esta cita serán llenadas por todos los adolescentes son:
 - Test de evaluación de la inteligencia emocional de Mayer, Salovey y Caruso (MSCEIT). (Anexo)
 - Inventario para los hermanos de experiencias medio ambientales no compartidas (SIDE) (Anexo)
 - Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) versión autoaplicable. (Anexo)
- e) Los instrumentos llenados en esta cita por la madre o el padre son:
 - Escala de evaluación de las funciones ejecutivas (BRIEF), versión adolescente– observador por cada adolescente en riesgo evaluado. (Anexo)
 - Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) versión observador), para cada hijo evaluado.
- f) Los instrumentos llenados por el médico evaluador son:
 - ADHD Rating Scale versión aplicada por el clínico (ADHD RS IV).
 - Escala BPRS C 25.
- g) Los instrumentos llenados por los practicantes en la clínica son:

- Cédula de datos sociodemográficos y adversidad psicosocial. (Anexo)
- Cada padre que sea contactado se aplicará el MINI International Neurpsychiatric Interview, en los módulos de Trastorno depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad, y Trastorno antisocial de personalidad. (Anexo)

En todos los casos, de acuerdo a la explicación del estudio y su posterior obtención del consentimiento informado, se garantiza la completa confidencialidad en todos los casos

A continuación se muestra gráficamente qué, quiénes y cómo aplicaban los instrumentos de evaluación, mi responsabilidad son las evaluaciones de color oscuro:

Proceso de evaluación	Instrumento	Qué evalúa	Evaluated	Evaluador
Historia Clínica	ADHD	Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad	Paciente	Médico Psiquiatra
1ra Cita 90 minutos	BRIEF-A BRIEF-P	Desempeño ejecutivo	El paciente Hermano	El padre Evaluá con la versión "padres" con respecto a cada uno de sus hijos
	SDQ-A SDQ-P	Cuestionario de fortalezas y dificultades	Paciente Hermano	El padre Evaluá con la versión "padres" con respecto a cada uno de sus hijos
	Adversidad	Adversidad psicosocial	Padre	Practicante
	BPRS	Posibles trastornos comórbidos	Paciente	Médico Psiquiatra
	BPRS	Posibles trastornos comórbidos	Hermano	Médico Psiquiatra
2da Cita 90 minutos	Resiliencia	La capacidad de reponernos ante una adversidad	Paciente Hermano	Observa practicante Autoaplicable
	MISCEIT	Test de evaluación de la inteligencia emocional	Paciente Hermano	Practicante
	SIDE	Experiencias medioambientales	Paciente Hermano	Practicante

Evaluación

A continuación describo brevemente qué instrumentos de evaluación se utilizaron y cómo se aplicó a partir de lo que evaluá.

- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

Para evaluar el TDAH dentro de la clínica de adolescentes utilizan la escala el ADHD RS-IV (Attention Deficit Hyperactive Disorder RS-IV) es una de las escalas más utilizadas en el mundo. Las razones pueden ser las siguientes: sus ítems son plenamente coincidentes con los 18 criterios de la sección A del DSM-IV y sus subescalas se ajustan a los subtipos de TDAH que permiten diagnosticarlo según el DSM IV. Dispone de una versión para maestros y otra para padres, lo que se adecua al criterio de 'presencia de la sintomatología al menos en dos ambientes'. Y, por último, la respuesta del evaluador se centra en la frecuencia de la conducta del niño e incorpora el criterio de 'evaluar en función de los últimos seis meses'. Además, tanto desde el punto de vista psicométrico como aplicado, las ADHD RS-IV presentan muchos puntos fuertes: están normalizadas por edad, género y tipo de evaluador, se ha demostrado utilidad clínica para el diagnóstico del TDAH y se ha utilizado con éxito en estudios que analizan la eficacia de tratamientos farmacológicos. (DuPaul, 1998)

- Desempeño ejecutivo

Definición

El desempeño ejecutivo puede ser definido como una serie de procesos neurocognitivos que mantienen un conjunto de soluciones apropiadas a problemas para un objetivo futuro o bien un conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo. (Barkley, 1997)

El desempeño ejecutivo es un constructo neuropsicológico multifacético que engloba la capacidad para formar, mantener y cambiar de estados mentales correspondientes a las habilidades de razonamiento y generación de metas y

planes, las capacidades de mantenimiento de la concentración y la motivación para seguir las metas y los planes y, por último, la flexibilidad de alternar las metas y planes en respuesta a contingencias cambiantes. (Suchy, 2009) Los objetivos abordados por las funciones ejecutivas pueden ser tanto de naturaleza cognitiva como de índole socio-emocional, y requieren tener en cuenta tanto las consecuencias inmediatas como los resultados a medio y largo plazo de las conductas seleccionadas. (Barkley, 2001)

Tradicionalmente se han asociado las funciones ejecutivas con la corteza prefrontal del cerebro, la cual tiene tres convexidades principales: la corteza prefrontal dorsolateral, descrita como el sustrato de la memoria de trabajo; la corteza prefrontal superomedial (que incluye el giro anterior del cíngulo), descrita como el sustrato de la atención sostenida, la elección de la respuesta y la motivación; y la corteza prefrontal ventral (o inferior) (dividida en orbitofrontal y ventromedial) sustrato de la inhibición, la propiedad social y la sensibilidad para el castigo y la recompensa. (Angrilli, 1999)

La importancia del desempeño ejecutivo dentro del proyecto

Las deficiencias en el desempeño ejecutivo han sido ampliamente reconocidas como principales características de este trastorno. (Martinussen, 2005) Se ha reportado ampliamente que los Individuos con TDAH muestran deterioro en varias de las funciones ejecutivas clave: a) en la inhibición, en el «shifting», definido como la capacidad de cambiar de una actividad a otra generalmente de menor carga emocional positiva y en la memoria de trabajo. (Nigg, 2005)

El desempeño ejecutivo dentro del proyecto se evaluaba a través de funciones mentales tales como la inhibición, el cambio, el control emocional, el iniciar una actividad, la memoria de trabajo, la planificación y organización, la organización de materiales, y el automonitoreo, las cuales serán medidas a través del instrumento BRIEF contestado por el padre o la madre.

El inventario de desempeño ejecutivo Inventario (BRIEF). (Brand, 2002) es un instrumento que evalúa el desempeño ejecutivo dentro de casa y en el ámbito escolar, a través de dos cuestionarios, uno para los padres o tutores y el otro para

los maestros. Cada uno de ellos consta de 86 reactivos. Se aplica a los padres y maestros de niños y adolescentes de edades entre 5 hasta y 18 años. Consta de 8 escalas clínicas que son: inhibición, cambio, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, organización de materiales, monitoreo. Dos escalas de validez: Escala de Inconsistencia la cual fue diseñada para detectar respuestas poco usuales o frecuentes, de acuerdo a las inconsistencias de las respuestas promedio. Y la escala de Negatividad, que se diseñó para identificar un patrón poco frecuente de altos puntajes sugiriendo la posibilidad de respuestas negativas excesivas. Asimismo tiene el índice de Regulación Conductual que está constituido por las escalas clínicas: inhibición, cambio y control emocional. El índice de Metacognición está conformado por las escalas de iniciación, memoria de trabajo, planificación y organización, organización de materiales y monitoreo. Y la Composición Ejecutivo Global se forma con la suma de las 8 escalas clínicas. El instrumento está diseñado en una escala tipo Likert que arroja como resultado puntuaciones brutas que se convierten a puntajes T.

El BRIEF ha sido utilizado en otros países para la validación concurrente de instrumentos que miden función ejecutiva como la escala FLEC (The Frontal Lobe/Executive Control Scale, por sus siglas en inglés) del conjunto de instrumentos llamado BASC (Behavior Assessment System for Children Parent Rating Scales). (Sullivan, 2006) Varios estudios concluyen que la medición con las escalas conductuales provee información única sobre la dimensión de las funciones ejecutivas que no aportan otros instrumentos.

El BRIEF ha sido aplicado principalmente a población clínica con trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, y el trastorno de Gilles de la Tourette – entre otros– que afectan el funcionamiento ejecutivo y su expresión conductual. (Cummings, 2002) Algunos trastornos psiquiátricos tienen como síntomas y signos comunes aquellos observados en pacientes con lesiones de los lóbulos frontales, como son: impulsividad, falta de atención, perseverancia, falta de autorregulación comportamental y dependencia ambiental. Por otro lado, se ha reportado que en el trastorno por déficit de atención los pacientes presentan déficits ejecutivos y en los

niños se han encontrado fallas en el proceso de inhibición, déficits en el control motor y problemas de la atención. (Barkley ,1997)

Existen dos versiones, versión adolescente y versión observador, en este caso el observador puede ser el padre o el maestro del adolescente, se aplicaron las dos versiones

- Adversidad psicosocial

Define

Las adversidades de la infancia, principalmente las crónicas, se consideran vías comunes para un amplio rango de consecuencias en salud física y mental. Previamente se ha estimado que el 68% de los adolescentes de la Ciudad de México han experimentado al menos un evento traumático. (Benjet, 2007)

En el 2009, el mismo grupo de investigación mostró que la adversidad más frecuente encontrada en estos adolescentes fue la adversidad económica seguida por presencia violencia doméstica. (Benjet, 2009) Un dato más interesante es que las adversidades relacionadas con la disfunción familiar tienden a agruparse, de tal manera que cuando un joven se expone a cualquier tipo de abuso también reportan presenciar violencia doméstica y patología mental en los padres. Los adolescentes cuyos padres se han divorciado probablemente experimentan adversidad económica.

En otro estudio Benjet y cols, mostraron que la disfunción familiar que sucede durante la infancia y el abuso son fuertes predictores de inicio de psicopatología a través del curso de la vida. (Benjet, 2010) Especialmente la presencia de enfermedad mental en un padre elevaba 3 veces la probabilidad de inicio de psicopatología en la infancia (es decir de los 4 a los 12 años) y 1.6 veces la probabilidad de inicio de psicopatología en la adolescencia (es decir de los 13 a los 24 años). La presencia de cualquier tipo de abuso incrementaba al menos 2.3 veces la probabilidad de inicio de psicopatología en la infancia y al menos 1.8 veces la probabilidad de inicio en la adolescencia. Al parecer la adversidad

económica no pareció ser un factor que se relacionara con el inicio de psicopatología.

Biederman y colaboradores, encontraron en primer lugar que los indicadores de adversidad psicosocial de Rutter se asociaron significativamente con el riesgo de TDAH y con varias mediciones relacionadas con pobre funcionamiento, incluso después de controlar para las variables TDAH parental, tabaquismo materno durante el embarazo, y género.

La importancia de la adversidad psicosocial

Diversos estudios muestran que los sujetos portadores de este trastorno, están más expuestos a eventos estresantes y a factores relacionados con adversidad psicosocial. (Benjet, 2010) El TDAH parece ser un marcador de mal pronóstico para el individuo en sí, para los resultados a mediano y largo plazo en materia de su salud mental y en general para el nivel de funcionamiento del individuo. Es interesante que existan hermanos sin psicopatología (muy probablemente resilientes) de sujetos con TDAH, a pesar de que el TDAH es uno de los trastornos con el coeficiente de heredabilidad más altos y que en las familias donde existe un sujeto portador de este trastorno vs aquellos sin un miembro con TDAH, existe una mayor probabilidad (4 veces al menos) de que un familiar de primer grado sea portador de psicopatología. El instrumento fue elaborado en el instituto, para evaluar la adversidad psicosocial, la evaluación se aplica a los padres.

- Posibles trastornos comórbidos

Instrumento para detectar trastornos comórbidos BPRS

Escala de apreciación psiquiátrica para niños y adolescentes (Brief Psychiatric Rating Scale for Children): Escala diseñada para aportar un perfil descriptivo de síntomas que es aplicable a un amplio rango de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Puede utilizarse como un instrumento de medición en estudios de investigación, como un instrumento diagnóstico en la primera entrevista del paciente, para evaluar la evolución de los síntomas (tanto en pacientes externos

como hospitalizados), en pruebas psicofarmacológicas y en la práctica psiquiátrica general.

La versión original de la BPRS-C consta de 21 reactivos, y su uso está limitado a personal entrenado en la detección de la psicopatología infantil y del adolescente. El instrumento explora siete dimensiones sindromática, y para evaluar cada una se incluyen tres reactivos por dimensión. . Tales dimensiones incluyen los trastornos de conducta, depresión, trastornos del pensamiento, agitación psicomotriz, retardo psicomotor, ansiedad y datos sugerentes de organicidad. El formato original emplea números de 0 a 6 para distinguir la severidad de los síntomas, que van desde el no existente hasta el extremadamente severo, de acuerdo a los parámetros que aporta el DSM-IV para establecer la magnitud del trastorno.

La versión actual, para aumentar la confiabilidad incluye 25 reactivos, en una primera instancia se añadió un reactivo para evaluar trastornos de la eliminación y posteriormente se agregaron 3 reactivos más para hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además de evaluar abuso psicológico y sexual. Evaluándose cuatro niveles de calificación de la severidad de los síntomas por cada reactivo (ausente, leve, moderado y severo), considerando el grado de disfunción familiar, escolar y social a que el padecimiento ha llevado al individuo. (De la Peña, 2005)

El BPRS es un instrumento clínico útil para evaluar en forma dimensional un extenso rango de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, es ampliamente utilizado en estudios farmacológicos y en la práctica psiquiátrica general como instrumento diagnóstico y para evaluar la evolución ya que detecta la presencia y severidad de cada síntoma. En la versión mexicana, los 25 reactivos se agrupan en seis dimensiones que explican el 49.3% de la varianza: I. Conducta, II. Depresión, III. Ansiedad, IV. Manía, V. Psicosis, VI. Misceláneos. La confiabilidad ínter evaluador y test-retest es de $r=0.824$ y $r=0.661$ respectivamente. La entrevista tiene una duración de 30 minutos en promedio, siendo necesario un entrenamiento para su aplicación.

Los médicos psiquiatras de niños y/o adolescentes, certificados, con al menos 5 años de experiencia utilizarán la escala de apreciación psiquiátrica para niños y adolescentes BPRS-C 25 (Brief Psychiatric Rating Scale for Children, versión modificada de 25 reactivos) como instrumento de apoyo en el diagnóstico.

- Resiliencia y Cuestionario de fortalezas y dificultades

A lo largo de la vida pueden ocurrir eventos estresantes o experiencias que resultan negativas, lo cual puede contribuir al desarrollo de psicopatología. Sin embargo, los humanos tenemos la capacidad de adaptarnos a estas experiencias. A esta capacidad la podemos llamar «resiliencia ». (Rutter, 1988) El estudio de la resiliencia ha mostrado diferentes retos desde su conceptualización, su medición y finalmente su relación con otros constructos como el de la psicopatología y sus distintos trastornos mentales específicos La respuesta fisiológica adaptativa al estrés agudo involucra un proceso, inicialmente referido por Sterling y Eyer en 1988 como « alostasis », en la que el medio interno varía para satisfacer las demandas percibidas y anticipadas. Las respuestas al estrés severo que promueven la supervivencia en el contexto de una situación que amenaza la vida puede ser adaptativa en el corto plazo. Sin embargo, si la recuperación a partir del evento agudo no se acompaña por una adecuada respuesta homeostática, muy probablemente ocurren en el individuo efectos deletéreos sobre la función psicológica y fisiológica, que en conjunto pueden ser llamados como « Carga Alostática ».

El riesgo se define en términos de la probabilidad estadística por la cual el estar expuesto a un factor de riesgo eleva la probabilidad individual de un resultado mal adaptativo .Los factores de riesgo que incrementan la labilidad para algún trastorno mental o desarrollo mal adaptativo incluyen factores psicosociales como la pobreza, pérdida de algún miembro familiar, maltrato, u otro evento traumático y factores no psicosociales como: agresiones prenatales y perinatales, agentes infecciosos, u otros patógenos biológicos, que pueden comprometer el desarrollo del individuo. Muchos sujetos expuestos a estos factores parecen manejarlos bien y escapar a las correspondientes consecuencias deletéreas. Sin embargo, entre

los niños y adolescentes en riesgo, existe una gran heterogeneidad en la medida en que la adversidad ha sido experimentada. (Kim, 2007) El instrumento que se le aplica al adolescente evaluado para conocer si ha vivido algún evento traumático y su respuesta emocional al mismo.

- Fortalezas y dificultades

El cuestionario de fortalezas y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ-) fue desarrollado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres en 1997. (Goodman, 1997) Es el instrumento más ampliamente utilizado en investigación en Salud Mental Infantil. (Vostanis, 2006) Ha demostrado sus propiedades psicométricas en diferentes culturas con diferentes puntos de corte. (Bourdon, 2005) La escala SDQ – versión en español adolescente /padres, puede descargarse de forma gratuita de la página web www.sdqinfo.com Está traducido a más de 40 idiomas entre ellos español, inglés, sueco, alemán, francés, portugués, finlandés, mandarín, catalán, gallego, euskera y rumano.

- Test de evaluación de la inteligencia emocional

Definición

Hasta hace poco, la era moderna había sido marcada por la tesis del antagonismo entre emoción y razón. (Mayer, 1995) Existe la noción de que las Inteligencias cognoscitiva y emocional se pueden combinar de modo enriquecedor y contribuir a la calidad de vida del individuo, la calidad de sus decisiones, la interacción grupal, y el éxito profesional además del académico. (Damasio, 1994) El estudio de la inteligencia debe entenderse a partir de una visión retrospectiva, que permita su definición dentro de la evolución del pensamiento humano.

Existen diversas definiciones de “inteligencia emocional” (I.E.), es un constructo que contempla la habilidad para monitorear los sentimientos y las emociones

propias y las de los demás, para discriminar entre ellas y utilizar esta información como guía de los pensamientos y las acciones. (Cortés, 2002)

El constructo de I.E. se ha desarrollado mucho en los últimos tiempos, siendo un concepto que amplía el concepto clásico de la inteligencia, incorporando la relación entre la cognición y la emoción.

El término I.E. fue introducido en 1990 por Salovey y Mayer, para referirse a la capacidad mental de manejar las emociones y ayudar con ello a canalizar las mismas de un modo positivo y constructivo, es decir la capacidad que tiene que ver con la relación entre la emoción y la cognición, descrita como inteligencia en el sentido Tradicional. Varios años después, los mismos autores (ver Figura 1) decían I.E. “es la habilidad para percibir emociones; para acceder y generar emociones que faciliten el pensamiento; para comprender emociones y conocimiento emocional, y para regular de forma reflexiva emociones que promuevan tanto el crecimiento emocional como el intelectual”.(Brackett, 2006) Esta definición incluye la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal de Gardner propuesta desde 1983 (Gardner, 1995), organizándolas hasta llegar a abarcar las siguientes competencias principales: autoconocimiento emocional, empatía, autocontrol emocional y su adecuación al momento y a los objetivos, capacidad de motivarse a sí mismo y control de las relaciones o habilidad para relacionarse adecuadamente con las emociones ajenas. En opinión de Mayer y Salovey (Mayer, 2008), la I.E. comprende cinco capacidades fundamentales: reconocer las propias emociones, saber manejar las propias emociones, mantener la propia motivación, reconocer emociones en los demás y crear relaciones sociales.

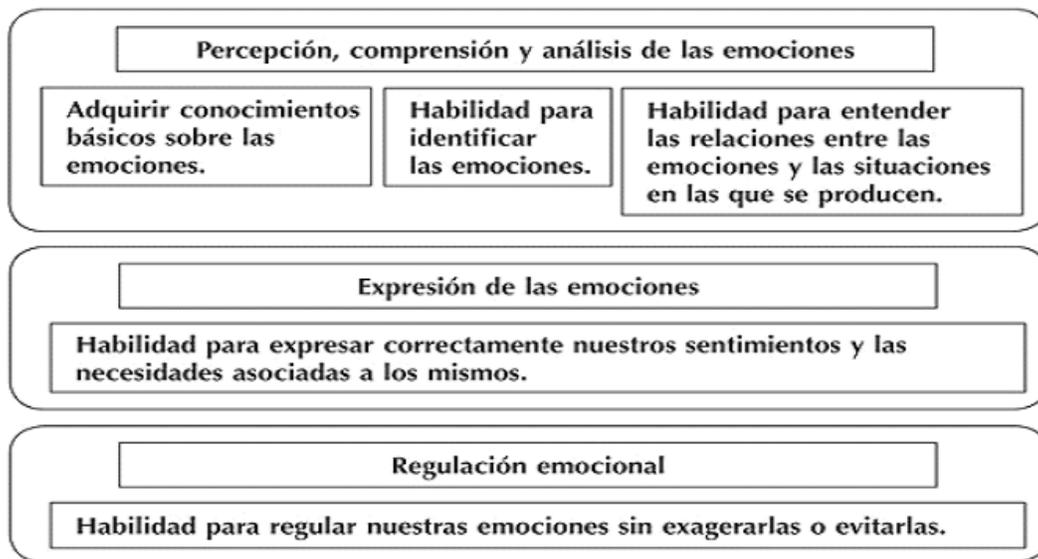
Efectos generales

- Mejores relaciones sociales en Niños
- Mejores relaciones sociales en Adultos
- Individuos con Alta Inteligencia Emocional son percibidos más positivamente por otros

- Mejores relaciones familiares e íntimas
- Mejor aprovechamiento académico
- Mejores relaciones sociales durante su ejecución en el trabajo y en las negociaciones.
- Mejor bienestar psicológico

Figura 1.- Modelo de Mayer y Salovey para la Inteligencia Emocional

Habilidades emocionales en función del modelo Mayer y Salovey (1997)⁽⁵⁾



Importancia de la Inteligencia Emocional dentro del proyecto

Es un constructo que contempla la habilidad para monitorear los sentimientos y las emociones propias y las de los demás, para discriminar entre ellas y utilizar esta información como guía de los pensamientos y las acciones. Este aspecto fue será evaluado a través del Test de Inteligencia emocional de Mayer, Salovey y Caruso (MSCEIT).

Esta prueba, el MSCEIT, mide las capacidades para percibir, usar, entender y manejar emociones. Para la subescala de percepción de emociones, los que responden identifican las emociones en fotografías de caras, así como también en diseños y en paisajes. Para el uso de las emociones, los que responden describen emociones con vocabulario no emocional, e indican los sentimientos que podrían

facilitar o interferir con el desempeño exitoso de varias tareas cognitivas y conductuales. El entendimiento de las emociones se evaluó con preguntas acerca de la manera en la cual las emociones evolucionan y cambian en el tiempo, y como algunos sentimientos se producen por la mezcla de emociones. La capacidad para manejar emociones se evalúa a través de una serie de escenarios en los cuales la persona identifica las formas más adaptativas para regular sus propios sentimientos y los sentimientos de los otros en situaciones sociales.

Estas cuatro subescalas pueden ser agregadas en dos áreas de calificación que evalúan la inteligencia emocional estratégica y experiencial. La inteligencia emocional experiencial comprende capacidades para percibir emociones y usar emociones para facilitar el pensamiento. La inteligencia emocional estratégica comprende las capacidades para entender y manejar las emociones.

El MSCEIT puede ser calificado tanto usando las normas del experto como las del consenso, es decir las calificaciones del experto reflejan el acuerdo entre las respuestas de los participantes y aquellas de un panel de expertos de 21 expertos en la emoción de varias naciones. La calificaciones por consenso reflejan el acuerdo entre las respuestas de los participantes y aquellos de la muestra normativa, la cual consiste, para la versión original de 5000 personas que hablan inglés de varias naciones, la versión al español también tiene su muestra normativa, la cual incluso ha utilizado una muestra con una edad menor, 15 años.

- Experiencias medioambientales

Definición

La experiencia diferencial, es invocada como un constructo que nos habla más que de las diferencias entre familias, sobre las diferencias que existen entre los miembros de una familia, en especial acerca de la percepción que tiene los hermanos acerca de la crianza y de las distintas interacciones entre los miembros de una familia. En 1987, Plomin y Daniels sugirieron una nueva agenda para estudiar a más de un hijo por familia para investigar por qué son tan diferentes entre sí. (Plomin, 2011) En dicho artículo, publicado en la Revista Behavioral and

Brain Sciences, los autores mencionan que uno de los hallazgos más importantes que ha emergido de la genética conductual humana involucra al medio ambiente más que a la herencia o a la heredabilidad. Aportando la mejor evidencia disponible para la importancia de las influencias del medio ambiente en la personalidad, la psicopatología, y la cognición. El tema central en dicha publicación se centró en las diferencias medioambientales en los hijos de la misma familia (llamado « medioambiente no compartido») que representan la principal fuente de varianza medioambiental para la personalidad, la psicopatología y las habilidades cognitivas.

Distintas investigaciones corroboraron positivamente las siguientes propuestas:

- Los efectos medioambientales no compartidos necesitan ser distinguidos del error de medición
- Los factores prenatales pueden contribuir a los efectos medioambientales no compartidos
- Los efectos medioambientales no compartidos pueden tener mayor influencia en situaciones extremas, tal como familias en donde tiene lugar el abuso en sus distintas modalidades (abuso físico, abuso psicológico, negligencia o abandono y abuso sexual)
- Las percepciones del medioambiente pueden ser una importante fuente de experiencias no compartida

La importancia de las experiencias medioambientales dentro del proyecto

Específicamente a nivel de la salud mental y el estudio de los factores relacionados con la psicopatología, la genética conductual ha concluido que las influencias medioambientales más importantes resultan en diferencias entre hermanos, es decir el medioambiente no compartido, y las influencias medioambientales que influyen en las similitudes entre hermanos, es decir el medioambiente compartido, es indistinguible de cero.

En un estudio posterior (Wood, 2011) con 1265 individuos entre los 6 a 18 años (920 parejas de hermanos con TDAH y 345 controles), mostraron que la asociación entre TDAH y ejecución cognitiva fue ampliamente independiente (80%

a 87%) de la contribución de los factores ambientales compartidos para Coeficiente intelectual (CI), además estos resultados muestran que el CI no cuenta para los deterioros cognitivos clave observados en el TDAH. Finalmente Burt ha confirmado que la varianza que corresponde a los factores medioambiente compartido es menor al 5 %. (Burt, 2012)

El estudio de las experiencias medioambientales no compartidas y de factores individuales (inteligencia emocional o funcionamiento ejecutivo) nos ha mostrado en otros trastornos mentales que a pesar del riesgo genético es probable que no todos los hermanos tengan el mismo riesgo de manifestar el trastorno en estudio. (Daniels, 1987)

El estudio de factores predictores de TDAH en adolescentes en alto riesgo , sería determinante para diferenciar los factores cognitivos, (desempeño ejecutivo y de la inteligencia emocional) y los factores clínicos como la percepción diferencial de experiencias medio ambientales (estilo de crianza percibido por cada miembro en una familia o las características del sistema de amigos y compañeros que están cerca de cada individuo) que pueden asociarse a la presencia o la ausencia de este trastorno , y de esta manera poder asignar un peso específico a cada uno de estos factores pronósticos para que puedan servir como escrutinio en los pacientes con TDAH para su tratamiento y/o evolución.

Instrumento para medir Experiencias ambientales

El SIBLING INVENTORY OF DIFFERENTIAL EXPERIENCE (SIDE) fue realizado por Denisse Daniels y Robert Plomin en 1984. (Daniels, 1985) Es un inventario de 73 ítems diseñado para evaluar las influencias familiares medioambientales no compartidas mediante el cuestionamiento de cada hermano o hermana para luego comparar su medioambiente con el específico de un hermano o hermana. En nuestro estudio el hermano referencia será el sujeto con TDAH y la interacción con cada hermano que se evalúa. La versión actual del SIDE es apropiada para adolescentes que se encuentran a nivel de secundaria o preparatoria, en el rango de edad entre los 12 y los 18 años, aunque puede ser adoptado para otros rangos de edad. Este es una forma de autoreporte y cubre las áreas generales de:

La interacción con los hermanos,

- a) El trato o cuidados que les brindan los padres
- b) Las características de su grupo de amigos
- c) Eventos específicos al adolescente que está completando el inventario

Como lo describimos anteriormente el SIDE puede ser adoptado para otros rangos de edad. Aunque las subescalas características del grupo de pares o de compañeros están centradas alrededor de la adolescencia, las preguntas que tratan la interacción entre hermanos y con los padres pueden ser usadas para otros grupos de edad. Por ejemplo, las madres podrían reportar sobre las experiencias diferenciales de dos de sus hijos quienes son muy jóvenes para proveer información auto reportada. El SIDE también puede ser adaptado para adultos jóvenes que viven fuera de casa, realizándoles reportes retrospectivos de sus experiencias. En el estudio original del SIDE, Plomin y Daniels les pidieron a adultos jóvenes que respondieran sobre de lo que pensaban acerca de sus experiencias diferenciales en los años cuando ellos vivían en casa de sus padres. (Daniels, 1987)

Es muy importante hacer notar cuál hermano adolescente en evaluación está completando este instrumento, así como también cuál adolescente está siendo evaluado.

El instrumento es una medida de autoreporte con una escala Likert de 5 puntos la cual toma aproximadamente 20 minutos en ser contestada. Con excepción de los eventos específicos para cada individuo, las 11 subescalas que se han creado se encuentran en tres apartados:

Primer apartado:

- a. Antagonismo diferencial con el hermano
- b. Cuidado diferencial del hermano
- c. Celos diferencial del hermano

- d. Acercamiento estrecho diferencial con el hermano

Segundo Apartado:

- a. Afecto diferencial materno
- b. Afecto diferencial paterno
- c. Control diferencial materno
- d. Control diferencial paterno

Tercer apartado:

- a. Orientación diferencial del grupo de pares hacia el colegio
- b. Delincuencia diferencial del grupo de pares
- c. Popularidad diferencial del grupo de pares

Para el procedimiento de calificación relativa, se saca el promedio de los valores de los ítems para cada factor. Un procedimiento de calificación alternativo es la calificación absoluta que no se utilizará en primera instancia en nuestro estudio. El procedimiento de calificación relativa provee la información sobre la cantidad y la dirección de las experiencias diferenciales de los sujetos comparados con el de su hermano o hermana.

Basado en calificaciones relativas, la confiabilidad test re test (a dos semanas) para una muestra de 57 hermanos biológicos osciló entre un 0.77 a 0.93 con un promedio de 0.84. También se tienen datos disponibles sobre los promedios y las desviaciones estándar de las calificaciones relativas y absolutas para muestras de hermanos biológicos.

Este instrumento fue llenado por los adolescentes, incluido el adolescente con TDAH y su hermano adolescente.

Instrumento para medir adversidad psicosocial

Instrumento creado para este estudio, que consiste en un cuestionario donde se recabará datos como:

- a) Edad de Inicio del TDAH y de la comorbilidad,
- b) Familia Uni o Biparental,
- c) Número de Hijos afectados,
- d) Número hijos que integran una familia,
- e) Estado civil de los Padres (poniendo énfasis en si están divorciados, viven juntos, están separados)
- f) Tiempo de separación de los padres,
- g) Tiempos Convivencia de los padres con los hijos
- h) Nivel Socioeconómico.

Este instrumento fue aplicado por el clínico al adolescente y al menos uno de sus padres.

Cabe mencionar que se tomó en cuenta el género y los factores perinatales, que como tal no se evalúan ya que el género es evidente y los datos de los factores perinatales son capturados desde la primera preconsulta que le hacen a los pacientes antes de ingresar a la clínica de adolescencia, sin embargo los médicos durante la entrevista realizan un sondeo sobre los factores perinatales.

- Género

Definición

El estudio de la adversidad psicosocial y su efecto por género tiene implicaciones, al menos, a nivel de un mejor entendimiento de las bases neurobiológicas de la diferencias por género de la psicopatología a lo largo de la vida, a nivel del tratamiento, y del pronóstico. En la muestra epidemiológica de adolescentes de la ciudad de México, el estudio mostró que los hombres experimentan más abandono y las mujeres son víctimas con mayor frecuencia de violencia sexual.

La importancia del género dentro del proyecto

Como se ha mencionado en la etiología, el TDAH tiende a presentarse más en hombres que en mujeres, incluso cuando una mujer presenta el trastorno la

mayoría de las veces es internalizado, Dentro del proyecto solo se registró el sexo del paciente y su hermano

- Problemas enfrentados

1. Fue complicado reclutar a los pacientes que contarán con el perfil y los criterios de inclusión, sin embargo tuve conflictos con el seguimiento de los pacientes y con la posibilidad de traer a su hermano para que se le realizarán las pruebas necesarias, ya que el hermano tenía que asistir a la escuela o no vivía en la ciudad, o no eran medios hermanos
2. En varias ocasiones los padres eran los que menos tenían interés de apoyar a su hijo, es sin duda era una dificultad
3. La manera de capturar los datos no era la más adecuada para realizar las pruebas estadísticas a la hora del análisis

- Alternativa de solución

1. Para poder atraer a los pacientes y sus hermanos les comenzamos a obsequiar a cambio un disco con su música favorita, en la primera cita al final les preguntábamos cuál era su música o cantante favorito y al final de la segunda cita les entregábamos un disco. Por lo tanto también me puse a descargar música y copiarla en los discos. Otra cosa que también ayudo mucho fue brindarles constancias o justificantes a los hermanos para que lo presentaran en sus escuelas justificando su falta
2. Con respecto a este punto se buscó la manera en que los padres se involucraran en la situación de su hijo, así que se propuso realizar un taller de psicoeducación, es importante mencionar que en la clínica de adolescentes ya existía una especie de psicoeducación, pero solo se entregaban folletos y los médicos orientaban un poco a los padres sobre la situación de sus hijos, esto era una buena iniciativa sin

embargo no era suficiente así que se propuso este taller dirigido a los padres del cual hablaré más adelante

3. Sin duda capturar los datos en una tabla de Excel era muy complicado, así que en conjunto con un compañero actuario realizamos un modelo para capturar los datos directamente en la computadora y que se guardaran de la mejor manera para realizar el análisis estadístico. Esto optimizo la forma de capturar, no gastamos hojas ni tinta para imprimir las evaluaciones y ayudo mucho en cuestión de ahorrar tiempo a los pacientes y hermanos ya que podían contestar las evaluaciones por línea (solo las evaluaciones autoaplicables)

- Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio

- ★ Como ya mencioné anteriormente, este proyecto tiene 3 etapas generales, ingresé en la primera etapa: reclutamiento y evaluación, durante un año se reclutaron y evaluaron a aproximadamente 70 pacientes con sus respectivos hermanos, para que los resultados del proyecto tengan un poder estadístico significativo se pretendían reclutar y evaluar 100 pacientes con sus respectivos hermanos

- ★ Se capturaron los aproximadamente 70 expedientes de los pacientes y sus respectivos hermanos, dejando en orden y completa la base de datos

- Valoración crítica del servicio social

La formación académica que me sirvió bastante es la investigación ya que ha sido un punto fuerte para desarrollar en gran medida con las actividades realizadas y los seminarios, por otro lado los conocimientos sobre desarrollo que abordamos en psicología y por supuesto psicopedagogía y Neuropsicofisiología ya que estos contenidos me han ayudaron a entender mejor el proceso de enseñanza-aprendizaje a nivel neurológico.

Considero que mi desempeño en la institución ha sido importante al igual que el de los demás profesionistas ya que cada quien es experto en su área de conocimiento y tenemos mucho que aportar al tener la capacidad de trabajar colaborativa y participativamente podemos construir nuevo conocimiento de manera integral.

Sin duda alguna los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que nos brinda nuestra gran casa de estudios es muy valiosa y oportuna, sin embargo la práctica nos permite conocer de manera empírica y me parece que nuestra formación académica tiene áreas muy fuertes y otras de oportunidad. En mi opinión propondría tener espacios que nos permitan desarrollar más el área práctica. Sin duda mi experiencia en servicio social es solo una mirada a la realidad laboral, psicológica y social. En esta institución he aprendido demasiado, y entiendo que en 4 años no vamos a conocer todo sobre nuestro objeto de estudio es por eso que es un continuo proceso de transformación y aprendizaje.

Percepción institucional que se tiene hacia nuestra profesión

El trabajo del pedagogo es valorado y solicitado más en el área de diseño y enseñanza, en el área en la que yo me encuentro es el área de sub especialidades en la clínica de adolescencia, en donde el trabajo que se realiza es más clínico sin embargo los demás profesionales conocen y respetan el trabajo de un pedagogo en esas áreas.

Cada profesional conoce su papel y actividades que le compete por lo tanto no hay conflictos en esa cuestión. En la institución casi no hay pedagogos pero como mencione anteriormente se solicita mucho el trabajo de los pedagogos en el área de diseño ya que solo existen 4 pedagogas trabajando en la elaboración de cursos en línea, cartas descriptivas para diplomados y diseño de talleres.

Sin duda el trabajo de un pedagogo es importante, la educación permea varias áreas y campos en los que puede intervenir de manera significativa y eso nos permite poder incidir en problemáticas que nos competen, en esta experiencia de servicio social podemos aprender muchas cosas y nos da una idea sobre la vida laboral puesto que es la pauta para poder desarrollarnos laboralmente, en una serie de aspectos como son: trabajar con otros profesionales en equipo, identificar

y respetar autoridades, conocer la dinámica laboral, responsabilidades y obligaciones que se asumen y lo más importante generar resultados significativos

¿Qué aportaciones pedagógicas realice?

Con respecto a este proyecto quiero mencionar que fue la primera vez que permitieron que una pedagoga entrara a trabajar con ellos, la idea desde un inicio fue realizar un trabajo integral y observar sus proyectos desde otras miradas, la apertura que tuvieron para permitirme colaborar con ellas fue un gran esfuerzo que la clínica realizó. En primer lugar es interesante que perciban a la pedagogía como una herramienta útil dentro de los proyectos de investigación, de otra manera no me hubieran permitido estar con ellos. La labor de un pedagogo permea muchas áreas de intervención ya que la educación y sus procesos se encuentran prácticamente en todas partes, por lo cual un pedagogo puede incidir en política educativa, diseño instruccional, evaluación, capacitación, desarrollo humano, docencia, administración, economía, comunicación, orientación, desarrollo social y comunitario, asistente educativo, psicopedagogo, atención especial, entre muchos puestos y áreas más. Sin embargo la realidad nos dirige a enfocarnos en una sola área para especializarnos en cierto tema, por supuesto un tema de nuestro interés.

Con todo lo anterior me permito compartir brevemente las actividades que realice y cuál es el fin educativo que tienen

Evaluación de pacientes en los 3 proyectos: Definitivamente es estos 3 proyectos aprendí mucho más que lo que pude aportar en un sentido clínico, pues no soy experta en psiquiatría y psicología, sin embargo pude desarrollar habilidades de comunicación, aprendí nuevos conocimientos acerca de tratamientos, aprendí métodos para intervenir, aprendí a trabajar de manera integral con padres e hijos, observe la problemática desde otra realidad lo cual me ayuda mucho para en un futuro buscar trabajar de manera integrada sin dejar de lado ningún aspecto que gira en torno al ser humano y sus necesidades de atención.

Taller de psicoeducación: Para poder colaborar en esta actividad se usaron elementos didácticos, planeación estratégica, conocimientos sobre el TDAH,

trabajo integral con padres e hijos buscando una orientación educativa, la mayoría de los adolescentes que llegaban a la clínica era por problemas severos de conducta y bajas calificaciones en la escuela. Para poder implementarlo fue necesaria la comunicación asertiva y afectiva, inteligencia emocional enfocada al manejo de emociones y habilidades para hablar en grupo.

Diseño de captura de datos: Esta actividad fue una propuesta que elaboramos entre un actuario y yo, esta propuesta surge a raíz de observar la deficiencia que tenía la captura de datos, pues usaban hojas tamaño carta con una letra pequeña que visiblemente es difícil llenar, las entrevistas contenían hasta 70 preguntas, era complicado que los pacientes y padres llenaran esas entrevistas correctamente, pues las respuestas no eran claras y se saltaban preguntas, al capturar los datos esto resultaba sesgado, entonces diseñamos un programa en Visual Basic vinculado a Excel, para que lo pudieran llenar en línea, elementos de administración, estadística, comunicación y diseño instruccional fue lo que utilizamos para realizar el programa, así el programa de captura quedó mucho más atractivo, eficaz y eficiente. Por otro lado ya no teníamos que estar capturando los datos nuevamente pues se guardaban automáticamente en la computadora.

Participación en sesiones bibliográficas y clínicas: En estas sesiones en general lo que hacían era leer artículos científicos y comentarlos desde la psicología y psiquiatría, y estudios de caso con el paciente y comentar para llegar a un resultado, sé que pude brindar aportaciones desde la mirada educativa en cada sesión pues ellos son expertos en su área más no en educación lo cual enriqueció mucho la metodología de las sesiones.

Elaboración de artículo: Con la elaboración de este artículo busque hacer una relación entre la educación y la salud mental, cómo se relacionan y se trabaja en conjunto. Qué importancia tienen ambas cómo afecta o beneficia la una a la otra. Aterrizando en la importancia de la educación, ya que salud mental no puede dejar de lado otros elementos que la influyen.

B) Proyecto de investigación “Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología”

Durante mi servicio en el instituto en la clínica de adolescencia tuve la oportunidad de participar en otros proyectos uno de esos es el de “Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología”, el cual presentaré a continuación.

- **Objetivo y fundamentación**

Se colaboró en el proyecto de “Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología”, este proyecto tiene la finalidad de conocer si existirá o no asociación directa de la psicopatología de los padres con el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología.

Introducción

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. En relación a la funcionalidad, se define a la familia funcional como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno; y una disfuncional como la que no cumple dichas funciones.

La familia influye en el desarrollo socioafectivo del individuo, ya que los modelos, valores, normas, roles, y habilidades se aprenden durante el periodo de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y la regulación emocional, entre otras.

Este equilibrio puede alterarse en determinadas circunstancias produciendo manifestaciones patológicas en algún o varios miembros de la familia. (De La

Revilla, 1994) La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, puede ser un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Actualmente se ha reportado que el ambiente familiar caracterizado por altos niveles de disfuncionalidad predice altos niveles de síntomas depresivos desde la adolescencia hasta la vida adulta. (De La Revilla, 1997) Lo anterior coincide con los principales factores de riesgo encontrados en pacientes estudiados por la OMS, donde se plantea que la depresión mayor se presenta usualmente debido a la reducción de intereses vitales y la presencia generalizada de frustración, soledad, pérdida del sentido de vida, relaciones interpersonales pobres, familias separadas emocionalmente o desintegradas. (Rosenberg D, 2009)

Diversos trabajos resaltan que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatización, se deben a alteraciones del sistema familiar. Otros autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de la crisis y la disfunción familiar. (Harder, 2000)

Los estudios demuestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre el 22 y 33%. Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40 al 50%. Los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica. (McLaughlin, 2012) El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros que se encuentran deprimidos; por tanto, no busca ayuda o es resistente a consultar a un profesional de la salud.

De igual manera cuando algún miembro de la familia presenta un trastorno mental existen problemas de funcionalidad familiar, ya que la presencia de psicopatología representa estrés importante e impacta en ambos sentidos las habilidades de los padres e hijos. Para los padres el nivel de funcionamiento social como padres y la

responsabilidad pesa mucho más que la presencia de síntomas psiquiátricos provocando frustración y asociación a síntomas de trastornos afectivos y ansiosos; y en los hijos el que sus padres presenten síntomas psiquiátricos representan un desarrollo y pronóstico no específico y poco prometedor; además de la probabilidad de asociarse al inicio de síntomas de trastornos internalizados o externalizados. (Berg-Nielsen, 2002)

En algunas ocasiones los trastornos de tipo externalizados se pueden presentar desde infancia temprana (alrededor de 3 años de edad) teniendo como factor en común estresores familiares como el de la psicopatología en eje II de la madre, y conflictos del sistema parental graves, y padres ausentes o virtuales. Incluso la funcionalidad familiar puede predecir respuesta a tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico. (Goldstein, 2007)

En cuanto a la cohesión familiar en su funcionalidad, las familias con padres con psicopatología presentan peor respuesta al estrés y mayor facilidad para que se desarrolle una psicopatología en los hijos predispuestos a la ansiedad del ambiente familiar.

Los estudios demuestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre el 22 y 33%. Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40 al 50%. Los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica. El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros que se encuentran deprimidos; por tanto, no buscan ayuda o son resistentes a consultar a un profesional de la salud mental.

PSICOPATOLOGÍA PARENTAL Y SU EFECTO PRONÓSTICO

Las asociaciones de los trastornos mentales entre padres e hijos se han evaluado en diversos estudios, siendo en algunos de éstos predictores y factores de riesgos no específicos, y en ocasiones no significativos; pero siempre están presentes al desarrollo de la psicopatología infantil y del adolescente.

La OMS dentro del Estudio Mundial de Salud Mental (2011-2012) estudio la relación entre la psicopatología parental y la descendencia, donde se encontró que trastornos mentales de los padres como Depresión, ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Abuso de sustancias y conductas antisociales son los más relacionados con el desarrollo de la patología en los hijos de estos adultos, pero con poca especificidad para trastornos en los niños y adolescentes.

Los trastornos comórbidos en los padres tienen asociaciones aditivas para el inicio de trastornos en los niños y adolescentes. Llegándose a la conclusión de que existe un riesgo del 12.4% de los hijos presenten este tipo de trastornos si sus padres tienen psicopatología presente. (McLaughlin, 2012)

Los pacientes menores de edad que lleguen a presentar algún trastorno psiquiátrico en la infancia, como en el caso de la depresión, trastorno por déficit de atención, o los trastornos de conducta tienen un 62.4% de riesgo de perpetuar estos síntomas hasta la vida adulta; además de que pueden estos trastornos presentar comorbilidad con otros trastornos asociados como el abuso de alcohol, de sustancias y llegar hasta presentar rasgos antisociales de la personalidad. (Fombone, 2001)

Se ha propuesto que la psicopatología parental tiene un impacto en el niño y en el adolescente independiente de los factores genéticos, el cual puede ser más fuerte entre más largo sea el episodio, se requiera hospitalización o sea tienda a la cronicidad. (Fombone, 2001)

Los trastornos psiquiátricos en los padres y en los hijos están mediados por otras variables psicosociales, incluyendo el tratamiento del padecimiento del cuidador primario. (Knappe, 2009) Aunque existen reportes en que se ve una pobre asociación entre la psicopatología de los padres y el desarrollo de una psicopatología en los niños. En cambio la comorbilidad en los trastornos mentales de los padres tiene una significancia sub-aditiva asociada al inicio de un trastorno psiquiátrico en ambos, padres e hijos.

Dejando un riesgo calculado de 12.4% para el desarrollo de una psicopatología en los hijos. (Busrtein, 2010) Por lo que distorsiones graves en la vida familiar temprana de un niño puede tener efectos a largo plazo en su desarrollo posterior y la presencia de trastornos mentales graves en uno o ambos padres supone un riesgo en el desarrollo de los hijos y es más frecuente la existencia de patología mental en ellos que en la población infantil general.

Se ha evaluado la carga psicopatológica entre uno o los dos padres y sobre todo si la psicopatología existente es en ambos padres existe un mayor riesgo para los hijos, sobre todo si la madre presenta algún tipo de discapacidad intelectual. Es importante señalar que frente al 96% de las madres diagnosticadas sólo el 24% de los padres lo están, lo cual nos indica que la patología materna puede ser un factor de riesgo con mayor peso.

Estudios acerca de ansiedad y depresión en el niño y adolescente explican que existe un riesgo mayor cuando existe psicopatología parental relacionada, y que además esta situación familiar especial tiene más probabilidades de hacer este tipo de trastornos resistentes a tratamiento y que pueden mantenerse estos síntomas largos periodos de tiempo. (Drake, 2008)

Así mismo se ha relacionado psicopatología en trastornos afectivos, de ansiedad, TDAH del adulto, en los padres con psicopatología parecida y comórbida en los hijos, niños y adolescentes. Trastornos afectivos de los padres en ocasiones han sido el único predictor de patología ansiosa o depresiva en los adolescentes.

Cada trastorno parental de tipo depresivo o con antecedentes de intentos suicidas o incluso suicidio se asocia fuertemente con la psicopatología depresiva adolescente. La ideación suicida en el adolescente está presente si el padre solo ha tenido trastornos afectivos. Si el padre presenta además datos de impulsividad y agresividad, es muy seguro que el adolescente presente conductas autolesivas, e intentos suicidas. Los rasgos de personalidad de los padres si son de tipo antisocial sumados a la depresión son los principales predictores del inicio y persistencia de planes suicidas en el adolescente deprimido. (Gureje, 2010)

Al evaluar al adolescente o al niño es vital la participación de la familia y particularmente de los padres sobre la terapéutica a realizar, sin embargo nuestra propuesta es ir más atrás, desde la evaluación inicial, incluyendo la evaluación desde la psicopatología parental, es entonces la intención de este estudio proporcionar más evidencia sobre los factores predictivos o de severidad en el diagnóstico de nuestros pacientes. Así mismo desde la psicopatología del desarrollo es importante la perspectiva longitudinal del estudio de la enfermedad mental, y establecer factores de riesgo específicos para el padecimiento y el curso clínico de dichas enfermedades.

Justificación

El diagnóstico psiquiátrico en el niño y el adolescente puede deberse a diversos factores tanto genéticos, biológicos, del neurodesarrollo o bien adquiridos, pero el pronóstico de cada paciente puede verse influenciado por el ambiente en el que vive incluyendo el entorno familiar y su dinámica.

Cuando existe en esta variable inestabilidad, cambiará el pronóstico y características de la severidad y funcionalidad de cada individuo. En el caso de que uno de los padres llegue a presentar datos de psicopatología y se confirme un diagnóstico psiquiátrico, esto influye de manera importante en las variables pronosticas de la psicopatología de los hijos. Por lo que el presente estudio busca evaluar cómo se asocia esta condición médica de los padres en la funcionalidad, severidad y el pronóstico de los adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico en tratamiento. Evaluar el efecto de los diferentes diagnósticos, condiciones del sistema familiar o su previo conocimiento.

Además de que servirá como una base para posteriores investigaciones con maniobras de psicoeducación y tratamiento de los padres. Siendo así un manejo integral para el sistema familiar con psicopatología, brindando un probable mejor pronóstico para el sistema completo.

Objetivo General

- Determinar la asociación entre la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y el curso clínico del adolescente con psicopatología

Específicos

- Determinar la asociación entre la psicopatología de alguno de los padres y el diagnóstico psiquiátrico del adolescente.
 - Determinar la asociación entre la severidad de la psicopatología de alguno de los padres y la severidad del diagnóstico psiquiátrico del adolescente.
 - Determinar la asociación entre la psicopatología y la severidad de la misma de alguno de los padres y el funcionamiento familiar.
 - Determinar la asociación entre la psicopatología y la severidad de la misma de alguno de los padres con el funcionamiento global del adolescente.
 - Determinar la asociación entre el tipo de familia (mono o biparental) y la severidad en la psicopatología del adolescente.
 - Determinar la asociación de la psicopatología de un padre vs 2 padres o el género del padre a la severidad de la psicopatología del adolescente.
 - Determinar la asociación de la psicopatología de un padre vs 2 padres o el género del padre al apego y a la respuesta al tratamiento del adolescente.
-
- Etapa en que se participó

El proyecto está constituido por 3 etapas generales que explicaré más a continuación, mi participación fue en la primer etapa la cual tuvo una duración de 11 meses.

Procedimiento



Actividades en las que participe en la etapa de Reclutamiento y evaluación

Primero mencionaré los criterios de inclusión, exclusión, y eliminación de los pacientes para el proyecto

Pacientes Adolescentes

Inclusión:

- Pacientes de 13 a 17 años con 11 meses
- Sexo femenino o masculino
- Cuenten con valoración psiquiátrica, BPRS de la Clínica de la Adolescencia y estén bajo tratamiento.(mencionado en el proyecto anterior como Anexo)
- Que vivan con uno de sus padres o con los dos padres biológicos.
- Que firmen el asentimiento y consentimiento informado.

Padres de los pacientes

- Padres biológicos de los pacientes que han asentimiento y consentimiento informado
- Edad indistinta
- Sexo masculino o femenino
- Que vivan con el paciente
- Que firmen consentimiento informado

Exclusión:

- Enfermedades médicas descompensadas
- Que no deseen participar

Eliminación:

- Que no completaran la evaluación psiquiátrica

Tomando en cuenta los criterios se apoyó con las siguientes actividades

- Se reclutaron pacientes que ingresaban a la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría, los cuales tenían ya realizada Historia Clínica y BPRS de la Clínica, además contaban con manejo farmacológico.
- Se les comentaba dentro del periodo de tiempo que comprenden estas dos entrevistas iniciales para explicar de qué se trata este proyecto de investigación y se les invitaba para la primera consulta subsecuente comenzar con la aplicación de escalas.
- Se les otorgo una carta de Asentimiento informado y de consentimiento informado a los pacientes y a sus padres que se acepten participar (Anexo)
- Una vez firmado se procedió a la aplicación de las escalas. Se aplicaron a cada paciente Escalas de Severidad (CGI) (Anexo), Funcionalidad Global (C-GAS) (Anexo), Cuestionario de Capacidades y dificultades (SDQ) (Anexo) y funcionalidad familiar (FACES III) a cada paciente adolescente por parte del médico dentro de la Escala de inicio YUGAL MD (Anexo) para recolección de datos basales iniciales, así como datos socioeconómicos.
- Al encontrarse en la primera cita subsecuente de los pacientes adolescentes se aplicaron las escalas de YUGAL (Anexo) de trastornos internalizados, externalizados o Mixtos como toma basal de severidad.
- Al mismo tiempo se realizará la aplicación de exploración diagnóstica (MINI) (Mencionado anteriormente véase en anexo 11) a los padres de cada adolescente, que puede ser aplicado por el médico o personal del departamento de psicología de la Clínica de la Adolescencia.
- Posterior a esta aplicación de escalas basales y de iniciado el tratamiento se volverán a aplicar escalas de CGI, C-GAS, SDQ, y de trastornos externalizados, internalizados o mixtos junto con YUGAL de seguimiento para evaluar severidad del diagnóstico del adolescente en 3 ocasiones: al mes, a los 2 y 3 meses, así como apego al tratamiento y respuesta.
- Una vez obtenidos los datos de ambas partes y de las 3 evaluaciones de seguimiento se procederá al análisis de datos.

Esta etapa duró 11 meses, el seguimiento con cada paciente era el siguiente:



Instrumentos y escalas

A continuación se describen los instrumentos utilizados en la etapa de reclutamiento y evaluación

A) INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI) Entrevista Neuropsiquiatría Internacional

Es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración media de 15 minutos tras una breve sesión de entrenamiento. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Versión en español de la MINI por está descrita por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.

A continuación se dan las instrucciones de aplicación:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, se informó al padre que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le hicieron unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. Me apoye de un programa de Visual Basic que se encontraba en la computadora del departamento de investigación en la clínica de adolescencia, en donde ya venía la entrevista dividida en módulos, al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentó en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o

varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Una vez terminada la entrevista le comentaba a los padres los resultados generales, si salían con algún diagnóstico preliminar se los hacía saber, posteriormente les proporcionaba el número de preconsulta invitándolos a que ellos pudieran tratarse y recibir atención por parte del instituto con el fin de apoyar a ellos primeramente y a su hijo o hija para obtener mejores resultados en el tratamiento de su hijo o hija ya que la influencia del padre es importante en el tratamiento del paciente adolescente.

Los trastornos que exploraba este instrumento eran:

- Episodio depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Riesgo de suicidio
- Episodio maníaco (hipomaníaco y trastorno bipolar)
- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Fobia social (Trastorno de ansiedad social)
- Fobia específica
- Trastornos obsesivo compulsivo
- Estado por estrés post traumático
- Dependencia de sustancias
- Trastornos psicóticos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno antisocial de la personalidad

B) CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE C-GAS Escala de Funcionalidad Global en el niño y adolescente

Es un instrumento que permite evaluar el funcionamiento general (psicológico, social y ocupacional) de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad.

Consta de un único ítem que hace referencia al funcionamiento global del paciente que se debe puntuar siguiendo una escala que oscila entre 100 (puntuación que implica una situación asintomática y un funcionamiento satisfactorio dentro de un amplia gama de actividades) y 1 (situación en que el paciente requiere constante supervisión por riesgo auto y heteroagresivo o sintomatología que afecta gravemente a su capacidad de relación, autocuidados o de contacto con la realidad). El marco de referencia es el momento de la aplicación. Es importante reflejar en la misma el periodo al que se refiere la evaluación.

c) CLINICAL GLOBAL IMPRESSION CGI Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SI)

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente la gravedad del cuadro clínico (CGI-SI) Esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala de tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos). La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas (CGI-GI), Es un único ítem que evalúa un único cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado), a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento. Existe otra versión de esta escala con sólo 5 valores (desde 0, sin cambios o peor, hasta 4, mejoría de buena a extrema- más del 75% de mejoría) Existen versiones heteroaplicadas y autoaplicadas que se basan en la experiencia del clínico o la experiencia de enfermedad del paciente.

D) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)

Escala de Evaluación De Adaptabilidad y Cohesión Familiar v.III Es un cuestionario autoaplicable derivado de una versión en inglés, traducido y validado en México. La versión mexicana cuenta con 20 ítems que exploran la adaptabilidad y cohesión del sistema familiar (10 reactivos para cada factor). Es útil para valorar en cuatro dimensiones la cohesión y adaptabilidad de la familia.

E) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Es una escala breve de valoración conductual entre edades de 3 a 16 años. Existen diversas versiones para cubrir las necesidades de investigadores, clínicos y educadores. Cada versión incluye de 1 a 3 componentes.

- 25 ítems psicológicos

Todas las versiones de la SDQ preguntan acerca de 25 atributos, algunos positivos y otros negativos; divididos en 5 escalas: Síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad / inatención, problemas de relación con sus pares, conductas prosociales.

- Suplemento de Impacto

Cuestionan si es que el paciente evaluado tiene un problema, y si es así la cronicidad, el estrés, la disfuncionalidad social y hacia los otros.

- Preguntas de seguimiento

Se pregunta si la intervención ha reducido los problemas, o si ha ayudado en distintas maneras a hacer los problemas más soportables. Se da un seguimiento preguntando desde el último mes omitiendo preguntas de cronicidad de los problemas.

Esta escala es coadyuvante de la evaluación clínica, respuesta al tratamiento y en la investigación epidemiológica. Al ser una escala con multi-informadores se puede predecir la presencia de un trastornos psiquiátrico con Buena especificidad y moderada sensibilidad.

- Problemas enfrentados

1. El seguimiento con los pacientes fue una situación difícil, pude observar que es un problema a nivel institucional ya que los pacientes comienzan a recibir atención psiquiátrica o psicológica dependiendo el caso, y quizá por su inestabilidad psicológica, tiempos, horarios o falta de interés e incluso por cuestiones económicas abandonan el tratamiento y no regresan al instituto, me atrevo a mencionar estas posibilidades de abandono porque pude hablar con algunos padres de los pacientes que externan la dificultad de presentarse en las citas que les han dado sus médicos tratantes
2. Otro problema enfrentado fue durante la evaluación de los padres, al aplicar el MINI pude percatarme que algunos padres no respondían a las preguntas con la verdad, esto no se puede cambiar ya que es la respuesta que dan es la que se tiene que registrar, pero creo que puede sesgar los resultados al final del proyecto

- Alternativa de solución

1. Como ya mencione es una problemática a nivel institucional, sin embargo esta situación rebasa las posibilidades de incidir de manera significativa, lo que pude realizar es invitar a los padres y pacientes a que continúen con la atención psiquiátrica ya que es un beneficio para los pacientes y la familia.
2. Con respecto a este punto le comente a la Dra. encargada del proyecto para que tomara las medidas necesarias en los resultados, solo me pidió que marcará a los padres que podrían estar mintiendo

- Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio

Comencé a participar en este proyecto a mediados de marzo del 2013 hasta mediados de febrero del 2014, durante estos 11 meses

se logró comenzar y terminar la etapa 1 de reclutamiento y evaluación, obteniendo un número de 100 pacientes reclutados para el protocolo con todas las evaluaciones realizadas y expedientes completos, listos para comenzar la etapa 2 Análisis de datos

- Valoración crítica del servicio social

Aunque la temática de este proyecto no tiene una relación directa con mi profesión, sin embargo pude asociar algunos aspectos del proyecto al interés educativo ya que la educación de alguna manera permea todos los ámbitos de estudio como son las siguientes afirmaciones

- Sin duda, la mayoría de los pacientes que se encontraban en la clínica de adolescentes llegaron ahí por problemas de desempeño escolar y porque la institución educativa les había comentado a los padres que sus hijos necesitaban una atención especializada (comentado por los padres en la preconsulta). Esto es solo un reflejo de que los problemas de conducta en el aula o desempeño escolar van más allá de un simple desinterés del estudiante o de la mala educación de los padres.
- Con base en lo que señala Korkatsc *“A través de la interacción con sus hijos los padres proveen experiencias que pueden influir en el crecimiento y desarrollo del niño e influir, positivamente o negativamente, en el proceso de aprendizaje”*. (Korkats, 2008) Es de suma importancia y responsabilidad de un padre conocer cuál es el estado psicológico que este tiene, ya que como acabamos de leer el padre puede influir positivamente o negativamente en su hijo o hija, es preocupante que los padres influyan tanto en los hijos y que ellos no estén consientes ya que los trastornos comórbidos en los padres tienen asociaciones aditivas para el inicio de trastornos en los niños y adolescentes y existe un riesgo del 12.4% de los hijos presenten este tipo de trastornos. (Ohannessian C, 2005)
- Este proyecto amplió mi visión sobre las problemáticas que se dan en los espacios educativos, en las estructuras familiares e incluso en la sociedad

misma, ya que según una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que aproximadamente 400 millones de personas en el mundo sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos, de los cuales 17 millones pertenecen a niños y niñas de entre 4 a 16 años de edad en América Latina y el Caribe, en México 1 de cada 6 personas padecerán un problema significativo de salud mental (OMS, 1996). La cuestión es ¿Todas las personas que presentan algún trastorno mental están recibiendo la atención adecuada? ¿Sabían que padecen algún trastorno, han sido diagnosticados? No en el afán de etiquetar a las personas, sino con el fin de que puedan tener una conciencia y responsabilidad de sí mismos. Quizá una educación integral pudiera prever este tipo de problemáticas.

C) Proyecto “Alteración en los ritmos circadianos”

Otros de los proyectos en los que colaboré dentro de la clínica de adolescentes fue el de “Alteración en los ritmos circadianos”

- **Objetivo y fundamentación**

Los relojes biológicos cuentan con la capacidad de recibir estímulos (principalmente luminosos) provenientes del exterior y de sincronizarse a partir de ellos. Este mecanismo temporal llamado “Reloj Biológico”, ha sido definido como “un sistema fisiológico innato capaz de medir el transcurso del tiempo en un organismo viviente” (Coleman, 1983) esa definición describe un simple ‘medidor de intervalos’, que se limita a marcar lapsos constantes; sin embargo, actualmente desarrollada alrededor del concepto de los Ritmos Circadianos (del latín *circa*, cercano a y *diem*, día), es decir, eventos cíclicos cuyo período se aproxima al de 24 horas.

Los ritmos circadianos poseen 4 características principales:

1. Persistencia en oscilación espontánea: Su condición endógena, que permite al organismo generar ciclos recurrentes con periodo cercano a 24 horas independientemente de que se le aisle de estímulos periódicos externos.
2. Compensación de la temperatura: Un reloj biológico debe ser prácticamente independiente de la temperatura, o al menos debe ser capaz de compensar los efectos de la variación térmica en el metabolismo; dado que la mayoría de las condiciones vitales involucran reacciones químicas, cuya velocidad generalmente son acelerados al doble o triple con un incremento de apenas 10 grados Celsius, un ritmo requiere ser capaz de compensar la duración de su periodo más allá de las variaciones de temperatura, dada la mermada utilidad que representaría un reloj cuya marcha es alterada por las cambiantes condiciones ambientales.
3. Se ha llegado a considerar al “Reloj biológico” como un cronómetro continuamente consultado, es decir, se postula que los organismos pueden utilizarlo para ubicarse temporalmente del mismo modo en que los humanos consultamos continuamente el reloj.

4. Un reloj evolutivo debe ser capaz de sufrir una apuesta a tiempo que lo sincronice con la fase de los eventos periódicos ambientales (Binkley, 1959)

El proyecto de alteración en los ritmos circadianos tiene por objetivo conocer cómo influye el trastorno que presente el paciente diagnosticado en la alteración de sus ritmos circadianos, partiendo de resultados de estudios anteriores como el caso del paciente que presenta TDAH y se comprueba que sus ritmos circadianos están alterados, lo que sigue es conocer como la presencia de un trastorno altera sus ritmos y en qué medida.

- Etapa en que se participó

Este proyecto consta de 3 etapas generales, al igual que los demás



Mi participación fue durante la primera etapa, en donde se estableció reclutar pacientes que llegaran a la clínica de adolescentes durante un año, con el fin de tener una muestra significativa y que el poder estadístico de sus resultados tuviera impacto, lo que se realizaba en esta etapa era invitar a todos los pacientes que llegaban a la clínica de adolescentes, dando a conocer los beneficios de entrar al proyecto y presentarles las cartas de asentimiento

- Invitar al proyecto
- Una vez que acepten entrar, en su solicitud de estudios se ponía la nota de que entraban al protocolo de ritmos circadiano (PRC)
- Se enviaba al paciente a tomarse una pequeña muestra de sangre (Laboratorio de muestra)
- Se llevaba a los laboratorios de análisis y se registraba la entrada de la muestra

- En los laboratorios separaban las membranas y realizaban varios estudios entre ellos el PRC, ahí finalizaba mi participación dentro del proyecto

- **Problemas enfrentados**
 1. En la carta de consentimiento que tenían que firmar los padres y los pacientes mencionaba que los resultados de la muestra no se les podían proporcionar de manera individual, solo de manera general cuando se publicarán los resultados del protocolo, esto no generaba beneficios ni resultados que pudieran ayudar a los padres por lo que no aceptaban participar. Solo en el caso que se presentarán sus ritmos circadianos muy alterados se les notificaría.
 2. Algunos pensaban que se les iba a cobrar más por la muestra de sangre, otros pacientes simplemente no querían que se les tomara la muestra por temor al piquete

- **Alternativas de solución**
 1. Se les comentaba a los padres y pacientes los beneficios que traería a la clínica y a la población que tratamos (entre la población a ellos) de generar nuevos conocimientos y con ello nuevas alternativas de tratamientos en los trastornos de sueño y alteración de los ritmos circadianos.
 2. Se les informaba que no tenía ningún costo extra la toma de la muestra y que sería el mismo piquete que recibirían en el laboratorio por la muestra obligatoria que les mandaba su médico tratante.

- Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio

Este proyecto está integrado por una gran muestra de pacientes ya que pretenden que sus resultados tenga una alta potencia estadística, llevan reclutando pacientes aproximadamente 2 años, desconozco el número de muestras que llevan. Se seguirán tomando muestras a los pacientes, es decir, aún no termina la primera etapa. Cabe mencionar que la muestra de sangre que se les toma a los pacientes no solo se está utilizando para el protocolo, también para otros proyectos y para su expediente clínico.

D) Taller de psicoeducación

Dentro del Instituto se dan talleres de psicoeducación, la psicoeducación hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, este tipo de intervención psicológica también incluye el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

- **Objetivo y fundamentación**

Objetivo General

- Tiene como objetivo informar a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso de enfermedad para que entiendan y puedan manejar la enfermedad que presenta.

Objetivos específicos

- Eliminar prejuicios y mitos
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento
- Reducir el riesgo de recaídas
- Aliviar la carga emocional

E cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición, la psicoeducación debe ayudar en la transferencia de información, descarga emocional, adherencia al tratamiento y apoyo para la autoayuda. La psicoeducación, por lo tanto, nace a partir de una necesidad clínica de dotar al paciente y a los familiares de herramientas que les permitan ser más proactivos en la comprensión y tratamiento de enfermedad.

- **Etapas en que se participó**

Existen 3 tipos de psicoeducación la Individual, Grupal y familiar, dentro del instituto se utiliza la grupal y solo dirigida a los padres. Se me presentó la oportunidad de generar una carta descriptiva para un taller de psicoeducación para padres, ya que antes solo les daban folletos e información muy básica sobre la situación y el tratamiento de su hijo. Así que elaboré la siguiente carta

descriptiva dirigida a los padres con hijos que presentan TDAH ya que la mayoría de los trastornos que atiende la clínica es por TDAH

Quienes:	Practicantes o prestadores de servicio con formación psiquiátrica, psicológica, pedagógica, biológica.	Participantes	Padres de pacientes diagnosticados con TDAH que estén comenzando el tratamiento
Cuando	Lunes a Jueves de 10:00 am a 11:30 am	Dónde:	En el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en la Clínica de adolescencia

Objetivo General: informar a los padres sobre el proceso del tratamiento de TDAH y brindarles herramientas para el trabajo en casa

Tiempo	Objetivo	Tema	Actividad	Materiales
10 min	Que los padres participantes se conozcan y reconozcan que no son los únicos que están pasando por una situación similar	Presentación y Bienvenida	El facilitador se presentará y dirá brevemente el objetivo del taller y sus contenidos Los participantes dirán su nombre y compartirán cómo se sienten en ese momento	Etiquetas y plumones
20 min	Que los padres conozcan qué es el TDAH y sus características, rasgos y tipos	Características y rasgos generales del TDAH etiología, diagnóstico y clasificación	Se facilita el tema presentando laminas, resolviendo las dudas que surgen de los participantes	Laminas institucionales Folleto institucional Pizarrón Plumones para pizarrón
20 min	Conocer el trabajo multidisciplinario y sus elementos que	¿Qué le toca a cada quien en una	Se expone brevemente la importancia de cada elemento dentro del tratamiento y las	Laminas con funciones de

	actúa dentro del tratamiento	dinámica integral?	funciones que le corresponden <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Padres y familiares • Adolescente • Docente • Fármacos • Psicoeducación Posteriormente utilizarán laminas que tengan escritas las funciones de cada elemento y se revolverán, los participantes deberán separarlas por elemento que le corresponde, cada vez que pongan una función dirán porque es importante	cada elemento
15 min	Conocer la importancia del tratamiento	Tratamiento farmacológico	Dinámica de sensibilización acerca de la importancia de utilizar de manera responsable los fármacos	
15 min	Que los participantes conozcan herramientas para el plan familiar estratégico con sus hijos	Comunicación Manejo de emociones Disciplina/reglas en casa		
10 min	Cierre y conclusiones		Cada participante comparte de qué se dio cuenta en el taller y menciona un compromiso que asume con respecto a los aprendizajes	

-
-
-

- Problemas enfrentados

1. Unos de los problemas enfrentados fue la cuestión de los horarios y las citas con los pacientes y los padres, puesto que el taller es dirigido a los padres fue muy difícil contar con su disposición ya que durante las consultas los médicos llaman varias veces a los padres
2. Las instalaciones, en la clínica de adolescentes solo existen dos aulas, en ocasiones estaban ocupadas porque los médicos daban clases, estaban en sesiones clínicas o se encontraban evaluando a los padres

- Alternativa de solución

1. Con esta problemática no se pudo hacer mucho, solo tener la autorización de la directora de la clínica de adolescentes para realizar los talleres sí había 2 o 3 padres con hijos que presentaran TDAH y si una de las aulas estaba desocupada
2. Se logró tener un horario establecido del uso de las aulas, así podría acomodar los tiempos aproximados para la impartición del taller

- Implementación y grado de avance del programa al concluir el servicio

- Se presentó una propuesta de un taller de psicoeducación para padres que tuvieran un hijo o hija que presentará TDAH
- Se aprobó la propuesta por la Directora de la clínica de adolescentes
- Se implementó el taller de psicoeducación atendiendo a 30 padres aproximadamente
- Se entregaron cartas descriptivas y material del taller para su replica

- Valoración crítica del servicio social

- Esta propuesta me dejó satisfecha, fue un buen trabajo y a pesar de las problemáticas presentadas espero que se pueda seguir implementando.

- Fue un trabajo multidisciplinario que permitió integrar y beneficiar el papel de los médicos y del paciente dando como resultado un apoyo
- Finalmente por la dinámica de la institución y el corte científico que tiene, está muy abandonada la parte educativa, emocional y afectiva con respecto a que al ser un instituto de investigación, de pronto se convierten en una instancia que le da prioridad a los números y estadísticas que al paciente mismo, dejar de lado que tratan con personas, por ello no le dan la debida importancia a la psicoeducación, si así fuera abrirían espacios en donde la psicoeducación fuera un beneficio para los padres y el paciente mismo

E) Otras actividades

- 👉 Se participó en el seminario de redacción de artículos, como resultado se elaboró un artículo

El cual está pendiente a publicarse en una revista educativa de alto impacto *¿Por qué es importante invertir en Salud Mental en niños y adolescentes? : El impacto económico de los problemas en salud mental y su asociación con el área educativa.* (Anexo) El tema lo elegí ya que es importante invertir en salud mental, de no ser así la inversión se convertiría en un gasto por las consecuencias que conlleva no atender a la población que requiere cuidado de tipo psiquiátrico. Incluir el análisis de economía de la salud y su relación con la educación en el estudio de costo-beneficio permite establecer con mayor precisión no solo el impacto que los procesos de enfermedad tienen en los bolsillos de los pacientes y en las instituciones destinadas a su cuidado, sino también a nivel nacional el impacto en la tasa de retorno en cuanto a inversión y gasto en educación y salud.

- 👉 Análisis y llenado de base de datos y se generó una propuesta para un llenado eficaz y eficiente (Anexo)

Pudimos observar un grave problema en la recolección, vaciado y análisis de los datos obtenidos en las evaluaciones, por lo que un compañero (actuario) y yo generamos un programa que adjuntaré a este trabajo, un programa que nos ayudó a codificar, almacenar y analizar los datos de una mejor manera, también beneficio a los médicos

- 👉 Participación en sesiones bibliográficas

Las sesiones bibliográficas son espacios en donde un médico exponía un artículo de corte psiquiátrico que se haya publicado recientemente con el fin de generar discusión, nuevos conocimientos y conclusiones con respecto a los resultados presentados en el artículo. Las sesiones bibliográficas se presentaban una vez a la semana con una duración de una hora y media aproximadamente, en donde participaban los médicos, pasantes y los

prestadores de servicio social, estas eran dirigidas por el subdirector de investigaciones clínicas. Una sesión era en español y la que le seguía era en inglés, la dinámica era la siguiente:

- a) A la persona que le tocará la presentación compartía por Dropbox el resumen, presentación (ppt) y artículo completo con una semana de anticipación para que todos lo leamos y podamos participar en la sesión
- b) Se iniciaba la sesión en donde el responsable leía el resumen
- c) Todos comentaban acerca de la redacción y contenidos del resumen retroalimentando a quien lo había realizado
- d) Posteriormente se exponía la presentación en ppt
- e) Al final de la presentación se generaban preguntas que dieran pie a la discusión sobre los resultados del artículo
- f) Para terminar se nombraban las conclusiones

Asistencia a sesiones clínicas

Las sesiones clínicas se realizaban una vez a la semana por los médicos de la clínica, los médicos canalizaban a sus pacientes que habían detectado con un grado de severidad con respecto al trastorno que presentaban y los citaban para que asistieran a la sesión clínica, las sesiones tenían una duración de dos horas y media aproximadamente

- a) Al médico que le tocara la sesión clínica compartía por Dropbox el expediente general del paciente y una ficha en donde se diera a conocer su diagnóstico y severidad con una semana de anticipación para que los médicos lo lean y puedan aportar en la sesión. Yo solo asistía a las sesiones pero no participaba en ellas.
- b) Todos los médicos, pasantes y prestadores de servicio entrábamos al aula, el médico responsable del caso exponía brevemente la situación de su paciente
- c) El paciente entraba y el médico responsable realizaba algunas preguntas de evaluación cotidianas, los demás observábamos

- d) Después entraba la madre o el padre del paciente y se le realizaba las preguntas de evaluación cotidiana
- e) El médico responsable intervenía con el padre o madre y el paciente
- f) Posteriormente los demás médicos podía aportar al caso, preguntar a los padres o al paciente
- g) Se generaban acuerdos y conclusiones entre los padres los pacientes y los médicos

👉 Asistencia la XXIX Reunión Anual de Investigación La Salud mental en el País; Realidades y reto llevado a cabo del 2 al 4 de octubre del 2013 (Anexo)

Conclusiones

Durante la elaboración de este informe pude observar que existe una amplia gama de espacios en donde la labor pedagógica puede incurrir, generar propuestas y alternativas ante situaciones diversas. Como lo he mencionado anteriormente el trabajo multidisciplinario es rico en conocimiento y desarrollo dentro del instituto con el cual estoy agradecida por la apertura para escuchar nuevas propuestas y puntos de vista, siempre con el objetivo de mejorar los servicios que brindan, ya que la población con la que se trabaja requiere una atención especializada y un trabajo integral. Sin duda es una institución con una labor social muy importante pero sobre todo con una responsabilidad ética de gran peso. Admiro a las de las personas que colaboran ahí, sin hacer menos importante el trabajo de cada uno, ya que un servicio de calidad es el resultado de un sistema que trabaja en conjunto. Es bueno reconocer que toda la estructura y el sistema que se maneja en esta institución es pertinente y funcional, sin embargo durante el tiempo que estuve colaborando observe algunas áreas de oportunidad, a continuación compartiré un poco sobre algunas propuestas y recomendaciones para mejorar el servicio en el instituto con respecto a la clínica de adolescentes.

La elaboración de una herramienta de captura de datos y encuestas para pacientes, padres y médicos. Esta propuesta ayudo a optimizar la captura y el análisis de datos para la investigación de hermanos con TDAH, ya que todos los instrumentos y entrevistas se pasaron al programa de captura. La relación que tiene la propuesta con la pedagogía es la de generar materiales que faciliten un proceso en este caso la investigación.

Construcción de un Taller de psicoeducación que aporta a la visión de un tratamiento integral en donde se involucra el paciente y los padres. Apoyándome totalmente en la didáctica y las normas del instituto

La redacción de un artículo titulado “¿Por qué es importante invertir en la Salud Mental en niños y adolescentes y que impacto tiene en la educación?” este artículo es el producto de un taller de redacción que tome en el instituto que con

ayuda y supervisión del Doctor Lino Palacios pude realizar, quedando pendiente la revista en donde se publicará

A continuación presento de manera puntual mis sugerencias con respecto a la dinámica de la clínica y sus proyectos para que los servicios que se ofrecen tengan mayor impacto y sean de mejor calidad

Tener mayor apertura en los programas

Cabe mencionar que dentro de los programas en los que participe fui la primera pedagoga que intervino en programas que parecieran ser de total interés para psicólogos y psiquiatras, sin embargo, pude desenvolverme profesionalmente y aportar a las investigaciones al mismo tiempo expandir los límites que tenía sobre la intervención educativa. A pesar de que el instituto comenzó tener apertura sobre un trabajo integral, la realidad es que los aspectos científicos, clínicos y metodológicos pueden más que cualquier cosa, pueden más que una realidad del paciente por el carácter científico que fundamentan las investigaciones realizadas.

Mayor difusión sobre los programas en donde puede intervenir un experto en educación

Sería útil que los nuevos programas con apertura a otras profesiones en este caso la pedagogía pudieran hacerse presente en los alumnos interesados en realizar su servicio o prácticas en el instituto, pues su intervención seguro será pertinente

Visión sobre el paciente

Por la dinámica y el carácter del instituto psiquiátrico el paciente puede llegar a verse como números forzados, y no como una persona que necesita atención especial e integral. Por lo que sería bueno reforzar la misión del instituto *“Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.”*

Sin duda alguna los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que nos brinda nuestra gran casa de estudios es muy valiosa y oportuna, sin embargo, la práctica nos permite conocer de manera empírica y me parece que nuestra formación académica tiene áreas muy fuertes y otras de oportunidad. Por ejemplo la materia de Psicopedagogía fue la que me brindo algunas herramientas para enfrentarme a la realidad del instituto, entiendo que en 4 años no vamos a conocer todo sobre nuestro objeto de estudio; la educación siendo un proceso que comienza pero nunca termina.

Mi experiencia en servicio social es solo una mirada a la realidad laboral, psicológica y social, en esta institución me llevo grandes aprendizajes y experiencias.

Con respecto a la percepción institucional que se tiene hacia nuestra profesión

El trabajo del pedagogo es valorado y solicitado más en el área de diseño y enseñanza, en el área en la que participe es el área de sub especialidades en la clínica de adolescencia, en donde el trabajo que se realiza es más clínico sin embargo los demás profesionales conocen y respetan el trabajo de un pedagogo en esas áreas.

Cada profesional conoce su papel y actividades que le compete por lo tanto no hay conflictos en esa cuestión. En la institución casi no hay pedagogos pero como mencione anteriormente se solicita mucho el trabajo de los pedagogos en el área de diseño ya que solo existen 4 pedagogas trabajando en la elaboración de cursos en línea, cartas descriptivas para diplomados y diseño de talleres.

Sin duda el trabajo de un pedagogo es importante, la educación permea varias áreas y campos en los que puede intervenir de manera significativa y eso nos permite poder incidir en problemáticas que nos competen, en esta experiencia de servicio social podemos aprender muchas cosas y nos da una idea sobre la vida laboral puesto que es la pauta para poder desarrollarnos laboralmente, en una serie de aspectos como son: trabajar con otros profesionales en equipo, identificar y respetar autoridades, conocer la dinámica laboral, responsabilidades y obligaciones que se asumen y lo más importante generar resultados significativos

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004.
2. Angrilli A. et.al. Emotional impairment after right orbitofrontal lesion in a patient without cognitive deficit. *Neuroreport*. 1999; 10 (8): 1741-1746.
3. Antecedentes Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html> [19/04/15]
4. Brackett M.A. Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*. 2006; 18 SUPpl: 34-41.
5. Barkley R.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. *Journal Behavior Pediatric*.1997; 18(4):271-279.
6. Barkley, R.A. (1999) Niños hiperactivos. Cómo aprender y atender sus necesidades especiales, Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tr. Judith Abad Gil, Juan Antonio Amador Campos, M.A. Del Pilar Mora Saenz
7. Barkley R.A. Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *J Abnormal Child Psychol*. 2001;29(6):541-556
8. Barkley R.A. Sense of time in children with ADHD: effects of duration, distraction, and stimulant medication. *J Int Neuropsychol Soc*. 1997
9. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries, prevalence, characteristics, and mental health consequences. *Curr Opin Psychiatric*. 2010
10. Benjet C. Descriptive epidemiology of chronic childhood in Mexican adolescents. *Journal Adolescents Heath*. 2009; 45(5):483-489
11. Benjet. C. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction* 2007;102(8):1261-1268

12. Berg-Nielsen T., Vikan A., Dahl A., Parenting related to Child and Parental Psychopathology: A descriptive Review of the Literature, *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2002; 7: 529-552.
13. Brand N. et.al. Brief Report: Cognitive functioning in children with Tourett's Syndrome with and without comorbid ADHD. *Journal of pediatric psychology*. 2002; 27(2):203-208.
14. Benavides, T. G. (2004). *El niño con déficit de atención e hiperactividad. Guía para padres*. Trillas, México
15. Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouellette, C., et al. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(8), 997-1008.
16. Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237-248
17. Biederman J., A prospective 4 year follow- up study of attention –deficit hyperactivity and related disorders. 1996.
18. Bourdon K.H. The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *JACAP*. 2005; 44(6):557-564.
19. Burt S. Additional Evidence Against Shared Environmental Contributions to ADH Problems. *Behavior Genetics*. 2012:1-11.
20. Busrtein M., Parental anxiety and child symptomatology: an examination of additive and interactive effects of parent psychopathology, *J Abnorm Child Psychol* 2010, 38: 897-909.
21. Coleman R.M Diagnosis treatment, and follow-up about 8,000 sleep wake disorder patients, *Seep /Wake Disorder: natural history, epidemiological, and long-term evolution*. 1983 New York (p.87-98)
22. Cortés-Sotres S.F. Perfil de la inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental*. 2002;25:50-60
23. Cummings D.D. Neurpsychiatric effects of guanfacine in the children with mild Tourette syndrome: a pilot study. *Clin Neurapharmaco*. 2002; 2(6): 325-332.
24. Damasio A.R. Descartes 'error and the future of human life. *SA* 1994; 271(4):144.
25. Daniels D. Differential experience of siblings in the sane family. *Developmental Psychology*. 1985; 21(5): 747-769.

26. Daniels D. Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness, health siblings, and healthy controls. JACP 1987; 15(2):295-308.
27. De la Peña F. et. al. Validity of Mexican Modified Children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C) Book Proceedings/posters. Presented during 52th Meeting AACAP: American Children and Adolescent Psychiatry; 2005.
28. De La Revilla L, De Los Ríos AM, la utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13: 73-76.
29. De La Revilla L, Aybar R, De Los Ríos AM, Castro JA, Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico familiar. Atención primaria 1997; 19: 133-137
30. Drake K., Kearney C. Child Anxiety Sensitivity and Family Environment as mediators of the relationship between Parent Psychopathology, parent anxiety sensitivity, and Child Anxiety, J Psychopathol Behav Assess, 2008; 30: 79-86.
31. DuPaul G.J. et. al. ADHD rating scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford; 1998.
32. Elías, C. Y. (2005) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento. Trillas, México.
33. Estructura Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz <http://www.inprf.gob.mx/inprf/index.html> [19/04/15]
34. Extremera N. Emotional Intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. SJP 2006; 9(1):45-51.
35. Fernández-Jaén A., Calleja Pérez B. Trastorno de déficit de Atención con hiperactividad e hipomelanosis de Ito. Rev Neurol 2000; 31:S680-681.
36. Financiamiento Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz <http://www.inprf.gob.mx/inprf/financiamiento.html> [19/04/15]
37. Fombone E., Wostear G., Cooper V., Harrington R., Rutter M., The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood, BJP, 2001; 179 : 210-217
38. Gratch, L (2001), El trastorno por déficit de atención, Buenos Aires, Panamericana.
39. Godman R. The Strengths and Difficulties: a research note. JCPP 1997;38(5):581-586

40. Goldstein L., Harvey E., et al, Examining Subtypes of Behavior Problems Among 3-year-old Children, Part II: Investigating Differences in Parent Psychopathology, couple Conflict, and other family stressors, *J Abnorm Child Psychol*, 2007; 35: 111-123.
41. Gureje O., et al, Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their Offspring: results from the World Mental Health surveys, *Molecular psychiatry*, 2011; 16: 1221-1233
- Mendoza, R. M. (2003) *¿Qué es el Trastorno por Deficit de Atención? una guía para padres y maestros*, Trillas México.
42. Harder D, Kokes R. Parent psychopathology and child functioning among sons at risk for psychological disorder. *Monographs*, chapter IV. 2000.
43. Knappe S, Lieb R, The role of parental psychopathology and family environment for Social phobia in the three first decades of life, *Depression and Anxiety* 2009, 26: 363-370.
44. Kim-Cohen J Resilience and developmental psychopathology. *CAPCNA* 2007;16(2):271-283, vii.
45. Korkats-Grsoszko M. (1998): "How can Parents Assist in the Learning Process? What Classroom Teachers may Suggest" [Abstract]. ERIC_N0: ED429664. Disponible en: <http://ericir.syr.edu/plweb>
46. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1984) Mason Barcelona.
47. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1987). Mason Barcelona.
48. Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Mason Barcelona. Martinussen R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Am Academic Children Adolescent Psychiatry*. 2005; 44(4): 377-384
49. Mayer J.D. Emotional Intelligence, construction, and regulation of feelings. *APP*. 1995(4):197-208.
50. Mayer J.D. Salovey P. Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *AP* 2008; 63(6):503-517.
51. McLaughlin K, Gadermann A, Hwang I, Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys, *The British Journal of Psychiatry* 2012, 200: 290-299.

52. McLaughlin K., Gadermann A., Hwang I., et al., parent psychopathology and Offspring mental disorders: results from the WHO World mental Surveys, BJP, 2012; 200: 290-299.
53. Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C., & Roselló, B. (2011). [Satisfaction with life of children with attention deficit hyperactivity disorder: a study of possible protection and risk factors]. Rev Neurol, 52 Suppl 1, S119-126
54. Moyano W.J. (2004). Compilación: TDAH: ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen-humanitas. Buenos Aires
55. Nigg J.T. et.al. Neuropsychologic theory and findings in attention/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. Biologic Psychiatry 2005; 57 (11):1424-1435.
56. Pascual-Castroviejo I. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica; 2008 Madrid 140-150.
Recuperado en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
57. Pérez, S.P. Manual de prácticas Clínicas para la atención de TDAH en la adolescencia. Cap. I El concepto de la adolescencia. México 2008, 15-23
58. Plomin R. Why are children in the same family so different from one another? IJE 2011; 40(3):563-582.
59. Rickel, A.U. & Brown, R.T. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder
60. Rosenberg D., March J., An Exploratory Analysis of the Impact of Family Functioning on Treatment for Depression in Adolescents, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2009; 38 (6):814-825 Ruiz, M.G. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. Academia Mexicana de Pediatría. Boletín Médico Hospital Infantil México. vol.62 no.2 México mar./abr. 2005
Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462005000200009&script=sci_arttext
61. Rutter M. Recent advances in child and adolescent psychiatry. Psychiatric J U O 1988; 13(2):117-119.
62. Schandar, R.J. (1991). Síndrome hiperquinético: desarrollo histórico del concepto. En Taylor E.A. (1991). Compilación: El niño hiperactivo. Martínez Roca, Barcelona.

63. Suchy Y. Executive Functioning: overview, assessment, and research issues for non-neuropsychologists. *Ann Behavior Medic.* 2009; 37(2):106-116.
64. Sullivan J.R. An empirical analysis of the BASC frontal lobe/executive control Scale with a clinical sample. *Arch Clin Neuropsychol.* 2006;21(5):495-501
65. Vallejo Echeverri LE. 2010. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation.*
Disponible en línea: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/122>
66. Vostanis P., Graves A., Meltzer H, Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) , 41: 509-541.
67. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical application. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19(4):367-372
68. Yang, Psychiatric comorbidities in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and their siblings. 2011
69. Wood A.C. et.al. The relationships between ADHD and key cognitive Phenotypes is not mediated by shared familial effect with IQ. *OM* 2011; 41(4):861-87.

ANEXOS

Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed (BPRS-CA-R)

Versión de la Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

Nombre del Paciente _____ Sexo: _____ Edad: _____

Entrevistador: _____ Fecha _____ Expediente No. _____

Instrucciones para Adolescentes: Se requieren 30 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 10 minutos para saber dónde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta. En los siguientes 10 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente; los últimos 10 minutos se entrevistará al familiar. Cada criterio será evaluado en severidad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=severo, conforme al mejor estimado clínico de los informantes. Se evalúa el **episodio actual durante los últimos tres meses**.

No.	Criterios	0	1	2	3
1	<p>Falta de cooperación: negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo.</p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (Casa, escuela, etc.).</p> <p>2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en más de un lugar o situación; genera deterioro en el funcionamiento</p> <p>3. Severo: Constantemente se rehúsa a cumplir; conducta delictiva; escapa de casa; causa severos problemas en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.</p>				
2	<p>Hostil: afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros.</p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación.</p> <p>2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones.</p>				

	3. Severo: Insulta, destructivo. Causa severo deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.				
3	<p>Manipulador: mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones.</p> <p>3. Severo: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa severo deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.</p>				
4	<p>Deprimido: tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia)</p> <p>0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante.</p> <p>2. Moderado La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante.</p> <p>3. Severo: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa severo deterioro en el funcionamiento.</p>				
5	<p>Sentimientos de inferioridad: pobre confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación.</p> <p>0. Ausente: Se siente bien; positivo sobre sí mismo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente no tan bien como otros/Déficits en un área.</p> <p>2. Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas, y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo.</p> <p>3. Severo: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.</p>				
6	<p>Conducta suicida: ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Lo piensa cuando está enojado.</p> <p>2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio.</p> <p>3. Intento en el último mes. Activamente.</p>				
7	<p>Fantasías peculiares: ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el</p>				

	desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo)				
	<p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad.</p> <p>3. Severo: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.</p>				
No.	Criterios	0	1	2	3
8	<p>Ideas delirantes: de control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales.</p> <p>0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia.</p> <p>1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.</p> <p>2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.</p> <p>3. Severo: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.</p>				
9	<p>Alucinaciones: auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc.</p> <p>0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales.</p> <p>1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa.</p> <p>2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).</p> <p>3. Severo: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.</p>				
10	<p>Hiperactividad: inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad)</p> <p>0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.</p> <p>1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.</p> <p>2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas.</p> <p>3. Severo: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.</p>				

11	<p>Distractibilidad: pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes.</p> <p>0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente distraíble; capaz de concentrarse prontamente</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.</p> <p>3. Severo: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.</p>				
12	<p>Discurso o lenguaje acelerado: habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada.</p> <p>2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación.</p> <p>3. Severo: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.</p>				
13	<p>Hipertimia: Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño)</p> <p>0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro.</p> <p>3. Todo el tiempo: Severo deterioro en el funcionamiento</p>				
14	<p>Lenguaje poco productivo: mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.</p> <p>2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ de la conversación no se comprende o está deteriorada.</p> <p>3. Severo: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.</p>				
15	<p>Retraimiento emocional: Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.</p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros.</p>				

	<p>2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones.</p> <p>3. Severo: Constantemente no se percata de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.</p>				
16	<p>Afecto aplanado: Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</p> <p>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p> <p>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p> <p>3. Severo: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p>				
17	<p>Tensión: nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos)</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3. Severo: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.</p>				
18	<p>Ansiedad: Dificultad para separarse de la figura de apego, se “aferra” de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta.</p> <p>3. Severo: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>				
19	<p>Alteraciones del dormir: insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño. Evaluar hipersomnia.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de</p>				

	<p>insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido.</p> <p>3. Severo: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.</p>				
20	<p>Desorientación: Confusión sobre personas, lugares o cosas.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.</p> <p>3. Severo: Constantemente confuso; perplejo.</p>				
21	<p>Alteraciones del habla: Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle.</p> <p>2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.</p> <p>3. Severo: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.</p>				
22	<p>Estereotipias: posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas</p> <p>2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p> <p>3. Severo: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p>				
23	<p>Problemas de eliminación: se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.</p> <p>0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena.</p>				

	3. Severo: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.				
24	<p>Consumo de sustancias psicoactivas. (Evaluar alcohol y drogas)</p> <p>0. Ausente: Nunca las ha consumido.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente. Uso recreacional. No cumple criterios de abuso, tolerancia y abstinencia.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente. Cumple criterios de abuso.</p> <p>3. Severo: Muy frecuentemente. Cumple criterios de dependencia con tolerancia y abstinencia.</p>				
25	<p>Abuso: Psicológico, físico, sexual (especificar subrayando cada tipo de abuso)</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Leve: Psicológico: ocasionales observaciones agresivas sin insultos, Física: agresión ocasional que no deja huella física; Sexual: ocasional agresión verbal.</p> <p>2. Moderado: Psicológico: frecuentes observaciones agresivas sin o con insultos; Física: frecuentemente agresiones que no dejan huella u agresiones ocasionales que si dejan huella; Sexual: agresiones verbales frecuentes o tocamientos sin llegar a penetración o sexo oral.</p> <p>3. Severo: Psicológica: continuas agresiones verbales con insultos; Física: continuas agresiones que dejan huella; Sexual: Penetración o sexo oral.</p>				

ESCALA DE EVALUACION DEL TDAH (ADHD RATING SCALE)

ADHD RS Evaluación Inicial	Nombre _____
	Fecha _____
	Llenado por _____

RESPONDE a las siguientes preguntas BASÁNDOTE en tu funcionamiento USUAL cuando no has estado tomando medicamento

1	Problemas para poner atención en los detalles o comete errores por descuido en las labores escolares, el trabajo u otras actividades
----------	--

Parte A

Parte B

<p>✓ Todas las que apliquen</p> <p><input type="checkbox"/> Cometes muchos errores en la escuela o el trabajo debido a que eres descuidado?</p> <p><input type="checkbox"/> Haces tu tarea o trabajo lo más rápido posible?</p> <p><input type="checkbox"/> Tienes problemas al realizar trabajos que requieren detalle?</p> <p><input type="checkbox"/> No revisas tu trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> La gente se queja de tí y dice que eres descuidado? <input type="checkbox"/> Entregas tareas o trabajos que están sucios o descuidados?</p>	<p>Circula el número que describa la frecuencia con que esto es un problema para ti.</p> <p>Nunca/ Muy Rara vez <u>A veces</u> Seguido <u>seguido</u> 0 1 2 3</p>
--	---

2	Menea las manos o pies o se mueve constantemente en su asiento
----------	--

<p><input type="checkbox"/> Tienes problemas para quedarte sentado y quieto?</p> <p><input type="checkbox"/> Constantemente estas moviendo tus manos o pies, o jugueteando en tu asiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Golpeteas con tú lápiz (pluma) o con tus pies?</p> <p><input type="checkbox"/> La gente se da cuenta de esto?</p> <p><input type="checkbox"/> Constantemente estas jugando con tu cabello o ropa?</p> <p><input type="checkbox"/> De manera conciente te resistes al jugueteo de tus manos/pies o al movimiento constante?</p>	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy Rara vez <u>A veces</u> Seguido <u>seguido</u> 0 1 2 3</p>
--	--

4 Se para de su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.

Parte A

Parte B

3 Tiene dificultad para mantener la atención cuando realiza tareas o actividades de ocio

Parte A

Parte B

Tienes problemas para poner atención cuando estas leyendo?
O durante las actividades de ocio tales como los deportes, juegos de mesa o al estar viendo una película?

Se te dificulta mantener la atención en el trabajo o la escuela?

Tienes una dificultad **inusual** para mantener tu atención en tareas aburridas o repetitivas?

Te toma más tiempo del que debería completar tus deberes debido a que te la pasas pensando en otras cosas?

Tienes problemas para recordar lo que leíste y necesitas volver a leer varias el mismo párrafo?

Con qué **frecuencia** es esto es un problema para ti?

Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
0	1	2	3

Parte A

Parte B

Tienes problemas para permanecer en tu asiento? (en el trabajo, en clases, en casa, mientras ves t.v. o estas comiendo, en la iglesia)

Prefieres estar caminando cuando se supone que deberías estar sentado?

Tienes que forzarte para poder permanecer sentado?

Te es inusualmente difícil permanecer sentado durante una reunión larga o lectura?

Evitas de manera intencional situaciones en las que se requiere que permanezcas sentado durante un largo periodo de tiempo?

Con qué **frecuencia** es esto es un problema para ti?

Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
0	1	2	3

5 Parece que no escucha cuando se le habla

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> La gente se queja de que no escuchas o no respondes cuando te están hablando? (pareja, jefe, colegas, amigos) <input type="checkbox"/> Las personas tienen que repetirte las instrucciones? <input type="checkbox"/> Te pierdes de partes clave de una conversación debido a que tu mente se encuentra divagando?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Muy <u>Rara vez A veces Seguido seguido</u> 0 1 2 3
--	---

6 Corre o trepa excesivamente en situaciones en las cuales es inapropiado (en adolescentes o adultos, se puede limitar a una sensación subjetiva de inquietud)

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Eres físicamente inquieto? <input type="checkbox"/> Tienes una sensación interna de inquietud? <input type="checkbox"/> Te sientes más agitado cuando no puedes realizar ejercicio casi todos los días?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Muy <u>Rara vez A veces Seguido seguido</u> 0 1 2 3
--	---

7 No puede seguir instrucciones de principio a fin y no termina sus trabajos

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Tienes problemas para terminar cosas tales como tareas o trabajos? <input type="checkbox"/> A menudo dejas las cosas a la mitad e inicias con otro proyecto? <input type="checkbox"/> Necesitas consecuencias (fechas límite) para terminar las cosas? <input type="checkbox"/> Tienes problemas para seguir instrucciones (especialmente instrucciones de muchos pasos)? <input type="checkbox"/> Necesitas escribir las instrucciones para que no se te olviden?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Muy <u>Rara vez A veces Seguido seguido</u> 0 1 2 3
--	---

10 Siempre está “en movimiento” o actúa como si lo “impulsara un motor”

8 Tiene dificultades para jugar ó realizar actividades en su tiempo libre de manera tranquila ó calmada

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Durante actividades de ocio (diversión), te sientes agitado, inquieto o impaciente?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?
<input type="checkbox"/> Siempre tienes que estar ocupado ya sea después del trabajo o durante tus vacaciones?	Nunca/ <u>Rara vez</u> A veces Seguido Muy seguido
	0 1 2 3

9 Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Tienes dificultades para organizar tus tareas por pasos?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?
<input type="checkbox"/> Se te dificulta priorizar tus actividades o tareas?	Nunca/ <u>Rara vez</u> A veces Seguido Muy seguido
<input type="checkbox"/> Necesitas que otros planeen las cosas por ti?	
<input type="checkbox"/> Tienes problemas con el manejo del tiempo?	0 1 2 3

<input type="checkbox"/> Se te dificulta hacer las cosas con calma?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?
<input type="checkbox"/> A menudo sientes que tienes mucha energía y sientes que te tienes que estar moviendo?	Nunca/ <u>Rara vez</u> A veces Seguido Muy seguido
<input type="checkbox"/> Siempre estás en movimiento?	
<input type="checkbox"/> Sientes como si te “impulsara un motor”?	
<input type="checkbox"/> Te sientes incapaz de relajarte?	0 1 2 3

Parte A

Parte B

11 Le disgustan, evita o es renuente a realizar actividades o tareas que requieren de esfuerzo mental sostenido

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Evitas tareas largas o que requieren de mucho esfuerzo mental (tarea, trabajo, leer, juegos de mesa) debido a que se te dificulta mantener la atención? <input type="checkbox"/> Te tienes que forzar para realizar estas actividades? <input type="checkbox"/> Postergas estas actividades hasta el último momento?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Seguido</u> <u>seguido</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	---

12	Habla en exceso
-----------	------------------------

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Sientes que hablas mucho más que otras personas? <input type="checkbox"/> La gente se queja de que hablas demasiado? <input type="checkbox"/> A menudo hablas más fuerte que las otras personas con las que estás platicando?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Seguido</u> <u>seguido</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
--	---

13	Pierde cosas que son necesarias para realizar sus tareas o actividades
-----------	---

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> A menudo pierdes cosas (papeles importantes, llaves, cartera, abrigo, celular, etc.)? <input type="checkbox"/> A menudo estás buscando artículos o cosas importantes porque no sabes dónde las dejaste? <input type="checkbox"/> Necesitas colocar tus artículos siempre en el mismo lugar para evitar que se te pierdan? <input type="checkbox"/> Los materiales que necesitas para realizar tú trabajo o tareas escolares están regados, dañados o mal utilizados?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Seguido</u> <u>seguido</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
--	---

14 Responde abruptamente a las preguntas antes de que se terminen de realizar

Parte A

Parte B

- Das respuesta a las preguntas antes de que alguien termine de realizarla?
- Dices cosas antes de que sea tu turno?
- Dices cosas que no tienen nada que ver con la conversación?
- Realizas cosas sin pensar en las consecuencias?

Con qué **frecuencia** es esto es un problema para ti?

Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
0	1	2	3

15 Se distrae con facilidad

Parte A

Parte B

- Te distraes fácilmente por cosas que suceden a tu alrededor, tales como ruido (televisión, radio, conversaciones), movimiento o bullicio? Necesitas estar relativamente aislado para poder realizar tu trabajo?
- A menudo inicias una tarea, después pasas a otra, y posteriormente a otra sin que termines de realizar cualquiera de ellas?
- Te es difícil reiniciar una actividad?

Con qué **frecuencia** es esto es un problema para ti?

Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
0	1	2	3

16 Tiene dificultades para esperar su turno

Parte A

Parte B

- Te es difícil esperar tu turno en conversaciones, filas o mientras estas conduciendo?
- Te frustras extremadamente con los retrasos?
- Evitas situaciones en las que probablemente tendrás que esperar? Te sientes incapaz de relajarte cuando estas esperando? (p. ej. cuando estas esperando una cita)

Con qué **frecuencia** es esto es un problema para ti?

Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
0	1	2	3

17 Es olvidadizo en las actividades diarias

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> A menudo olvidas cosas de tu rutina diaria? Tareas? Trabajo? Citas u obligaciones? <input type="checkbox"/> Olvidas llevar cosas al trabajo o escuela, tales como material para el trabajo o tareas, justo ese día (para ese día????) <input type="checkbox"/> Necesitas que te recuerden o escribirte recordatorios para que puedas realizar la mayoría de tus actividades?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nunca/ Rara vez</td> <td>A veces</td> <td>Seguido</td> <td>Muy seguido</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido	0	1	2	3
Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido						
0	1	2	3						

18	Interrumpe a los demás es entrometido
-----------	--

Parte A		Parte B							
<input type="checkbox"/> Hablas cuando otros se encuentran hablando, sin que se te invite a la conversación <input type="checkbox"/> Te entrometes en las conversaciones de otros antes de que se	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?								
		te invite? <input type="checkbox"/> Interrumpes las actividades de otros? <input type="checkbox"/> Tomas cosas de los demás	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nunca/ Rara vez</td> <td>A veces</td> <td>Seguido</td> <td>Muy seguido</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido	0	1
Nunca/ Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido						
0	1	2	3						

Si usted calificó seis o más de las preguntas numeradas 1 a 9 ó 10 a 18, con 2 ò 3; ¿Cuántos años tenía su hijo cuando usted primero se dio cuenta de estos comportamientos? _____

Desempeño:	Excelente	Más que el promedio	Promedio	Casi un problema	Es un problema
1. Desempeño en la escuela (en general)	1	2	3	4	5
2. Lectura?	1	2	3	4	5
3. Escritura?	1	2	3	4	5
4. Matemáticas?	1	2	3	4	5
5. Relación con los padres?	1	2	3	4	5
6. Relación con sus hermanos/as?	1	2	3	4	5
7. Relación con sus compañeros?	1	2	3	4	5
8. Participación en actividades organizadas?	1	2	3	4	5

ESCALA SDQ –Cas VERSION PADRES

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ - Cas)

P 4-16

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: "No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto". Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

Nombre de su hijo/a: _____
Varón/Mujer _____ **Fecha de nacimiento:** _____

No.		No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Por lo general es obediente, suela hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Roba las cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se lleva mejor adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

Por favor, vuelva usted la página, hay más preguntas

No.		No	Sí - pequeñas dificultades	Sí - claras dificultades	Sí - severas dificultades
-----	--	----	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

1	¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

		Menos de un mes	1 - 5 meses	6 - 12 meses	Más de un año
2	¿Desde cuándo tiene estas dificultades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		No	Solo un poco	Bastante	Mucho
3	¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		No	Solo un poco	Bastante	Mucho
4	¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?				
	VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		No	Solo un poco	Bastante	Mucho
5	¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

Fecha: _____

TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE MAYER-SALOVEY –CARUSO (MSCEIT- MUESTRA)

Ejemplo sobre la forma de evaluar la IE basándonos en el MSCEIT:

Percepción emocional: Instrucciones: *A continuación vas a ver una serie de rostros faciales. Míralos y luego indica los sentimientos expresados en esos rostros. Indica el grado en el que crees que las emociones están presentes en cada una de las caras utilizando las emociones que te presentamos a continuación*



Nada de Enfado	1	2	3	4	5	Enfado Extremo
Nada de Tristeza	1	2	3	4	5	Tristeza Extrema
Nada de Felicidad	1	2	3	4	5	Felicidad Extrema
Nada de Miedo	1	2	3	4	5	Miedo Extremo

Asimilación emocional

Instrucciones: *A continuación se te presentan una serie de situaciones cotidianas. Por favor, selecciona una respuesta para cada ítem e indica qué emoción o emociones serían útiles para resolverlas.*

¿Que estado/s de ánimo sería útil cuando intentas resolver un problema difícil como, por ejemplo, un ecuación matemática?

	Nada útil				Muy útil
Tensión	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Diversión	1	2	3	4	5

Comprensión emocional

Instrucciones: A continuación aparecen una serie de situaciones sobre diferentes personas. Una vez hayas leído las situaciones, tu tarea consistirá en indicar cómo se deben sentir esas personas.

Alberto está cansado y se encuentra incluso estresado cuando piensa en todo los deberes que le quedan por hacer y los exámenes que tiene que estudiar. Cuando ese mismo día el profesor les manda otro trabajo y les dice que tienen que terminarlo esa misma semana, Alberto se sintió :

- a. saturado
- b. deprimido
- c. culpable
- d. frustrado
- e. nervioso

Regulación emocional

Instrucciones: A continuación te vamos a presentar una serie de situaciones que incluyen a varias personas.

Tu tarea consiste en elegir qué acciones o estrategias emocionales serían más beneficiosas para mantener el estado de ánimo de esas personas.

Juana acaba de venir de sus vacaciones. Se siente relajada, animada y llena de energía. ¿En qué medida cada una de las siguientes acciones ayudarían a Juana a mantener esas emociones?

Acción 1: Juana empezó a hacer una lista de las cosas de casa que tenía que hacer.

1. Muy ineficaz 2. Algo ineficaz 3. Neutral 4. Algo eficaz 5. Muy eficaz

Acción 2: Empezó a pensar sobre dónde y cuándo serían sus próximas vacaciones.

1. Muy ineficaz 2. Algo ineficaz 3. Neutral 4. Algo eficaz 5. Muy eficaz

Acción 3: Decidió que lo mejor era ignorar esos sentimientos positivos y enfrentarse otra vez a la realidad.

1. Muy ineficaz 2. Algo ineficaz 3. Neutral 4. Algo eficaz 5. Muy eficaz

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

A 11-17
FOLLOW-UP

Acción 4: Llamó a una a

1. Muy ineficaz

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en el último mes.

Nombre

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿ Desde que vienes a la clínica, estás ?

Mucho peor	Un poco peor	Más o menos igual	Un poco mejor	Mucho mejor
<input type="checkbox"/>				

¿ Venir a la clínica te ha ayudado en otras maneras, por ejemplo: proporcionando información o haciendo los problemas más tolerables ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el último mes, ¿ crees que has tenido dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas ?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has contestado "Si", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

- ¿ Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿ Repercuten estas dificultades en tu vida diaria en los siguientes aspectos ?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿ Suponen estas dificultades una carga para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc) ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchas gracias por tu ayuda

© Robert Goodman, 2005

M.I.N.I.

**Mini International
Neuropsychiatric Interview**

Spanish Version (South and Central America) 5.0.0.
DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P.Lépine
HOSPITAL DE LA SALPÉTRIÈRE PARIS FRANCE

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA TAMPA USA

Spanish version translated by:
L. Ferrando, L. Franco-A. M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
INSTITUTO IAP-MADRID-SPAIN

Adaptation for South and Central America
G. Heinze
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA MÉXICO. MÉXICO

Requerimientos del Sistema

- ☐ Computadora PC con procesador Pentium o superior.
- ☐ Sistema operativo MS Windows 95-98.
- ☐ Monitor con resolución 600x800 o superior.

Características

- ☐ La aplicación está desarrollada en Visual Basic 5.0.
- ☐ Los resultados son almacenados en una hoja de Excel 2000.
- ☐ Esta versión es para instalación en una PC independiente (No está diseñada para red)

Instalación

La versión se proporciona en CD.

Los pasos a seguir son:

- ☐ En Inicio seleccionar Ejecutar
- ☐ Ejecutar D:\setup (Dependiendo de la configuración del equipo puede ser E:\ o F:\)
- ☐ Indicar que el programa se instale en C:\Mini
- ☐ Indicar que se genere el directorio
- ☐ Al terminar la instalación acceder el directorio C:\Mini
- ☐ Arrastrar la aplicación Mini.exe al escritorio para de esta forma generar un acceso directo.
- ☐ Con el botón derecho del mouse seleccionar Propiedades.
- ☐ Seleccionar Cambiar Icono
- ☐ En el directorio C:\Mini seleccionar el icono IMP-MINI.

El manual de uso se encuentra en C:\Mini en formato Word 2000

Pantalla Inicial.

Seleccionar Iniciar para comenzar con la entrevista.



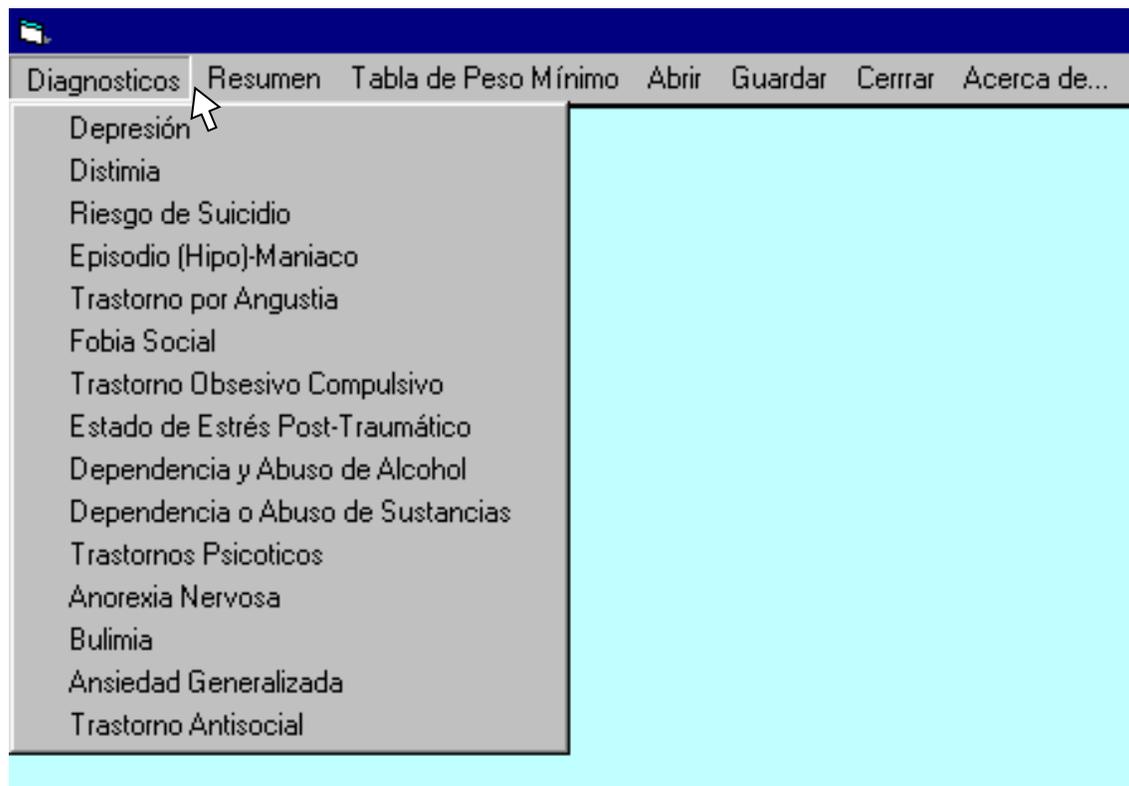
Barra del Menú de la Opciones:

- | | |
|------------------------|---|
| ☐ Diagnósticos: | Presenta los diferentes diagnósticos a evaluar |
| ☐ Resumen | Presenta el resultado de la entrevista por diagnóstico. |
| ☐ Tabla de Peso Mínimo | Calcula el criterio de peso mínimo para los trastornos de la alimentación |
| ☐ Abrir | Permite ver los diagnósticos de pacientes evaluados con anterioridad y en su caso completar entrevistas |
| ☐ Guardar | Salva los datos a un archivo |
| ☐ Cerrar | Cierra el programa |
| ☐ Acerca de... | Presenta información sobre los autores del MINI |



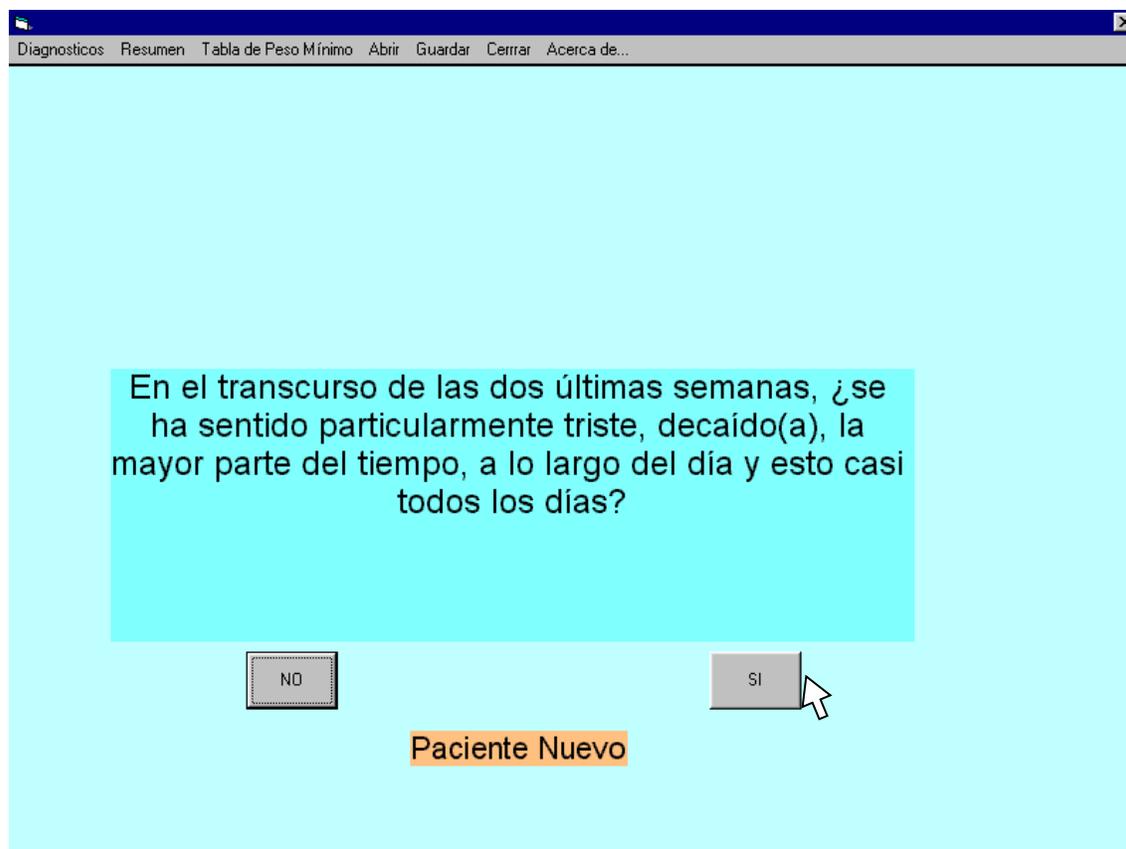
Menú de Diagnósticos.

- ☐ En este menú se presentan los diferentes diagnósticos a evaluar.
- ☐ Por medio de la selección de alguno de ellos se tiene el acceso a la entrevista del mismo.
- ☐ Una vez terminada la exploración de un diagnostico, este queda inhabilitado



Pantalla típica de exploración

En general para la exploración de los diagnósticos se presenta una pantalla donde aparece la pregunta con dos opciones de respuesta (Si y No), al contestar a cualesquiera de las alternativas aparece la siguiente pregunta.



En la parte baja de la pantalla aparece la leyenda Paciente Nuevo cuando no se ha guardado todavía la información del paciente entrevistado. Cuando ya se guardó información del paciente aparecerá su nombre y fecha. La fecha que aparece corresponde a la última ocasión en que se almaceno información.

MUY IMPORTANTE

SEA CUIDADOSO

Esta versión no ofrece la posibilidad de regresar a la pregunta anterior cuando se comete un error al responder.

SE RECOMIENDA

Guardar los datos cada vez que se termine de explorar un diagnostico. De esta manera, en caso de error usted puede proseguir como sigue: salirse del programa sin guardar y regresar al programa para iniciar de nuevo la exploración del diagnostico donde se cometió el error

Pantalla de exploración para Trastornos Psicóticos.

Las cuestiones para los trastornos psicóticos aparecen primero con el formato típico. Ante la respuesta negativa, la siguiente cuestión aparece con el mismo formato. Por el contrario, cuando se contesta afirmativamente aparece un recuadro donde hay que marcar si la respuesta explorada es **extraña** o no y entonces hacer click sobre la flecha roja para continuar con la entrevista.

Diagnosticos Resumen Tabla de Peso Mínimo Abrir Guardar Cerrar Acerca de...

¿Ha tenido la impresión, alguna vez, de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?

NO SI

Paciente Nuevo

IDEA EXTRAÑA

SI NO →

Pantalla de exploración para Dependencia o Abuso de Sustancias.

En esta pantalla aparecen las ocho clases de drogas o sustancias a evaluar. Habrá que marcar aquellas que el paciente indique que ha utilizado. Una vez marcadas hacer click en **CONTINUAR**

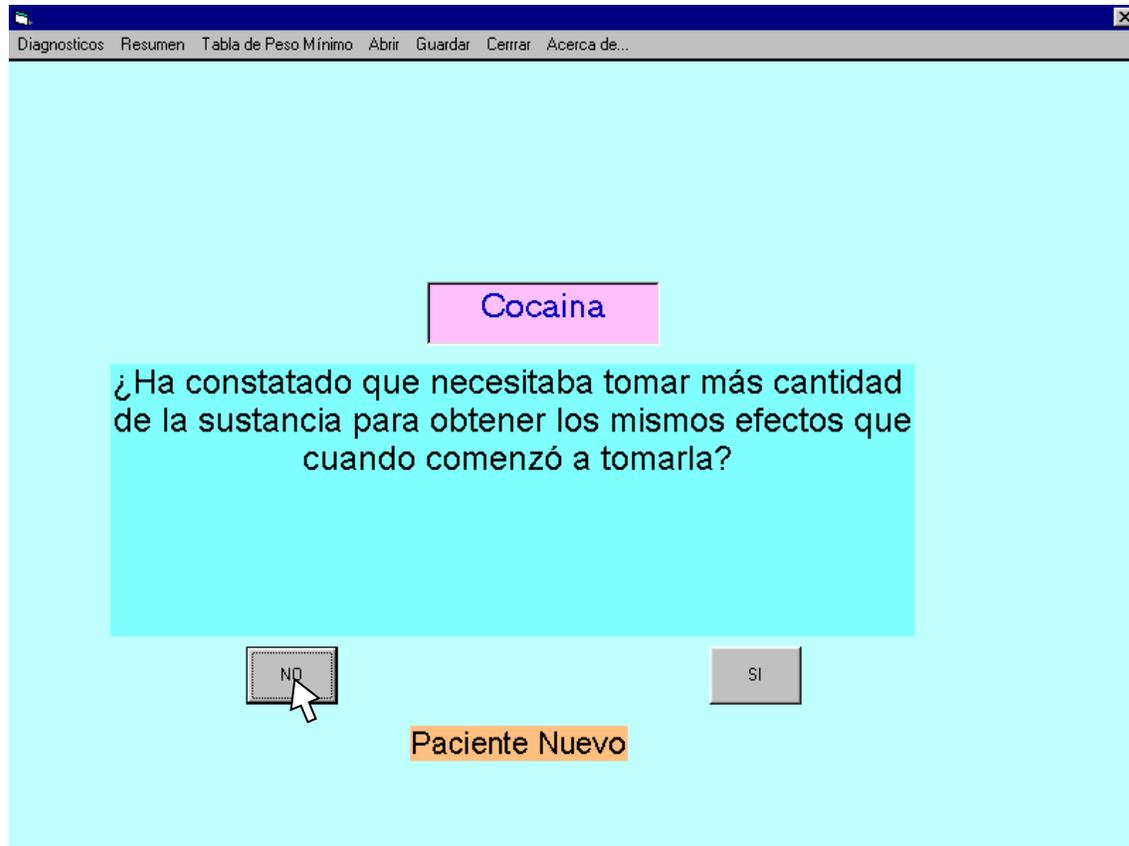
The screenshot shows a software window titled "Form2" with a menu bar containing "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The main content area contains eight categories of substances, each in a light orange box with a checkbox to its right:

- Estimulantes** (Speed, Ritalin, Pildoras para Adelgazar)
- Inhalantes** (Pegamento, Thinner, eter)
- Cocaína** (Cocaína, coca, crack, speedball)
- Cannabinoides** (Hachis, Mariguana, Hierba, Cannabis)
- Opiáceos** (Heroína, Morfina, Opio, Metadona, Codeína, Meperidina, Fentanyl)
- Tranquilizantes** (Valium, Halción, Lexotan)
- Alucinógenos** (LSD, Acido, Mescalina, PCP, Polvo de Angel, Hongos, Extasis)
- Varios** (Anabolizantes, Esteroides, otras)

At the bottom center of the window is a button labeled "CONTINUAR" with a mouse cursor pointing to it.

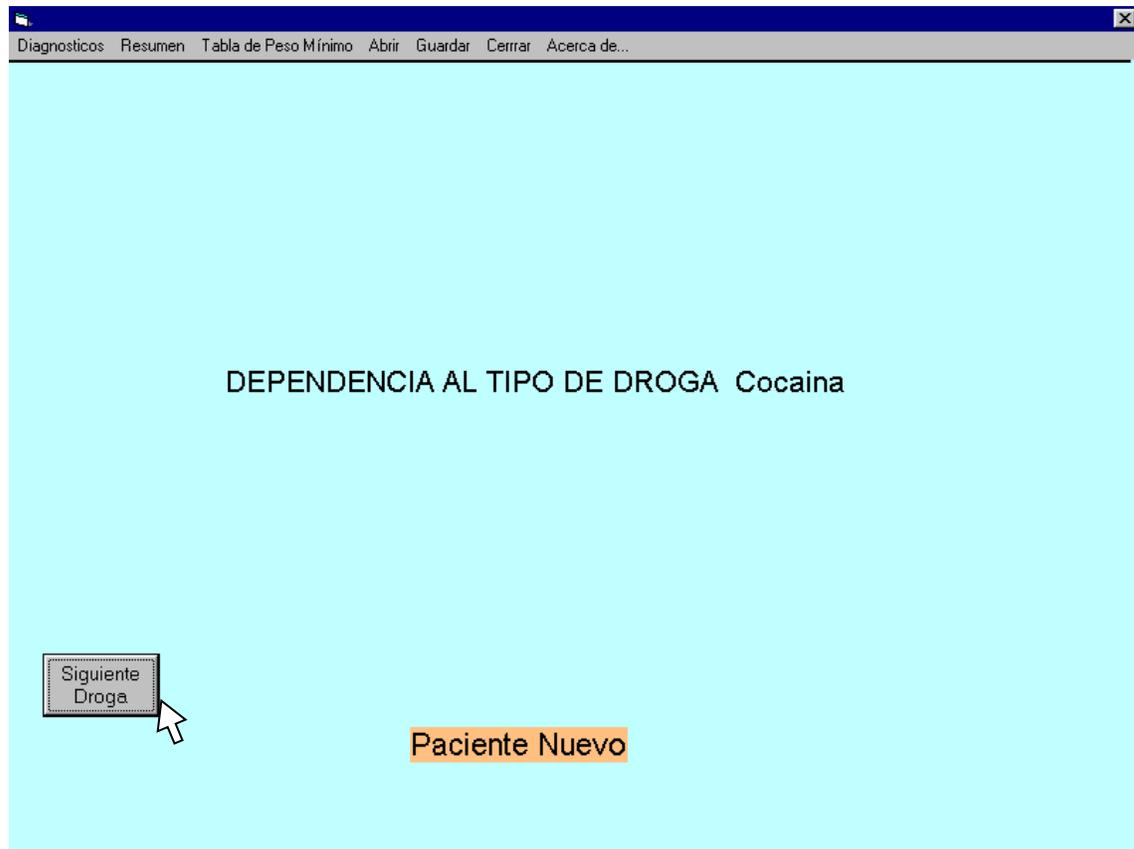
Pantalla de exploración para Dependencia o Abuso de Sustancias.

Esta pantalla es similar a la pantalla típica con la excepción de que en la parte superior aparece una leyenda con la clase de droga que se está explorando.



Pantalla para continuar explorando otros tipos de droga.

Una vez que se terminó de explorar una Droga aparece el diagnostico y para proseguir con otra droga hacer click en **Siguiente Droga**



Cuando se terminan de explorar todas las drogas utilizadas por el paciente un click en **Siguiente Droga** regresa a la pantalla principal.

Pantalla para la determinación de peso bajo crítico.

Esta pantalla aparece al explorar Anorexia Nervosa o Bulimia. Introducir la información requerida: el peso mínimo durante los últimos tres meses (kgs) y la talla (cms.). Marcar el sexo del paciente y entonces hacer click en **Calcular**. Entonces aparece una leyenda indicando si el paciente cumple o no con el criterio para peso bajo. Para proseguir con la entrevista, hacer click en **Continua**.

Diagnosticos Resumen Tabla de Peso Mínimo Abrir Guardar Cerrar Acerca de...

Peso Mínimo Crítico

Peso mínimo durante los últimos tres meses **Talla**

SEXO

Masculino Femenino

Calcular

TALLA	<140	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	>190
PESO MUJERES	<37	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57	>57
PESO HOMBRES	<41	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61	>61

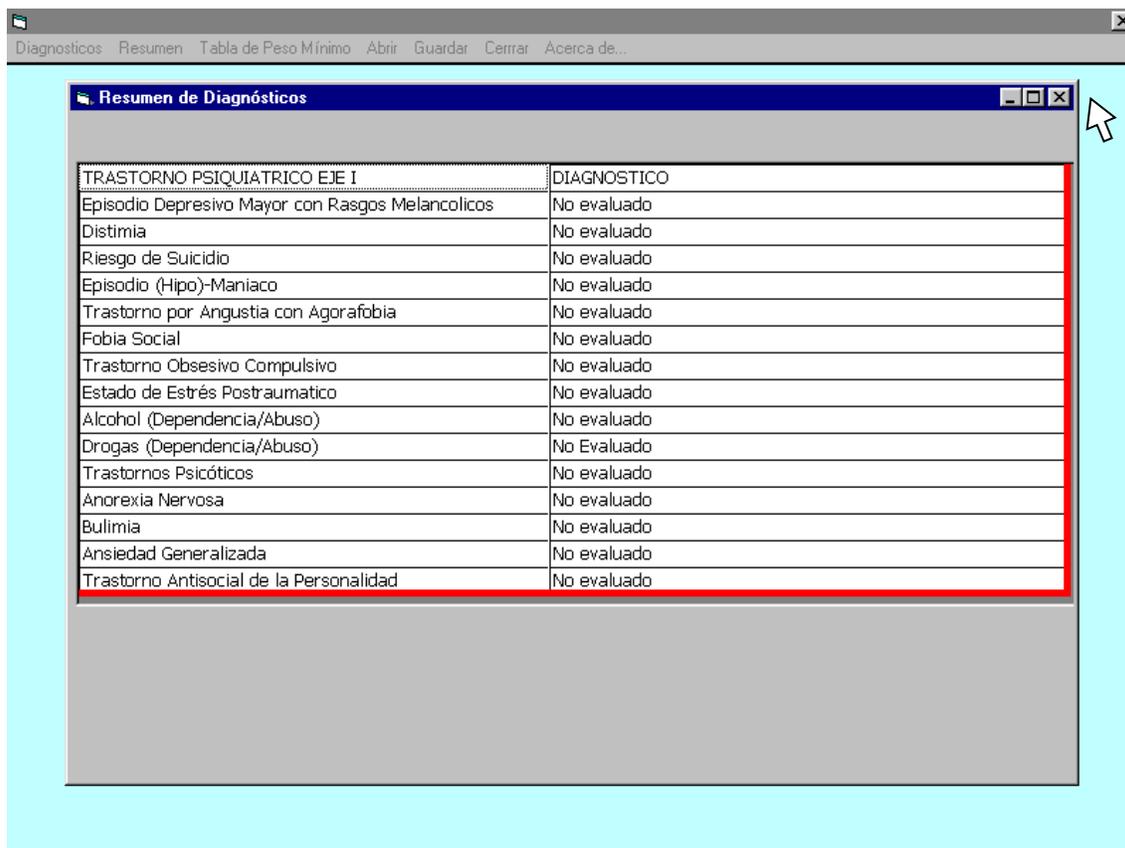
CUMPLE CRITERIO PARA PESO BAJO CRITICO

Continua

Pantalla de Resumen.

En cualquier etapa de la entrevista se podrán consultar los resultados diagnosticos haciendo click en la opción de **Resumen** del Menú principal.

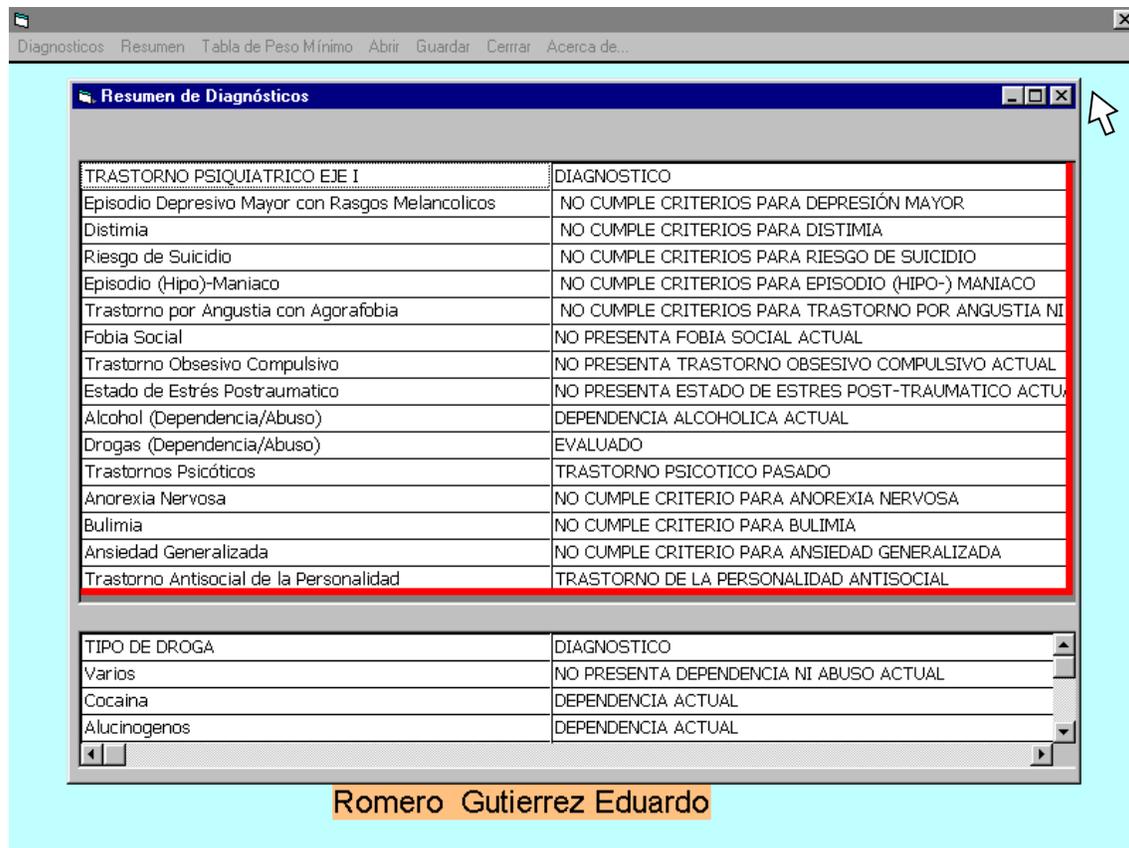
Cuando todavía no se ha evaluado ningún diagnostico aparece así:



The screenshot shows a window titled "Resumen de Diagnósticos" with a menu bar containing "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The window contains a table with two columns: "TRASTORNO PSIQUIATRICO EJE I" and "DIAGNOSTICO". The table lists 15 psychiatric disorders, all of which are marked as "No evaluado".

TRASTORNO PSIQUIATRICO EJE I	DIAGNOSTICO
Episodio Depresivo Mayor con Rasgos Melancolicos	No evaluado
Distimia	No evaluado
Riesgo de Suicidio	No evaluado
Episodio (Hipo)-Maniaco	No evaluado
Trastorno por Angustia con Agorafobia	No evaluado
Fobia Social	No evaluado
Trastorno Obsesivo Compulsivo	No evaluado
Estado de Estrés Postraumatico	No evaluado
Alcohol (Dependencia/Abuso)	No evaluado
Drogas (Dependencia/Abuso)	No Evaluado
Trastornos Psicóticos	No evaluado
Anorexia Nervosa	No evaluado
Bulimia	No evaluado
Ansiedad Generalizada	No evaluado
Trastorno Antisocial de la Personalidad	No evaluado

Cuando se ha completado la entrevista la pantalla de **Resumen** presenta la siguiente apariencia:



Para cerrar la pantalla hacer click en la **X** del extremo superior derecho.

Guardar Datos

Para guardar datos hacer click en **Guardar** del Menú principal. Cuando se está salvando información por primera vez aparece la siguiente pantalla:

Archivar

Número de Expediente

Nombre

Genero

Masculino Femenino

Edad

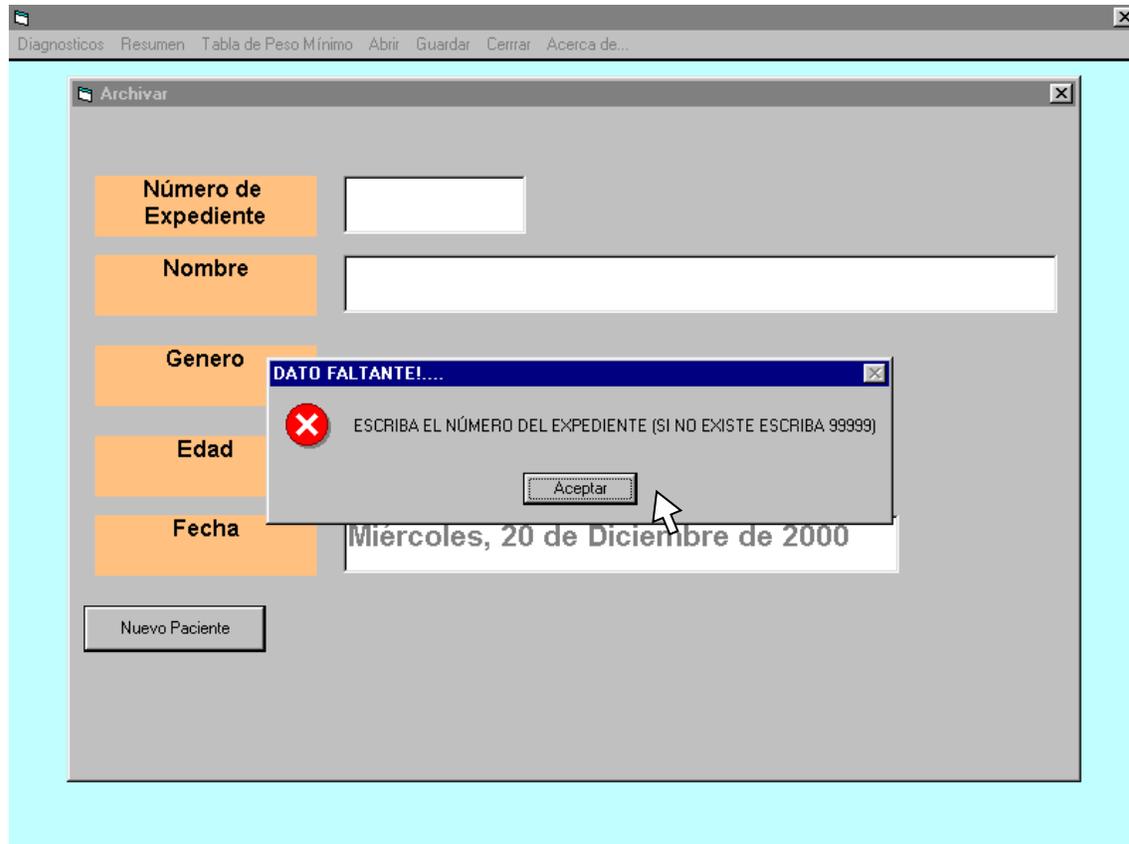
Fecha

Miércoles, 20 de Diciembre de 2000

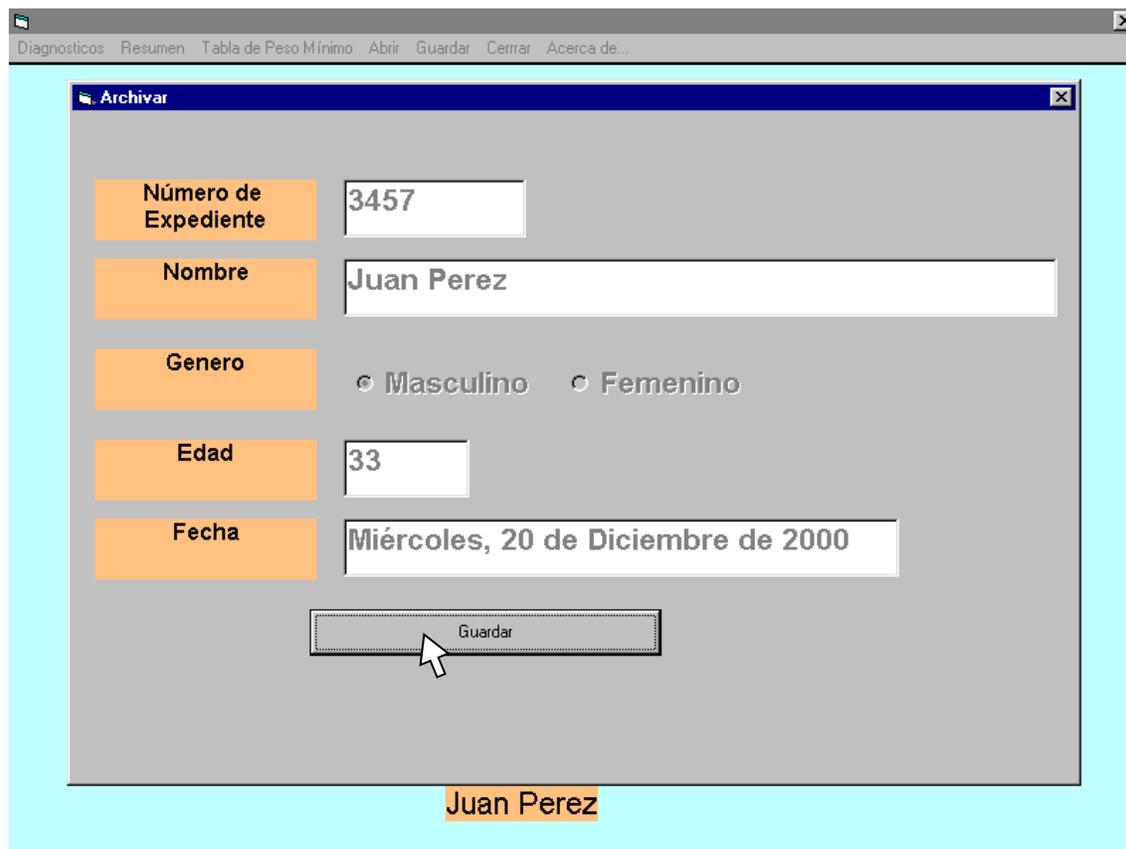
Nuevo Paciente

Diagnosticos Resumen Tabla de Peso Mínimo Abrir Guardar Cerrar Acerca de...

Es necesario llenar todos los campos con la información solicitada, si alguno de estos campos no es llenado, entonces aparece un aviso indicando cual es el campo que no ha sido llenado:



Cuando se han salvado datos de un paciente y la entrevista no ha terminado aún, se puede proseguir con ésta e ir salvando cuantas veces se requiera. La pantalla para salvar en la forma antes descrita aparece ya con los datos del paciente.



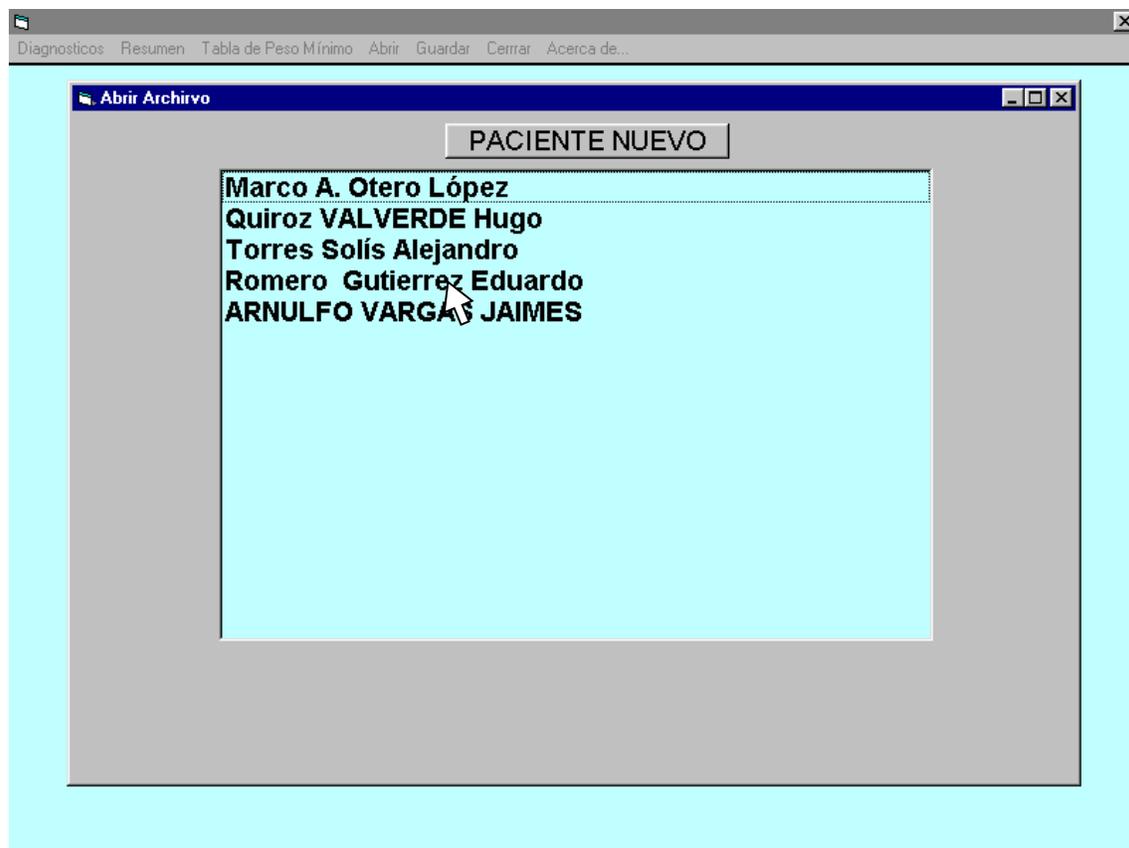
The screenshot shows a software window titled "Archivar" with a menu bar containing "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The main area contains several input fields with orange labels:

Número de Expediente	3457
Nombre	Juan Perez
Genero	<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Edad	33
Fecha	Miércoles, 20 de Diciembre de 2000

Below the fields is a "Guardar" button with a mouse cursor pointing to it. At the bottom of the window, the name "Juan Perez" is displayed in an orange box.

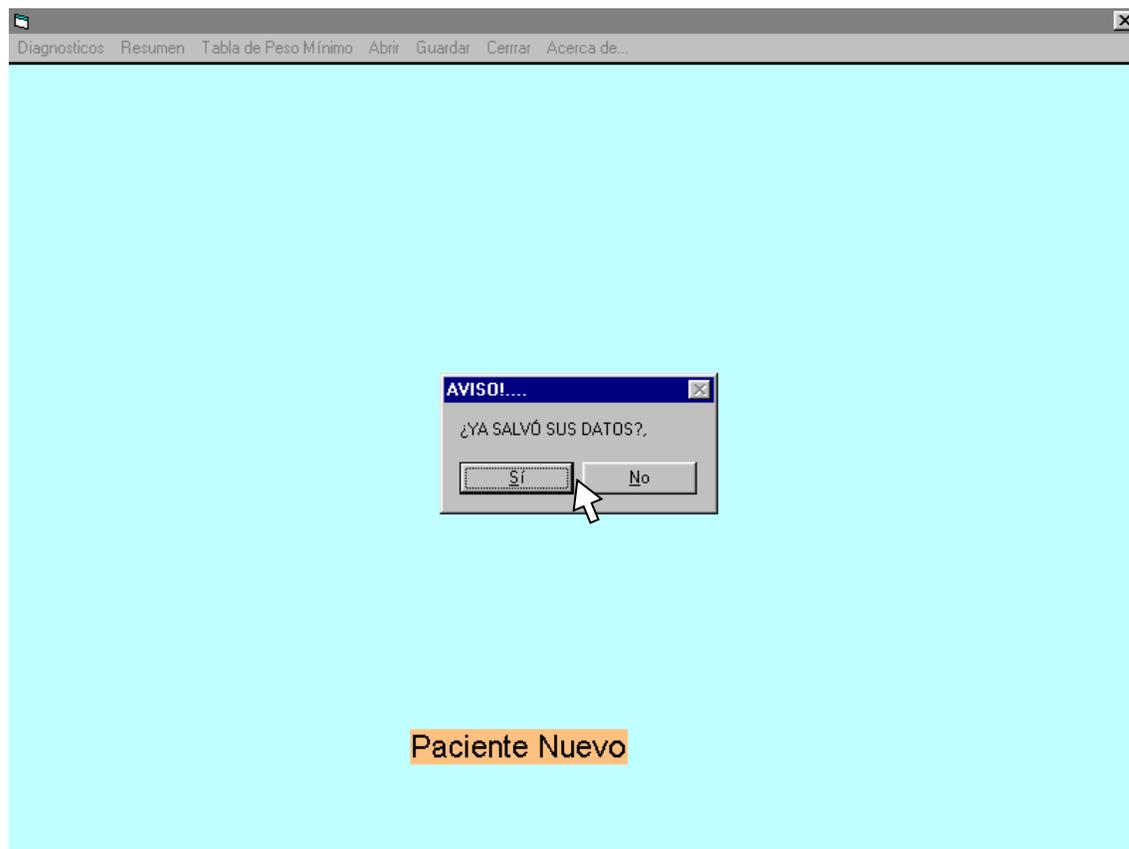
Abrir Datos

Los resultados de los pacientes entrevistados con anterioridad pueden ser consultados o incluso completados si es que la entrevista no pudo ser terminada en una sola ocasión. La pantalla permite consultar un paciente anterior haciendo click sobre su nombre o incluso después de haber consultado un paciente regresar a esta pantalla e iniciar con un paciente nuevo haciendo click sobre **Paciente Nuevo**.



Cerrar

Para cerrar el programa se puede utilizar la opción de **Cerrar** del Menú principal o haciendo click en la **X** en el extremo superior derecho de la pantalla principal. El programa preguntará si los datos ya han sido salvados, en caso de contestar **SI** y que esto sea falso se perderá la información en memoria, si se contesta **NO** el programa pasa a la pantalla de guardar.



Anexo 11 INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

CONSIDERACIONES ÉTICAS * Consentimiento informado

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Influencia en la severidad, funcionalidad y dinámica familiar en los pacientes adolescentes con padres con un diagnóstico psiquiátrico

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Nombre _____ del
Paciente: _____

Estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", éste estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a efectuar:

El objetivo es estudiar por medio de aplicación de escalas de funcionalidad, severidad y diagnósticas a pacientes adolescentes que cuenten con un diagnóstico psiquiátrico y reciban tratamiento; así como a los padres de estos pacientes, evaluando como influye que uno de los padres tenga un diagnóstico psiquiátrico en la funcionalidad del paciente adolescente, además de la influencia dentro de la dinámica familiar.

La finalidad es identificar factores de riesgo (las posibles causas que pueden provocar una mejor o peor respuesta al tratamiento) de los pacientes adolescentes y el grado de deterioro familiar que puede existir en familias con más de 2 pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Procedimientos del estudio:

Una vez que haya sido valorado por el servicio de Preconsulta y sea canalizado a la Clínica de la Adolescencia, le será asignado un médico tratante quien le aplicará una Historia clínica y posterior a ésta se realizará una entrevista con médico adscrito de la clínica para definir diagnóstico y tratamiento.

Posterior a esto se le hará la invitación a participar en este estudio de investigación, si usted acepta, firmará esta carta de consentimiento informado, y enseguida será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de las escalas correspondientes al paciente adolescente y a sus padres para establecer si existe un diagnóstico psiquiátrico en los padres del adolescente, y como puede estar relacionado con la presencia o no de deterioro en la funcionalidad del adolescente y la dinámica familiar donde se desenvuelve.

Se realizarán 3 cuestionarios para el paciente adolescente y uno a los padres. Con una duración de 60 min para todas las escalas. La realización de estas pruebas no tiene riesgo alguno para usted y no implican costo adicional.

Al terminar las pruebas usted continuará su atención psiquiátrica con su médico tratante previamente asignado en consulta externa.

Y en caso de que se detecte un diagnóstico psiquiátrico se le invitará a solicitar una cita en el servicio de Preconsulta para valoración inicial dentro de esta institución, siempre y cuando usted lo acepte.

Consignas a seguir

- 1.- Se le pedirá su consentimiento para realizar la aplicación de escalas.
- 2.- No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- Su participación es voluntaria, solo si usted acepta.
- 4.- Podrá retirarse del estudio en el momento que desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta institución.

Se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

Beneficios

- 1.- Usted podrá aclarar sus dudas con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 2.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estas enfermedades mentales.
- 3.- El investigador se compromete a integrar los diagnósticos encontrados en el expediente clínico, para que el médico tratante pueda integrarlos al plan de estudios y tratamiento siempre que usted autorice esta acción al investigador.
- 4.- Los resultados de este estudio pueden favorecer a que su médico tratante pueda encontrar que intervenciones o tratamientos le serían mejores para su pronóstico a futuro.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de esta entrevista son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de la investigación, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida. Se le

comentará a su médico tratante los resultados de este estudio solo si usted lo autoriza, ya que estos resultados pueden beneficiar a su manejo clínico.

Disposiciones generales

GRACIAS

11.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

15.3.1. Escala de la Evaluación Global de los Niños (C-GAS)

Utilice los niveles intermedios. Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamiento provistos únicamente son ilustrativos y no requieren una evaluación particular.

- 100** Funcionamiento superior en todas las áreas (en la casa, escuela y con los padres); participa en diversas actividades para las cuales muestra mucho interés (p. ej., pasatiempos, participación en actividades extracurriculares, pertenece a una organización como los Scouts, etc.); agradable, confiado; no pierde el control de las preocupaciones diarias, funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 91** Funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 90** Adecuado funcionamiento en todas las áreas; se siente seguro con su familia, en la escuela y con los padres; pueden existir dificultades transitorias y, en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (p. ej., leve ansiedad asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los padres o los hermanos).
- 81** Adecuado funcionamiento en todas las áreas; se siente seguro con su familia, en la escuela y con los padres; pueden existir dificultades transitorias y, en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (p. ej., leve ansiedad asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los padres o los hermanos).
- 80** Deterioro mínimo del funcionamiento en la casa, la escuela o con los padres; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores cotidianos (p. ej., separación ante los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria; estos niños perturban de una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 71** Deterioro mínimo del funcionamiento en la casa, la escuela o con los padres; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores cotidianos (p. ej., separación ante los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria; estos niños perturban de una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 70** Alguna dificultad en un área, pero generalmente funcionan de forma adecuada (p. ej., actos antisociales esporádicos o aislados, tales como jugar rudo o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedades que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas; la mayoría de las personas que no conocen al niño pueden no considerarlo como desviado o diferente, pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 61** Alguna dificultad en un área, pero generalmente funcionan de forma adecuada (p. ej., actos antisociales esporádicos o aislados, tales como jugar rudo o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedades que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas; la mayoría de las personas que no conocen al niño pueden no considerarlo como desviado o diferente, pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 60** Funcionamiento variable con dificultades esporádicas o presencia de síntomas en algunas áreas, pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente para aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional, pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 51** Funcionamiento variable con dificultades esporádicas o presencia de síntomas en algunas áreas, pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente para aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional, pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 50** Interferencia moderada en el funcionamiento en la mayor parte de las áreas sociales o un grave deterioro o funcionamiento en un área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones suicidas y rumiaciones, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas conversivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales.
- 41** Interferencia moderada en el funcionamiento en la mayor parte de las áreas sociales o un grave deterioro o funcionamiento en un área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones suicidas y rumiaciones, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas conversivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales.
- 40** Grave deterioro en el funcionamiento de diversas áreas y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los pares o con la sociedad en general, p. ej., agresión persistente sin una razón clara, marcada timidez o comportamiento de aislamiento relacionado con un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un claro intento letal, estos niños requieren de escuelas especiales y/u hospitalización o abandonar la escuela (lo cual no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 31** Grave deterioro en el funcionamiento de diversas áreas y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los pares o con la sociedad en general, p. ej., agresión persistente sin una razón clara, marcada timidez o comportamiento de aislamiento relacionado con un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un claro intento letal, estos niños requieren de escuelas especiales y/u hospitalización o abandonar la escuela (lo cual no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30** Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas, p. ej., se queda en casa o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro grave en pruebas de realidad o deterioro grave en la comunicación (p. ej., en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 21** Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas, p. ej., se queda en casa o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro grave en pruebas de realidad o deterioro grave en la comunicación (p. ej., en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 20** Requiere supervisión para prevenir que se lastime o lastime a otros (p. ej., con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un grave deterioro en toda clase de comunicación, p. ej., graves anomalías en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social.
- 11** Requiere supervisión para prevenir que se lastime o lastime a otros (p. ej., con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un grave deterioro en toda clase de comunicación, p. ej., graves anomalías en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social.
- 10** Requiere constante supervisión (cuidados de 24 horas) debido a la grave agresión o comportamiento autodestructivo o por un grave deterioro en pruebas de realidad, comunicación, cognición, afecto o higiene personal.
- 1** Requiere constante supervisión (cuidados de 24 horas) debido a la grave agresión o comportamiento autodestructivo o por un grave deterioro en pruebas de realidad, comunicación, cognición, afecto o higiene personal.
- 0** Información inadecuada.

Puntuación total

¿Por qué es importante invertir en Salud Mental en niños y adolescentes? : El impacto económico de los problemas en salud mental y su asociación con el área educativa

Moreno- Arrioja Lizbeth^a, Sepúlveda- Sastre Alfredo ^b, Fragoso- González Alejandra ^b, Arias- Caballero Adriana^c, Cabrera-lagunes Alfonso ^d, Palacios -Cruz Lino^{c f}.

^a Facultad de Filosofía y Letras , Colegio de Pedagogía Universidad Nacional Autónoma de México.

^b Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México

^c Programa de Investigación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad a lo largo de la vida PROMETEO, Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr Ramón de la Fuente".

^d Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina, Campus Xalapa.

^f Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr Ramón de la Fuente" .

INTRODUCCIÓN

La relación de la salud mental en niños y adolescentes y su impacto directo o indirecto en distintas áreas en la vida de aquellos que la padecen, la salud mental es un tema que ha sido poco estudiado a pesar de la frecuencia con la que suelen aparecer los trastornos relacionados en esta población.

Cuando un sujeto menor de 18 años tiene algún trastorno en salud mental, por ejemplo trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos de conducta o del aprendizaje, es probable que tenga consecuencias negativas directas en distintas áreas de su vida como: su desempeño académico, su relación con sus pares, su salud física, o su calidad de vida. El impacto económico y emocional en las familias de esta población afectada también debe considerarse.

En México, según reportes de la encuesta de salud mental en adolescentes de la ciudad de México y área conurbada, casi el 40% de los adolescentes reportaron en los últimos doce meses algún trastorno mental, de los cuales 1 de cada 4 dijo presentar un trastorno leve, 1 de cada 2 dijo presentar un trastorno moderado y uno de cada 5 presenta un trastorno mental severo o grave (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009).

Según los mismos autores, la presencia de algún trastorno mental en esta etapa de la vida está asociada a un bajo rendimiento escolar, particularmente en jóvenes cuyo trastorno se origina por el uso de sustancias, teniendo la probabilidad de 2.8 veces mayor riesgo de presentar bajas calificaciones comparado con aquellos que no tienen un trastorno. Los adolescentes que tienen algún trastorno del control de los impulsos, presentan 2.5 veces mayor probabilidad de tener un bajo promedio escolar comparados con aquellos que no lo padecen. Por otro lado los sujetos que presentan depresión tienen la probabilidad de 6.6 veces mayor riesgo de abandonar sus estudios comparado con aquellos que no la presentan, por otro lado el tener TDAH aumenta hasta 3 veces estas probabilidades.

Los trastornos mentales de infantes no atendidos a tiempo tienen serias repercusiones en la vida adolescente y adulta, en diferentes áreas entre ellas el ámbito escolar. El abandono y rezago escolar tienen como consecuencia no retribuir a la sociedad lo que el Estado ha invertido en ellos, es decir, la inversión en

el capital humano de esos sujetos no cumple su objetivo como tal, puesto que en lugar de ser una inversión que a largo plazo llegue a ser una ganancia, se convierte en un gasto público sin provecho alguno.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. En México se estimó que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad.¹

En México hay 33 470 538 de niñas y niños, de los cuales alrededor de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y 14 años (...) Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de ellos requiere de una atención especializada e integral²

Según datos de las encuestas en adultos a nivel mundial apoyadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 30% de los casos de trastornos mentales comenzaron antes de los 12 años de edad, lo que nos indica la importancia de identificar y tratar estos trastornos en edades tempranas.

¹ Frenk J, *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. 1999

² Diagnostico epidemiológico, Capítulo III...

En niños y adolescentes el 20% de ellos presentan al menos un trastorno mental. Benjet y cols. (2006) señalan que el índice de personas con trastornos mentales en México es inferior al que se reporta en Estados Unidos, pero el índice de personas que recibe tratamiento es también más bajo, sin tratamiento, los padecimientos se agravan y los efectos en la calidad de vida empeoran.

Se utilizó como fuente la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se llevó a cabo en México (cuando?) en el marco de la iniciativa Mundial de Salud Mental de la OMS, esta encuesta presentó la magnitud de las necesidades de atención psiquiátrica en el país. Los trastornos mentales y del comportamiento afectan a un amplio grupo de la población, causando un nivel importante de discapacidad, afectan la sobrevivencia de las personas que padecen otros trastornos crónicos incrementando la mortalidad. A pesar de esto, dichos trastornos no han ocupado su lugar en las prioridades de salud de muchos países incluido México.³

La Encuesta Nacional de Salud del 2012 reporta que los adolescentes entre 10 y 19 años de edad sufrió algún robo, agresión o violencia, siendo más común en hombres (4.4%) que en mujeres (3.4%). Estos porcentajes superan lo reportado en la ENSANUT 2006 (hombres 3.3% y mujeres 1.3%)⁴

³ Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C. (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Asociación Psiquiátrica Mexicana: Manual de los Trastornos Mentales Edición 2005. México, 2005, pp. 13-24.

⁴ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, Segunda Edición

Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron trastornos de angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se ha observado que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias.

Cuadro 1 Distribución de las principales variables sociales de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México.		
	N	%
Sexo		
Masculino	1126	46.3
Femenino	1306	53.7
Edad		
18-29	985	40.5
30-44	833	34.3
45-64	584	24.0
65 <=	31	1.3
Escolaridad		
Ninguna/ primaria	1607	67.9
Secundaria	314	13.3
Algunos Estudios	165	7.0
Universitarios		
Graduado de Universidad	282	11.9
Estado Civil		
Casado/Union Libre	1632	67.1
	181	7.4
Separado/Viudo/Divorciado		
Nunca Casado	619	25.5
Situación Laboral		
Trabajando Actualmente	1371	57.9
Estudiante	174	7.4
Ama de Casa	703	29.7
Retirado	27	1.2
Otro.	94	4.0

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México alrededor de 54% de la muestra fueron del sexo femenino, y aproximadamente 40% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años). La encuesta reveló el bajo nivel educativo del país; 67.9% de población tuvo únicamente estudios primarios (sexto grado) y sólo el 11.9% completó estudios universitarios.⁵

El siguiente cuadro presenta las prevalencias de 23 trastornos mentales, desglosados por sexo, se puede observar que 28.6% de la población mexicana presentó algunos trastornos de la CIE alguna

⁵ Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, 2003

vez en su vida. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14% alguna vez), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%)

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año por sexo

Cuadro 2.
Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México

	Hombres		Mujeres		Wald x2	p
	%	ES	%	ES		
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	1.3	0.3	1.9	0.4	1.09	0.18
Trastorno de ansiedad generalizada	0.3	0.2	1.9	0.3	1.0	0.32
Fobia social	10.0	0.8	12.4	1.0	4.1	0.05
Fobia específica.	15.6	1.0	26.1	0.9	54.5	0.00
Agorafobia sin trastorno de pánico	2.5	0.5	4.7	0.6	7.9	0.01
Trastorno por estrés postraumático	0.3	0.2	1.7	0.3	15.9	0.00
Trastorno de ansiedad por separación	1.7	0.3	3.6	0.5	11.9	0.00
Cualquier trastorno de ansiedad	24.6	1.2	35.0	1.0	49.4	0.00
Trastornos afectivos						
Depresión Mayor	2.0	0.5	7.6	0.8	32.8	0.00
Distimia	0.2	0.1	0.9	0.3	4.0	0.06
Bipolar I y II	2.4	0.5	2.5	0.3	0.1	0.81
Cualquier trastorno afectivo	4.4	0.6	10.1	0.9	23.3	0.00
Trastornos Impulsivos						
Trastorno negativista desafiante	3.7	0.4	6.9	0.8	18.8	0.00
Trastorno Disocial	3.3	0.4	2.6	0.5	1.5	0.24
Déficit de atención/hiperactividad	1.4	0.3	1.8	0.5	0.6	0.44
Cualquier trastorno impulsivo	7.0	0.6	10.3	0.9	10.1	0.00
Trastorno por uso de sustancias						
Abuso de alcohol	3.4	0.6	2.0	0.5	3.3	0.08
Dependencia al alcohol.	0.7	0.2	0.3	0.1	3.7	0.06

Abuso de Drogas	1.4	0.4	0.7	0.3	2.1	0.16
Dependencia de Drogas.	0.3	0.2	0.1	0.1	1.4	0.25
Cualquier trastorno por sustancias.	4.2	0.7	2.5	0.6	3.7	0.06
Cualquier Trastorno						
Uno o más	35.					
Trastornos	7	1.2	43.2	1.1	16.1	0.00
Dos o más	14.					
trastornos	5	1.4	21.4	1.0	16.7	0.00
Tres o más						
trastornos.	5.9	0.7	10.9	1.0	15.6	0.00

Los datos reportados por el Hospital

Adaptato de Benjet C. Salud mental 2009

Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La prevalencia de la dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes. Se encontró que el trastorno depresivo ha aumentado y ascendió al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. El retraso mental, la epilepsia y los trastornos de conducta se mantienen, en promedio, con la misma prevalencia.⁶

La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores. Se ha observado que a mayor gravedad de algún trastorno mental en edades tempranas y que no son tratados a tiempo, existe una mayor repercusión y aumenta el riesgo en el individuo de padecer alguna alteración

⁶ Tabla 2 (ANEXO)

psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole un conflicto personal, así como en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral.

En México, según datos del INEGI, el abandono y el rezago escolar en los últimos diez años tuvo una incidencia del 21.51%. Según el Panorama social de América Latina, 2001-2002, publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el 2000 la tasa global de abandono entre los adolescentes antes de completar la educación secundaria era inferior a 20% en las zonas urbanas de Bolivia (9%), Chile (14%), Perú (16%) y República Dominicana (19%). En Argentina (23%), Brasil (23%), Colombia (24%) y Panamá (25%) fluctuaba entre un 20% y un 25%. En ocho países afectaba a un porcentaje de entre 25% y 35% de los adolescentes: Costa Rica (30%), Ecuador (28%), El Salvador (30%), México (35%), Nicaragua (34%), Paraguay (32%), Uruguay (32%) y Venezuela (35%), afectaba a un porcentaje, en Honduras y Guatemala la tasa de abandono escolar urbana alcanzaba a 40% y 47%, respectivamente.⁷

El abandono escolar afecta a varios sectores, (económico, escolar y de salud), tomando como factor principal la inversión en el capital humano; "es decir si el Estado hace una inversión a largo plazo en educación, con el fin de obtener mayor nivel en productividad para lograr un desarrollo económico óptimo, esperando como resultado que el sujeto retribuya lo invertido por el estado a la sociedad."

⁷ Informe de la CEPAL Panorama Social de América Latina 2001-2002: Elevadas tasas de deserción escolar en América Latina

Debido a esto nos hemos dado a la tarea de preocuparnos sobre este tema ya que ha sido un problema al que no se le ha dado la importancia debida a pesar de tener consecuencias inmediatas en la economía.

En México existe una gran variabilidad socioeconómica, donde 80% de jóvenes son de clase alta y 18% de clase baja, estos 2 grupos solo han completado al menos 10 años de estudio.¹⁰ Se estimó que para el año 2000, cerca de la mitad de la población de 20 años de edad, habría abandonado los estudios sin terminar la secundaria; los porcentajes son mayores en las familias de menores ingresos.⁸

En los países en desarrollo, las tasas de natalidad son menores además del hecho de que aún no se cuenta con un contingente significativo de población anciana, ofrecen la posibilidad de un dividendo demográfico en los próximos 15 a 20 años. De esta manera, si los gobiernos invierten ahora en salud y educación secundaria universal para sus jóvenes, cuando éstos se integren a la fuerza laboral, su productividad contribuirá al incremento significativo de los niveles del Producto Global Interno⁹, como ocurrió en los países del este asiático.¹⁰

Además de aportar mayores perspectivas de futuro, invertir en promoción y prevención puede significar un ahorro para el país.¹¹ Un análisis de costo-beneficio estimó que cada año en EUA se gastan 20 billones de dólares para mantener los ingresos, servicios de salud y nutrición de las familias encabezadas por adolescentes. Por otra parte, el costo de un drogadicto o de un delincuente reincidente varía entre 1 y 1.3 millones. Se estima que estos gastos pueden reducirse a la mitad si se invierte en

⁸ Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama Social

⁹ 24. Blum B. Youth and development. Ginebra: World Health Organization, 1999.

¹⁰ Tabla 1 ANEXO

¹¹ Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Segunda edición. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2000.

prevención. Aparte del ahorro que supone la prevención, hay que recordar que la salud de adolescentes y jóvenes es un derecho humano, como aprobaron los gobiernos en la Cumbre de la Infancia de 1990. Invertir en la salud de adolescentes implica potenciar la inversión previa de los gobiernos en supervivencia infantil, prevención de enfermedades infecciosas y educación. Tampoco hay que olvidar el impacto directo que tiene la salud en el potencial educativo de adolescentes y jóvenes, y viceversa. La salud es un factor indispensable para la sustentabilidad del desarrollo, ya que las buenas condiciones físicas y mentales contribuyen a mejorar y potenciar el rendimiento escolar. Se estima que un año de educación puede reducir la fertilidad de las adolescentes entre 5 y 10%. Las adolescentes que se quedan embarazadas terminan con menos educación y con un mayor nivel de pobreza al abandonar el sistema educativo.¹²

La inversión es difícil al no haber consenso en la sociedad en cuanto a temas altamente sensibles, como la conducta sexual de los adolescentes o el consumo de sustancias, y los gobiernos se muestran ambivalentes respecto del papel que debe tomar el Estado con relación a éstas y otras conductas juveniles. Apoyar el desarrollo de adolescentes y jóvenes requiere de una inversión a largo plazo y no de intervenciones aisladas, de corto plazo, sin impacto y sin continuidad. Esto adquiere especial relevancia

¹² Brindis CD, Irwin CE Jr, Ozer EM, Handley M, Knopf DK, Millstein SG. Improving adolescent health: An analysis and synthesis of health policy recommendations. Resumen del Informe del National Adolescent Health Information Center, San Francisco (CA): Universidad de California, 1998.

cuando el tema de adolescencia y juventud compite por atención y financiamiento con otros problemas de salud...¹³

Estimar los costos de intervenciones en salud es importante para el establecimiento de políticas en salud por diversas razones, incluido el hecho de que los resultados pueden utilizarse como herramienta para la asesoría y mejora de los procesos de atención a la salud, financiamiento de los sistemas de salud, distribución de presupuestos y recursos. Clínicamente es una herramienta más en la toma de decisiones terapéuticas. Dada la importancia de la salud como determinante del desarrollo económico ¿es eficiente la inversión en salud en México? La inversión en salud incluye el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. La inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, las actividades de inversión más importantes incluyen la alimentación, la infraestructura sanitaria y de agua potable, y la vivienda.

Se pueden encontrar diversas clasificaciones de costos en salud, la más frecuente es la que divide a los costos en directos e indirectos. Los costos directos representan los recursos consumidos por una intervención en salud y sus eventos asociados. Por ejemplo, los costos directos en atención primaria a la salud incluyen salarios del personal, medicamentos y costos capitales

¹³ Matilde Maddaleno, Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década, Salud Publica Mex 2003

derivados del equipo médico y el bien inmueble. Los costos indirectos pueden ser tangibles (pérdida o aumento en la productividad) o intangibles (costo del dolor, sufrimiento, incertidumbre).

Debido a que los costos indirectos no cuentan con un valor de mercado, al valor que se les asigna se le conoce como «precio sombra»; sin embargo, la manera en que se les asigna no está bien establecida o condensada. Otro beneficio de incluir un estudio de costos para la toma de decisiones en salud es debido al impacto que éstos, y la situación económica del paciente, tienen en las tasas de abandono y apego al tratamiento.

El índice principal se expresa empleando como unidad el producto interno bruto (PIB) per cápita, así, las categorías ordinales de este índice considerando de mal desempeño a mejor desempeño son: Intervención que no es costo-efectiva por ser mayor a 3 PIB/cápita, Intervención costo-efectiva por ser de 1 a 3 PIB/cápita y el mayor costo-efectiva por ser menor a 1 PIB/cápita (OMS 2005). La OMS (2005) establece que para la región a la que pertenece México (Américas B) el PIB per capitales de \$9,790 dólares americanos (USD), por lo que una estrategia costo-efectiva es aquélla cuyo valor oscila entre \$9,970 y \$29,371 USD⁷. La OMS se ha dado a la tarea de establecer los índices de costo-efectividad para el manejo de distintos trastornos psiquiátricos (los más frecuentes) comparando distintos tipos de intervenciones desde

farmacológicas, psicoterapéuticas y en políticas de salud (WHOCHOICE).

Se ha agrupado a los países según su localización geográfica y situación socioeconómica, siendo México parte de la región de las «Américas B». De acuerdo con la OMS, la salud mental es el "bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación".¹⁴ Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes...Así, los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada¹⁵

Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de "trastornos mentales comunes" y el bajo nivel educacional ¹⁶Más aún, un bajo

¹⁴ ESCANDÓN Carrillo, Roberto. ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17

¹⁵ Secretaría de Salud, Programa de salud 2000-2006. <http://www.ssa.gob.mx/>

¹⁶ Patel V, Kleinman A. Bull Poverty and common mental disorders in developing countries. Organ Mundial de la Salud . 2003; 81 (8) :609-15. 2003

nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.¹⁷

Con base en lo expuesto, la OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.¹⁸

La salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores como el social, ambiental, biológicos y psicológicos, requiere acciones de salud pública. En este sentido, los impactos que la falta de visión integral del ser humano han producido en las estrategias y políticas de acción, se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, y también, en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social y económico del país.¹⁹

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es alta. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. cit. Pág. 25

¹⁹ GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm>

contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan.²⁰

Costo Atención		Costo de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de servicios	Discapacidad laboral y pérdida de ingresos	Angustia/sufrimientos: efectos colaterales del tratamiento; suicidio
Familias y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas; exclusión social)

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004

Es importante invertir en salud mental, de no ser así la inversión se convertiría en un gasto por las consecuencias que conlleva no atender a la población que requiere cuidado de tipo psiquiátrico. Incluir el análisis de economía de la salud y su relación con la educación en el estudio de costo-beneficio permite establecer con mayor precisión no solo el impacto que los procesos de enfermedad tienen en los bolsillos de los pacientes y en las instituciones destinadas a su cuidado, sino también a nivel nacional el impacto en la tasa de retorno en cuanto a inversión y gasto en educación y salud. Así mismo podemos realizar proyecciones a futuro con la finalidad de prever cambios en las necesidades de salud y educación para redistribuir los recursos destinados a su atención.

²⁰ Idem

En la práctica clínica y educativa siempre será útil conocer cuáles son las estrategias de inversión para enriquecer las herramientas disponibles

REFERENCIAS

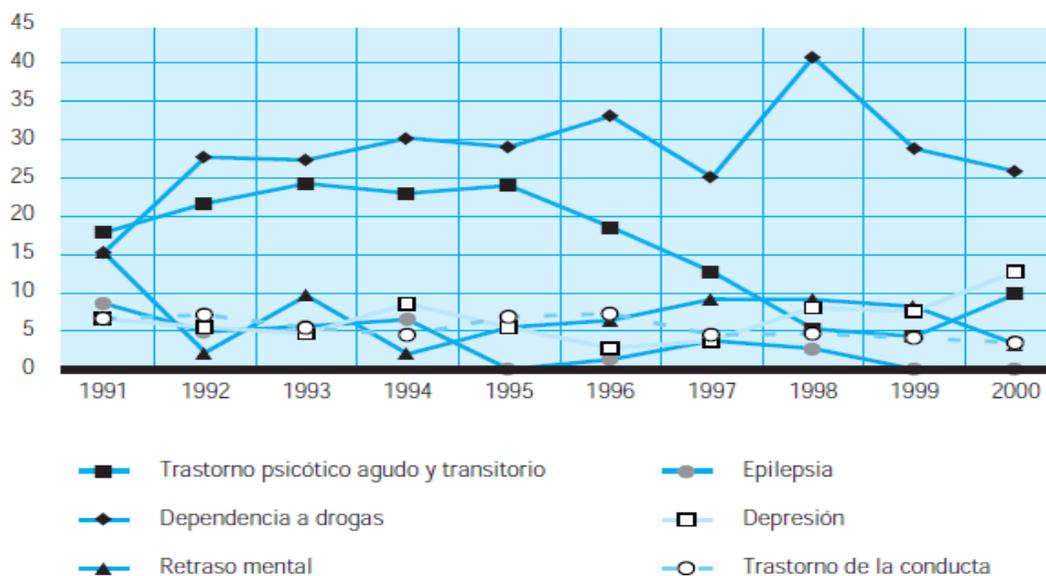
1. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Salud Pública México 2005; 47 supl 1: S4-S11.
2. Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M.-E., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). *La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. Salud Pública de México, 46, 417-424.
3. Blum B. *Youth and development*. Ginebra: World Health Organization ,1999.
4. Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Segunda edición. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2000
5. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. *Panorama Social*
6. Corina Benjet, et al, *Mexican Adolescent Mental Health Survey: An overview of Design and Field Procedures*, National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente (INPRFM) March 2006
7. Chisholm, Sanderson, Ayuso-Mateos, et al. Reducing the Global Burden of Depression. Population level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 393 403.
8. Eaton, Martins, Nestadt et al. *The Burden of Mental Disorders*. *Epidemiol Rev.* 2008; 30: 1-14, 2009.
9. Escandón Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, Segunda Edición
11. Franco S. *Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations*. Oxford University Press 2006.

12. Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
13. González Salvador. La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm>
14. Johns, Baltussen, Hutubessy. *Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003; 1: 1.
15. Kernick D. Costing interventions in primary care. *Family Practice* 2000; 17: 66 70.
16. Ma. Elena Medina-Mora, Directora de Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), y el Dr. Jorge Villatoro
17. Matilde Maddaleno et al, *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década*, Salud Publica Mex 2003
18. Medina Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas"*. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP).
19. <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidsm.htm>.
20. Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C. (2005). *La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. Asociación Psiquiátrica Mexicana: Manual de los Trastornos Mentales Edición 2005. México, 2005, pp. 13-24.
21. Moggyrosy, Smith. *The main methodological issues in costing health care services*. The University of York 2005.
22. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
23. Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6

24. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Pág. 25
25. Patel V, Kleinman A. Bull Poverty and common mental disorders in developing countries. Organ Mundial de la Salud. 2003; 81 (8):609-15. 2003
26. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, 2003
27. Secretaria de Salud, Programa de salud 2000-2006. <http://www.ssa.gob.mx/>
- 28.
29. Informe de la CEPAL Panorama Social de América Latina 2001-2002: Elevadas tasas de deserción escolar en América Latina <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/0/11260/P11260.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt> ONU CEPAL 2002, [
30. Benjet C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México, Salud mental 2009

ANEXO

Tabla 1



Fuente: Estadísticas del HPLJNN, SSA, 1991-2000

Alumnos inscritos, bajas, existencias y alumnos aprobados a fin de cursos. Ciclos escolares seleccionados de 1995/1996 a 2010/2011				
Ciclo escolar	Alumnos Inscritos	Bajas	Existencias	Alumnos aprobados.
1995/1996	26 479 869	1 544 005	24 935 864	21 563 055
1996/1997	26 082 912	1 497 342	24 585 570	21 454 377
1997/1998	26 389 389	1 533 991	24 855 398	21 716 709
1998/1999	26 593 658	1 445 374	25 148 284	22 144 489
1999/2000	27 060 322	1 467 955	25 592 367	22 554 151
2000/2001	27 304 695	1 454 409	25 850 286	22 831 994
2001/ 2002	27659 322	1 405 812	26 253 510	23 235 380
2002/2003	28 245 795	1 457 412	26 788 383	23 780916
2003/2004	28 595 234	1 503 580	27 091 654	24 019 807
2004/2005	29 249 992	1 583 842	27 666 150	24 701 377
2005/2006	29 548 770	1 512 117	28 036 653	24 998 365
2006/2007 P/	31 484 015	1 759 052	29 724 963	26 641 512
2007/2008	30 349 190	1 600 108	28 749 082	25 902 006
2010/2011 P/	30 822 221	1 469 914	29 352 307	26 587 342

Adaptado de Benjet et al Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(4), 386-395. 2009

Tasa de cobertura neta 5 a 17 años por niveles ^{1/}
(1993-2005)

Año	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Combinada ^{2/}
1993	37.9	82.1	51.1	24.1	57.5
1994	39.9	83.6	52.4	27.3	59.1
1995	39.7	84.1	54.3	28.1	59.7
1996	37.7	84.0	55.1	29.7	59.6
1997	37.5	83.1	57.0	32.6	60.2
1998	38.1	80.6	55.9	31.1	58.8
1999	40.6	84.2	58.4	32.9	61.8
2000	43.6	83.6	58.4	35.6	62.5
2001	39.9	83.4	60.3	31.7	62.2
2002	45.5	85.4	61.7	32.5	64.7
2003	42.6	85.6	62.5	35.3	64.9
2004	46.6	85.1	64.3	37.4	66.1
2005	46.5	84.8	66.9	38.5	67.4

1/ Total nacional sin incluir antiguos territorios nacionales.

2/ Preescolar, básica, secundaria y media.

Fuente: Adaptado de Ministerios de Educación Nacional Colombia, Educación en cifras, Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia 2007

<https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/SISD/boletin33.pdf> Revisado [12/02/14]



XXVIII
Reunión Anual
de Investigación

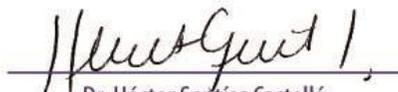


EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Otorga la presente **CONSTANCIA** a

LIZBETH MORENO

Por haber asistido a la **XXVIII Reunión Anual de Investigación**
que se llevó a cabo los días 2, 3 y 4 de octubre de 2013



Dr. Héctor Senties Castellá
Director de Enseñanza

