



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3172-25

"Consecuencias de una mala praxis psicológica en un caso de TDAH"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
PAMELA DENISSE COMPAÑ BAILÓN

DIRECTOR DE TESIS
LIC. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ

MÉXICO, D.F., OCTUBRE DE 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.

“El objetivo principal de la educación en las escuelas debe ser la creación de hombres y mujeres capaces de hacer cosas nuevas, no simplemente repetir lo que otras generaciones han hecho, hombres y mujeres creativos, inventivos y descubridores, que pueden ser críticos y verificar y no aceptar todo lo que se ofrece”

-Jean Piaget

Agradecimientos

“La sociedad tiene que aceptar e internalizar, que la perseveración de la salud mental infantil es la llave para la prevención de los trastornos mentales a lo largo de toda la vida”

-Peter Fonagy-

Este proyecto de investigación es un tema muy enriquecedor, por este motivo está hecho con dedicación e inquietud intelectual.

Agradezco a mi familia Bailón-Cadena-Carbajal-Compañ-Pacheco-Trejo por apoyarme y orientarme en toda mi formación académica. A cada uno de ustedes, gracias, por demostrarme lo valiosos que son.

A mi pequeña hermana Paulina Trejo, tú eres una parte del motor que me hace crecer intelectual, mental, espiritual y profesionalmente.

Robert Galicia, jamás había experimentado una frustración y estrés como la que viví con la tesis, sin embargo, tu apoyo, tolerancia y motivación me hicieron aguantar y culminar este proyecto. Gracias por ser el hombre inteligente, culto, sensible, caballeroso, vehemente y estresante. Gracias por ayudarme a realizar este proyecto de investigación.

A mis profesores: Milton Carballar, Víctor Becerril, Nicolás Torres, Denis Ostos, Liley González y Julio de la Fuente, cada uno de ustedes me enseñaron a ser objetiva, analítica, y crítica hacia los contenidos y conocimientos de la carrera. Me enseñaron a tener respeto por la profesión psicológica y diversificar los modelos a seguir. Gracias por sus comentarios, observaciones, correcciones, pláticas, debates, aportaciones y lo más importante, gracias por transmitir sus conocimientos.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1 Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad TDAH	11
CAPÍTULO 2 Psicólogo Clínico	88
CAPÍTULO 3 Estudio de Caso	107
CONCLUSIONES	120
ANEXOS	130
REFERENCIAS	153

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial, de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas, como la académica, laboral y social (Benjet, Cardenas, Feria, Palacios & Vásquez, 2010). Es un problema de salud que ha sido satanizado por la idea de que muchos niños estarían recibiendo medicamento sin necesitarlo, y ello genera disgusto y controversia. En la realidad, el TDAH existe y está bien tipificado médicamente y, siendo bien diagnosticado, a muchos niños el tratamiento adecuado les cambia la vida y les permite tener un desarrollo estable y un mejor desempeño escolar (Ramírez, 2014). Sin embargo, el principal objetivo de esta tesis es exponer las consecuencias que se tienen cuando el psicólogo realiza una mala praxis psicológica, es decir, un proceso totalmente contrario al establecido.

Tomando en cuenta que existe un amplio conocimiento de la sintomatología, del proceso psicodiagnóstico y de la intervención en las enfermedades mentales, se documenta un caso sobre el TDAH, donde se observa una evaluación subjetiva y sin una adecuada evaluación e interpretación psicodiagnóstica, que resultó en una etiqueta con consecuencias negativas en los ámbitos familiar, escolar, social y de relaciones interpersonales en la vida del paciente.

Por lo anterior, se reflexiona y se propone un adecuado proceso psicodiagnóstico, basado en el análisis de los componentes éticos y profesionales que se deben regir durante el proceso psicodiagnóstico, con el fin de garantizar la confiabilidad y validez del trabajo del psicólogo clínico.

INTRODUCCIÓN

La experiencia obtenida a través de los requerimientos complementarios para culminar la Licenciatura en Psicología, como prácticas profesionales, servicio social y colaboración profesional en centros de salud mental privados e instituciones académicas, me ha permitido conocer la importancia de la ética en la praxis de la psicología clínica enfocada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

La Ética, entendida como el estudio de la moral y del comportamiento humano encaminado a establecer un sistema de principios y códigos de conducta humana deseables, adecuados, justos, responsables y equitativos ante las diversas circunstancias de la actividad individual, social y profesional (Definición ABC. 2007), debe ser el eje rector en la investigación psicológica y la administración de pruebas multidisciplinarias para determinar cualquier tipo de padecimiento psicológico, y por ende, en la aplicación del tratamiento correspondiente a cada uno de ellos.

Contrariamente, esta experiencia también me demostró el lado negativo y distal a una práctica psicológica basada en la ética: indulgencia y negligencia en la manipulación de pruebas y resultados para diagnosticar padecimientos y establecer tratamientos innecesarios, que lejos de beneficiar a los pacientes y familiares involucrados, únicamente se dirigían a fructificar económicamente a los psicólogos y psiquiatras de centros de salud mental privados.

Tal es el caso ocurrido en una institución de desarrollo emocional e intelectual, que por cuestiones éticas se le nombrará INSTITUTO, en dónde al paciente “X”, que actualmente, en 2014, cuenta con 9 años de edad, se le diagnosticó en 2012 con Trastorno por Déficit Atención y/o Hiperactividad (TDAH), sin haber realizado las pruebas adecuadas y multidisciplinarias para determinar certeramente el padecimiento, además de designarle un tratamiento médico inadecuado y costoso, y como terapia psicológica, actividades recreativas y manualidades sin fundamento científico para revertir dicho trastorno.

Este diagnóstico erróneo fue realizado para justificar y dar una respuesta rápida al desconocimiento sobre lo que ocurría con “X” y a las deficiencias presentadas en el plano académico, y resolver, sin fundamento, las dudas y preocupaciones que se generaron en el padre y la madre del paciente.

Durante el seguimiento dado a “X” en la INSTITUCIÓN, las anomalías presentadas anteriormente al diagnóstico de TDAH, como inseguridad, excesiva timidez, segregación y discriminación en la escuela y el hogar, se incrementaron, agregando el haber sido calificado y etiquetado por profesores y compañeros de clase como “tonto” y “retrasado mental”. Lo cual provocó que el paciente manifestara apatía y desinterés por su actividad académica, una actitud negativa y defensiva ante sus compañeros y autoridades, y, en consecuencia, un bajo rendimiento escolar. En el plano familiar surgieron divergencias y discusiones entre los padres por asimilar el diagnóstico de TDAH de “X”, debido a que no tenían plena confianza en el mismo, ni en el tratamiento asignado.

Por tal motivo se propuso a los padres buscar una segunda opinión y realizar una historia clínica profunda complementada con exámenes físicos, visuales, auditivos y pruebas psicológicas específicas. El resultado fue negativo.

Aunque mi investigación no se centra en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es importante explicar y aclarar en qué consiste, ya que es un trastorno que actualmente presenta una alta tasa de niños diagnosticados y medicados para contrarrestar los síntomas del mismo (Rodrigo, 2013).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial, de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas, como la académica, laboral y social. (Benjet, Cárdenas, De la Fuente, Fera, Palacios & Vásquez, 2010).

Para el doctor Oscar Sánchez Guerrero, médico cirujano con especialidad en Psiquiatría, maestría en Psiquiatría Infantil y Adolescencia, y miembro de la Asociación Mexicana de Psiquiatría, del 75 al 80 por ciento de los factores causales de este trastorno podrían ser genéticos. El otro 20 %, se debe a factores ambientales, cerebrales y sociales, como el estrés (PMFARMA 2009).

De acuerdo con información de la Facultad de Psicología de la UNAM, anteriormente se pensaba que las causas estaban relacionadas con la crianza del menor, pero algunos estudios han revelado que existe una correlación con el tabaquismo durante la gestación (PMFARMA 2009).

Actualmente la OMS estima que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se presenta entre 5 y 7% de los niños, y entre 4 y 5% de los adultos en todo el mundo. En México, se estima que la prevalencia es de 6%, lo cual serían unos 2 millones de niños, considerando que, conforme al INEGI, hay unos 32 millones de niños de entre 5 y 16 años de edad, de acuerdo con datos del Hospital J. N. Navarro.

Es más frecuente en varones, puesto que de 3 a 5 infantes afectados hay una niña que lo padece; la hiperactividad e impulsividad es más frecuente en niños, mientras que la inatención lo es en niñas

El vicepresidente del Proyectodah, de la Fundación Federico Hoth, Juan Carlos Pérez Castro, mencionó que el uso de medicamentos en el tratamiento de este trastorno “no lo quita, ya que el cerebro del niño está en un proceso evolutivo, un tratamiento no es sólo es un pastilla, debe ser multidisciplinario” (PMFARMA 2009).

El doctor Lino Palacios, psiquiatra y Presidente de GENPETDAH, explicó que al tratar este problema mental en las escuelas primarias del país, enfrentan la situación de “que las escuelas no están preparadas sobre el trastorno, y es debido a la falta de información” (PMFARMA 2009).

La comunidad clínica y científica considera que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es neurobiológico, pero los dos sistemas diagnósticos vigentes, el europeo (CI 10) y el estadounidense (DSM IV TR), siguen considerando únicamente la manifestación conductual. Los dos son imprecisos, coinciden gruesamente en los síntomas, pero difieren en el centro originario del trastorno y en los subtipos. Los modelos que lo explican usan diferentes marcos teóricos y algunos se apoyan en circuitos neuronales (Beauroyre, Téllez, & Valencia, 2011).

En México, se encontraron en tres regiones de Jalisco que 14.6% de la población abierta de seis a ocho años de edad lo padece. A nivel nacional no hay estudios epidemiológicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, pero si se considera que en México existían, en el año 2000, 15, 494, 206 de niños entre 6 a 12 años de edad, y si se toma como referencia el valor más bajo (5%) se tendrían, al menos, 774,710 niños en edad escolar afectados por el trastorno (Beauroyre, Téllez, & Valencia, 2011).

En la Clínica de Neurología y Psiquiatría del ISSSTE se calculó que aproximadamente un millón de niños en edad escolar pueden tener el trastorno, dado que 45% de la consulta pediátrica lo padece. La manifestación en varones en comparación con niñas es de 3:1, lo que coincide con la forma de presentación internacional, por ejemplo en Estados Unidos la prevalencia en varones en edad escolar es de 5.4 a 16.1%; mientras que en niñas de la misma edad la prevalencia es de 1.9 a 4.5% (Beauroyre, Téllez, & Valencia, 2011).

Habiendo revisado el origen, características y prevalencia del TDAH, es preciso establecer una dirección que sustente el principal objetivo de este trabajo de investigación, el cual consiste en exponer las consecuencias negativas que se tienen cuando el psicólogo realiza una mala praxis psicológica, es decir, un proceso totalmente contrario a la metodología psicodiagnóstica.

Por lo tanto, la presente investigación se sustenta principalmente en el Código Ético del Psicólogo, el Perfil del Psicólogo Clínico y el Diagnóstico Psicológico, desarrollando así los siguientes capítulos: Capítulo 1, TDAH; Capítulo 2, Ética del Psicólogo, Perfil del Psicólogo, Método Clínico e Informe Psicológico; Capítulo 3, Estudio de caso; por último, se presentan recomendaciones y reflexiones sobre la actividad de los profesionales de la psicología clínica, contenidas en el apartado de las Conclusiones.

CAPÍTULO 1

Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad

Generalidades

Los Trastornos por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH), son condiciones clínicas para cuyas explicaciones se han propuestos hipótesis variadas en cuanto a su enfoque (Benassini, 2010).

Durante los años cuarenta los psiquiatras han diagnosticado de distintos modos a los niños que son desmesuradamente hiperactivos, dispersos e impulsivos. Se ha hablado de (Barkley, 2006):

- ❖ Reacción hiperquinética de la infancia
- ❖ Síndrome hiperquinético
- ❖ Síndrome del niño hiperactivo
- ❖ Lesión cerebral mínima
- ❖ Disfunción cerebral mínima
- ❖ Trastorno por déficit de atención

Los cambios en la denominación frecuentemente reflejan la inseguridad de los investigadores ante las causas subyacentes e incluso ante los criterios precisos para diagnosticar el trastorno, sin embargo, ha empezado a entrar cierta luz en el campo de sus síntomas y causas (Barkley, 2006).

Definición

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial, de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas, como la académica, laboral y social (Benjet, Cardenas, Feria, Palacios & Vásquez, 2010).

Aspectos Históricos

Este grupo de desórdenes: inatención, hiperactividad e impulsividad, inicialmente identificados de manera exclusiva para la infancia, es relativamente joven, la información que se dispone a partir de las primeras descripciones se ubica al comienzo del siglo XX, y es la explicación que hizo el médico inglés G. F. Still de los síntomas que presentaban los niños que tenían alguna forma de daño cerebral comprobado, sin embargo, este autor no proponía más que la descripción, y no formuló un síndrome específico (Benassini, 2010).

En 1934, Jahn y Cohen emplearon por primera ocasión el término síndrome orgánico cerebral para referirse a los trastornos del comportamiento observable en niños con este tipo de lesiones (Benassini, 2010).

Por aquellos años existían dificultades para distinguir a los trastornos de déficit de atención en otras afecciones del desarrollo infantil, por ello cuando se identificaron y resaltaron los síntomas típicos de esta condición, se asociaron con problemas de aprendizaje, trastorno específicos del desarrollo, como los problemas de coordinación motora fina o de lenguaje e incluso con la epilepsia y otras enfermedades neurológicas. Tales asociaciones impedían abarcar y comprender el desorden de atención de manera específica. En 1947, Strauses y Lehtinen proponen que este grupo de trastorno puede deberse a daño cerebral (Benassini, 2010).

Leo Kanner (1952) en la primera edición de su texto de psiquiatría infantil en los años cincuenta, utiliza el término lesión cerebral mínima, y resalta por primera vez la triada que desde entonces habrá de caracterizar a estos niños: hiperquinesia, impulsividad y atención lábil con distracción. Además, cita a Strauss y a la clasificación que éste había propuesto para los trastornos neurológicos que pueden provocar síntomas psiquiátricos en la infancia, así como su

observación de que los menores a los que se suponía afectados por lesión cerebral mínima no encajaban en algunos de estos trastornos. Kanner propone entonces que se trata de una condición peculiar (Benassini, 2010). Kanner señaló que el abordaje conceptual de la época tenía una clara tendencia nosológica, es decir, identificaba, describía y daba nombre a enfermedades específicas a diferencia de la tendencia sindromática de las clasificaciones modernas (Benassini, 2010).

El autor mencionado agrega, además de la triada original, otros síntomas en estos niños; por ejemplo: pobre coordinación de movimiento, labilidad emocional y deficiente concepto de sí mismo. La autoestima resulta sin duda una observación aguda que aún es válida en la actualidad, aunque este rasgo no es del concepto sindromático básico (Benassini, 2010).

En la época de Strauss y Kanner se enfatizaba el concepto de daño; en este caso, se pensaba que los tejidos y órganos del sistema nervioso central que se encontraban previamente sanos, resultaban dañados por factores diversos que originaban enfermedades (Benassini, 2010).

Al final de la década de los cuarenta y durante la de los cincuenta, después de la segunda guerra mundial, cobran auge las propuestas del psicoanálisis, por su parte, la concepción de los trastornos de atención, al igual que la de muchos otros trastornos mentales, se psicologiza y se adjunta a eventos vitales tempranos, experienciales y no constitucionales. Esta visión provoca una reacción contra los planteamientos biologicistas en psicopatología, y cuestionan seriamente los tratamientos farmacológicos. Los trastornos de atención desde luego, no son la excepción (Benassini, 2010).

Por estos años, en 1955, Ounsted acuña el término síndrome hiperquinético, que posteriormente es adoptado y defendido por Micheal Rutter en 1970. Para los años sesenta y de manera progresista, la neurobiología fue recuperando su fuerza como consecuencia de los avances tecnológicos, los dispositivos y las técnicas para estudiar el cerebro; por ello, los niños con atención deficitaria fueron examinados de nuevo bajo este lente (Benassini, 2010). Así, la segunda clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM II-APA en 1968 propuso:

308.0 Reacción Hiperquinética de niños y adolescentes: este desorden se caracteriza por inquietud, distractibilidad, periodos cortos de atención, especialmente en niños pequeños; el comportamiento disminuye en la adolescencia. Si este comportamiento es causado por un daño

cerebral orgánico, éste podría ser diagnosticado bajo un apropiado síndrome orgánico cerebral no psicótico (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition DSM-II, 1968).

Este modo de entender los trastornos de la mente persistió hasta 1980, año en que apareció la tercera edición del Manual de la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (Benassini, 2010).

La Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales DSM-III pasó a clasificar el trastorno en dos subtipos: Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad, TDA con H, y Trastorno de Déficit de Atención sin hiperactividad, TDA sin H (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition DSM-III, 1980).

Las innovaciones que trajo este documento son: el énfasis en las dificultades de los niños para fijar su atención como rasgo distintivo del problema, seguido por la presencia de inquietud o hiperactividad; además de la introducción del concepto de trastorno mental, aplicable a estos y otros problemas mentales. Así mismo esta edición del manual postula que al hablar de patología mental pueden proponerse constructos clínicos, son síntomas distintivos en cuya presencia se basa el diagnóstico, sin aludir a la causas de estos problemas ni a su dimensión en nosografía. Como resultado de ello, la lesión cerebral mínima adquirió desde entonces la denominación de trastorno por déficit de atención, del que se reconocen dos variantes: a) aquellos niños que presentan otros síntomas además de hiperactividad, y, b) aquellos en los que ésta no es un síntoma predominante (Benassini, 2010).

Por lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud, su novena Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9, en el año 1975, emplea las siguientes categorías: perturbación simple en la actividad y la atención, hipercinesia con retraso en el desarrollo, trastorno hipercinético de la conducta; mientras que la décima clasificación internacional CIE 10, en el año 1992, modifica escasamente el término a trastornos hipercinético y adoptó la propuesta sindromática de los últimos manuales de la APA (Benassini, 2010).

La Cuarta Edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales DSM IV-TR, el trastorno pasa a denominarse Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, proponiendo tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente

hiperactivo-impulsivo y combinado. Está incluido en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales cuarta edición DSM-IV-TR, 2000).

Epidemiología

En relación al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, las estimaciones de su prevalencia varían dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico, por ejemplo: cuestionarios, entrevistas y otros procesos de evaluación y de la edad y naturaleza de la población estudiada clínica o población general. Estudios epidemiológicos recientes han reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2 % a 7.3% en adultos (Benjet et al., 2010).

En la actualidad se tiene el conocimiento que de cada 100 niños en edad escolar, de 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por una mujer. En hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tienen un riesgo dos veces mayor de presentarlo (Benjet et al., 2010).

Un estudio realizado en 2003 por Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman reportó una prevalencia del TDAH en EUA entre el 7.1 y 12.8% de la población infantil. En Ucrania reportaron una prevalencia de 19.8%, y en Islandia, Australia, Italia, Suecia y España la prevalencia se encontró entre 2.4 y 2.7%. En un estudio realizado por Caraveo, Colmenares, Romano y Wagner (2003), en niños y adolescentes (4-16 años) de la población general de la Ciudad de México, la prevalencia fue del 5%. Vidal Martínez encontró en un estudio realizado en la Habana, Cuba, una prevalencia del TDAH de un 7.4%, en Hong-Kong del 8.9% y en Colombia del 17.1%. En Estados Unidos de América, uno de cada veinte niños presenta TDAH. Los estudios que existen reportan una prevalencia similar en las distintas poblaciones y regiones de todo el mundo. En comunidades rurales y urbanas el desarrollo, manifestaciones y evolución del TDAH son parecidos (Becerra et al., 2011).

En México, el TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que existen alrededor de 1 millón 500 mil niños con TDAH. Sin embargo es importante aclarar que no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia del TDAH en la República Mexicana (Becerra, Poza, & Valenzuela, 2011).

En el año 2007, de acuerdo al Servicio de Estadística y Epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, de los 3 813 pacientes que solicitaron atención en el Servicio de Admisión y Urgencia por primera vez, 1 139 presentaron el diagnóstico de TDAH, es decir el 29.87%. Entre 2003 y 2007 en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, se diagnosticaron en el Servicio de Consulta Externa, 6 016 pacientes con TDAH (Becerra et al., 2011).

Etiología

La etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, es multifactorial, ya que influyen diversas variables; sin embargo actualmente se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos. Es importante saber que ningún factor por si solo explica el origen del trastorno, algunos de esos factores son los siguientes: genéticos, constitucionales, madurativos, socioculturales, entre otros (Benjet et al., 2010).

Sobre el TDAH desde el punto de vista genético, se han llevado a cabo estudios dirigidos hacia la genética molecular en familiares con gemelos y en hijos adoptivos, que han demostrado que el TDAH es altamente heredable, confirmando la transmisibilidad de padres a hijos en alrededor del 50%. De acuerdo con Russell Barkley el origen del TDAH se presenta como heredabilidad en un 80% de los casos; lo cual se ha venido manteniendo durante los últimos años (Barkley, 2006).

Barkley (2006) estima que alrededor del 80% de los casos con TDAH son de origen genético, sin embargo existe otro 20% cuyo probable origen este en factores de riesgo como tabaquismo en la madre durante en el embarazo, exposición a plomo, ingesta de alcohol, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas y adversidad psicosocial, por su parte Barragán & De la Peña (2008) complementan entre los factores ambientales el tipo de alimentación y los

aditivos de los alimentos. Tanto alteraciones genéticas como ambientales generan anomalías anatómicas y funciones en los circuitos neuronales (Becerra et al., 2011).

Barkley (2006) ya había confirmado estas aseveraciones al identificar entre los factores no genéticos vinculados al TDAH el nacimiento prematuro, el consumo materno de alcohol y el tabaco, la exposición a altos niveles de plomo en la temprana infancia y lesiones cerebrales, especialmente las que atentan contra el córtex prefrontal.

El TDAH es frecuentemente acompañado de varias anomalías conductuales como inatención e hiperactividad. La búsqueda de factores ambientales que contribuyen al desarrollo de TDAH ha identificado numerosos aspectos psicosociales, incluyendo disfunción familiar, status socioeconómico bajo y privación ambiental, violencia, estrés y depresión (Barragan & De la Peña, 2008).

Factores Genéticos

Las probabilidades de desarrollo del TDAH en los niños triplican a las de las niñas. Según algunos estudios los niños con TDAH superarían incluso en la proporción de nueve a uno a las niñas afectadas, por la razón presumible de que los varones presentan una mayor propensión genética a los trastornos del sistema nervioso. Las pautas de comportamiento típicas del TDAH empiezan a manifestarse entre los tres y cinco años. Con todo, la edad del comienzo puede variar mucho, algunos no muestran los síntomas hasta el final de la infancia o incluso hasta el inicio de la adolescencia. Se ignora por qué se retrasan los síntomas del trastorno (Barkley, 2006).

La hipótesis principal que se ha manejado como causa del TDAH es la disfunción del sistema de catecolaminas cerebrales (dopamina y norepinefrina). Existen evidencias tanto genéticas como ambientales en las cuales pueden estar involucradas las diferencias propuestas entre la anatomía cerebral (tamaño menor en regiones dopaminérgicas específicas) y genotípicas (presencia de genes par alelos específicos de dopamina) (Barragan & De la Peña, 2008).

La identificación de genes defectuosos en portadores del TDAH se ha orientado a aquellos relacionados con la dopamina cerebral y su actividad. Estos genes son muy activos en la corteza prefrontal y en los ganglios basales; la dopamina es un importante modulador de la

actividad de la corteza prefrontal, de tal manera que se han propuesto variantes anomalías de genes que codifican los receptores a esta sustancia y de genes que codifican para la proteína transportadora. Las mutaciones podrían obstaculizar el transporte eficaz del neurotransmisor desde las neuronas que lo secretan, o bien, reducir la sensibilidad de sus receptores postinápticos (Benassini, 2010).

En un estudio que hasta ahora no ha sido posible replicar, Commings, en el año 1991, asoció el trastorno con el gene del receptor D2 a dopamina, localizado en el cromosoma 11q. En la Universidad de Chicago, Edwin Cook (1995) reportó una variante especial del gene DAT1, el alelo 480 –bp, cuyo locus se encuentra en el cromosoma 5P y se codifica para una proteína transportadora; además, es consistentemente más frecuentemente en menores con déficit de atención. Este gen se ha identificado también en portadores de otros trastornos, como el Tourette o el Trastorno Disocial, y es posible que sea un factor de riesgo para diversas patologías (Benassini, 2010).

En la Universidad de California, en 1996, LaHoste encontró una variante del gen que codifica para el receptor D4 (DRD4) a dopamina, localizado en el cromosoma 11p, en 39 casos de portadores del trastorno comparados con 39 controles apareados, en este ejemplo la frecuencia de presentación de la variante fue de 49 contra 21% entre los grupos. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones Faraone, el poder predictivo de este alelo DRD4 es de apenas de 11% (Benassini, 2010).

Hauser con sus colaboradores en el año 1993 identificaron a un grupo de portadores con trastorno por déficit de atención asociados con una mutación en el gen que codifica para el receptor beta de la hormona tiroidea. El hallazgo, desde luego, no puede generalizarse. En ésta, como en otras formas de patología mental, deben existir muchos genes en interacción para explicar la susceptibilidad heredada (Benassini, 2010).

Factores Anatómicos y Fisiológicos

Atención

Atención es una experiencia cognitiva por sí misma evidente, aunque difícil de describir. Todos estamos conscientes de lo que la atención es: el enfoque de nuestros recursos internos y

estados de consciencia. El término ‘Atención’ forma parte de nuestro vocabulario cotidiano (Cohen, 2014).

Fenomenológicamente, la atención es subjetivamente experimentada por todas las personas que están conscientes, alertas y capaces de al menos un grado de introspección (Cohen, 2014).

De acuerdo con la definición del célebre filósofo y pionero en psicología William James, la atención se describe como: “Todo mundo sabe lo que es la atención. Es tomar posesión de la mente, de una forma clara y vívida, de uno de los que parecen ser diferentes objetos o líneas de pensamiento que suceden de forma simultánea. Su esencia son la localización y la concentración de la conciencia. Implica dejar de lado algunas cosas para poder tratar de forma efectiva otras” (Cohen, 2014).

Por otra parte, “prestar atención” implica tener la habilidad de focalizar el esfuerzo mental en determinados estímulos, y al mismo tiempo, excluir otros. La atención es un fenómeno complejo, presente en todas nuestras actividades, de carácter polifacético que engloba los procesos por los cuales el organismo utiliza las estrategias metódicas para identificar la información del entorno y los distribuye adecuadamente para llevar a cabo de forma óptima tareas específicas (Batle, 2009).

Mientras que en otras fuentes encontramos que la atención se define como la capacidad de seleccionar los estímulos y de poner en acción los mecanismos responsables del almacenaje de las informaciones en los depósitos de la memoria de corto y largo plazo, con influencia directa en la eficiencia de las capacidades de respuesta en las tareas de vigilancia (Galimberti, 2006).

Las estructuras neuronales que sustentan la atención son la formación reticular, el tálamo y el sistema límbico. El sistema reticular; además de una acción uniforme de vigilia, proporciona una regulación fina de la atención mediante una acción inhibitoria sobre los sistemas sensoriales que se estimulan simultáneamente, para permitir la selección de un estímulo especial cuyo significado para el organismo está definido por factores biológicos y biográficos (Galimberti, 2006).

La descripción de William James de los aspectos o puntos importantes de la atención nos muestra los elementos esenciales del fenómeno: a) las personas típicamente informan que el objeto de su enfoque se encuentra en el primer plano de su consciencia cuando ellos están atentos; 2) el objeto o información sobre los cuales la atención es enfocada típicamente se convierten más claros y más vívidos en relación a otros posibles objetos y pensamientos; 3) este proceso implica la selección de uno de los múltiples estímulos posibles o pensamientos en algún determinado momento; 4) cuando la atención es intensamente enfocada, otros estímulos no relacionados quedan fuera del estado de alerta de la consciencia y permanecen fuera hasta que se da un desacoplamiento desde el primer foco de atención (Cohen, 2014).

Además, la atención no se refiere a un proceso simple, sino a un proceso cognitivo y de comportamiento complejo que, como la memoria, puede clasificarse por sus diversas características y fines, ya que la memoria puede ser de tipo visual (icónica) y durar sólo unos segundos, o bien, puede ser a corto plazo y durar de 20 a 40 segundos, mientras que la memoria a largo plazo puede ser permanente. De forma similar, el término ‘Atención’ se refiere a una clase relativamente amplia de procesos cognitivos que tienen en común características adyacentes que ocurren o se presentan como una función de los más elementales procesos vinculados a un mecanismo neurobiológico específico (Cohen, 2014).

Por lo tanto, en términos generales, las definiciones concuerdan en que tenemos limitaciones en la cantidad de información que podemos manejar en un momento dado y requerimos de un proceso selectivo al cual conocemos como atención (Ostrosky, 2015).

La importancia de este proceso selectivo en la vida diaria es notable. El proceso de atención facilita la ejecución cognoscitiva y conductual de diferentes maneras. La atención sirve para reducir la cantidad de información que será procesada por el cerebro, mientras que en otras ocasiones, la atención permite que cierta información reciba un procesamiento adicional (Ostrosky, 2015).

Los organismos estamos constantemente bombardeados por un número infinito de señales externas e internas. La atención ajusta esta entrada de información con respecto a la capacidad disponible del individuo, facilitando la selección de la información relevante y la asignación del procesamiento cognoscitivo apropiado para esa información. Por lo tanto, la atención actúa como una compuerta para el flujo de información que llega al cerebro. Dado que la atención nos

permite seleccionar en un ambiente complejo y cambiante los estímulos relevantes para una tarea, es un prerrequisito para el adecuado funcionamiento de procesos tales como el aprendizaje y la memoria (Ostrosky, 2015).

Sabemos además, que el avance en la comprensión del proceso de la atención ha abarcado el área biológica y nos ha permitido entender la forma en la que el cerebro funciona como un sistema con relaciones entre estructura y función (Ostrosky, 2015).

Tipos de Atención

Atención focalizada. El término ‘Atención focalizada’ se refiere a los aspectos esenciales de la atención que se describen a continuación: la cantidad de información seleccionada en determinado momento y ceñida a los límites de espacio y tiempo de una situación específica. Existen numerosos ejemplos de atención focalizada. Por ejemplo, cuando intentamos resolver un problema matemático complejo, concentramos nuestro esfuerzo hacia varias soluciones posibles del mismo problema. La habilidad de un jugador de ajedrez para arremeter con movimientos correctos depende de su habilidad para concentrarse y focalizar su atención hacia una meta determinada. Por último, la atención focalizada entra en juego siempre que una tarea demande la necesidad de comprometer nuestros recursos cognitivos de una manera directa. Es generalmente durante la solución a un problema complejo y también cuando una acción debe ser controlada cuidadosamente para lograr un desempeño óptimo y adecuado (Cohen, 2014).

Atención selectiva. El término ‘Atención selectiva’ se refiere a un aspecto de la atención que está altamente relacionado con el enfoque. La selección es el proceso mediante el cual algunos elementos de información cobran prioridad con respecto a otros. Cuando escuchamos la radio para encontrar una determinada canción, mostramos una atención selectiva. La selección siempre ocurre dentro de un marco espacio-temporal de referencia. Incluso si nosotros no tenemos una base prioritaria o principal de selección, nuestra atención es dirigida por los eventos ocurridos dentro del medio que nos rodea. Si mientras conducimos por una carretera vemos brillar a los lejos las luces de un carro de la policía, probablemente nuestra atención puede ser atraída hacia la ubicación de ese estímulo visual (Cohen, 2014).

Atención dividida. En realidad, la atención siempre está sujeta a una división entre una multitud de procesos y estímulos potenciales. Cuando un adolescente hace su tarea escolar mientras mira la televisión está realizando una atención dividida. La investigación en detección de señales ha dedicado muchos esfuerzos para establecer la relación entre señal y ruido, así como entre las diferentes fuentes de información o emisión. El debate se ha centrado en si es posible centrar la atención ante múltiples fuentes de información a un mismo tiempo. La atención dividida se dificulta debido a la interferencia creada por la competencia entre los diversos estímulos. Aunque la evidencia actual nos sugiere que las personas tienen alguna capacidad para una atención dividida simultánea, pero dicha capacidad es bastante limitada. Mientras el número de fuentes de información simultánea se incrementa, el desempeño atencional declina marcadamente cuando los requisitos para finalizar determinadas tareas son demandados. La calidad en el desempeño de múltiples tareas simultáneas depende en qué tan sencillas y automáticas sean estas tareas. Por ejemplo, algunos mecanógrafos son capaces de conversar o continuar con otras actividades mientras mecanografían. En este caso, la mecanografía se ha automatizado, lo que significa que esta actividad puede ser realizada incluso con una apertura limitada de la consciencia o de una consciencia alerta y con una mínima demanda de nuestros recursos cognitivos para cubrir los requerimientos sensoriales, perceptivos y motores que conforman esta tarea (Cohen, 2014).

Atención sostenida. El término ‘Atención sostenida’ se refiere al hecho de que el desempeño atencional varía en su funcionamiento de acuerdo a las características temporales de una determinada tarea. Cuando una tarea requiere persistencia atencional sobre un tiempo relativamente largo, se dice que se requiere aplicar una atención sostenida. El desempeño de una tarea de largo plazo implica demandas de procesamiento adicionales en el sistema de trabajo. La atención sostenida puede imponerse a un individuo por diferentes razones dentro de una tarea a corto plazo que requiera la detección de un estímulo o incentivo entre una multitud de distractores. Algunos tipos de atención sostenida requieren altos niveles de vigilancia o alerta, pero pocas respuestas. Por ejemplo, un guardia de edificio puede pasar una noche entera vigilando y observando para detectar intrusos, aunque ninguno se presente en realidad. La atención a tales eventos de baja frecuencia tiene diferencias en los requisitos de procesamiento de respuestas en comparación con los eventos de alta frecuencia presentes en un plazo corto de

tiempo. El guardia se enfrenta a una serie de factores temporales como el mantener su nivel de motivación, la fatiga y el aburrimiento (Cohen, 2014).

Atención esforzada o forzada. Algunos tipos de atención son mucho más esforzados que otros. Generalmente, las tareas que requieren de un procesamiento controlado demandan mayor esfuerzo. Tales tareas también son más aptas para demandar un estado de consciencia alerta. Además, el esfuerzo demandado por las tareas influye en la capacidad de realizar múltiples trabajos. Esto resulta obvio incluso en los casos de esfuerzo físico extremo. Por lo cual no se nos dificulta escuchar la radio mientras nos mantenemos ocupados en una actividad física moderada como caminar. Sin embargo, esta actividad incrementa su dificultad cuando el esfuerzo físico requerido es mayor o extremo. En esos momentos, las personas incrementan cada vez más su consciencia sobre las señales provenientes de su organismo (aumento de la actividad cardíaca, latidos fuertes del corazón), por lo que continuar otorgando atención a otras actividades o informaciones se vuelve imposible. Estos efectos de interferencia debido a las demandas de esfuerzo son evidentes en las tareas neuropsicológicas más sutiles, ya que requieren mayor rendimiento motriz durante la ejecución de una actividad secundaria, como por ejemplo, escribir (Cohen, 2014).

La formación reticular es una amplia estructura compuesta por muchos núcleos, se caracteriza porque parece una difusa e interconectada red de neuronas con complejos procesos dendríticos y axónicos. La formación reticular ocupa la zona nuclear del tronco encéfalo, desde el borde inferior del bulbo hasta el extremo superior del mesencéfalo. Recibe información sensorial a través de varias vías, y proyecta axones a la corteza cerebral, tálamo y la médula espinal. Participa en el control del sueño, y el nivel de activación (arousal), de la atención, del tono muscular, del movimiento y varios reflejos vitales (Carlson, 2006).

Acostumbrados a considerar que el TDAH es un problema de atención, algunos han sugerido que sus orígenes se centrarían en una incapacidad del cerebro para filtrar información sensorial antagonista, por ejemplo imágenes visuales y sonidos. Un equipo dirigido por Joseph A. Sargeant de la Universidad de Ámsterdam, han demostrado que los niños con TDAH no tienen ninguna dificultad en este campo: en cambio no pueden inhibir sus impulsivas respuestas motoras ante tal información. Otros expertos han puesto en claro que los niños con TDAH son

menos capaces de preparar respuesta motoras de anticipación a los eventos y se muestran insensibles a la retroalimentación sobre los errores cometidos en esas respuestas. Por ejemplo, en el test de tiempo de reacción, los niños con TDAH evidencian una premura menor a la hora de apretar una tecla, entre varias, al ver una luz de aviso. Y habiendo cometido errores en el test, tampoco reflexionan para mejorar la puntuación (Barkley, 2006).

Dopamina: este neurotransmisor es segregado por neuronas de ciertas zonas del cerebro para inhibir o modular la actividad de otras neuronas, en particular, las que intervienen en las emociones y el movimiento, estudios muy convincentes implican en concreto a los genes que codifican (sirven de plantilla) a los receptores y transportadores de dopamina. Tales genes son activos en el córtex prefrontal y en los ganglios basales. Los receptores de dopamina están en la superficie de ciertas neuronas; la dopamina entrega a estas neuronas su mensaje enlazándose con los receptores. Los transportadores de dopamina sobresalen de las neuronas que segregan el neurotransmisor y atrapan la dopamina sin usar para que puedan utilizarse en otra ocasión. Si se producen mutaciones en el gen del receptor de dopamina, podrían resultar receptores menos sensibles a la dopamina. Y, a la inversa, las mutaciones en el gen del transportador de dopamina podrían favorecer el advenimiento de transportadores hipereficaces que se acaparasen toda la dopamina segregada antes que tuviera la oportunidad de engarzarse en los receptores de ésta en alguna neurona vecina (Barkley, 2006).

Acerca del TDAH en su opinión personal Barkley (2006) explica que “es muy posible que se acabe descubriendo que la raíz estriba en el deterioro de la inhibición conductual y del autocontrol”.

Factores culturales y sociales

Los seres humanos somos seres sociales. Desde el principio nos desarrollamos en un contexto social e histórico, pero también se deben tener en cuenta las diferencias individuales en las características, influencias y resultados del desarrollo. Las personas varían por su sexo,

estatura, peso, y complexión; salud y nivel de energía; en inteligencia y en temperamento, personalidad y reacciones emocionales. También su contexto de vida es diferente: la casa, comunidad y sociedad en que viven, las relaciones que cultivan, la escuela a la que acuden y a qué dedican su tiempo libre (Papalia, 2012).

Se sabe que el TDAH ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro (Benjet et al., 2010).

Durante su desarrollo como ciencia, la psicología ha visto ligados sus planteamientos, para explicar el funcionamiento mental, la conducta y las enfermedades, a las corrientes científicas de moda en diferentes épocas. La influencia del psicoanálisis, el análisis experimental de la conducta y otras disciplinas que proponían un origen en la interacción social y el aprendizaje para los trastornos mentales, es innegable, y muchos planteamientos causalistas para estos problemas han seguido esta línea de pensamiento. A pesar que el TDAH no ha sido la excepción, puede afirmarse que desde los primeros años las propuestas para explicarlo fueron primordialmente de orden biológico, y a pesar de que se han hecho algunos señalamientos de tipo psicosocial, estos no han sido categóricos, absolutos o excluyentes, y más bien han pretendido completar de manera colateral los modelos causalistas (Benjet et al., 2010).

De esta manera, es posible encontrar estilos de crianza, ambientes familiares y normas de comportamiento que hacen más grave la expresión de esta modalidad de discapacidad psicológica, o bien, que contribuyen a atenuarla sin que por ello consigan explicar su origen. Por otro lado, pueden existir complicaciones en el desarrollo psicológico y emocional en los menores afectados, producto de sus limitaciones cognitivas y de comportamiento, que de algún modo conduzcan a reflexiones etiológicas (Benjet et al., 2010).

A continuación en la tabla 1 Papalia (2012) se describen los diferentes estilos de crianza.

Tabla 1 Estilos de Crianza

<p>Crianza autoritaria</p>	<p>Hace hincapié en el control y la obediencia incondicional. Los padres autoritarios tratan de lograr que los niños se conformen a un conjunto de normas de conductas y los castigan de manera arbitraria y enérgica por violarlas. Son más distantes y menos cálidos que otros padres, y sus hijos suelen estar más descontentos, ser más retraídos y desconfiados.</p>
<p>Crianza permisiva</p>	<p>Otorga prioridad a la autoexpresión y la autorregulación. Los padres permisivos exigen poco y permiten que los niños supervisen sus propias actividades tanto como sea posible. Cuando tienen que establecer reglas explican las razones para hacerlo. Consultan con sus hijos acuerdos de la conveniencia de tomar ciertas decisiones y rara vez los castigan. Son cálidos, no controladores ni exigentes. Sus hijos en edad preescolar tienden a ser inmaduros y son los que muestran menos autocontrol y menos exploración.</p>
<p>Crianza autoritativa</p>	<p>Pone de relieve la individualidad del niño, pero también subraya las restricciones sociales. Los padres autoritativos tienen confianza en sus habilidades para orientar a los niños, pero también respetan sus decisiones independientes, sus intereses, opiniones y personalidades. Son cariñosos y muestran aceptación, pero también exigen buena conducta y son firmes en mantener las normas. Imponen castigos sensatos y limitados cuando es necesario, en el contexto de una relación cálida y de apoyo. Favorece la disciplina inductiva, explican el razonamiento detrás de sus posturas y alientan el intercambio verbal. Al parecer sus hijos se sienten seguros por saber que son queridos y lo que se espera de ellos. Los niños en edad preescolar con padres autoritativos suelen tener más confianza en sí mismo y más autocontrol, son más asertivos y curiosos y felices.</p>

En 2006 Phillip Shaw y co-investigadores publicaron en la revista “Nature” un artículo titulado *Intellectual Ability and Cortical Development in Children and Adolescents*, sobre resonancia magnética en el desarrollo de la corteza en relación con la capacidad intelectual en niños y adolescentes. En su estudio mostraron que la corteza cerebral correlacionaba negativamente con la inteligencia en la niñez temprana, es decir, de 3 años con 8 meses a 8 años 4 meses, pero cambiaba a una correlación positiva a partir de la niñez tardía y la adolescencia.

Shaw et al (2006) nos explica que los estudios de neuroimagen estructural generalmente reportan una correlación modesta entre las medidas sicométricas de inteligencia y el volumen total del cerebro. Explica, además, que los resultados que se han enfocado en regiones específicas y no en todo el cerebro han sido transversales, es decir, con una sola medida en el tiempo y que el único estudio longitudinal se realizó con una muestra muy pequeña (45 sujetos), con un rango de edad limitado y se enfocó únicamente en un cambio cortical lineal, cuando el desarrollo del cerebro sigue patrones de crecimiento aún más complejos.

Shaw et al (2006) realizaron entonces su estudio para superar las anteriores limitaciones y estudiar la inteligencia desde un punto de vista neuroanatómico, en cual propusieron caracterizar de manera longitudinal el desarrollo del cerebro desde la niñez hasta la adultez en un grupo de sujetos normales, estratificados con base en sus cocientes intelectuales, derivados de las escalas de inteligencia de Wechsler.

En este estudio participaron 307 niños y adolescentes sin historia personal o familiar de trastornos psiquiátricos o neurológicos. A todos se les evaluó nivel de capacidad intelectual y a través de las escalas de inteligencia de Wechsler, y a todos se les hizo, al menos una vez, una resonancia magnética estructural (al 58% de los participantes se les hizo al menos dos veces con aproximadamente dos años de diferencia) para analizar el grosor de la corteza cerebral (Shaw, 2006).

Los resultados del estudio de Shaw et al (2006) al dividir la muestra en grupos de edad encontraron una correlación negativa entre el CI y el grosor cortical (de la corteza prefrontal y los giros temporales izquierdo superior y medio) en el grupo de infancia temprana (3 años con 8 meses a 8 años con 7 meses), y una correlación positiva en la infancia tardía (8 años con 6 meses

a 11 años con 7 meses), que también estuvo presente, aunque de manera más atenuada, en la adolescencia (11 años con 8 meses a 16 años con 9 meses) y la adultez temprana (17 años a 29 años).

En otros análisis dividieron a la muestra en tres grupos, según su CI o nivel de inteligencia: Superior (CI 121-149), Alta (CI 109-120) y Promedio (CI 83-108). Para la corteza correspondiente a los giros frontales superiores (bilaterales) y corteza prefrontal medial (y en menor medida las cortezas orbito-frontales) observaron que (Shaw, 2006):

El grupo de inteligencia superior comenzó con una corteza relativamente más delgada (que los otros grupos), pero luego mostró un marcado incremento en el grosor de la misma con un pico alrededor de los 11 años (Shaw, 2006).

El grupo de inteligencia promedio, en cambio, mostró o un declive continuo (en áreas orbito-frontales) o bien un incremento inicial muy pequeño en el grosor cortical que tuvo pico alrededor de los 7-8 años en giros frontales superiores (Shaw, 2006).

Las trayectorias del grupo de inteligencia alta siguieron un patrón intermedio pero más parecido al grupo promedio que al grupo de inteligencia superior (Shaw, 2006).

Adicionalmente, también encontraron que en los giros temporal inferior y prefrontal medio izquierdo (y en menor medida en el giro angular izquierdo) también se pudieron distinguir trayectorias de desarrollo diferentes entre los grupos de inteligencia superior y de inteligencia promedio. Aparte de los lóbulos frontales, el hemisferio derecho no mostró trayectoria de desarrollo cortical que difirieran significativamente entre los otros grupos (Shaw, 2006).

Otro hallazgo fundamental fue la observación de un declive del grosor cortical (de los giros frontal medial y superior derecho) en todos los grupos, que se presentaba a lo largo de todo el periodo de estudio (grupo de inteligencia promedio) o que comenzaba en la infancia tardía (grupo de inteligencia alta) o en la adolescencia temprana (grupo de inteligencia superior). Además, las curvas de velocidad que derivaron estos autores ilustraron que el grupo de inteligencia superior tenía la tasa más rápida de adelgazamiento cortical, mientras que los grupos de inteligencia alta y promedio tuvieron tasas más lentas, aunque similares a las del grupo superior. Sin embargo, el adelgazamiento cortical comenzaba en diferentes tiempos, ya que las

edades de engrosamiento cortical máximo de los giros frontal medial y superior derechos fueron 5,6 años para el grupo promedio, 8,5 para el grupo alto y 11,2 para el grupo superior (entonces, para este último grupo el adelgazamiento cortical comenzaba más tarde) (Shaw, 2006).

Con este estudio mostraron que el nivel de inteligencia estaba relacionado con el patrón de crecimiento cortical durante la niñez y la adolescencia, específicamente la trayectoria de cambio cortical que difirieron entre uno y otro nivel de inteligencia fueron más prominentes en la corteza prefrontal (Shaw, 2006).

Se concluye que la inteligencia está relacionada no tanto con mucha o poca sustancia gris a cierta edad, sino con las propiedades dinámicas o de cambio de la maduración cortical (Shaw, 2006).

Los eventos conflictivos y las eventuales crisis de la vida familiar, así como las exigencias de un ambiente familiar o escolar excesivamente rígido y demandante pueden agravar los síntomas y las dificultades de adaptación, e incluso modificar por lapsos las respuestas a las terapias orgánicas; por estas razones han merecido el calificativo de eventos estresantes. Por otra parte, los menores, ya sean niños o adolescentes que sufren de atención deficitaria como inquietud e impulsividad, deben enfrentar de manera constante el fracaso académico, y verse afectada la calidad de las relaciones sociales con padres, hermanos y otros parientes, así como con maestros y orientadores escolares, además de una relación conflictiva con los compañeros de su edad, en donde se manifiesta abiertamente el rechazo; como resultado de su agresividad, de la inatención a las normas sociales y de tendencias hostiles hacia otros (Benjet et al., 2010), el afectado conlleva serias repercusiones para su autoestima, concepto de sí mismo y la seguridad con la que se desempeña, complicando el cuadro. Esto factores siempre deben ser tomados en cuenta, independientemente de las causas a las que hasta este momento puede atribuirse el problema (Benassini, 2010).

Benassini, (2010) hace referencia en su libro Trastorno de la Atención, al papel que desempeña la maduración de las funciones cognitivas en la internalización. En etapas tempranas de la vida el comportamiento adaptativo de los niños muestra un patrón de extroversión; los infantes interactúan de manera constante con el entorno y requieren de reforzamiento constante;

aún son incapaces de hablarse a sí mismos mediante el pensamiento (discurso interno) y se muestran inquietos, distraídos e impulsivos de manera normal.

Se ha enfatizado en el déficit cognitivo de estos niños, introduciendo el concepto de función ejecutiva del cerebro, a la que se define como la habilidad para mantener una condición mental apropiada para la solución de problemas y el logro de metas a futuro. Posteriormente, los procesos de maduración cerebral permiten que funciones ejecutivas como la capacidad de retener la información mediante la memoria de fijación, la internalización del discurso, el control de las emociones para mantener el estado de alerta y motivación, y finalmente, la combinación de estas tres funciones en la planeación y la realización de metas y actividades, tomen el control del comportamiento y la actividad mental en los niños, “privatizándolos”. Visto de esta manera, la discapacidad psicológica de los menores para concentrarse y controlar su inquietud e impulsividad sería consecuencia de la imposibilidad para guiarse por instrucciones internas, con el consecuente despliegue público de discurso y comportamiento (Benassini, 2010).

Factores de Desarrollo

El TDAH se trata de un síndrome clínico, caracterizado por discapacidad psicológica, cuyas manifestaciones son: falta de atención, inquietud e impulsividad. Como tal, podría tener un origen diverso y esté podría variar de uno a otros portadores. Además, no existen uno sino varios factores con los cuales se ha asociado mediante evidencias de incuestionable valor científico. Se ha concedido en un principio a los agentes potencialmente lesivos del sistema nervioso, tales como las infecciones, los traumatismos, las sustancias tóxicas o el mal manejo obstétrico, considerando al daño orgánico cerebral como su resultado y la explicación del trastorno. Paulatinamente, se ha ido concediendo importancia a las otras líneas de evidencia, las cuales permiten proponer un problema de desarrollo o de maduración del cerebro. Un modelo explicativo debe, por tanto, considerar cada una de estas líneas de evidencia, evitando conceder más peso a una sobre las demás, es posible afirmar entonces que los sujetos con TDAH muestran una tendencia clara, aunque no absoluta, de ser heredados, podrían existir mecanismos neuroquímicos (dopamina y norepinefrina) y electrofisiológicos anómalos en el cerebro de quienes estén afectados, y que la discapacidad producida por estos factores entorpece el

desarrollo y dificulta la adaptación. En este modelo caben los problemas detectados en estructuras como en el lóbulo frontal, con la consecuente incapacidad para plantear el comportamiento y dirigir la atención hacia el cumplimiento de metas, mediante la concentración orientada y motivada al procesamiento de la información y la solución de problemas. Así mismo, el control frontal deficitario por parte de estructuras subcorticales centroencefálicas que forman parte del sistema reticular activador e inhibitor, con las evidencias neuroquímicas de función de catecolaminas (adrenalina, la noradrenalina y la dopamina) y las anomalías de actividad bioeléctrica cortical consecutivas, pueden ser factores que ayuden a esclarecer el origen del trastorno (Benassini, 2010).

El autocontrol: capacidad de inhibir o frenar las respuestas motoras (y quizá las emocionales) a un estímulo, es una función de crucial importancia para la realización de cualquier tarea. La mayoría de los niños, conforme van creciendo adquieren la capacidad de poner en práctica las funciones ejecutivas y actividades mentales que les ayudan a apartar las distracciones, fijarse unas metas y dar pasos necesarios para alcanzarlas. Para conseguir algo en el trabajo o en el juego, las personas han de poder recordar lo que pretenden (percibiendo en retrospectiva), tener en cuenta lo que necesitan para lograrlo (empleando la previsión), frenar sus emociones e incentivarse. Ninguna de estas funciones podrá ejercerla con éxito quien es incapaz de inhibir los pensamientos y los impulsos que interfieran en ellas (Barkley, 2006).

En los primeros años de la vida, las funciones ejecutivas se exhiben al exterior, los niños hablan solos en voz alta mientras recuerdan como realizar una tarea o tratan de resolver un problema. A medida que van madurando, interiorizan o convierten en privadas esas funciones ejecutivas, lo que evita que sus pensamientos sean conocidos por los demás, en cambio, a los niños con TDAH les falta el autodominio y el poder de restricción imprescindible para cortar la manifestación pública de esas funciones ejecutivas (Barkley, 2006).

Las funciones ejecutivas pueden agruparse en cuatro actividades mentales. La primera, la acción de la memoria operativa, esto es, tener en mente la información mientras se trabaja en una tarea, aunque ya no exista el estímulo que dio origen a esa información. Conviene ese tipo de recuerdo para comportarse asertivamente a una oportunidad y con miras a un fin determinado: posibilita la percepción retrospectiva, la previsión, la preparación y el ser capaces de imitar el

comportamiento, complejo y nuevo, de las demás personas. Todo ello está deteriorado en quienes padecen TDAH (Barkley, 2006).

La interiorización del habla constituye la segunda función ejecutiva. Antes de los seis años, la mayoría de los niños están acostumbrados a hablar solos, recordándose como hacer una tarea o tratando de solucionar un problema. Entrando a la escuela primaria, ese hablar en privado se convierte en un susurro apenas perceptible, y va disminuyendo hasta desaparecer hacia los 10 años de edad. Una vez interiorizado, el autohablarse le permite a uno pensar para sí, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “metas-reglas” o bases para entender las reglas de la vida cotidiana (Barkley, 2006).

La tercera función ejecutiva consiste en controlar las emociones, la motivación, y el estar despierto. Este control ayuda alcanzar metas, pues capacita para diferir o alterar las reacciones emocionales ante un suceso determinado que nos distrae, así como generar emociones y motivaciones. Quienes refrenan sus pasiones o reacciones inmediatas se desenvuelven mejor en sociedad (Barkley, 2006).

La última función ejecutiva, la de reconstitución, consta de dos procesos distintos, que son la fragmentación de las conductas observadas y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia. La capacidad de reconstruir nos proporciona un alto grado de soltura, flexibilidad y creatividad: permite a los individuos lanzarse hacia una meta sin tener que aprenderse de memoria los pasos intermedios necesarios. A los niños, a medida que estos maduran, les permite dirigir tramos cada vez más largos de su comportamiento mediante la combinación de conductas conectadas, de longitud creciente, para el logro de sus fines. De las investigaciones realizadas se desprenden que los niños con TDAH muestran menos capacidad de tal reconstitución que sus compañeros (Barkley, 2006).

En la siguiente tabla 2 se describe el Modelo Psicológico propuesto por Barkley (2006) para la pérdida de inhibición conductual y de autocontrol en el TDAH

Tabla 2 Modelos Psicologico en el TDAH

Función Deteriorada	Consecuencias	Ejemplo
Memoria operativa no verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del sentido del tiempo • Incapacidad de recordar sucesos • Deficiente percepción retrospectiva • Deficiente capacidad de prevención 	<p>Jeff de nueve años, suele olvidar asuntos importantes, tales como cuándo termina el plazo de entrega de sus trabajos o el acudir a una cita con el director despues de clases.</p>
Interiorización del autohablarse	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente regulación del comportamiento • Escasos eventos de autoconducirse y autocuestionarse 	<p>Audrey, de cinco años parlorea demasiado y es imposible hacerle escuchar cualquier indicación sobre como realizar bien una tarea.</p>
Autorregulación de emociones, la motivación, y el nivel de vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestación de todas las emociones en público, sin poderlas censurar. • Dismunución de autorregulación de los impulsos y las motivaciones. 	<p>Adam, de ocho años no puede mantener el esfuerzo que se requiere para leer un cuento apropiado a su edad y se enfurece sintiéndose frustrado en cuanto se le asigna cualquier tareas escolar.</p>
Reconstitución (capacidad de dividir en partes componentes las conductas observada y recombinar esas partes en nuevas conductas para conseguir un fin)	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada capacidad de analizar conductas y sintetizar otras nuevas • Incapacidad de resolver problemas 	<p>Ben, de catorce años de edad, deja de hacer en su casa una tarea escolar al caer en cuenta de que sólo tiene dos de las cinco preguntas de que constaba el ejercicio, por lo que no encuentra alternativas de solución al problema, ni se esfuerza en encontrarlas.</p>

De acuerdo con Russell Barkley (2006), en síntesis, las fallas en la inhibición comportamental impiden la maduración de cuatro importantes funciones ejecutivas en el menor.

En complemento y en relación al electroencefalograma, el TDAH es eminentemente clínico, no existe estudios de laboratorio o gabinete que sirvan para apoyar este diagnóstico en la práctica clínica, tampoco se tiene hasta el momento ningún estudio de alteraciones del electroencefalograma (EEG) en niños con TDAH. Las localizaciones más frecuentes en anomalías electroencefalográficas en paciente con TDAH fue en el lóbulo temporal, sin embargo hubo presencia de paroxismos focales en otros lóbulos, por lo que no se puede afirmar que ésta sea una característica específica de pacientes con TDAH. Se considera que el EEG es solo un estudio complementario en el abordaje del niño con TDAH, en el cual el diagnóstico continuará siendo eminentemente clínico (José, O., Cornelio, N., Borbolla, M., Gallegos, A., 2011).

Clasificación

Desde 1980 se ha clasificado a las personas dentro del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), dependiendo de la combinación conductual que presentan (Becerra et al., 2011).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición CIE-10, solamente establece diferencias entre niños con TDAH sin problemas importantes de conducta (f.90.1) (Becerra et al., 2011).

La Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, cuarta edición, texto revisado, DSM-IV-TR, subtipifica el trastorno de la siguiente manera (Becerra et al., 2011):

- ❖ Tipo combinado: cuando se satisfacen tanto los criterios de inatención como los de hiperactividad/impulsividad.
- ❖ Con predominio del déficit de Atención: cuando se satisfacen los criterios de inatención, pero no los de hiperactividad/impulsividad.

❖ Tipo hiperactivo impulsivo: cuando se satisfacen los criterios de hiperactividad e impulsividad, pero no los de inatención.

Además, el DSM-IV-TR incluye una categoría del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado, que incluye los trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Los ejemplos incluyen (Becerra et al., 2011):

a) Individuos cuyos síntomas o alternaciones satisfacen los criterios de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, del tipo con predominio del Déficit de Atención, pero en los que la edad de inicio del trastorno es de 7 años o más (Becerra et al., 2011).

b) Individuos con alteración clínicamente significativa que presentan inatención y cuyo patrón de síntomas no cumple todos los criterios del trastorno, sino que presentan un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensoñación e hipoactividad (Becerra et al., 2011).

c) De cualquier modo, la mayoría de los individuos que presentan este trastorno manifestarán los dos patrones clínicos y por lo tanto serán considerados TDAH de tipo Combinado o Mixto. Los Grados de Severidad, de acuerdo a la escala de evaluación de la actividad global, pueden ser: leve, moderada o grave. No se incluye alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales (Becerra et al., 2011).

Para la CIE-10 deben satisfacerse ambas pautas de alteraciones en la atención y la hiperactividad. La impulsividad se considera un rasgo asociado que apoya el diagnóstico, pero no lo considera absolutamente necesario (Becerra et al., 2011).

El DSM-IV-TR requiere para el diagnóstico seis o más síntomas de desatención, o bien, seis síntomas de hiperactividad/ impulsividad con persistencia por lo menos durante 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo, y deben de causar importante detrimento en la funcionalidad y adaptación del paciente (Becerra et al., 2011).

Más adelante se encuentra la tabla 1 con los criterios diagnósticos del TDAH basados en el DSM-IV-TR y en el CIE-10, apartado Criterios de Diagnóstico

Manifestación Clínica

Becerra et al (2011) en su *Guía Clínica: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* considera al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un trastorno externalizado del desarrollo, crónico, donde existe un déficit del control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención, de los impulsos, etc.

Las características de los TDAH en orden de frecuencia son:

1. Déficit de atención
2. Hiperactividad
3. Impulsividad
4. Alteraciones en la percepción motora
5. Labilidad emocional
6. Trastorno de memoria y pensamiento
7. Alteraciones de aprendizaje

I. Déficit de atención:

La atención se define como la capacidad de concentrarse, dirigir o limitar la actividad psíquica en una tarea determinada. Existen diversas características de la inatención, La Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR), describe este fenómeno empleando la siguiente lista de síntomas que presentan los sujetos con inatención o déficit de atención Becerra et al (2011):

- a) A menudo no prestan atención suficiente a los detalles o incurren en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) Suelen tener dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) Generalmente parecen no escuchar

- d) Por lo general parecen no escuchan cuando se les habla directamente.
- e) Con frecuencia no siguen instrucciones ni finalizan tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (este síntoma no debe ser originado por comportamientos negativistas o incapacidad para comprender instrucciones)
- f) Comúnmente tienen dificultades para organizar tareas o actividades
- g) Evitan, les disgusta o son renuentes a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- h) A menudo extravían objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros etc.)
- i) Se distraen fácilmente por estímulos irrelevantes.
- j) Frecuentemente se muestran descuidados en sus actividades cotidianas.

La Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) considera que el componente está presente si existen seis o más de los síntomas descritos, durante un periodo de cuando menos seis meses, con una intensidad maladaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo (Benassini, 2010).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10), describe el problema de atención destacando que éste se manifiesta con una interrupción prematura de la ejecución de tareas y al dejar actividades sin terminar. También resalta que una característica significativa es que los menores cambien de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención que dedicaban a una tarea para entretenerse con otra (Benassini, 2010).

II. Hiperactividad, Hipercesia

Este componente sirvió durante mucho tiempo para caracterizar y dar nombre al trastorno, sin embargo, no fue sino hasta los últimos 20 años cuando se destacó la importancia de la hiperactividad en este contexto. La Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR), caracteriza a la hiperactividad con los siguientes síntomas (Benassini, 2010):

- a) El niño mueve a menudo y en exceso manos y pies, o bien, se mueve constantemente y se muestra inquieto en su asiento.
- b) Suele abandonar su asiento en la clase o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado y atento.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inadecuado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) Por lo general tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) Parece estar constantemente “en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Igual como ocurre con la intención, para establecer la presencia de hiperactividad es necesario que se presenten seis o más síntomas de la lista desglosada anteriormente, a los cuales deben agregarse los que caracterizan a la impulsividad, ambas deben identificarse con claridad en el comportamiento del menor durante seis meses cuando menos, y presentado una intensidad maladaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo. El CIE-10 aclara que la hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren de relativa calma (Benassini, 2010).

III.- Impulsividad

La incapacidad para inhibir el comportamiento ante situaciones que así lo demandan es también un componente tempranamente identificado. Frecuentemente se le ha equiparado con la poca tolerancia a la frustración y la imposibilidad para posponer gratificaciones. El manual de la OMS la ubica entre los rasgos asociados, y concede una mayor importancia a la hiperactividad y la inatención, aclarando que dichos rasgos asociados no son suficientes y necesarios para el diagnóstico. Describe la impulsividad como desinhibición en la relación social, falta de precaución en la situación de peligro y quebrantamiento de algunas normas sociales, tales como intromisión o interrupción en la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular, o imposibilidad de esperar por un turno. El DSM-IV-TR enumera los siguientes síntomas (Benassini, 2010):

- a) El niño suele precipitar respuestas antes de que las preguntas se formulen completamente.
- b) A menudo tiene dificultades para aguardar por su turno.
- c) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros; por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos.

La tríada: se le conoce como tríada a las manifestaciones más constantes en el TDAH: 1.- Déficit de Atención o Inatención, 2.- Hiperactividad o Hiperkinesia y 3.- la Impulsividad. La tríada puede ser no totalmente evidente y algunos de sus comportamientos pueden no manifestarse, lo más común es que ello ocurra con la hiperactividad; por lo general existen niños y, sobre todo, adolescentes y adultos con déficit de atención en los cuales el componente de hiperactividad no es especialmente evidente. El manual de la APA reconoce así tres modalidades del trastorno (Benassini, 2010):

- Con predominio de la inatención
- Con predominio de la hiperactividad e impulsividad
- Tipo combinado

IV.-Alteraciones en la percepción motora

El niño, joven o adulto con TDAH, tiene problemas en la regulación de sus movimientos. La hipofunción dopaminérgica y los núcleos nigro-estriatales dan como resultado un problema en la coordinación motora y frecuentemente la presencia de signos neurológicos blandos (Becerra et al., 2011).

V.-Labilidad emocional

Los afectados por TDAH manifiestan sus emociones públicamente con más intensidad y duración en comparación con los demás. Como consecuencia, es más fácil que parezcan menos maduros, infantiles, rápidamente alterables y fácilmente frustrables por los acontecimientos. Con frecuencia parecen carentes de autodisciplina, ya que no pueden realizar tareas que no les proporcionen una recompensa inmediata o no satisfagan su interés completamente (Becerra et al., 2011).

Aquellas personas con TDAH encuentran dificultades para activarse e iniciar un trabajo que resulta obligatorio. Con frecuencia se quejan de ser incapaces de permanecer alerta, animados, en situaciones que les resultan aburridas y, muchas veces, parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar más centrados o implicados activamente en una tarea (Becerra et al., 2011).

VI.-Trastorno de memoria y pensamiento

La insuficiente atención sostenida, o su irreverencia, y el cambio frecuente en su atención explican las deficiencias en la memoria (Becerra et al., 2011).

VII.-Alteraciones de aprendizaje

Cuando se combinan los efectos del Déficit de atención y de la Hiperactividad, con déficit cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones, problemas perceptuales y alteraciones en la coordinación motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. Estos suelen ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico, tales como la comprensión de lectura. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivo (Becerra et al., 2011).

El 75% de los niños con TDAH muestran conducta agresiva y desafiante. Las reacciones adversas del personal educativo ante la conducta de los niños con TDAH y la pérdida de autoestima como consecuencia del sentimiento de inadecuación, pueden combinarse con las críticas de los compañeros del colegio, haciendo del centro escolar un lugar de fracaso y de problema, lo cual puede provocar una conducta antisocial (Becerra et al., 2011).

Criterios de Diagnóstico

En la actualidad, las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10), y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR); ambas describen el trastorno en forma

similar, con algunas variaciones sobre los criterios exigidos para el diagnóstico y la aceptación de los distintos tipos (Tabla 1) (Benassini, 2010).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, son tres los trastornos propuestos bajo el epígrafe: Trastorno de déficit de atención y comportamiento perturbador; como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Negativista y Desafiante (TND) y el Trastorno Disocial (TD). Aunque la mayor parte de los individuos tiene síntomas tanto de desatención, como de hiperactividad, en algunos casos predominan algunos estos patrones. Para un diagnóstico apropiado actual, debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses (Benassini, 2010).

La CIE-10 los incluye bajo el epígrafe: Trastorno del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia; como los Trastornos Hiperkinético (F90) y Trastornos Disociales (F91), cada uno con sus respectivos subtipos. La diferencia más clara emerge cuando además de la sintomatología del TDAH, se presenta conjuntamente (comorbilidad) con otro trastorno como el Trastorno Negativista y Desafiante (TND) o Trastorno Disocial (TD). Si se cumplen los criterios diagnósticos para este último trastorno, la CIE-10 lo clasifica como Trastorno Hiperkinético Disocial (F90.1), en tanto que el DSM-IV-TR admite los dos diagnósticos que son los TDAH más TD o TND (Benassini, 2010).

A continuación se presentan criterios diagnósticos del TDAH basados en el DSM-IV-TR y en el CIE-10 (tabla 3).

Desatención o Déficit de Atención	
DSM-IV-TR	CIE-10
1a A menudo el afectado no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.	G1.1 Frecuentemente el afectado presenta incapacidad para prestar atención a los detalles, además de errores por descuido en las labores y en otras actividades.
1b A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	G1.2 Frecuentemente manifiesta incapacidad para mantener la atención en las tareas y los juegos.
1c A menudo parece que no escucha cuando le hablan directamente.	G1.3 A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
1d A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.	G1.4 Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
1e A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	G1.5 Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
1f 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).	G1.6 A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
1g A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, herramientas).	G1.7 A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
1h A menudo se distrae por estímulos irrelevantes.	G1.8 Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.
1i A menudo es descuidado en las actividades diarias	G1.9 Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Continuación de la tabla 3

Hiperactividad	
DSM-IV-TR	CIE-10
2a A menudo mueve en exceso manos o pies, o se levanta de su asiento.	G2. 1 Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos y/o pies o removiéndose en su asiento.
2b A menudo abandona su asiento en la clase y/o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	G2.2 Abandona el asiento en la clase y/o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
2c A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos suele limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).	G2.3 A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).
2d A menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	G2.4 Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
2e A menudo “está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor”	G2.5 Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social
2f A menudo habla en exceso.	

Continuación de la tabla 3

Impulsividad	
DSM-IV-TR	CIE-10
2g A menudo precipita respuestas antes de haber sido completada la pregunta.	G3.1 Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2h A menudo tiene dificultades para aguardar por su turno.	G3.2 A menudo es incapaz de aguardar por su turno en las filas o en otras situaciones de grupo.
2i A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en juegos o conversaciones).	G3.4 Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

Algoritmo de tratamiento	
DSM-IV-TR	CIE-10
Al menos de 6 criterios del grupo 1 o 6 criterios del grupo 2 o ambos.	Al menos 6 criterios del grupo G1 y 3 criterios del grupo G2, y 1 criterio del grupo G3

Tabla 3- Criterios diagnósticos del TDAH (Benjet et al., 2010): A menudo (DSM-IV) o con frecuencia (CIE-10), significa que el síntoma se presenta casi todos los días, la mayor parte del día y con una intensidad mayor de lo observado en sujetos con un nivel de desarrollo similar.

Tablas 4- Subtipos del TDAH DSM-IV-TR (Benjet et al., 2010).

TDAH, COMBINADO	
6 a 9 síntomas de inatención + 6 de 9 síntomas de hiperactividad/impulsividad	
DSM-IV-TR	CIE-10
TDAH, con predominio de inatención	TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo
6 de 9 síntomas de inatención	6 de 9 síntomas de hiperactividad/impulsividad
0 a 5 síntomas de hiperactividad/impulsividad	0 a 5 síntomas de inatención

Tabla 4- En la tabla se realiza un comparativo entre los criterios diagnósticos del TDAH basado en el DSM-IV-TR y el CIE-10. Ambas clasificaciones señalan los 7 años como límite superior para el inicio de los síntomas, cuya frecuencia e intensidad deberá ser excesiva para la edad y el nivel mental del niño, debiendo persistir al menos 6 meses, y con repercusión clínica significativa sobre la actividad social, académica o laboral. Asimismo, los síntomas deben suscitarse en al menos dos situaciones: casa y escuela. No se realizará el diagnóstico cuando los síntomas aparezcan a partir de otros trastornos (Benjet et al., 2010).

Diagnóstico del TDAH

Para realizar el diagnóstico adecuado del TDAH, se debe revisar exhaustivamente el historial médico, escolar, comportamental, social, familiar, y de desarrollo del niño. Además, se deberían utilizar escalas de medición objetivas y estandarizadas para proporcionar una valoración objetiva de la gravedad de los síntomas (Kapalka, 2007).

Diagnóstico Psicológico

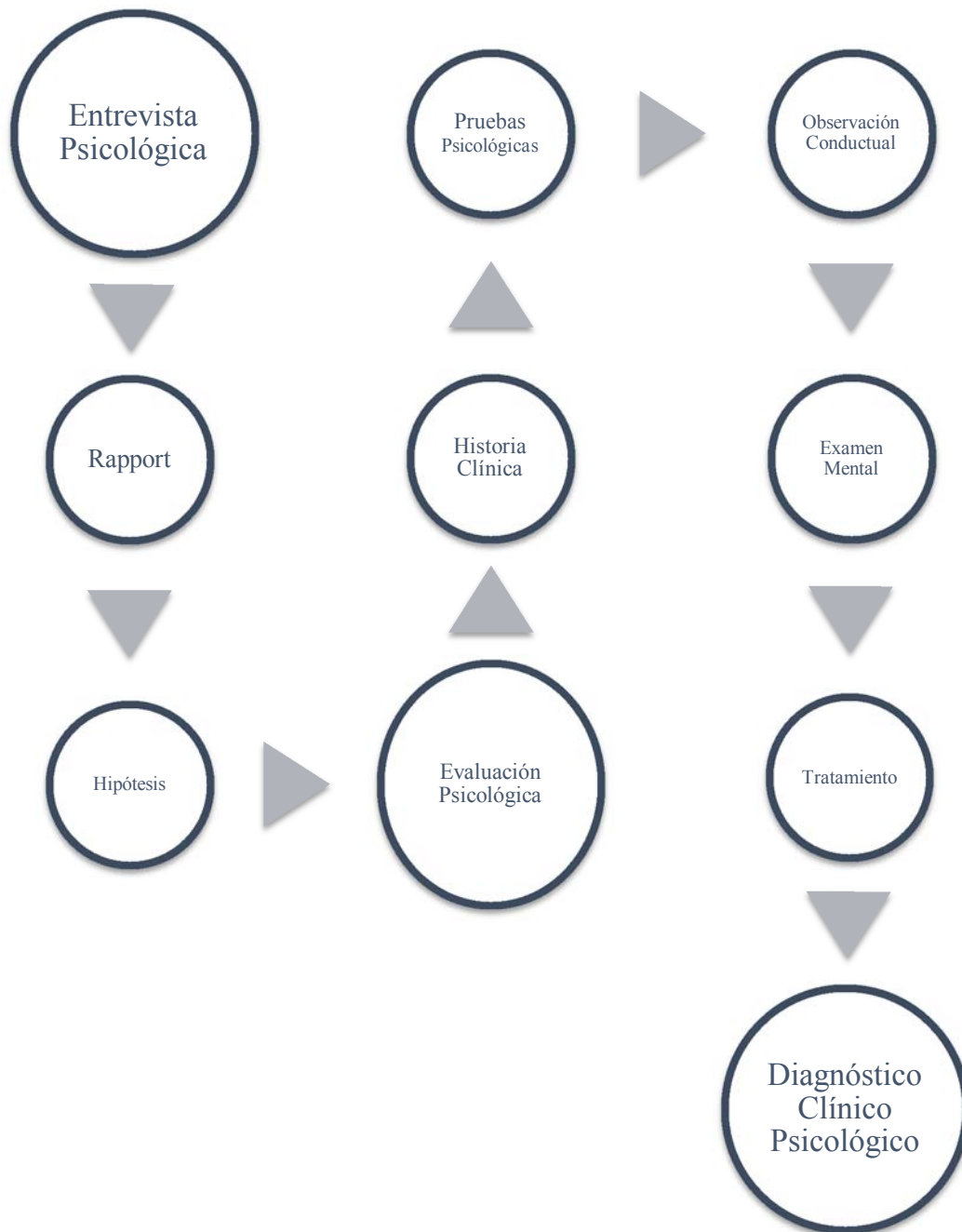
Antecedentes

Rodríguez (1992) establece que el modelo dominante en el diagnóstico clínico se mantiene desde la posguerra y evolucionó a partir de la convergencia de las tradiciones psicométricas y

dinámicas en psicología. Se llegó a la conclusión que el diagnóstico debería de reunir los siguientes elementos:

- a) Pretende cubrir varias áreas del funcionamiento psicológico, tanto a nivel consciente como inconsciente.
- b) Utilización de test proyectivos, así como test objetivos y estandarizados.
- c) En ambos casos, la interpretación debería dirigirse a los signos simbólicos como a las respuestas cuantificadas.
- d) Describir a los individuos en términos más personológicos que normativos.

En el siguiente esquema se muestran conceptos importantes que deben integrar un diagnóstico psicológico.



¿Qué es el diagnóstico?

Palabra de origen griego, ya utilizada en la medicina antigua con el significado de “reconocimiento”. Con el diagnóstico, en efecto se trata de reconocer los signos, tomados como indicios para la evaluación de las facultades específicas o del cuadro global de la personalidad (diagnóstico psicológico), o bien, de los síntomas de funciones alteradas que pueden relacionarse con las entidades nosológicas (diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes) de las que se conocen, a grandes rasgos, el curso y el éxito (diagnóstico psiquiátrico) (Galimberti, 2006).

El diagnóstico psicológico es una herramienta clínica capaz de proporcionar una medida objetiva y estandarizada de las diferencias entre las reacciones psíquicas de varios individuos o las reacciones psíquicas del mismo individuo en diferentes momentos y condiciones (Galimberti, 2006).

El diagnóstico ha de entenderse como un proceso a través del cual se insertan los aspectos metodológicos para identificar, describir y predecir facultades específicas o cuadro global de la personalidad, con el fin de planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones terapéuticas y pronosticar la conducta futura del individuo evaluado (Rosset, 2005). Así se derivan sus diferentes modelos aplicados que hacen particular énfasis en distintos aspectos del método general, aplica a los procesos respetando sus exigencias fundamentales (Rodríguez, 1992).

Phares (1999) explica que tales exigencias relacionadas con el método científico han de referirse al control sometido ante el proceso psicodiagnóstico, en su formulación, diseño y verificación. Tal proceso se caracteriza por las peculiaridades necesarias para adaptarlo a los diferentes contextos de intervención psicológica, al menos por los siguientes aspectos y contenidos:

a) Incluye al evaluador, al evaluado y a lo evaluado, considerando especialmente los aspectos de la interrelación entre dichos elementos

b) El proceso se articula en diferentes tareas que suelen corresponder con sus distintas fases:

- 1- La especificación del problema o la demanda que origina la intervención
- 2- El análisis y la valoración de la conducta mediante la utilización de técnicas específicas
- 3- La formulación de la hipótesis
- 4- La adopción de decisiones
- 5- El establecimiento de un plan de intervención
- 6- La evaluación y el seguimiento de la intervención realizada (Rodríguez, 1992).

Los tipos de información que buscan los psicólogos clínicos con frecuencia se encuentran bajo una fuerte influencia de sus propios enfoques teóricos. Por ejemplo, es más probable que un psicólogo clínico psicodinámico pregunte acerca de las experiencias de la temprana infancia que un conductual. En otros casos, la información puede ser similar pero cada psicólogo clínico hará diferentes inferencias a partir de estas experiencias (Phares, 1999).

El propósito del diagnóstico es bastante directo. En medicina, se recomienda un tratamiento antes de comprender la naturaleza de la enfermedad; mientras que en la psicología clínica el proceso de comprender la naturaleza es a partir de una referencia por el mismo paciente, padres, maestros psiquiatras, juez o hasta el mismo psicólogo. Por ejemplo, se plantea la pregunta acerca del paciente: ¿Por qué Juanito es desobediente?

El psicólogo clínico comienza con este tipo de preguntas de referencia. Es importante que se esfuercen en comprender de manera precisa cuál es la pregunta o qué es lo que busca en la fuente de referencia (Phares, 1999).

La actividad del psicólogo clínico en la elaboración de un diagnóstico consiste en que existe una serie de actividades de exploración, medida o análisis de comportamientos o fenómenos psicológicos relativos a un sujeto o grupo especificado de sujetos, que se realizan mediante un proceso de indagación (Ballesteros, 2004).

Por lo tanto, el diagnóstico consiste en dos tareas entrelazadas: a) determinar la naturaleza y la fuente de la conducta anormal de la persona y b) clasificar el patrón de conducta dentro del sistema diagnóstico aceptado. Por lo general, el diagnóstico es precursor de remedio o del tratamiento de distrés personal (Gregory, 2001).

El diagnóstico debería ser más que una mera clasificación, más que la asignación de una etiqueta; un diagnóstico apropiado transmite información sobre fortalezas y debilidades, sobre la etiología y mejores opciones de regularización y tratamiento (Gregory, 2001).

Entrevista en psicología

La entrevista es el medio más utilizado comúnmente por las disciplinas humanas y de la salud para obtener información. Dentro de la psicología, la entrevista es el instrumento por excelencia para adquirir y recabar datos; se utiliza para obtener información en los procesos de selección de personal, en el diagnóstico clínico y psicopedagógico, en el asesoramiento vocacional, en la investigación psicológica y sociológica y en la valoración del aprendizaje (Morga, 2012).

Sin embargo, la entrevista no sólo es un instrumento de recolección de información, en la psicología es básicamente una relación humana interpersonal, conformada por elementos subjetivos y objetivos. Esta relación humana permite la creación de vínculos significativos entre el entrevistador y el entrevistado. Estos vínculos permiten un proceso de comprensión humana que facilita al entrevistador entender cabalmente las necesidades, motivos, procesos cognitivos y afectivos en general (Morga, 2012).

Con el avance del siglo XX surgieron contextos en donde era necesario encontrar instrumentos más rápidos para evaluar la personalidad de los sujetos y con ellos emergieron los cuestionarios, las entrevistas semi-estructuradas, entrevistas para infantes, para adultos y los test psicológicos. Actualmente la entrevista y las pruebas psicológicas funcionan como los elementos básicos para el diagnóstico, intervención psicológica y psicopedagógica (Morga, 2012).

Por lo que podemos definir a la entrevista psicológica como una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupala (2 ó más persona), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humana: verbal (oral), auditiva, cinestésica, táctil, olfativa, no verbal (gestual y postural) y paralingüística (tono, volumen, intensidad y manejo de silencio) (Morga, 2012).

Entre los objetivos de la entrevista psicológica están: evaluar, diagnosticar e investigar. Es por ello que los psicólogos dentro de su entrenamiento profesional deben actualizarse para convertirse en expertos entrevistadores (Morga, 2012).

Morga (2012) describe que existen cinco grandes campos dentro de la entrevista condicionada por objetivos:

- a. Entrevista de investigación: su objetivo es recolectar información pertinente para responder una pregunta de investigación.
- b. Entrevista psicopedagógica o psicoeducativa: su función es determinar las posibles interferencias en el proceso de enseñanza, además de localizar sus causas e influir en problemas de aprendizaje.
- c. Entrevista de orientación vocacional: se realiza con el fin de asesorar a un sujeto en la selección de un empleo, escuela o carrera en función de sus características personales (aptitudes, intereses, tipo de inteligencia, estilo de aprendizaje).
- d. Entrevista clínica: su objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto (sus motivaciones, frustraciones y dinámica de personalidad). Puede ser diagnóstica, terapéutica y de asesoría.
- e. Entrevista laboral: se aplica para conocer las características de un candidato a un puesto laboral para elegir al más idóneo. Puede ser de selección, ajuste o salida.

Tipos de Entrevista por Estructura: Para Morga (2012) esta clasificación se refiere a la forma en cómo se conduce la entrevista y cómo se estructuran las interrogantes que el entrevistado debe contestar. En función de este criterio encontramos tres conceptos:

- a. Entrevista estructurada o cerrada: consiste en que el entrevistador realice un cuestionario estructurado y sistematizado al entrevistado, sin tratar de obtener información adyacente o ajena a las preguntas establecidas.
- b. Entrevista semi-estructurada: el entrevistador lleva un guión de preguntas básicas, sin embargo, tiene la posibilidad y libertad de cuestionar al entrevistado sobre temas adyacentes o de interés para el mismo entrevistador, o bien, omitir algunos temas de acuerdo a su criterio.
- c. Entrevista abierta o no estructurada: en este caso el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito.

Etapas de la entrevista: Como todo instrumento metodológico, la entrevista tiene pasos, etapas o fases que deben seguirse para alcanzar el éxito en el objetivo propuesto. Se estructura en tres etapas: 1) Rapport, 2) Cima y 3) Cierre (Morga, 2012).

1) Rapport: es la fase inicial, el objetivo principal es lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador, así como dispuesto a hablar lo más posible fuera de cualquier tipo de inhibiciones, familiarizando al individuo cuestionado con la entrevista. Los primeros minutos de una entrevista son decisivos para lograr el éxito, ya que dependen en gran medida del rapport que establezca el entrevistador. El rapport consiste en crear una atmósfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo, y se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado. El entrevistador tiene la responsabilidad de hacer que el entrevistado participe y lo vea como una persona que puede ayudarlo y que es digna de confianza. El rapport está basado en la confianza, el respeto y aceptación mutuos (Morga, 2012).

El rapport se facilita con algunas actitudes del entrevistador, entre ellas se mencionan: mantener un contacto visual apropiado, una postura relajada, natural y centrada en el

entrevistado; un lenguaje espontáneo, amistoso y con un tono cálido y expresivo; aceptación incondicional y empática (Morga, 2012).

2) Fase de desarrollo o Cima: es en la que se recaba la mayor parte de la información, y se profundiza en los aspectos identificados en la fase anterior (rapport), se intercambia información para ser analizada y posteriormente se confronta, se clarifican los problemas, se toman algunas decisiones sobre posibles soluciones y líneas de acción. Esta es la etapa más larga y profunda en cada entrevista (Morga, 2012).

3) Cierre: su objetivo fundamental consiste en consolidar los logros alcanzados durante las etapas de Cima y Cierre (Morga, 2012).

Evaluación Psicológica

La evaluación psicológica Ballesteros (2004) es una disciplina en la psicología clínica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento a los niveles de complejidad que se estime oportunos de un sujeto humano o un grupo especificado de sujetos con distintos objetivos aplicados (descripción, psicodiagnóstico, selección/predicción explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervención aplicadas).

En pocas palabras, la evaluación psicológica se define como la recolección e integración de datos relacionados con la psique individual con el propósito de hacer una evaluación psicológica concretada mediante el uso de herramientas como pruebas psicológicas específicas, entrevista, estudio de caso, observación conductual (Cohen, 2002).

La evaluación psicológica implica un proceso de solución de problemas y toma de decisiones que comienza con una demanda de un cliente y/o sujeto a un psicólogo. Este proceso implica una serie de actividades científicas y profesionales realizadas en una secuencia establecida con las que se pretende dar una respuesta a esa demanda, para llegar a un diagnóstico mediante una estructura secuencial que algunos psicólogos establecen en la

administración de una serie de test, técnicas y procedimientos de recolección de información sobre el sujeto o cliente (Ballesteros, 2004).

Existen quizás muchas maneras para definir formalmente la evaluación psicológica, implica una valoración de las fortalezas y debilidades de un individuo, una conceptualización del problema en cuestión (al igual de los posibles factores etiológicos) y cierta recomendación para mitigar el problema, lo que en conjunto conduce a una mejor comprensión del paciente. La evaluación no es algo que se realice una vez y se dé por terminado. En muchos casos es un proceso continuo. Con frecuencia, las pruebas psicológicas desempeñan una función importante en el diagnóstico y la planificación del tratamiento (Cohen, 2002).

Historia Clínica

La historia clínica es el conjunto documental que se crea para conocer la información de los elementos de experiencias cotidianas y extraordinarias, familiares, así como de factores psicobiológicos, genéticos y medio ambientales que influyen en la salud tanto física y mental del sujeto (Servicio Vasco de Salud, Comisión de Historias Clínicas 2003).

Los datos biográficos y otros relacionados con el evaluado pueden obtenerse entrevistado al mismo, y/o con otros hechos significativos dentro de la vida del mismo o por medio de ambos. Las fuentes adicionales de datos para la historia del caso incluyen registros hospitalarios, registros escolares, registros militares, registros laborales y documentos relacionados. Todos estos datos se combinan en un esfuerzo por obtener una comprensión del evaluado, incluyendo percepciones acerca de los patrones de conductas observados. Los datos provenientes de la historia clínica pueden ser invaluable para ayudar al terapeuta a desarrollar un contexto significativo dentro del cual puede interpretar datos provenientes de otras fuentes, como transcripciones de la entrevista, e informes de pruebas psicológicas (Cohen, 2002).

Pruebas psicológicas

Se define como el proceso para medir variables relacionadas con la psique mediante instrumentos o procedimientos diseñados para obtener rasgos de comportamientos definidos como conductas (Cohen, 2002).

Observación conductual

La observación conductual se puede definir como el monitoreo de las acciones de otros y de uno mismo a través de medios electrónicos, visuales, cuestionarios, mientras se registra información cuantitativa y/o cualitativa con respecto a dichas acciones. La observación conductual puede utilizarse en diferentes escenarios para una variedad de objetivos de evaluación (Cohen, 2002).

Examen mental

Es el equivalente del examen físico general que efectúa el médico, es el examen del estado mental que lleva a cabo un psicólogo clínico. Este examen, utilizado para detectar déficit intelectuales, emocionales y neurológicos, de manera característica incluye interrogatorios u observaciones respecto a cada área analizada en la siguiente lista (Cohen, 2002):

- Apariencia: ¿Son apropiadas la manera de vestir y la apariencia general en cuanto a imagen e higiene del paciente?
- Conducta: ¿Hay algo notablemente extraño en la manera de hablar o en la conducta general en el momento de la entrevista? ¿El paciente presenta tics faciales, movimientos involuntarios, dificultades en la coordinación o en el modo de andar?
- Orientación: ¿El paciente está orientado como persona?, es decir, ¿sabe quién es? ¿Está orientado respecto al lugar?, es decir, ¿sabe dónde está? ¿Está orientado respecto al tiempo?, es decir, ¿Sabe el año, el mes, y el día en que se encuentra?
- Memoria: ¿Cómo se encuentra la memoria del paciente respecto a sucesos recientes y muy antiguos?
- Sentidos: ¿Existe algún problema relacionada con los cinco sentidos?

- Actividad psicomotora: ¿Parece haber algún retraso o aceleración anormales en la actividad motora? ¿Existe alguna disfunción orgánica o motora evidente?
- Estado de conciencia: ¿La conciencia parece ser clara o el paciente se encuentra perplejo, confuso o aturdido?
- Afecto: ¿Es apropiada la expresión emocional del paciente? Por ejemplo, ¿el paciente se ríe (de manera inapropiada) al hablar sobre la muerte de un miembro inmediato de la familia?
- Estado de ánimo a lo largo de la entrevista ¿El paciente, en general, ha estado enojado? ¿Deprimido? ¿Ansioso? ¿Aprehensivo?
- Personalidad: ¿Con que términos se podría describir mejor al paciente? ¿Sensible? ¿obstinado? ¿Aprehensivo?
- Contenido del pensamiento: ¿El paciente está alucinando, viendo, oyendo o experimentado de alguna otra manera cosas que en realidad no existen? ¿Presenta delirios, expresa creencias falsas o infundadas (como el delirio de que alguien lo sigue a donde él va)? ¿Aparenta ser obsesivo, parece tener los mismos pensamientos una y otra vez?
- Procesos de pensamiento: ¿Existe una producción reducida o excesiva de ideas? ¿Parece que las ideas le llegan de manera anormalmente lenta o rápida? ¿Existen evidencias de debilitamiento en las asociaciones? ¿Las producciones verbales del paciente son erráticas o inconexas?
- Recursos intelectuales: ¿Cuál es la inteligencia estimada del entrevistado?
- Percepción: ¿El paciente aprecia de manera realista su situación y la necesidad de ayuda profesional en caso de ser necesaria?
- Juicio: ¿Qué tan adecuada ha sido la toma de decisiones del paciente respecto a sucesos pasados y planes futuros?

El examen del estado mental comienza en el momento en que el entrevistado entra en la habitación. El examinador toma nota de la apariencia, la manera de caminar, etcétera, del examinado. La orientación se evalúa por medio de preguntas directas como: ¿Cuál es su nombre? ¿Dónde se encuentra usted? El resultado de este tipo de examen podría ser, por ejemplo, tomar la

decisión de hospitalizar o no, o una solicitud para practicarle una evaluación psicológica o neurológica más profunda (Cohen, 2002).

Tratamiento Psicológico

El Tratamiento Psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, a través de la cual un psicólogo clínico busca contrarrestar el sufrimiento de la persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de su vida (Barranca, 2009).

Evaluación Diagnóstica en Niños

Cuando se trabaja con niños, no sólo se trabaja con ellos, se trabaja con los padres o personas encargadas de su cuidado, por lo que en la evaluación es fundamental considerar el ambiente familiar y social en el que el niño se desenvuelve y la etapa del desarrollo que atraviesa. En este sentido, el psicólogo debe poseer conocimientos sólidos para lograr una adecuada comprensión del problema y plantear alternativas de solución, no sólo acerca de las técnicas, sino también de la dinámica familiar, aspectos del desarrollo infantil y psicopatologías, fundamentalmente (Esquivel, 1999).

Los motivos por los que se lleva a un niño a consulta con un especialista de la salud mental, son múltiples y muy variados; por lo general, son los padres quienes solicitan una evaluación para su hijo porque identifican en él algo que consideran un “síntoma anormal” o por que alguna otra persona, por ejemplo una maestra o autoridad en la escuela, les señala que el pequeño tiene problemas (Esquivel, 1999).

Sin embargo, lo que puede tener valor de síntoma para los adultos no necesariamente lo tiene para el niño. Cuando se trabaja con niños, es necesario tomar en cuenta que no es él quien solicita la consulta, sino que son otros quienes requieren que se le evalúe y se le trate (Esquivel, 1999).

En la actualidad, se ha puesto muy de moda en las escuelas que cuando un niño no aprende o tiene problemas de conducta de inmediato se le canaliza al psicólogo, lo que es adecuado en ocasiones, pero en otras puede ser que los profesores o los métodos de enseñanza sean los que están fallando, o bien, algún otro factor que no sea de origen psicológico. De cualquier manera, una de las quejas más frecuentes por las que se lleva a un niño a evaluación psicológica es por problemas de aprendizaje o escolares. Esto obviamente tiene que ver con las expectativas y fantasías que los padres tienen acerca de sus hijos, para quienes resulta una herida narcisista el que sus pequeños no se desempeñen a la par de los otros (Esquivel, 1999).

México, es un país de jóvenes cuya población infantil demanda y requiere atención, en un porcentaje cada vez mayor, principalmente por problemas de conductas, aprendizajes o ambos (Esquivel, 1999).

Ateniéndonos a las consideraciones anteriores, encontramos que el diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total. Aun cuando de manera aislada y mediante varias técnicas se exploren los diferentes aspectos que conforman la personalidad como son el rendimiento intelectual, desarrollo perceptual, funcionamiento y desarrollo emocional, es necesario integrar los datos de manera que nos permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona asiste a consulta (Esquivel, 1999).

El psicodiagnóstico es esencialmente un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos por diversas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y la personalidad, lo cual le da sentido (Esquivel, 1999).

Los instrumentos y procedimientos científicos de la disciplina psicológica para determinar diagnóstico son los siguientes (Esquivel, 1999):

- Observación clínica
- Entrevista-Historia Clínica
- Pruebas psicométricas

Pruebas psicológicas para diagnosticar el TDAH

Desde el punto de vista neuropsicológico, el objetivo principal de una evaluación neuropsicológica tanto en niños como en adultos es determinar la presencia de cambios cognitivos y del comportamiento en individuos en quienes se sospecha algún tipo de alteración o disfunción cerebral. Estos cambios se defienden y cuantifican mediante la observación clínica y la utilización de instrumentos de medición. El objetivo central de una evaluación neuropsicológica no es entonces la localización de algún daño cerebral. Sin embargo, dado que algunas condiciones neurológicas tiene perfiles neuropsicológicos característicos, el perfil neuropsicológico en ocasiones se puede utilizar como indicativo de una disfunción en una región cerebral particular. En consecuencia, un detallado estudio de las funciones cognitivas y de la forma de comportarse puede contribuir tanto al diagnóstico etiológico como al diagnóstico diferencial de numerosas condiciones neurológicas. Por ejemplo, puede ayudar a determinar si el perfil neuropsicológico hallado corresponde más a una condición neurológica que una condición psiquiátrica; o si se trata de un proceso agudo o crónico. Además, la evolución estática o progresiva de una condición neurológica puede determinarse mediante un seguimiento neurológico. Se podría proponer entonces, que la evaluación neuropsicológica se realiza buscando uno o varios de los siguientes objetivos: determinar la actividad cognitiva del paciente, usual pero no necesariamente luego de alguna condición patológica; analizar los síntomas, signos y los síndromes fundamentales; proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre dos condiciones aparentemente similares; proponer patologías subyacentes a la disfunción cognitiva existente; sugerir procedimientos rehabilitativos y terapéuticos; y determinar la eficacia de algún tratamiento particular (Ardila, Rosselli & Matute, 2010).

Ningún test psicométrico se ha mostrado específico para este trastorno. Sin embargo, pueden ser de gran utilidad no sólo para determinar el nivel cognitivo, sino para comprobar el rendimiento en cada una de las pruebas que se incluyen en el mismo. La presencia de un cociente intelectual límite o bajo no descarta el diagnóstico, aunque aumenta la dispersión atencional, dificulta aún más el buen rendimiento académico y puede relacionarse con un fracaso de las terapias farmacológicas habituales. Otras pruebas cognitivas encaminadas al estudio de la “impulsividad o flexibilidad cognitiva” ayudan a encuadrar el TDAH, pero su utilidad

diagnóstica y terapéutica es escasa. El empleo de pruebas de atención sostenida o el registro prolongado del test de atención, apoyan el diagnóstico aunque son enormemente inespecíficos. Del mismo modo, pueden aportar una valoración adicional en cuanto a la evolución del paciente una vez iniciado el tratamiento pautado (Calleja & Fernández, s.f.).

Para la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad o Fundación CADAH (2013), resulta importante subrayar que actualmente no existe una prueba única que diagnostique el TDAH, para obtener un buen diagnóstico se tienen que realizar dos tipos de pruebas: médicas y clínicas. Las pruebas médicas deben realizarse para descartar otras patologías como por ejemplo: analíticas de sangre y orina, medida de la tensión arterial, pruebas de audición y visión, etc. Además, los profesionales de Neuropediatría y Neurología suelen pedir un encefalograma y/o escáner cerebral, no como pruebas determinantes de diagnóstico de TDAH, sino para descartar otras posibles patologías como ausencias, epilepsia, etc. Las pruebas psicodiagnósticas las realizará un psicólogo clínico, los siguientes puntos son importantes para considerar el diagnóstico del TDAH:

- Historia Clínica
- Observación
- Entrevista con el niño.
- Entrevista con los padres.
- Entrevista con los profesores.
- Pruebas psicológicas y pruebas neurológicas

En México, la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2010) desarrollada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, refiere que los estudios psicológicos son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH, así como las pruebas neuropsicológicas son importantes para detectar si existen deficiencias en algunas funciones cerebrales, y/o para saber si están presentes problemas de aprendizaje.

En México existe una escala de evaluación para el TDAH que aplica el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual tiene el objetivo de cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los

chicos que tienen alta probabilidad de padecerlo, sin descartar las que sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico (Becerra et al., 2011).

A continuación se mencionan escalas de evolución utilizadas frecuentemente en niños y adolescentes en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Becerra et al., 2011):

CEPO: Valora exclusivamente los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la adolescencia; tiene dos versiones: una autoaplicable, es decir, que el chico puede leerla y contestarla por sí mismo; y la otra versión, para ser contestada por los padres o tutores del adolescente valorando los mismos síntomas. La escala CEPO en sus dos versiones permite distinguir de manera global los grupos de pacientes con TDAH de aquellos que no lo padecen, así como la severidad de los síntomas de este trastorno. La puntuación de 46 o más, para ambas versiones, indica alta probabilidad de padecer TDAH; sin embargo, no sustituye el diagnóstico clínico (Benjet et al., 2010).

Escala de Conners: creada en 1970, son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento con medicación estimulante, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento, como instrumento útil para recoger información de padres y profesores. La escala de Conners son un listado de síntomas con un formato de escalas tipo likert. Hoy día existen más de 30 versiones, en México fueron adaptadas por investigadores expertos: la escala para padres con 93 ítems y la escala para profesores con 39 ítems. Una puntuación igual o mayor a 14 en niños menores de 8 años de edad y una puntuación igual o mayor de 15 en niños y adolescentes de 9 a 17 años, nos permite distinguir los grupos de pacientes con TDAH de los que no lo padecen (Benjet et al., 2010).

Pruebas psicológicas aplicadas en el caso a analizar

1-. Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig DTVP-2: Los niños experimentan problemas perceptomotores y éstos suelen requerir tratamiento correctivo, no porque causen dificultades académicas (lo cual quizá ocurra en algunas situaciones) sino porque las deficiencias le provocan problemas al individuo. El objetivo de esta prueba es evaluar la

presencia y grado de dificultades de la percepción visual o visomotriz. Consta de ocho subpruebas: Coordinación ojo-mano, Posición en el espacio, Copia, Figura-fondo, Relaciones espaciales, Cierre visual, Velocidad visomotora y Constancia de forma (Manual Moderno, 2015).

Edad de aplicación: Niños entre 4 y 10 años de edad.

Aplicación: Individual.

Tiempo de aplicación: De 30 a 60 minutos.

2-.HTP: El objetivo de esta prueba es evaluar las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar, funcionamiento intelectual y coordinación visomotriz. Las características de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P puede aplicarse prácticamente a cualquier sujeto: por ejemplo, aquellos con poca instrucción, quienes sufren alteraciones en el desarrollo, impedimentos de lenguaje o diferencias culturales, entre otros (Manual Moderno, 2015).

Evalúa: Niños, adolescentes y adultos.

Aplicación: Individual.

Tiempo de aplicación: De 30 a 90 minutos

3-. Escala de inteligencia Wechsler para la edad escolar WISC-IV: Representa un importante avance ya que es una actualización normativa producto de años de investigación y de una ardua labor en la generación de normas para la población mexicana, incorpora investigación sobre desarrollo cognoscitivo, evaluación intelectual y procesos cognoscitivos, volviéndose un instrumento único. El objetivo es proporcionar una medición confiable del funcionamiento intelectual en niños como características del WISC-IV. Evalúa la inteligencia en niños. Proporciona cuatro puntuaciones índice que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos: Índice de Comprensión verbal, Índice de Razonamiento perceptual, Índice de Memoria de trabajo e Índice de Velocidad de procesamiento, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del niño, Escala de CI Total. La prueba WISC-IV conserva 10 subpruebas de WISC-III: Diseño con cubos, Semejanzas, Retención de dígitos, Claves, Vocabulario, Comprensión, Búsqueda de símbolos, Figuras

incompletas, Información y Aritmética, las cuales fueron revisadas; y se desarrollaron 5 subpruebas nuevas: Conceptos con dibujos, Sucesión de letras y números, Matrices, Razonamiento con pistas y Registros. El contenido y materiales de la prueba han sido actualizados y modernizados constituyendo una opción novedosa de evaluación de la inteligencia infantil (Manual Moderno, 2015).

Evalúa. Niños de 6 años, 0 meses a 16 años, 11 meses de edad.

Aplicación. Individual.

Tiempo de aplicación. 2 horas aproximadamente.

4-. Evaluación del Desarrollo Neuropsicológico NEPSY-II. Descripción: La NEPSY-II permite al profesional crear una evaluación cognitiva específica y a medida del niño evaluado a partir del análisis de 6 dominios cognitivos. Los resultados obtenidos aportan información sobre trastornos infantiles típicos como TDAH, trastorno de la lectura, trastornos del lenguaje, autismo y trastorno de Asperger, daño cerebral y discapacidad intelectual leve. Ya no es necesario recurrir a distintas pruebas que proceden de diferentes herramientas, sino que con una sola batería el profesional puede evaluar, seleccionando entre 32 pruebas, el funcionamiento ejecutivo, el lenguaje, la memoria y el aprendizaje, el funcionamiento sensoriomotor, percepción/ cognición social y el procesamiento visoespacial (Pearson, 2015).

Tiempo: De 45 minutos a 3 horas

Edad: 3-16 años

Aplicación: Individual

Adaptación Española: Universidad de Sevilla, Centro de Rehabilitación Neurológica - FIVAN y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment (PEARSON).

5-. El test del dibujo de la familia. Ampliado con 103 ilustraciones (2da edición en español). Como se sabe este test, que fue diseñado con el objetivo de explorar la adaptación del niño al medio familiar, es de sencilla y económica ejecución, a lo que el autor añade el método de las preferencias –identificaciones, que permite conocer la interpretación personal del sujeto evitando la del profesional interviniente. Con estas características no es extraña la preferencia que tiene este Test en el ámbito clínico, en la orientación vocacional e incluso en el forense. Esta

edición, corregida y muy ampliada en la cantidad de ilustraciones, corresponde a la sexta y última edición francesa (Paidós, 2015).

6-. Test Gestáltico Visomotor Bender consiste en nueve figuras que son presentadas una a la vez, para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco. El objetivo de este volumen es el de brindar distintas maneras de analizar los protocolos del Bender producido para niños pequeños de 5 a 10 años, de modo que el examinador pueda evaluar su madurez perceptual, posible deterioro neurológico y ajuste emocional con base a un solo protocolo. Dirigido a psicólogos y psicopedagogos, que trabajan con niños en escuelas, clínicas y en la práctica privada. Ofrece la ventaja de recabar un máximo de información con un mínimo de esfuerzo y tiempo. El Test de Bender es muy apropiado para una interpretación múltiple de diferentes dimensiones de la personalidad (Paidós, 2015).

7-. Cuestionario de Apercepción Temática: CAT consta de 10 laminas, es un método proyectivo para explorar la personalidad estudiando el sentido dinámico de las diferencias individuales en la percepción de estímulos visuales (Paidós, 2015).

Edad: 3 a 10 años

Tiempo de administración: Variable.

Tipo de administración: individual

9-. Test del Dibujo de la Figura Humana de Machover: prueba proyectiva (Paidós, 2015).

10-. Las siguientes pruebas no se encontraron en las siguientes distribuidoras: Manual Moderno, Pearson, Paidós:

- Escala Beta y Alfa
- Evaluación de la articulación y el lenguaje expresivo y comprensivo
- Test Expresivo de Gardner
- Test de evaluación de las habilidades matemáticas Tema 3
- PRO-ESC Y PRO-LEC
- Evaluación estática y dinámica

Historia de la Enfermedad

La epistemología es aquella parte de la ciencia que tiene como objeto (no el único) hacer un recorrido por la historia del sujeto respecto a la construcción del conocimiento científico; es decir, la forma cómo éste ha objetivado, especializado y otorgado un status de cientificidad al mismo; pero a su vez, el reconocimiento que goza este tipo de conocimiento por parte de la comunidad científica. La epistemología es aquella que estudia la génesis de las ciencias; que escudriña cómo el ser humano ha transformado o comprendido su entorno por la vía de métodos experimentales o hermenéuticos en el deseo o necesidad de explicar fenómenos en sus causas y en sus esencias (Jaramillo, 2003).

La evaluación de los cambios evolutivos en la sintomatología del TDAH se ha complicado de forma mayúscula por los cambios en los sistemas de diagnóstico, de modo que los estudios previos a 1994, y muchos publicados posteriormente, están basados a menudo en el modelo unitario del DSM-III-R. Barkley (1997) resumió la evidencia de que los síntomas de hiperactividad- impulsividad aparecen más temprano, entre los 3 y 4 años de edad, mientras que la inatención se evidencia más tarde, al tiempo de iniciar la escolaridad, es decir, entre los 5 y 7 años (Díez & Soutullo, 2007).

De hecho, el tipo predominantemente hiperactivo se diagnostica más fácilmente en niños menores, mientras que el tipo con predominio de inatención se puede diagnosticar en la edad escolar de primaria, a medida que el TDAH evoluciona. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad declinan más durante la infancia de lo que lo hacen los de inatención. Esta disminución de los síntomas de hiperactividad-impulsividad no es la consecuencia de la medicación u otro tratamiento, sino que es posible que sea evolutiva. La inatención también podría disminuir en intensidad al evolucionar el trastorno, mientras que la duración de la atención se incrementará con la edad (Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

La evolución del TDAH con la edad es variable; hace unas décadas se pensaba que era un trastorno propio de la infancia, y que desaparecería al crecer o entrar en la adolescencia. Hoy sabemos que algunos síntomas, como la hiperactividad (correr, saltar, levantarse en clase, no parar) disminuyen en intensidad al crecer el niño. Sin embargo, la inatención (distracciones,

olvidos, desorganización, perder cosas, no acabar tareas) y la impulsividad (hacer las cosas sin pensar, interrumpir), no disminuyen con la edad, sino que siguen causando problemas significativos. Es cierto que en algunos casos los síntomas se reducen hasta un nivel en el que no causan problemas; sin embargo, también es cierto que un porcentaje alto de niños con TDAH seguirá manteniendo algunos síntomas en la adolescencia y, por supuesto, en la edad adulta. Esto hace que el tratamiento en muchos casos deba ser prolongado. Sabemos también que del 35 al 80 % de los niños con TDAH, el trastorno persiste en la adolescencia; esta persistencia de los síntomas, aunque no sean los 6 de inatención y los 6 de hiperactividad / impulsividad, tiene consecuencias negativas muy importantes para la persona que los sufre. Respecto al rendimiento escolar y académico, los estudios disponibles indican que cuando llegan a la edad adulta, los niños con TDAH tienen un nivel académico menor, han tenido peores notas y más asignaturas suspendidas a lo largo de su educación, y han repetido curso más veces que los adultos que no han tenido TDAH en su infancia. También sabemos que respecto a sus relaciones sociales, cuando llegan al final de la adolescencia, los niños con TDAH tienen menos amigos y los amigos que tienen les duran menos tiempo, tienen menor autoestima y peor ajuste social. Además, respecto a su rendimiento y satisfacción laboral, los adultos que han tenido TDAH, como media, tienen trabajos peor remunerados y por debajo de su potencial o capacidad, tienen mayor frecuencia de despidos, han cambiado más veces de trabajo, y son los peor valorados por sus jefes y compañeros. Esto se debe principalmente a su impulsividad, que sigue dificultando las relaciones sociales. En un importante estudio publicado por Barkley, se evaluó el impacto en la vida del adulto causado por el TDAH durante su infancia, en 4 áreas importantes de la vida: educación, ocupación, esfera social y esfera sexual, medido por los resultados en 7 áreas principales (Díez & Soutullo, 2007):

- 1) Fracaso en terminar el bachillerato
- 2) Incapacidad para mantener un empleo estable
- 3) Rendimiento laboral actual
- 4) Edad de inicio de relaciones sexuales (edad del primer coito)
- 5) Edad en la que tuvieron el primer hijo

6) Número de amigos íntimos y

7) Problemas sociales

Los factores que mejor predecían el fracaso en terminar el bachillerato eran la gravedad de la hiperactividad de niño, la frecuencia alta de síntomas de trastorno de conducta y haber repetido algún curso. Los factores que mejor predecían la incapacidad para mantener un empleo estable eran la presencia de síntomas de TDAH, según el empleador, y la gravedad de los síntomas de trastorno oposicional/negativista desafiante (Díez & Soutullo, 2007).

Algunos síntomas están presentes toda la vida, sin embargo, con el tiempo y el tratamiento, otros mejoran o se transforman hasta no resultar problemáticos. A veces, se desaparecen algunos síntomas, el adolescente o el adulto dejan de cumplir criterios diagnósticos, lo cual no significa que los síntomas que permanecen no les causen problemas. Es decir, aunque tienen menos síntomas, todavía son causantes de problemas. Los síntomas de hiperactividad disminuyen con la edad, transformándose en movimientos más finos (mover el pie, dar golpecitos, etc.) (Díez & Soutullo, 2007).

Pronóstico

Según la gravedad, la implicación neurológica y el éxito de la medicación en el TDAH, de acuerdo al pronóstico, será más o menos favorable. Las manifestaciones del TDAH varían con la edad y con el tratamiento aplicado (Calleja & Fernández, s.f.).

A medida que avanza la edad, el exceso de actividad motora disminuye en los niños hiperactivos, registrándose más a menudo conductas de tipo impulsivo y según avanzan a la adolescencia se añade el incumplimiento de obligaciones y deberes. De cualquier forma, la evolución de la hiperactividad no se caracteriza por su uniformidad, ni mucho menos por un pronóstico que conlleve siempre conducta antisocial e incluso delincuencia juvenil. Un 25% de los niños hiperactivos evolucionan positivamente sin tener dificultades especiales en la vida adulta, y aproximadamente un tercio de los diagnosticados presentan signos del trastorno en edad adulta (Calleja & Fernández, s.f.).

No obstante, el mejor esquema predictivo debería combinar los datos sobre la capacidad cognitiva del sujeto, su nivel de agresividad y desajuste social, y la estabilidad familiar. Es necesario que los padres y el propio paciente acepten el diagnóstico sabiendo que la hiperactividad se puede “reconducir”, es decir, un niño con una medicación ajustada, con una intervención paralela clínica y educativa, con un entorno familiar y escolar coordinado en técnicas, normas y pautas de actuación permiten un ajuste escolar, social y personal satisfactorio (Calleja & Fernández, s.f.).

El niño no cambiará transformándose en una persona tranquila y reposada, pero sí puede llegar a ser un individuo activo, emprendedor y creativo. La práctica sistemática de deportes, el trabajar la atención sostenida, el saber estructurar las tareas, el aprender a autorregular su conducta le va a permitir mejorar su rendimiento tanto académico como profesional (Calleja & Fernández, s.f.).

La orientación debe llevar a las familias a la toma de decisiones ante una intervención multiprofesional: médica, psicológica y educativa, trabajando a favor del niño de manera coordinada (Calleja & Fernández, s.f.).

Se dirigirá a una terapia cognitivo-conductual en el campo de la psicología clínica, con un tratamiento farmacológico combinado y, si se estima conveniente, un trabajo paralelo con el niño y sus padres (Calleja & Fernández, s.f.).

Al mismo tiempo, se coordinará la intervención en el centro escolar intentando que no sea un lugar excesivamente grande, pero sí con normas claras y establecidas, y con un profesorado comprometido en el trastorno del niño, capaz de realizar las adaptaciones pertinentes al currículo y a su entorno social, así como con otros profesores, amigos y compañeros (Calleja & Fernández, s.f.).

El seguimiento de la intervención así como la evaluación de sus resultados se establecerán desde el inicio del tratamiento para delimitar los cambios, redefinir los objetivos y supervisar las posibles variaciones de estrategias (cambios en la medicación, abordar nuevos campos, aplicar otras técnicas y programas). Como conclusión, insistimos en el enfoque multidisciplinario e integrador que debe tener la evaluación del Trastorno de Hiperactividad con

Déficit Atencional, el cual atienda y especifique el nivel de desarrollo alcanzado por el niño en todas las áreas: cognitiva, de aprendizaje y social, y que considere el papel del entorno familiar y escolar (Calleja & Fernández, s.f.).

Tratamiento

El tratamiento del TDAH de niños y adolescentes tiene por objetivo mejorar los síntomas nucleares de la enfermedad (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) y reducir la aparición de otros síntomas frecuentemente asociados al TDAH. Existen diversos tipos de tratamientos indicados en el TDAH de niños y adolescentes, sin embargo el que presenta mayores niveles de eficacia es el tratamiento combinado o multimodal, que incluye el tratamiento psicológico, farmacológico y la intervención psicopedagógica (Benassini, 2010).

Farmacología

La intervención farmacológica debe ser decidida y conducida por un profesional de la medicina preferiblemente experto en TDAH, es este profesional quien tiene que resolver las dudas de los padres respecto al fármaco o fármacos prescritos y es quién tiene potestad para decidir cambios en los mismos; los maestros y padres comentarán con el médico los cambios de comportamiento o rendimiento que observen, así como los posibles efectos secundarios que pudieran observarse, al final, el profesional decidirá sobre estas valoraciones (Martínez, 2008).

Los psicoestimulantes, el grupo de fármacos de primera elección, han demostrado su eficacia en la reducción del 70% de los síntomas del TDAH, disminuyendo el movimiento, aumentando la capacidad atencional, facilitando la interiorización de las instrucciones y, como consecuencia, reduciendo la impulsividad (Martínez, 2008).

Los fármacos de segunda elección son los antidepresivos, con estos la respuesta al tratamiento puede variar de muy buena a moderada. Hay otros grupos de fármacos que se han utilizado como los neurolépticos, pero respecto a la sintomatología de TDAH, demuestran poca utilidad y no está probada su eficacia a nivel cognitivo (Martínez, 2008).

Esta modalidad de tratamiento no debe ser interpretada como la forma de controlar la conducta, sino como el tratamiento de los síntomas del cuadro clínico (Alvarez, 2001).

Benassini (2010) a partir de 1937, año en que Badley administró por primera vez sulfato de amfetamina a niños con estos trastornos, explica que hay más de sesenta años de experiencia en el tratamiento de los desórdenes de atención con medicamentos de probada eficacia. Como ocurre con frecuencia con un tratamiento farmacológico en este grupo de desórdenes, se han empleado prácticamente todos los grupos y tipos de psicofármacos con los que se ha experimentado sistemáticamente por medio de un número suficiente de ensayos controlados en el manejo de la inatención, la inquietud y la impulsividad. Se pueden agrupar en tres categorías:

1-. Con eficacia probada

- Metilfenidato

Indicaciones terapéuticas: Neuroestimulante.

Estimulante del sistema nervioso central, que está indicado como parte del tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).

Indicado para el tratamiento del trastorno del sueño conocido como narcolepsia

No deberá ser utilizado en niños menores de 6 años, ya que no se han establecido su seguridad y eficacia en este grupo de edad. No está indicado en todos los casos de TDAH, por lo que deberá ser recetado sólo después de una evaluación minuciosa y una historia clínica detallada. La administración de METILFENIDATO deberá basarse en la valoración de la severidad de los síntomas y la edad del niño. No debe prescribirse sólo por la presencia de uno o más de los síntomas de este padecimiento. Cuando los síntomas del niño se asocien con reacciones agudas de estrés, no está indicado el METILFENIDATO. No está recomendada la discontinuación abrupta después de su uso crónico. La discontinuación puede enmascarar una depresión mental severa o fatiga extrema, o precipitar síntomas de retiro como agitación psicomotora. Se recomienda un retiro gradual de la terapia con supervisión. El METILFENIDATO tiene un alto potencial como sustancia de abuso. La administración de este medicamento por un periodo prolongado puede generar dependencia psicológica (FECMED, 2007).

- Dextroanfetamina:

La dextroanfetamina se usa como parte de un programa de tratamiento para controlar los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad; dificultad para concentrarse, controlar sus acciones y quedarse quieto o callado en adultos y niños. La dextroanfetamina

también se usa para tratar la narcolepsia (trastorno del sueño que causa somnolencia excesiva durante el día y ataques de sueño o deseo incontrolable de dormir). Pertenece a una clase de medicamentos llamados estimulantes de sistema nervioso central. Funciona al cambiar las cantidades de ciertas sustancias naturales en el cerebro (MedlinePlus, 2015).

- Pemolina

- Imipramina y otros cíclicos

Indicaciones terapéuticas: Niños mayores de 6 años. Antidepresivo eficaz de primera elección para el tratamiento de la depresión endógena y no endógena, depresión de la distrofia mioclónica, depresión neurótica y como terapia combinada con un neuroléptico para la depresión dilucional. Ejerce los efectos sobre la distimia melancólica; incrementa el impulso y la iniciativa, por ello es útil para la depresión inhibida e involutiva; mejora las ideas de culpa, autocompasivas, irritabilidad, inhibición psicomotora, dificultad de concentración, hipocondrías y cuadros histéricos. Síndromes depresivos debidos al climaterio, involución, presenilidad y senilidad. Cuadros depresivos causados por arteriosclerosis, apoplejía, hipocondrías o enfermedades somáticas -crónicas. Se utiliza como tratamiento de primera elección en pacientes pediátricos para la enuresis, en los terrores nocturnos y en los pacientes adultos para la incontinencia urinaria e incontinencia por tensión. Resulta también útil en pacientes que sufren de narcolepsia. Se utiliza con éxito en los trastornos de ansiedad como el ataque de pánico y en pacientes pediátricos con problemas del comportamiento como el déficit de atención. Se ha utilizado como profiláctico en la depresión unipolar, obteniéndose efectos similares al litio. Si bien es cierto que produce importante mejoría en pacientes con ausencias y crisis mioclónicas resistentes a la medicación común, falta todavía experiencia clínica para reafirmar estos hallazgos. También se utiliza en pacientes con hiperhidrosis de las manos, obteniéndose regulares resultados. Se ha empleado en algunos casos de dolor postraumático, asociado a la depresión, obteniéndose modestos resultados (FACMED, 2007).

- Bupropión (anfebutamona)

Bupropión (Aplenzin, Wellbutrin, Wellbutrin SR, Wellbutrin XL) se utiliza para tratar la depresión. Bupropión (Aplenzin, Wellbutrin XL) se utiliza para tratar el trastorno afectivo temporal (seasonal affective disorder, SAD; episodios de depresión que ocurren en el otoño e invierno de cada año). Bupropión (Zyban) se usa para ayudar a las personas a dejar de fumar. El Bupropión pertenece a una clase de medicamentos llamados antidepresivos. Funciona al aumentar cierto tipo de actividad en el cerebro (MedlinePlus, 2015).

- Clonidina

Las tabletas de clonidina (Catapres) se utilizan solas y en combinación con otros medicamentos para tratar la hipertensión arterial. Las tabletas de liberación prolongada (acción prolongada) de clonidina (Kapvay) se usan solas o en combinación con otros medicamentos, como parte de un programa de tratamiento para controlar los síntomas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. La clonidina se encuentra en una clase de medicamentos llamados agentes hipotensores alfa-agonistas de acción central. La clonidina trata la hipertensión arterial mediante la disminución de la frecuencia cardíaca y la relajación de los vasos sanguíneos para que la sangre pueda fluir más fácilmente a través del cuerpo. Las tabletas de clonidina de liberación prolongada pueden tratar el TDAH al afectar la parte del cerebro que controla la atención y los impulsos (MedlinePlus, 2015).

1) Posiblemente eficaces

- ISRS inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- ISRSN inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina y norepinefrina.

Venlafaxina

La venlafaxina se usa para tratar la depresión. Las cápsulas de liberación lenta (acción prolongada) de venlafaxina también se usan para tratar el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (ataques súbitos e inesperados de miedo intenso y la preocupación que dichos ataques generan). La venlafaxina pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores

selectivos de la reabsorción de serotonina y norepinefrina. Actúa aumentando las cantidades de serotonina y norepinefrina, dos sustancias naturales del cerebro que ayudan a mantener el equilibrio mental (MedlinePlus, 2015).

2) Con experiencia inconsistente

- IMAOS (Inhibidores de la monoamino oxidasa)

1-Fármacos de eficacia probada:

Existen dos grupos principales: psicoestimulantes y las sustancias de estructuras cíclica, originalmente empleadas como antidepresivos. Por supuesto hay múltiples protocolos para normar su empleo clínico, aunque la mayor parte de estos tienen más similitudes que diferencias, y coinciden en que, de no existir contraindicaciones, debe prescribirse un fármaco psicoestimulante. De no obtenerse resultados satisfactorios, o bien, de provocarse efectos indeseables evidentes, es conveniente variar a un medicamento del grupo de los tricíclicos, particularmente la imipramina o el bupropión; si con este segundo intento no se obtiene un efecto adecuado sobre los síntomas, debe pensarse en la posibilidad de asociar dos medicamentos, uno de cada tipo (Benassini, 2010).

Fármacos psicoestimulantes:

Hasta el momento se consideran las sustancias de primera elección para manejar trastornos de atención, y son sin duda las que cuentan con mayor experiencia controlada y documentada (Benassini, 2010).

Se trata de un grupo de sustancias cuya estructura química es similar a la de las catecolaminas, los neurotransmisores del sistema nervioso periférico y del sistema nervioso central, que en el nivel del cerebro tienen como función regular la actividad de estructuras corticales y subcorticales, son capaces de ocupar los receptores para estas catecolaminas y adoptar algunos de sus efectos. Su prototipo es el sulfato de anfetaminas y mediante modificaciones en esta molécula se han preparado sustancias con efecto anorexigénico, que se emplean para el control del peso; también se ha elaborado una forma dextrógira de la anfetamina, la dextroanfetamina, que tiene mayor potencia estimulante (Benassini, 2010).

Estas sustancias fueron empleadas durante algún tiempo para combatir la fatiga, aumentar la iniciativa y el rendimiento, producir euforia e incrementar la actividad; sin embargo, su potencial adictivo provocó que se abandonaran estos usos y se reservaran para el control de apetito y el tratamiento de desórdenes de atención (Benassini, 2010).

Las tres sustancias más utilizadas para los desórdenes de atención han sido el Metilfenidato, la Dextroanfetamina y la Pemolina. En el siguiente cuadro se mencionan los efectos específicos de los psicoestimulantes en niños con TDAH (Benassini, 2010).

<p>Efectos motores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución de la actividad• Disminución de las conductas disruptivas• Mejoría de la estructura• Mejoría del control motor fino
<p>Efectos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución de la agresividad• Mejoría de la capacidad para jugar y trabajar• Disminución de conductas de robo y destrucción• Mejoría en la interacción con la madre• Mayor tolerancia a los padres y maestros• Disminución de conductas opositoras hacia los adultos
<p>Efectos cognitivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejoría en el nivel de atención• Mejoría en la memoria a corto plazo• Disminución de la distractibilidad• Disminución de la impulsividad• Aumento en la disposición para el trabajo académico

Los estimulantes (Metilfenidato, Dextroanfetamina y Pemolina) constituyen los tratamientos farmacológicos más utilizados en Psiquiatría Infanto-juvenil. Está indicado para el tratamiento del TDA con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos, en la narcolépsia, o en la obesidad exógena (Dextroanfetamina). Otras posibles indicaciones son en el TDAH de niños pre-escolares, TDAH en niños con bajo rendimiento escolar asociado a cociente intelectual bajo, o en síntomas de TDAH con síndrome de cromosoma X frágil, autismo, enfermedad orgánica cerebral o traumatismo craneoencefálico. En la actualidad los estimulantes carecen de contraindicaciones absolutas, sin embargo, deben tomarse en cuenta las siguientes condiciones como contraindicaciones relativas: psicosis, embarazo, historias personal o familiar de abusos de sustancias, Enfermedad de Tourette, peso por debajo de la media normal, retraso del crecimiento, alteraciones de la tensión arterial o cardiopatías, alteración de la función hepática (Pemolina), y pacientes en tratamiento actual con IMAOs (Alvarez, 2001).

Metilfenidato:

El aumento de la popularidad del Metilfenidato es debido a la eficacia en el control de los síntomas centrales de esta patología, reduciendo la hiperactividad, la impulsividad y mejorando la atención, lo que se traduce en una mejoría de la conducta, mejor rendimiento académico y un mayor cumplimiento de las tareas. El 75% responden al tratamiento en forma satisfactoria, mientras que entre el 10% y 30 % no responden y presenta efectos secundarios. La presencia de otros trastornos psiquiátricos concomitantes o signos neurológicos, suelen afectar la respuesta al tratamiento. Antes de la utilización del Metilfenidato hay que asegurarse de haber hecho un diagnóstico correcto, ya que el TDAH es la única indicación para el uso de estimulantes en niños. El uso del Metilfenidato ha sido motivo de controversias debido a la sobreutilización en niños que no alcanzan las expectativas de los padres o tienen problemas de conducta (Alvarez, 2001).

Dextroanfetamina:

Se trata de un isómero dextrógiro del sulfato de anfetamina que, dada esta característica química, tiene mayor potencia. Se empleó en trastornos de atención después de la propia anfetamina y este uso ha sido muy difundido, aunque se ha propuesto que tiene una mayor

acción simpaticomimético y, por tanto, mayores efectos sobre la función cardiovascular (Benassini, 2010).

Pemolina:

La adaptación de la Pemolina y su empleo en trastornos de atención es más reciente que de los dos medicamentos ya mencionados, esta sustancia tiene una estructura química similar a la de los derivados de la feniletilamina, a su vez muy parecida a las anfetaminas. De los tres fármacos descritos, este es el que parece tener mayor especificidad por las sinapsis dopaminérgicas sobre las noradrenérgicas. Por lo demás, su mecanismo de acción y efectos tienen muchas similitudes. Algunos investigadores le han atribuido un efecto más específico sobre la coordinación motora, aunque el dato no es consistente (Benassini, 2010).

Fármacos Tricíclicos y Bupropión:

Los antidepresivos tricíclicos ocupan el segundo lugar como medicamentos con experiencia documentada en el tratamiento de trastorno de atención y como opción cuando los estimulantes no consiguen revertir los síntomas o sus efectos indeseables. Su eficacia sobre el síndrome de distractibilidad, inquietud e impulsividad se encuentra bien demostrada y a pesar de que se trata de sustancias antidepresivas, es claro que su utilidad va mucho más allá de su efecto sobre la ansiedad y la depresión cuando estos problemas se hallan conjuntamente presentes con el problema primario. Se les puede emplear también en combinación con los estimulantes para tratar de potenciar su efecto (Benassini, 2010).

En concordancia con los modelos neuroquímicos que explican el desarrollo de los síntomas, se propone que los antidepresivos de estructura tricíclica, fundamentalmente la imipramina y la desimipramina, incrementan la actividad de la noradrenalina cerebral mediante la inhibición de su recaptura por la terminación presináptica. En general, estas estas sustancias son bien toleradas y se considera que la sedación es su efecto más frecuente y molesto (Benassini, 2010).

2-.Fármacos posiblemente eficaces:

Los resultados positivos que se han observado con algunos ensayos controlados de diversas sustancias permiten proponer que éstas pueden ser eficaces en el tratamiento de los

trastornos de atención e hiperactividad. Sin embargo, no es posible asegurar dicha eficacia en vista de que esta experiencia controlada no se encuentra aun suficientemente apoyada. En esta situación se encuentran fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina., sobre los que hay algunos informes de respuesta positiva que los encuentran útiles para tratar síntomas comportamentales y afectivos (Benassini, 2010).

Dentro de este grupo existe también experiencia clínica en el empleo de venlafaxina en niños, adolescentes y adultos. Aunque debe reconocerse que aún es limitada. Se considera a la venlafaxina un fármaco inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRN); el calificativo de selectivo se refiere a su escasa acción sobre otros sistemas de neurotransmisión (Benassini, 2010).

3- Fármacos con experiencia inconsistente:

En este grupo se incluyen sustancias acerca de las cuales hay un número aún menor de informes favorables y cuyos beneficios no parecen ser tan claros. Por ejemplo, los inhibidores de la monoaminoxidasa, y en particular a la clorgilina (Benassini, 2010).

Tratamiento Psicológico

La intervención psicológica en los niños y adolescentes con TDAH debe incluir dominios en los que el afectado manifieste algún problema de carácter cognitivo, emocional y comportamental. Deben considerarse estos aspectos como fundamentales (Mata, 2010):

Intervención individual

Terapia de rehabilitación conductual: el objetivo es enfocado a técnicas cognitivas para ayudar al niño a ser más autónomo e incrementar su autocontrol, trabajando procesos cognitivos y entrenamiento en habilidades sociales, indicado para el tratamiento de la impulsividad, la intolerancia a frustración, la tristeza asociada al estrés familiar y también a la dificultades con los compañeros y el fracaso escolar (Mata, 2010).

El entrenamiento cognitivo o autoinstruccional, se basa en la teoría de que cuando una persona se aplica reglas para conseguir un fin, se puede decir que está impartiendo

autoinstrucciones. Es eficaz no sólo en la reducción de la impulsividad sino también en el aumento de su capacidad de planeación, concentración y razonamiento, así como en la mejora de habilidades sociales y en el incremento del rendimiento escolar (Mata, 2010).

Autoinstrucciones, pensar en voz alta, pensar por anticipado: consiste en enseñar al niño a darse un conjunto de instrucciones durante la realización de una tarea. Consiste en instrucciones organizadas para la regulación de la propia conducta a través del lenguaje interno (Mata, 2010).

Entrenamiento en autocontrol: implica anticipar consecuencias, análisis, y valoración de la conducta y la elección de modos de actuar adecuados para el sujeto y para los demás (Mata, 2010).

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales van dirigidos a la inserción del niño o adolescente a grupos, así como al desarrollo de habilidades de comunicación y solución de problemas (Benassini, 2010).

Terapia psicodinámica: La terapia psicoanalítica se basa en la teoría postulada por Freud. El campo de la terapia psicoanalítica es el conflicto psíquico que se da entre nuestros deseos e impulsos y la representación del mundo externo con sus límites y prohibiciones: lo apropiado, lo adecuado, lo correcto, que codifican ciertos deseos como inaceptables. Este conflicto produce angustia y según como lo resolvamos resultaremos en individuos más o menos sanos o se desarrollará una patología (Alcade, 2004).

En el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), definitivamente existe un conflicto entre las exigencias de la realidad y la capacidad del individuo para controlar sus impulsos y deseos, agravado por la dificultad que presenta para interpretar esta realidad mediante “creencias irracionales” (Alcade, 2004).

Muchos casos de depresión, fobias, hipocondrías, paranoias etc. se deben a un sentimiento básico de angustia por percibirse el sujeto como débil, en peligro ante un mundo amenazante; esto debido a un déficit en el sentimiento de seguridad básico por falla del ambiente en proveérselo. Las figuras significativas pueden haber fallado en aportar al sujeto las condiciones que permiten desarrollar funciones esenciales para el funcionamiento del psiquismo,

como son la regulación de la autoestima, de la ansiedad o la capacidad de tolerarla o la vitalidad del deseo (Alcade, 2004).

La autoestima se construye básicamente por participación del objeto externo. Si no hubiera otro que contemple al niño con admiración, que lo haga creer que es capaz y hábil, lo único que este niño podría captar sería su torpeza al compararse con el adulto. Hay quienes no pueden mirarse de esta forma porque el objeto externo falló en proporcionar esta realimentación positiva. Esto configura lo que en psicoterapia se denomina un trastorno por déficit (Alcade, 2004).

Es así que, para cuando el TDAH es diagnosticado, el paciente ha pasado ya por mucho sufrimiento. La experiencia de tener TDAH está llena de vergüenza, humillación y autocastigo, muchos pacientes sienten que han perdido la confianza en sí mismos y tienen una historia de constantes malentendidos. Muchos pacientes adultos acuden en busca de ayuda después de largo tiempo de consultar con diferentes especialistas sin haber encontrado una respuesta, lo que se manifiesta en una pérdida de la esperanza, han olvidado lo bueno que hay en ellos, han perdido de vista la posibilidad de que las cosas puedan ir bien. Se mantienen “resistiendo” en una actitud totalmente defensiva ante el entorno, se podría decir que “apenas con la cabeza fuera del agua” (Alcade, 2004).

La gran mayoría de estas personas llega a la consulta no por TDAH sino por cuadros de depresión, ansiedad, adicciones, baja autoestima, cuadros psicósomáticos o fobias que han resultado como expresión de las defensas que el individuo ha tenido que ejercer para desarrollarse y sobrevivir sin comprender, en un mundo que no lo comprendía (Alcade, 2004).

El tratamiento del TDAH debe ser un proceso activo y multidisciplinario. Desde el momento que el TDAH es diagnosticado por el neurólogo, el paciente debe tomar conciencia de su condición e iniciar un proceso de reacomodo, de reestructuración de su vida. Este proceso de reestructuración debe ser tanto interno como externo. Se deberán tratar los problemas de atención, distracción e impulsividad con las terapias y medicación adecuadas, pero sería un error descuidar los problemas de ansiedad, depresión y autoestima existentes. Una reestructuración interna implica darse cuenta de las percepciones negativas acumuladas que se tiene de sí mismo

y tratar de librarse de ellas, tratar de rescatar la imagen devaluada de sí mismo, de repensarla. Es aquí donde la psicoterapia psicoanalítica puede ayudar al paciente con TDAH (Alcade, 2004).

La psicoterapia psicoanalítica puede ayudar al paciente con TDAH a reconciliarse con sus heridas y fracasos pasados. También ayuda a aprender a aceptar sus imperfecciones, a abandonar las antiguas defensas patológicas que creaban barreras entre él y los demás. Podrá seguir teniendo los mismos problemas neurológicos que tuvo desde niño, pero será capaz de superar muchos de los problemas emocionales originados por sus repetidas fallas. Este tipo de terapia se orienta a reestructurar defensas, trabajando los traumas para lograr sustituir las defensas patológicas por unas más saludables (Alcade, 2004).

El individuo con TDAH es ante todo y en primer lugar una persona, y en segundo lugar, una persona con TDAH, y si bien esto debe ser tenido en cuenta, no debe olvidarse ni impedirse que sea visto como un individuo único, con su historia particular, su idiosincrasia, gustos, preferencias y bagaje de experiencias. Es por esto que es indispensable que el terapeuta psicoanalítico que trate a un paciente con TDAH tenga una comprensión cabal de lo que es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Deberá ser capaz de reconocer en su paciente a una persona con un problema neurológico y darse cuenta que en muchas ocasiones lo que observe no sea expresión de un conflicto intrapsíquico, sino manifestación de este trastorno bioquímico. En el tratamiento del paciente con TDAH, el rol del terapeuta deberá ser más activo, deberá ayudar a estructurar las sesiones. La regla fundamental del psicoanálisis, “que el paciente debe hablar todo aquello que le venga a la mente” puede dejar al paciente totalmente perdido o puede darse el caso que una vez que empiece no sabrá cómo ni donde parar. Lo que usualmente se busca en este tipo de terapia es que el paciente deje el control consciente de sus pensamientos, que deje fluir sus asociaciones para así ir descubriendo lo que se encuentra en el inconsciente. En el caso del paciente con TDAH esto podría conducir a una inundación de pensamientos incompletos e imágenes sin sentido, dejando a ambos, terapeuta y paciente, frustrados y confundidos (Alcade, 2004).

El terapeuta deberá participar ayudando al paciente a no perderse en monólogos infructuosos proveyendo algo de dirección y guía a través de sus pensamientos y asociaciones, dando prioridad a las producciones mentales, prestando atención a lo relevante y dejando pasar el material inservible, irrelevante o contaminante. Lo más importante será la relación que terapeuta

y paciente logren establecer, una relación de confianza y serena comprensión y escucha, que permita sentir al paciente, sílaba por sílaba, imagen por imagen, la sensación de ser reconocido, para muchos, por primera vez (Alcade, 2004).

Es decir, que no solo la alteración del cerebro cambia nuestra conducta, sino que la modificación de nuestra conducta también cambia el cerebro. Si las personas pueden variar la forma en que piensan y sienten sobre sí mismas o sobre algún aspecto de sus vidas, este cambio se ha producido porque el “hablar sobre sus problemas” ha modificado la forma de funcionar de su cerebro (Alcade, 2004).

Es importante dejar muy en claro que la psicoterapia psicoanalíticamente orientada puede ayudar y de hecho ayuda al paciente con TDAH, pero el tratamiento es conjunto: medicación, en caso de ser necesaria, y terapia es con lo que se obtienen mejores resultados (Alcade, 2004).

Intervención familiar: enfocada a la instrucción de principios conductuales, conocimiento de las características del TDAH para adecuar las expectativas poco realistas a la conducta y rendimiento académico del niño, y disminuir culpabilidad, enfado o depresión (Mata, 2010).

La intervención familiar forma parte del conjunto de modalidades que deben ofrecerse y que seguramente contribuirá a la adaptación y al desempeño de los niños y adolescentes con estos problemas (Benassini, 2010).

Intervención Psicopedagógicas

El abordaje psicopedagógico es uno de los tratamientos no farmacológicos que han demostrado ser de ayuda en el tratamiento para los afectados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y sus familias (Bulacio, Estevan & Vieyra, 2013).

La psicopedagogía consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo. La psicopedagogía como paso previo o parte integrante de la intervención psicológica en el TDAH, instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permite a los pacientes reinterpretar sus síntomas con explicaciones veraces y basadas en el respaldo médico y científico. También atiende a los pensamientos, ideas

y creencias irracionales y distorsionadas con respecto al trastorno y plantea el problema desde una perspectiva real y manejable (Bulacio et al., 2013).

Los contenidos psicopedagógicos deben centrarse en (Bulacio et al., 2013):

1. El diagnóstico, sus manifestaciones, sus consecuencias, sus posibles riesgos, etc.
2. La necesidad de realizar un tratamiento multimodal e integral.
3. El fundamento del tratamiento farmacológico.
4. El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
5. La importancia "per se" de la psicopedagogía como estrategia terapéutica.
6. La importancia de desarrollar la creatividad y el desarrollo personal en su propia vida y en el tratamiento mismo, buscando el desarrollo y potenciación de sus fortalezas.
7. La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

La psicopedagogía también conlleva recomendación del terapeuta hacia la familia y el afectado de lectura de libros, manuales, asistencia a grupos de apoyo, escuelas de padres, videos sobre el trastorno con el fin de profundizar en el conocimiento y entendimiento del trastorno (Bulacio et al., 2013).

La psicopedagogía reporta beneficios en el TDAH a nivel de autoestima, entendimiento del trastorno, aceptación activa del trastorno y de sus limitaciones, mejora la motivación y el interés por la terapia, y establece las bases del compromiso por parte del afectado y su familia hacia la mejora terapéutica y personal (Bulacio et al., 2013).

Biofeedback

Desde hace muchos años existen evidencias médicas y científicas acerca de que el TDAH, es una condición disfuncional neurobiológica, donde la existencia de patrones disfuncionales neuroquímicos y neuroanatómicos en ciertas áreas cerebrales como son las zonas prefrontales y orbito-frontales, están especialmente dañadas y presentan una disfunción neurofisiológica significativa, que gracias al desarrollo de técnicas específicas y computarizadas

en el área de la neuroimagen y la neurofisiología, en la actualidad es posible observarlas (Serma, 2009).

Estas disfunciones neurofisiológicas, se aprecian a nivel de las ondas eléctricas cerebrales, es decir, las ondas que recogen las oscilaciones en la actividad eléctrica del cerebro cuando estamos realizando una actividad (una tarea, dormir, pensar, etc.). Estas ondas son detectadas en el cerebro humano a través de un electroencefalograma (aparato que recoge la actividad eléctrica cerebral mediante sensores sobre el cuero cabelludo llamados electrodos). Éstas se diferencian entre sí en función de la intensidad y frecuencia (Serma, 2009):

- Las ondas *alfa* se originan sobre todo en el lóbulo occipital (la parte posterior del cerebro) durante periodos de relajación, tranquilidad y bienestar.
- Las ondas *beta* están relacionadas con un estado de alerta y atención consciente. Se registran cuando la persona se encuentra despierta y en plena actividad mental.
- Las ondas *delta* normalmente están asociadas con etapas de sueño profundo y meditación o trance.
- Las ondas *theta* están relacionadas con un estado de vigilia. Las características de este estado son: memoria plástica, armonía, motivación, fantasía, imaginación e inspiración creativa.

En el caso de los niños/as con TDAH sus patrones normales de actividad eléctrica cerebral se caracterizan por un incremento de las ondas cerebrales *theta* y una disminución de las ondas *alfa* y *beta*. Es decir, estos niños/as presentan un incremento de la actividad o de la excitación, y en cambio, muestran una disminución del estado de relajación, de reposo y de la atención consciente, lo que se traduce a nivel comportamental en inatención, hiperactividad y distractibilidad (Serma, 2009).

En el caso del TDAH, una gran parte de los estudios se centran en el patrón de las ondas *theta* y *beta*, y más concretamente en el ratio (o proporción) *theta/beta*, debido a que un ratio de ondas *theta/beta* excesivamente elevado se asocia con problemas atencionales, de concentración e incluso de control de impulsos (Serma, 2009).

El biofeedback, también llamado retroalimentación electroencefalográfica, es un tratamiento neurocomportamental destinado a la adquisición de autocontrol sobre determinados patrones de actividad cerebral y la aplicación de estas habilidades en las actividades de la vida diaria. Los dos tipos de intervención que se llevan a cabo con biofeedback, en niños con TDAH son: el entrenamiento con potenciales corticales lentos (SCPs) y el entrenamiento con ondas theta/beta (Serma, 2009).

Las sesiones son monitorizadas por un terapeuta, quien le coloca uno o más electrodos en el cuero cabelludo y en los lóbulos de las orejas al niño/a. Los electrodos funcionan simplemente como sensores que recogen la información sobre la actividad eléctrica de su cerebro, que es recogida automáticamente por un programa informático, pudiendo de esta manera analizar su patrón de ondas cerebrales en tiempo real (Serma, 2009).

Al ser un aprendizaje gradual, requiere de varias sesiones dependiendo del niño/a, del progreso y de los resultados. En muchos casos, alrededor de 10 sesiones suelen ser suficiente. La eficacia de esta técnica depende también de la propia motivación del sujeto para completar y continuar con el entrenamiento. En el caso de los niños con TDAH esto no supone un problema, pues la prueba les resulta altamente motivante y atractiva (Serma, 2009).

El objetivo y el fin terapéutico de este tratamiento para el TDAH le permite al niño/a que recibe instrucciones en el mismo momento en el que está realizando la tarea, atender a los errores y entrenar las funciones sobre las que normalmente no tienen un control consciente, como son: la dirección del foco de la atención, la planificación, la consecución de metas en función de reforzadores y objetivos, el autocontrol y la autorregulación de los niveles de atención y concentración, así como inhibir los estímulos distractores. Se considera que los beneficios a largo plazo pueden ser (Serma, 2009):

- ❖ Un aumento en el ritmo de aprendizaje.
- ❖ Una mejora en la memoria de trabajo.
- ❖ Un aumento en la capacidad de concentración.
- ❖ Una mejora en la gestión del estrés y superar el miedo al fracaso.

- ❖ Una mejora en la velocidad de procesamiento.
- ❖ Mejores resultados en deportes o actividades artísticas y visoespaciales.
- ❖ Un aumento de la motivación y el interés en la tarea.
- ❖ Un aumento de la plasticidad neuronal.
- ❖ Mejora global de todas de las funciones.

Actividades recreativas para el niño con TDAH

Deportes en equipo como béisbol, básquetbol, fútbol, etc.: son deportes realizados en grupo, en estas actividades se ayudará a reforzar las relaciones sociales, grupales, tomar modelos de comportamiento, límites, tolerancia a la frustración y autodisciplina. Deportes como el Tae Kwon Do: estas actividades incluyen el rol de un modelo (el instructor), instrucciones claras e interacción con compañeros, así como el requerimiento de absoluto control mental y físico. Actividades constructivas: modelos a escala, escultura, trabajo con madera o actividades mecánicas. A la mayoría de los niños con TDAH les gusta resolver problemas o rompecabezas. Dichas actividades pueden ayudarlos a aprender cómo cambiar sus ideas en realidades concretas y terminar completamente un proyecto que empezaron. Natación: Es una actividad de inmersión total que requiere un esfuerzo físico y total concentración (Ramiro, 2010).

Una vez que la tarea se completa, el niño tiene un éxito sólido, visible y, puede decir: ¡Yo puedo hacerlo! (Ramiro, 2010).

Diagnóstico diferencial

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p. ej., corretear sin cesar o actuar ruidosamente) (DSM-IV-TR, 2000).

En niños con CI bajo, situados en centros académicos inadecuados para su capacidad, son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. En niños con retraso

mental debe establecerse un diagnóstico adicional de TDAH sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes. Debe distinguirse asimismo el TDAH de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños provenientes de ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos. Los datos suministrados por distintos informadores (p. ej., “canguros”, abuelos, o padres de otros niños) son útiles en cuanto que suministran una confluencia de observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones (DSM-IV-TR, 2000).

Los sujetos con comportamiento negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal, a causa de su renuncia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con TDAH presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso (DSM-IV-TR, 2000).

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o un trastorno relacionado con sustancias) (DSM-IV-TR, 2000).

En todos estos trastornos, los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los 7 años de edad, y general, la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo, o impulsivo (DSM-IV-TR, 2000).

Fernández A. & Calleja B., (s. f.) hacen referencia a que existen trastornos neuropsiquiátricos que se asocian con frecuencia al TDAH, los cuales son:

- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante

- Trastorno del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastorno bipolar
- Trastorno por consumo-abuso de sustancias tóxicas
- Trastornos de la comunicación
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno depresivo
- Trastorno de la Tourette. Tics crónicos
- Trastorno generalizado del desarrollo. Autismo
- Retraso mental
- Esquizofrenia

Resumiendo el primer capítulo, nos adentramos al conocimiento del TDAH, de su evolución en la vida de los afectados, así como en los diferentes procesos de diagnóstico y tratamiento, con lo cual es posible establecer una labor psicodiagnóstica basada en el completo conocimiento de la enfermedad, así como en los más altos estándares de ética y profesionalismo que deben guiar a los psicólogos clínicos. Por lo que en el siguiente capítulo abordaremos aspectos correspondientes al Código Ético del Psicólogo, el Perfil del Psicólogo Clínico y, por último, el correcto proceso de diagnóstico.

CAPÍTULO 2

Ética del psicólogo

La práctica de la psicología, bien sea como disciplina científica o como servicio público, está basado en dos fundamentos principales.

- El primero está compuesto por un conjunto de conocimientos y habilidades que han sido adquiridos a través de la investigación y la práctica psicológica.
- El segundo se compone de la ética en el desarrollo de ese conjunto de conocimiento y habilidades, y de las acciones llevadas a cabo cuando éstas se aplican para responder a las demandas de prestación de servicios a los usuarios (Geoff, 2009).

La psicología está firmemente basada en la investigación científica, basándose sólidamente en ciertos enfoques como la experimentación e intentando optimizar la objetividad y replicabilidad de los hallazgos. Al mismo tiempo, la observación meticulosa, descripción y reflexión de acontecimientos únicos que ocurren de forma natural, son también esenciales para el desarrollo científico de la psicología (Geoff, 2009).

Los códigos éticos se caracterizan, de forma explícita o implícita, por dos elementos: el primero, una serie de principios éticos; y el segundo, unas declaraciones sobre la práctica que normalmente están escritos en forma de normas de obligado cumplimiento (Geoff, 2009).

Por lo tanto, los códigos éticos, son medios para traducir las creencias acerca del comportamiento adecuado en declaraciones que especifican cómo los profesionales pueden actuar apropiadamente. Estos principios se derivan de posiciones morales generales, incluyendo los valores (Geoff, 2009).

El código ético de la Sociedad Mexicana de Psicología se publicó por primera vez en 1984 y su última edición fue en 1999. Dicho código ha sido la base para guiar y formar el trabajo

de varias generaciones de psicólogos mexicanos. Para su elaboración se tomaron en cuenta las características propias de la psicología mexicana del momento.

No obstante, fue el resultado directo de las discusiones bien intencionadas del comité formado por miembros de la Sociedad Mexicana de Psicólogos (SMP), el cual estuvo encargado de construirlo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2014).

Descripción:

El documento incluye seis capítulos: principios generales, práctica profesional, investigación, enseñanza, pruebas e instrumentos de medida y relaciones entre psicólogos. A continuación se describe cada uno de éstos y los temas que cubren los artículos contenidos en ellos (SMP, 2014).

Capítulo I. Principios generales

El primer capítulo está compuesto por 15 artículos, descritos como principios generales. El análisis de estos apartados reveló principios básicos, conformados por los primeros cinco artículos, resultando los restantes 10 como normas de conducta (SMP, 2014).

El primer principio se refiere al bienestar de nuestra profesión por medio de la promoción de su buena imagen (art. 1) y su calidad científica (art. 2). El respeto a la dignidad de la humanidad es el segundo principio (art 3). El tercer principio apoya la conservación del ambiente (art. 4). Un cuarto principio propone el respeto a la dignidad personal y profesional de los psicólogos (art. 5). Los restantes artículos (6 al 15) describen normas de conducta aplicables a diversas áreas de la práctica profesional: educación continua, confidencialidad, problemas personales de los psicólogos que interfieran con su juicio, contribución del desarrollo de la psicología como ciencia, abuso de poder, el empleo de evaluaciones serias para elaborar un informe formal y, por último, la elusión de falsas representaciones (SMP, 2014).

Capítulo II. Del ejercicio libre de la profesión

Son 13 artículos, todos relativos a la práctica profesional. Los aspectos que ésta cubre son: canalizaciones, calidad, cantidad de los servicios proporcionados, competencia, remuneración, engaño o manipulación, la psicología, y los medios, informe de resultados, terminación de la terapia, confidencialidad y excepciones a la confidencialidad (SMP, 2014).

Capítulo III. De la investigación

Este capítulo está dedicado a la investigación, es el más extenso y se divide en cuatro partes:

La primera parte cubre dos principios generales, mismos que realmente reflejan conductas específicas que deben seguirse: conducir la investigación empleando como criterio principal la relevancia social de los resultados de investigación y la necesidad de que sean investigadores formados como tales quienes conduzcan la investigación (SMP, 2014).

La segunda parte es sobre los participantes humanos en investigaciones y abarca: la evaluación de los beneficios y riesgos de la investigación, la preferencia de los intereses humanos por encima de los científicos, los esfuerzos de investigación basados en la revisión de la bibliografía de investigación antecedente, la responsabilidad de los investigadores y participantes, responsabilidades contractuales entre investigadores y participantes, la libertad de los sujetos de investigación de participar o no, y la confidencialidad (SMP, 2014).

Los animales como sujetos de investigación es el asunto al que se dedica la tercera parte. Recomienda la adherencia a las leyes locales respecto a la adquisición, mantenimiento y desecho de animales, la supervisión y educación de los ayudantes del investigador y la evitación del sufrimiento de los animales (SMP, 2014).

La última aparte de este capítulo considera los siguientes aspectos: la publicación de resultados, veracidad, aceptación formal de coautores, la falta de acuerdo entre autores, evitar la publicación de resultados engañosos, responsabilidades de los autores, crédito en las instituciones y participantes, y el cumplimiento de acuerdos con instituciones donde se realice la investigación (SMP, 2014).

Capítulo IV. Punto de la docencia.

La enseñanza es el área de este capítulo. Cubre diversos aspectos, como la obligación de transmitir conocimientos y habilidades a los alumnos adhiriéndose a estándares académicos elevados, la comprensión de la educación como el desarrollo individual y social, la actualización de los contenidos de aprendizaje, la enseñanza impartida por ayudantes, los cursos de educación continua, la enseñanza de la ética y el respeto a los estudiantes (SMP, 2014).

Capítulo V. De las pruebas e instrumentos de evaluación

El capítulo se divide en dos partes. La primera contiene normas generales, las cuales prescriben las pruebas psicológicas para el uso exclusivo por parte de psicólogos debidamente formados, llaman la atención a los límites de la evaluación psicológica y prohíben la distribución de pruebas psicológicas obsoletas (SMP, 2014).

La segunda parte trata de la comunicación y la explicación de los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas y las limitaciones de la aplicación automatizada de pruebas; no hace mención de técnicas psicológicas u otros instrumentos fuera de las pruebas, a pesar de que así lo anuncia el título de esta sección (SMP, 2014).

En síntesis, la información que el psicólogo reúne se basa estrictamente en conocimientos y técnicas suficientes y actuales para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones. Las pruebas y otras técnicas de valoración utilizan procedimientos científicos y conocimientos profesionales actualizados para su diseño, estandarización, validación, reducción o eliminación de sesgos y recomendaciones de uso, para garantizar la confiabilidad,

validez y normas, aunque resulta de suma importancia la aplicación apropiada de las técnicas y/o instrumentos que emplea el psicólogo. El psicólogo no emplea técnicas o instrumentos solamente traducidos en otro idioma y/o cuyos datos acerca de su construcción, adaptación, validez confiabilidad, estandarización y/o investigación de resultados se hayan determinado con base en estudios realizados en poblaciones diferentes a las que pertenezcan los individuos o grupos que pretenda valorar. El psicólogo que ofrece servicios de valoración a individuos pertenecientes a los pueblos indígenas de México u otros grupos, emplea técnicas de valoración y normas elaboradas ex profeso o adaptadas debidamente para esa población, y que tomen en cuenta su contexto cultural. El psicólogo no promueve ni condona el uso de técnicas de valoración psicológica por parte de personas no cualificadas, es decir, que no haya recibido formación, educación y supervisión profesional. No basa decisiones de valoración o intervención, o sus recomendaciones, en datos, normas o resultados de pruebas psicológicas obsoletas para propósitos actuales. El psicólogo que realiza valoraciones psicológicas por medio de procedimiento automatizados a distancia (internet, o el teléfono) se mantiene alerta de las limitaciones a la calificaciones e interpretación de los resultados, así como la confidencialidad, además, toma las medidas pertinentes como por ejemplo ocultar la identidad de la persona. El psicólogo asume la responsabilidad por la aplicación, interpretación y uso de instrumentos de valoración. El psicólogo cuida y promueve el control profesional y comercial de los instrumentos psicológicos reservados solamente para psicólogos que cuenten con la licencia, hace esfuerzos razonables para mantener la integridad y seguridad de las pruebas y otras técnicas de valoración. En testimonios e informes forenses, el psicólogo testifica veraz, honesta e imparcialmente, además, de acuerdo con los procedimientos legales aplicables, describe con justeza las bases de sus testimonios y conclusiones. Y para evitar engaños, siempre que sea necesario, dará a conocer las limitaciones de sus datos o conclusiones (SMP, 2014).

Capítulo VI. De las relaciones entre colegas

Corresponde al aspecto de las relaciones, pero solamente entre psicólogos: canalización de pacientes, colaboración y cortesía entre colegas, confirmación de que un paciente no se encuentra en terapia con algún psicólogo antes de aceptarlo. Cuidar el buen nombre de los

psicólogos y la reciprocidad de gratuidad de servicios proporcionados a parientes cercanos de los psicólogos, excepto en el caso de terapia (SMP, 2014).

Perfil de Psicólogo Clínico

El perfil del psicólogo clínico se conforma mediante la conjugación de las características de personalidad y de preparación académica. El psicólogo clínico debe adoptar características especiales que contribuyan a la función que desempeñará: guiar a las personas para resolver sus problemas emocionales. De esto se ocupa la psicología clínica principalmente, atiende problemas de conducta, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, trastornos conyugales, sexuales y asociados a disfunciones cerebrales (Morillo, 2008).

Primeramente observaremos las características necesarias en la formación básica académica del psicólogo clínico:

Se debe contar con una preparación básica metodológica, biosocial, filosófica y cultural que habilite al individuo a comprender en un marco contextual humanista el quehacer de la disciplina, incorporándose las siguientes asignaturas obligatorias, dentro del pensum curricular de la carrera (Morillo, 2008).

- Estadística y metodología de la investigación. Asignatura que prepara al estudiante para la investigación de nuevos conocimientos y la evaluación objetiva y crítica del ya existente.
- Neurofisiología o neurobiología. Asignatura destinada a proporcionar conocimientos de las bases biológicas de la conducta.
- Sociología - Antropología – Filosofía. Materias que permitirán el desarrollo socio-cultural del estudiante.

Deben estar presentes como asignaturas individuales o como parte de otras asignaturas. Se considerarán como complementarias y/o electivas, que no podrán reemplazar a las asignaturas anteriores de esta área. Materias como: biología general, matemáticas, inglés y computación.

Deben ofrecerse en forma obligatoria desde el segundo semestre de la carrera y a lo largo de ella, actividades de desarrollo personal y la problematización de los aspectos éticos del desempeño profesional en toda y en cada uno de los campos de ejercicio, incluida la investigación. Esto permitirá al alumno al titularse de Psicólogo contar no sólo con las competencias sino con la creatividad y ética imprescindible para quien trabaja preferentemente en relaciones interpersonales (Morillo, 2008).

Cada una de las asignaturas obligatorias que se indican a continuación suponen al menos un semestre de estudios: Psicología general, organización general del comportamiento, procesos y funciones psicológicas, principales constructos psicológicos que configuran la unidad de lo psíquico; Psicología del desarrollo, la problemática del desarrollo humano, temas del desarrollo psicológico, desarrollo cognitivo del lenguaje afectivo, social y moral desde el nacimiento hasta la tercera edad; Psicología de la personalidad (Determinantes, teorías y estilos de personalidad), revisión de las principales teorías acerca de la personalidad, conceptualización e integración de los conceptos de dimensiones, factores y rasgos de la personalidad, teoría y sistemas psicológicos, revisión histórica y comparativa de los principales enfoques teóricos en psicología (Morillo, 2008).

También se deben explorar temas como el aprendizaje, antecedentes históricos, filosóficos y antropológicos de la teoría conductual en Psicología, la concepción científica de la Psicología y los principales principios y procesos básicos que se desprenden de ella, procesos psicológicos básicos en la teoría conductual, principales derivaciones teóricas, procesos cognitivos, antecedentes del paradigma cognitivo en Psicología, revisión de los principales procesos cognitivos así como de las teorías y modelos que los explican, procesos afectivos y motivación. También tienen que revisarse los procesos afectivos y motivacionales básicos, así como de las teorías y modelos que los explican, la relación entre cognición y afectividad, psicopatología, caracterización de los fenómenos psicopatológicos en sus aspectos descriptivos y estructurales, cuadros psicopatológicos, psicobiología, bases biológicas y fisiológicas del comportamiento y de fenómenos psicológicos del ser humano; Psicología Social, fundamentos del comportamiento, interdependencia, influencia y cognición social desde una perspectiva psicosocial, análisis de la influencia social en distintos niveles, desde lo interindividual hasta lo

intergrupales, técnicas de evaluación psicológica para aspectos intelectuales y de la personalidad, principales técnicas de evaluación psicológica del funcionamiento intelectual, intereses, aptitudes y personalidad en niños y adultos, aplicación de pruebas, corrección e interpretación de resultados, desarrollo mínimo de destrezas para manejar situaciones de evaluación, psicodiagnóstico, concepto de diagnóstico en el contexto de las principales corrientes teóricas, caracterización del proceso de psicodiagnóstico, bases teóricas y metodológicas para el manejo de técnicas del diagnóstico psicológico (Morillo, 2008).

En tanto, se debe estar preparado plenamente en los conocimientos teóricos y prácticos, habilidades y estrategias interventivas que le permitan enfrentar los diferentes ámbitos que definen el quehacer profesional. Como por ejemplo, en el ámbito clínico: debe abarcar psicología clínica de adultos e infanto-juvenil, sobre la base de asignaturas previas como psicopatología y técnicas de evaluación psicológica, el área de formación clínica, de al menos dos semestres de duración, deben proponerse tres objetivos básicos (Morillo, 2008):

- 1.- El desarrollo de habilidades diagnósticas.
- 2.- La identificación de posibles cursos de intervención.
- 3.- El desarrollo de habilidades para establecer una relación de ayuda.

El psicólogo debe mostrar la amplitud teórica existente en la psicología clínica, aunque puede comprometerse con una línea teórica específica. También están los casos de otras especialidades como la Psicología Educativa: la (o las) asignatura(s), de al menos dos semestres, debe entregar conocimientos teóricos para la problematización y comprensión del proceso educativo y pedagógico, y prácticos para desarrollar habilidades y competencias para intervenir en el proceso educativo, tanto desde la perspectiva de la psicología escolar (trastornos del aprendizaje, mediación escolar, relación pedagógica, entre otros) como de la psicología educativa propiamente (naturaleza de los procesos educativos, su contexto institucional y organizacional). Esta área debe entregar las herramientas para el trabajo del psicólogo en relación a todos los actores del proceso educativo (alumnos, maestros, padres y apoderados, institución educativa, comunidad) (Morillo, 2008).

Y por otra parte, está la mención de la Psicología industrial, que abarca aspectos como Psicología del trabajo y de las organizaciones: la (o las) asignatura(s), de al menos dos semestres, debe(n) entregar conocimientos teóricos para la problematización y comprensión de la naturaleza y significado del trabajo humano, y para la comprensión y estudio del comportamiento humano en el entorno de organizaciones laborales y no laborales. Se debe entregar conocimientos y desarrollar competencias para la intervención profesional en la planificación y gestión de los recursos humanos y para el estudio e intervención a nivel organizacional, entre otras especialidades (Morillo, 2008).

De acuerdo con Morillo (2008), en la formación ética del psicólogo clínico, el perfil debe poseer las siguientes cualidades:

- ❖ Respeto: entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.
- ❖ Responsabilidad: significa asumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como el reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones, dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad, eficiencia y efectividad), promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas.
- ❖ Capacidad Profesional: el psicólogo debe contar con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

- ❖ Competencia: el mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos tienen que reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas, sólo deben proporcionar sus servicios en el área de su competencia y únicamente deben usar técnicas para las cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia.
- ❖ Confidencialidad: el psicólogo debe ser discreto, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el psicólogo requiere presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, debe mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.
- ❖ Ecología: el psicólogo busca en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.
- ❖ Honestidad: se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El psicólogo y la psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión.
- ❖ Justicia: la justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

Revisemos las cualidades personales que son deseables y necesarias en el psicólogo clínico:

El interés del psicólogo, tanto para ayudar a sus semejantes como para obtener conocimiento científico, debe ser genuino y modesto, y con amplio conocimiento de sí mismo y

de su propia problemática emocional; tiene que ser respetuoso con él mismo y con las personas con quienes trabaja; debe ser un buen observador y tener la capacidad de comprender a sus pacientes, por lo que debe contar con una gran capacidad de autocrítica y de análisis, y con flexibilidad para aplicar los diferentes enfoques teóricos (Morillo, 2008).

El psicólogo clínico no se dedica únicamente a la atención de pacientes, sino que también se interesa por la investigación de los diferentes fenómenos relacionados con la conducta humana. Entre las cualidades personales que debe poseer un psicólogo, se encuentran (Morillo, 2008):

- ❖ Humildad, ya que trabajará con las debilidades de la gente.
- ❖ Autoconocimiento, para evitar que sus defectos, definiciones, temores o conceptos interfieran con su trabajo.
- ❖ Respeto por el paciente, ya que su verdad este equivocada o no le pertenece y es la realidad que ha vivido hasta ese momento.
- ❖ Intuición, ser capaz de leer entre líneas lo que el paciente quiere pero teme decir.
- ❖ Confiante, porque quien lo busca abrirá lo más delicado de sí mismo con la esperanza de ser ayudado a sentirse y vivir mejor.
- ❖ Dedicación.
- ❖ Responsabilidad.
- ❖ Capacidad profesional.
- ❖ Competencia.
- ❖ Confidencialidad.
- ❖ Honestidad.
- ❖ Justicia.

Morillo (2008), finalmente, enumera las funciones principales del psicólogo clínico en su labor.

- ❖ Evaluación y diagnóstico de la personalidad, inteligencia y aptitudes, entre otras.
- ❖ Consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias.
- ❖ Intervención preventiva

- ❖ Investigación aplicada de la personalidad, psicología anormal.
- ❖ Investigación de técnicas y métodos de intervención clínicos.
- ❖ Selección, entrenamiento y supervisión.

Método Clínico

El método clínico procede de la tradición médica, pero los fundamentos psicológicos han realizado una ruptura en el sentido originario, pues la psicología clínica está inscrita en un proyecto diferente. La psicología clínica al igual que la medicina, supone también una actividad, un saber y un lugar, donde precisamente no se refiere solamente al lugar que le atañe al médico, por ejemplo, en el hospital ante la cama del enfermo donde el médico comprueba o efectúa la atención del afectado a través de aparatos o métodos de laboratorio. La psicología clínica retiene de la medicina el contacto con el paciente y la función de la observación, pero no de una forma subjetiva como lo hace la medicina, o sea, no se trata de subjetivar la situación sino más bien de replantear los elementos observados en la historia del paciente en su singularidad (Díaz, 2011).

Se puede decir que cuando en psicología clínica se describen ya ciertas especificidades referentes al ámbito “clínico”, ya que, el método clínico plantea algunos problemas a nivel de la experiencia en que se sitúe, entonces, se puede entender que el método clínico es el conjunto de técnicas utilizadas en la práctica de la clínica como la gestión clínica (Díaz, 2011).

El método clínico se emplea ante todo, en el ámbito de la psicología clínica, ordenando un conjunto de técnicas que tienen en común producir informaciones concretas sobre una persona o la situación que plantea un problema y/o revela la existencia de un sufrimiento. Ante todo, el método clínico está destinado a responder a situaciones concretas de sujetos que sufren, solamente puede centrarse en el caso, o sea, en la individualidad. En este caso, en el trabajo del psicólogo clínico el único objetivo es el “individuo”, el estado de sufrimiento de este y no la población, lo que implica que el método clínico se centre en una dimensión y relate los hechos observados en su objeto: “el individuo”. El método clínico está centrado en el estudio de casos, aunque no los resume. Para practicar Psicología clínica, es necesario contar con una serie de bases teóricas que la fundamenten y sirvan como punto de partida, con ellas se conocen el

desarrollo teórico y las técnicas que se derivan, es importante que quien la estudia, tenga una clara visión de las diferentes aproximaciones teóricas, que se han venido consolidando y han aportando conocimientos sobre el comportamiento del ser humano y que implícitamente establecen una forma de entenderlo y conceptualizarlo (Díaz, 2011).

Al psicólogo clínico, la investigación le permite ratificar o rectificar las hipótesis iniciales que se plantea en relación al sujeto y aplicar el principio de incertidumbre sistemática, que ayuda para ampliar su conocimiento. También evalúa la efectividad de las técnicas que han desarrollado quienes han generado conocimiento, producto de sus observaciones y aplicaciones clínicas empíricas, mediante las cuales se puede conocer la aplicabilidad en el entorno en que el sujeto se desenvuelve. Permite a su vez establecer una forma de abordar el proceso salud-enfermedad mental, estos dos aspectos son enseñados fundamentalmente con la teoría, y de esta se pasa a la técnica, por medio del psicodiagnóstico, que se puede llevar a cabo por medio de entrevistas y la aplicación de tests psicológicos, los que proporciona un conocimiento específico acerca de las particularidades de ese ser humano, que acude en búsqueda de ayuda para la solución de los problemas que en ese momento lo aquejan, y con ello pone en juego los conocimientos teóricos / técnicos en donde aplica el método clínico (Díaz, 2011).

El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención. El método clínico se constituye de 5 pasos: la observación, indagación, abstracción, integración o diagnóstico informal y diagnóstico (Díaz, 2011).

Primer paso

La observación sistemática del comportamiento es guiada por el marco teórico metodológico, que tiene el psicólogo y que influye en esa forma de observación, iniciándose el proceso de conocimiento de la persona que acude en búsqueda de solución de los problemas que le aquejan. El psicólogo observa a la persona sobre la base de lo que “es”, lo que se “agrega” y lo

que “comunica”, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que se parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, lo inconsciente (Díaz, 2011).

La observación es el examen atento (analítico) de fenómenos o sucesos como parte del proceso de la investigación científica. Examinamos los sucesos o fenómenos con base a los marcos teóricos de los que partimos e influyen y guían la observación que se lleva a cabo, y esos marcos teóricos con sus principales conceptos. Con la observación pone en juego funciones como la atención y la concentración, en su entrenamiento el psicólogo aprende a observar de manera sistemática el comportamiento humano. Así desde el conductismo, la conducta es lo que observa, y para ello es que operacionaliza aquellos elementos comportamentales que son inadecuados y que va a buscar modificar mediante el aprendizaje. Con el psicoanálisis observa la manifestación de lo inconsciente, de la libido y de la transferencia, las cuales se deducen, ya que más que observar, se escucha y atiende a lo anterior, sin embargo, son elementos ante los cuales el psicólogo clínico observará desde la teoría (Díaz, 2011).

Al observar conocemos la influencia del medio sobre la persona, ya que se puede inferir si ha padecido enfermedades orgánicas severas, que se manifiestan en su estructura morfológica, el tipo de alimentación que ha tenido, si se viste de acuerdo a su edad y las normas del grupo social a que pertenece, las bases para observar estas manifestaciones la proporciona la aproximación teórica conductual y social. La observación sistemática es importante, con lo que se prosigue al conocimiento de las particularidades de ese ser humano con el que se trabaja y permite identificarlo y diferenciarlo de los demás seres humanos, y al conocer esas particularidades, se puede empezar el proceso mediante el cual se inicia la puesta en práctica del llamado ojo clínico que da pie para que el psicólogo inicie su entrenamiento para su práctica profesional (Díaz, 2011).

Segundo paso

Mediante la indagación a través de la entrevista se explora el padecimiento del usuario, su origen y circunstancias, las consecuencias del mismo y dependiendo del marco teórico en que se basa, la influencia del ambiente, del contexto, las relaciones interpersonales, y obedeciendo a la etapa en que se encuentra el usuario, explora el proceso de desarrollo, las alteraciones, la

psicodinamia, las funciones vitales, la psicopatología, los síntomas, etc. Con la indagación, se lleva a cabo la entrevista y partiendo de la orientación teórica en que se apoya, es que buscará conocer aquellos eventos que están influyendo en la conducta motivo de la consulta. Se puede indagar la forma en que los estímulos del ambiente influyen en el comportamiento, la forma en la cual el sujeto procesa por medio de la cognición la información que recibe, la influencia de las motivaciones inconscientes en su forma de vivir, la manera en que la cultura y el contexto histórico que le toca vivir influyen en su desenvolvimiento, y finalmente, con base a la aproximación o la integración de todos estos elementos como se están manifestando en el sujeto, se tiene un conocimiento más completo del objeto de estudio (Díaz, 2011).

La indagación está dirigida a explorar con base al conocimiento teórico, el motivo de consulta o la demanda que está planteando el usuario o solicitante de los servicios profesionales, para ello utiliza la entrevista psicológica, la cual debe complementarse con la realización de la historia clínica basándose en la etapa de desarrollo del evaluado, la cual nos lleva al planteamiento de hipótesis y a la elección de los instrumentos y técnicas psicológicas a utilizar (pruebas psicométricas y proyectivas), para confirmar y recabar más datos que nos permita entender la problemática y establecer un diagnóstico (Díaz, 2011).

Para seleccionar las pruebas psicológicas que se van a utilizar, es importante considerar que deben reunir ciertas características como son: la estandarización, entendida como la uniformidad de los reactivos que conforman una prueba psicológica, así como el seguimiento de las indicaciones dadas a la persona para responder a la prueba y para calificarla; validez, que se refiere a la cualidad de un instrumento psicológico a través del cual sus estímulos o reactivos están estrechamente relacionados, con la función o conducta que se pretende evaluar; y, por último, la confiabilidad, que implica la consistencia, es decir, la cualidad del instrumento psicológico que permite que la reacción de un individuo a los estímulos de la técnica sea la misma a pesar de que transcurra el tiempo entre una aplicación y otra de la misma prueba. Una vez aplicados los instrumentos y técnicas psicológicas, y concluida esta fase de indagación, disponemos ya del material diagnóstico recabado, con toda esta información se inicia la tarea de calificar e interpretar dicho material, implicando un proceso de abstracción (Díaz, 2011).

Tercer paso

La abstracción consiste en identificar todos los elementos significativos de una situación, vivencia o conducta, tomando en consideración aquellos elementos o experiencias que aún cuando no están presentes, influyen en la actividad o conducta del sujeto, por lo que todos los datos obtenidos deberán ser enfocados en su relación psicodinámica, para obtener realmente una información completa y profunda acerca de la persona. Asimismo, hay que tomar en cuenta la importancia del origen de las alteraciones que presenta la persona, de sus experiencias en la vida (especialmente etapas tempranas), que probablemente establecieron las normas de motivación que rigen la psicodinamia de la conducta actual, de igual manera, no hay que soslayar los factores de tipo genético y somático que deben haberse explorado en la entrevista y a través de la observación directa (Díaz, 2011).

El cuarto paso

Consiste en una fase de integración o diagnóstico informal. Después de interpretar la información, se procede a integrar el material obtenido a través de la observación y entrevista, así como en las pruebas psicométricas y proyectivas, ya que cuando sólo se toman en cuenta las primeras, se corre el riesgo de hacer interpretaciones muy personales del evaluado, en función de la impresión del examinador. Por el contrario, si estos datos no son tomados en cuenta, el resultado estará basado en inferencias muy teóricas, y difícilmente reflejarán aspectos precisos de la vida de una persona. Implica resumir y organizar todos los datos recabados, los cuales nos aportan los conocimientos particulares y específicos para comprender, identificar, diferenciar y describir la dinámica que determina la conducta y personalidad del sujeto, así como conocer la naturaleza de su trastorno o enfermedad estudiando su origen, evaluación y los signos y síntomas manifestados, los cuales nos permiten establecer un diagnóstico formal (Díaz, 2011).

El quinto paso

Finalmente, con el material integrado se elabora el reporte psicológico de manera precisa y comprensible, a fin de facilitar la devolución de los resultados, concluyéndose así el proceso diagnóstico. Es importante no perder de vista que la evaluación de la personalidad para llegar a un diagnóstico no es simplemente una colección de técnicas que se aplican de manera mecánica,

sino que tienen un aspecto integral que implica la emisión de un juicio de valor, que busca ser objetivo, esto es, lo más apegado a la realidad. Hay que tener cuidado en no reducir el diagnóstico a una cifra, procurando obtener información a partir del análisis de datos (Díaz, 2011).

Informe psicológico

De acuerdo con el Manual para Elaborar Informes Psicológicos propuesto por la Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez en el año 2012, en la Facultad de Psicología de la UNAM, para realizar un informe psicológico se requieren ciertas habilidades como: analizar, sintetizar e integrar una serie de datos obtenidos con las diferencias técnicas e instrumentos como la entrevista, las pruebas proyectivas y las psicométricas. Un informe psicológico debe tener:

- Equilibrio entre datos objetivos y abstracción
- Modulación, no exagerado o recargado hacia un solo lado
- Ser asertivo y modesto
- Interesar al lector
- Ejemplificar
- Discutir cada una de las partes del informe
- Facilitar el proceso de toma de decisiones

El informe es descriptivo y debe incluir recomendaciones, para las cuales, es conveniente tomar en cuenta los intereses y necesidades del examinado y de la sociedad. El informe Incluye (Mancilla, 2012):

- Ficha de identificación: nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil, teléfono, dirección, quién lo refiere, fuente de información, fecha de estudio, fecha de primer ingreso, número de ingresos, fecha de entrega del informe (se ajusta según el objetivo del estudio e informe, se pueden agregar datos).
- Pruebas administradas

- Motivo de consulta o de estudio: las razones por las que fue referido. El cuadro sintomatológico que presenta y que requiere atención. Con frecuencia el motivo de consulta no es, necesariamente, lo que está íntimamente relacionada con el diagnóstico, sin embargo, es muy importante explorar exhaustivamente lo que el examinado está dando como motivo del estudio, porque puede ser que encubra el motivo real. También nos dará información respecto al mecanismo que el evaluado está utilizando para no hacer contacto, intelectual o afectivo, con el conflicto que lo lleva a solicitar o requerir un estudio psicológico.
- Descripción del paciente: observaciones generales, como se portó el examinado, si cooperó, se esforzó, su atención, habla, fluidez verbal, vocabulario etc.
- Como parte de la descripción: el familiograma, para conocer el origen del evaluado, su contexto familiar, qué lugar ocupa dentro de la familia, historia clínica: pre, peri y posnatal, para conocer sus antecedentes y detectar indicadores de algún problema orgánico que este ocasionado el cuadro clínico que presenta o haya una relación cercana con el motivo del estudio, la historia escolar su rendimiento, aprendizaje relaciones, autoridad escolar, etc.
- Resultados de las pruebas: C.I cuantitativo y cualitativo, daño orgánico cerebral, disfunción cerebral, personalidad, y dependiendo del objetivo de la evaluación, qué pruebas psicológicas fueron aplicadas.
- Recomendaciones o sugerencias: estas deben ser claras, concretas, individualizadas. Tratamiento y pronóstico.

El informe se realiza para responder todas las interrogantes que surgen acerca del examinado, de aquí que la batería de pruebas psicológicas también debe ser personalizada. En un informe psicológico, en el momento de redactarlo, se debe procurar evitar lo siguiente (Marcilla, 2012):

- Hablar de ausencias de rasgos, es decir, se habla de presencias de rasgos.
- Presentar términos que no entienda la mayoría, si es necesario usarlos se deben aclarar ampliamente.
- Fragmentar la personalidad del examinado. Se deben interrelacionar los resultados.
- Sustentar rumores o información que no ha sido verificada.

- Dar información que no aporta (depende para qué se solicitó la evaluación).
- Omitir las fuentes de información (si es necesario, escribir “su madre, esposa informa...”)
- Hacer afirmaciones no comprobadas sin usar una aclaración como: “parece” “es probable”, “de acuerdo con mi juicio profesional”. Sin embargo se debe tener presente que no es recomendable el abuso de este tipo aclaraciones.
- Incluir información que sea nociva para el examinado; de ser necesario de comunicarla, debe ser en forma verbal directamente con otro profesional.
- Presentar abstracciones.
- Ambigüedades
- Presentar disculpas
- Rarezas: frases ambiguas, vagas, abstractas o superfluas, palabras inapropiadas.
- Incluir generalizaciones inapropiadas. Debe basarse en datos confiables y suficientes para las conclusiones.
- Presentar regateos. Por eso los datos deben ser claros para que el informe sea directo y firme, no confundir con cautela, la cual sí se recomienda.
- Presentar cambios repentinos. Las frases deben ser coordinadas, ligadas, preparar al lector para el cambio.
- Incluir tantos tecnicismos
- Recurrir a abreviaturas como el ETC, porque puede resultar engañoso

Ahora bien, ya establecidos los fundamentos éticos y profesionales que deben guiar la labor del psicólogo clínico en el proceso diagnóstico, en el siguiente capítulo analizaremos el estudio de caso del paciente que fue ingresado en el INSTITUTO, en dónde se le diagnosticó erróneamente con TDAH.

CAPÍTULO 3

Caso Clínico

Diagnóstico: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Fuente de información: anónima y protegida.

Paciente: “X”

“X” es un niño cuyo aspecto físico corresponde a sus edad cronológica (6 años con 2 meses), es de complexión delgada, estatura ligeramente por debajo del promedio de su edad (la Academia Mexicana de Pediatría promedia la estatura de un infante varón de 6 años en 1.13 metros), tez morena clara, cabello oscuro. Al momento de su diagnóstico erróneo de TDAH cursaba el primer año de primaria en una escuela privada.

La familia de “X” está integrada por Padre (39 años), Madre (37 años) y hermana (10 años), cuya dinámica familiar se desarrolla de manera tradicional con implicaciones de falta de comunicación, roles no formalmente definidos y conflictos de poder entre los padres. La relación de “X” con su hermana mayor está definida por constantes abusos y confrontaciones hacia él, en donde la autoridad de los padres no ha logrado evitarlos o disminuirlos.

De acuerdo con la madre y la profesora de la escuela, el comportamiento de “X” estaba caracterizado por bajo aprendizaje, distracciones constantes y socialización limitada en su desarrollo y desempeño escolar, razones por las cuales surgió la preocupación de la madre por mejorar el comportamiento y rendimiento escolar del niño. Al encontrarse con publicidad impresa de un instituto de desarrollo emocional e intelectual, al que llamaremos INSTITUTO, “X” es llevado a él para cursar un taller de desarrollo emocional, en donde después de una valoración psicológica de personalidad básica aplicada por la Jefa del INSTITUTO, que se desempeña como neuropsicóloga, y por su asistente, una psicóloga industrial (es importante aclarar que los conocimientos adquiridos durante la carrera dependerán de la especialización o enfoque psicológico) , se valora que el infante tiene problemas emocionales.

Para determinar cuáles serían las causas de su bajo rendimiento escolar se instiga a la madre a adquirir un paquete conformado por una batería de pruebas psicológicas, neuropsicológicas, pedagógicas y motrices con mayor complejidad. El diagnóstico para “X” después de someterse a dichas pruebas fue Trastorno por Déficit de Atención de Tipo Combinado.

Las psicólogas encargadas del caso sugieren a la madre que someta a “X” a una terapia neuropsicológica en el INSTITUTO, a la que acude 3 días por semana, en dónde se le aplicaban ejercicios de matemáticas, lectura y juegos genéricos. Después de aproximadamente un mes de terapia, la psicólogas consideran que el infante debe ser apoyado en casa por un coach para orientarlo sobre sus problemas emocionales y de aprendizaje, y para ayudar a la madre a controlar los exabruptos en el carácter de “X”. Sin embargo, las instrucciones dadas por el INSTITUTO a la coach se limitaron a apoyarlo en resolver las tareas escolares y aplicarle ejercicios de lectoescritura inicial. A la par del coaching personalizado, la neuropsicóloga y la psicóloga industrial del INSTITUTO, considerando el diagnóstico de TDAH Tipo Combinado de “X”, presionaban a su madre para que lo enviara con un psiquiatra para que recibiera tratamiento farmacológico, además, el INSTITUTO presenta en la escuela un informe psicológico con el diagnóstico de TDAH Tipo Combinado, dirigido a la psicóloga escolar para que transmitiera esa información al área de dirección y a los profesores(as) de “X”, con el propósito de generar un trato académico especial que fomentara un mejor rendimiento escolar del niño.

Este trato preferencial se encaminó de manera incorrecta, lo que provocó consecuencias negativas para el infante, debido a que las profesoras lo etiquetaron y segregaron del grupo argumentando que su capacidad de aprendizaje era baja y no respetaba las figuras de autoridad.

A partir de estos hechos, el rendimiento escolar de “X” empeoró y se empeñó en no asistir a la escuela. Derivado de lo anterior se acentuaron sus problemas emocionales: angustia, baja autoestima, intolerancia a la frustración, retraimiento, problemas de socialización. En cuanto a la dinámica familiar, la hermana de “X”, obedeciendo a la etiqueta impuesta por su incorrecto diagnóstico de TDAH Tipo Combinado, agudizó verbalmente los abusos y epítetos negativos como: “tonto”, “menso”, “inútil”, etc.

Finalmente, surgió una situación de tensión entre los padres debido a que se negaban a aceptar el diagnóstico y el tratamiento farmacológico para su hijo.

La evaluación neuropsicológica en el INSTITUTO fue la siguiente:

Cabe destacar que no se realizaron entrevistas a los padres ni al paciente, no hubo examen médico certificado y no se elaboró historia clínica.

Las pruebas se administraron en dos sesiones de 9 horas cada una.

Pruebas Neurológicas:

- Escala de inteligencia Wechsler para la edad escolar WISC-IV
- Evaluación del desarrollo neuropsicológico Nespy
- Test Gestáltico Visomotor Bender
- Método de evaluación de la percepción visual Frostig II
- Evaluación de la articulación y el lenguaje expresivo y comprensivo.

Pruebas Psicológicas:

- Test del dibujo de la familia
- Test del dibujo de la figura humana de Machover
- HTP
- Cuestionario de Apercepción Temática: CAT

Pruebas pedagógicas

- Escala Beta
- Escala Alfa
- Test Expresivo de Gardner
- Test de evaluación de las Habilidades matemáticas TEMA-3
- PRO-ESC y PRO-LEG

Área motora:

- Evaluación estática y dinámica.

Los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas por el INSTITUTO al paciente "X" son los siguientes:

En la Escala de inteligencia Wechsler (WISC IV) obtuvo el porcentaje: 99 normal promedio

Test Gestáltico Visomotor de Lauretta de Bender: edad madurativa 5 años con 6 meses, nivel inferior a lo esperado para su edad cronológica

Falta de capacidad para planear e incapacidad para organizar material y confusión mental.

Baja tolerancia a la frustración y explosividad

Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig:

Compuesto	Cociente	Clasificación
Percepción visual con respuesta motriz reducida	100	Promedio
Integración visomotora	90	Promedio
Percepción visual general	90	Promedio

Resultado: "X" no presenta dificultad para la percepción visual que requiere de respuesta motora, sin embargo, hay puntuaciones menores relacionadas a la ejecución de igualación dos (sic) (en cambio: de dos figuras) figuras que tienen la misma ubicación espacial y la integración ojo-mano. La coordinación de las cuestiones motoras con la percepción visoespacial le resulta difícil.

Evaluación del desarrollo neuropsicológico (NEPSY)

Escalas	Puntaje	Clasificación
Atención y funciones ejecutivas	70	Bajo
Lenguaje	90	Promedio
Funciones sensoriomotoras	85	Promedio bajo
Procesamiento visoespacial	85	Promedio bajo
Memoria y aprendizaje	90	Promedio

Resultados por subprueba de las escalas (siendo 10 la puntuación media)

ÁREA	PUNTAJE
Tower	5
Atención auditiva	7
Atención visual	7
Habilidad en diseño	6
Estatua	Por debajo de lo esperado
Pega y toca	Por debajo de lo esperado

Resultado: “X” presenta puntajes por debajo de lo esperando para su edad cronológica. No es capaz de inhibir su impulsividad y regular los impulsos motores inmediatos, continuamente desea abandonar la actividad e incluso se molesta o maltrata los materiales de trabajo, intenta desafiar la autoridad, así como también pierde el foco atencional y la motivación para la tarea.

Lenguaje:

Resultado: “X” tiene un muy buen almacén nominativo y semántico, identifica los sonidos de las palabras y es capaz de codificar palabras poco familiares. La habilidad de “X” para comprender, tanto instrucciones verbales sencillas (una instrucción por frase), como complejas (dos o más instrucciones por frases) se encuentra en un nivel promedio.

Área sensomotor:

Resultado: Se observaron algunas sincinesias en las ejecuciones motoras coordinadas en las que hay presencia de movimientos parásitos faciales y del lado contralateral al empleado para la tarea.

Área Visoespacial

Resultado: no encontrados

Memoria y Aprendizaje

Resultado: “X” no presenta dificultad en su capacidad para retener, tener acceso y evocar la información verbal que se le presenta. Tiene buena memoria verbal a corto y largo plazo y los errores observables son en su mayoría atencionales.

Escala Beta-Comprensión de Frases

Resultado: la comprensión de conceptos, tanto concretos como abstractos, se encuentra en una edad madurativa de 6 años. Realizó la actividad con un ritmo de trabajo adecuado. Se pudo observar que logra comprender los conceptos abstractos dentro de una frase.

Escala Alfa-comprensión de vocabulario

Resultado: en esta prueba se puede observar que “X” logra comprender, muy bien, conceptos aislados con ayuda visual. Obtuvo una edad madurativa de 6 años.

Escala alfa. Expresión verbal

Resultado: realizó una narración en la cual logra describir los elementos propuestos en la lámina. “X” menciona a los personajes presentes y la actividad que realizan, además formuló relaciones causales y antecedentes de las actividades descritas. Logró una edad madurativa de 6 años.

Test expresivo de Gardner

Resultado: fue capaz de nominar varios conceptos concretos, sin embargo, en los conceptos abstractos mostró ambigüedad y dificultad, lo que aún es normal para su edad.

KEY MATH

Resultado: de acuerdo con el perfil de los resultados de esta prueba, el desempeño de “X” está por debajo de su año escolar en algunas de las habilidades evaluadas. El conocimiento y el razonamiento numérico se encuentran desarrollados en un nivel equivalente al nivel preescolar. “X” puede realizar conteos sencillos, no le es posible realizar operaciones sencillas como sumas y restas de forma independiente, únicamente con apoyo.

Área motora:

Valoración estática

Resultado: “X” es un niño tipo orgánico delgado, con el tono muscular bajo para su edad. Los arcos de movimientos para las articulaciones de los miembros superiores e inferiores están obstruidos. La fuerza muscular se baja para los grupos musculares extensos de cabeza, tronco, cuello, como para los músculos flexores de cabeza, cuello, tronco, y cadera.

Valoración dinámica

Resultado: puede pararse sobre la punta de los pies manteniendo la posición por breve tiempo, con pérdida del equilibrio hacia el frente. Puede pararse sobre un solo pie, manteniendo la posición por muy poco tiempo, mostrando inestabilidad para mantener la posición, cuando utiliza como apoyo el pie izquierdo, aunque puede hacerlo con esfuerzo.

Puede cambiar de posición a sentado y de pie, no utiliza posiciones intermedias. Durante la marcha en viga de equilibrio mientras tiene soporte el desempeño es bueno, cuando necesita hacerlo solo se observa la presencia de temblor intermitente y sincinesias. Se observa ligera inclinación del pie hacia fuera al caminar y pie en garra, así como pie plano.

Aspectos emocionales: (Test de la Figura Humana de Machover, Test de la Figura de la Familia, Test de Apercepción Temática CAT).

Resultado: se observa que a “X” los estímulos emocionales, o relacionados a la vida familiar y social le generan ansiedad y exacerbaban su impulsividad tanto motora como verbal, así como su oposición hacia el trabajo.

Tiene un pensamiento centrado en la lucha y la defensa del ambiente, tiene sensación de abandono y rechazo que le genera excesiva ansiedad y conducta opositora, hay pensamiento ambivalente y desorganización mental.

Se observa en el pensamiento fantasías relacionadas a la pérdida, el daño, la desaparición y la ausencia o abandono de la figura materna, así como a la ausencia de límites, lo que para él simboliza descontrol sobre su conducta.

Diagnóstico:

Resultado: Trastorno por Déficit de Atención de Tipo Combinado.

En las líneas anteriores se presentó el caso clínico así como las pruebas aplicadas, los resultados de las pruebas y el diagnóstico que se le dio por parte del INSTITUTO. En contraparte se presenta el reporte psicodiagnóstico de la segunda opinión.

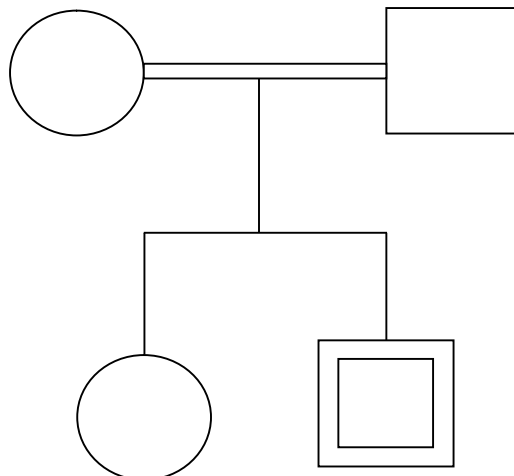
Informe de Valoración psicológica

Este estudio se realiza a petición de los padres del menor, debido a inconsistencias que se observaron en una valoración psicológica anterior.

Ficha de identificación

Nombre del paciente	Anónimo "X"
Edad (años y meses)	6 años 6 meses
Lugar de Nacimiento	México D.F.
Escolaridad	Primer año de Primaria

Familiograma



Motivo de consulta:

Según refieren los padres, “X” presenta problemas de inseguridad y escolares; sospechan también de un grave problema de TDAH, el cual se diagnosticó anteriormente, por lo consiguiente se realizó esta evaluación y se propuso un plan de trabajo.

Técnicas utilizadas para la evaluación psicológica:

- Entrevista con el menor
- Entrevista con los padres
- Cuestionario a la profesora
- Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender - Koppitz
- House Tree Person H.T.P.
- Test del dibujo de la figura humana Machover-Goodenough
- Test del dibujo de la familia
- Escala de inteligencia WISC-RM
- Sesión de juego

Se desglosa el tiempo de la evaluación psicológica:

Entrevista con los padres para obtener la Historia Clínica del paciente: 3 sesiones de 2 horas

Entrevista con el menor: 1 sesión de 1 hora

Sesión de juego: 2 sesiones de 1 hora

En una sesión de 1 hora se le aplicó la siguiente prueba:

Test Gestáltico Vismotor de Laretta Bender – Koppitz

En una sesión de 1 hora se aplicaron las siguientes pruebas:

House Tree Person H.T.P.

Test del dibujo de la figura humana Machover-Goodenough

Test del dibujo de la familia

Escala de inteligencia WISC-RM: 3 sesiones de 1 hora

Descripción del menor:

“X” es un niño cuyo aspecto físico corresponde a su edad cronológica. Es delgado, de estatura ligeramente por debajo del promedio, tez morena clara, cabello oscuro.

A las sesiones se presentaba invariablemente bien aliñado. Cabe mencionar que en la primera sesión llegó con una actitud cooperativa para laborar. Al principio de la entrevista se mostró tranquilo y atento, con la confianza necesaria para realizar las pruebas posteriores.

Durante las sesiones posteriormente requeridas para la evaluación dio muestras de ser un niño con seguridad en los trabajos que realizó, aunque manifestó problemas para expresarse e intolerancia a la frustración, rechazando las actividades que requerían un esfuerzo mayor.

Cuando a “X” recibe halagos se siente cómodo y evidencia señales de gratitud. También se hizo patente su actitud dependiente, siguiendo las reglas establecidas de manera casi automática.

Interpretación de resultados obtenidos en la evaluación psicodiagnóstica.

Los resultados arrojados por la batería de pruebas aplicada a “X” permiten afirmar que posee un nivel intelectual y de madurez ligeramente superior a su edad cronológica, con coeficiente intelectual de 106 y una edad escalar que corresponde a su edad cronológica. En cuanto a su percepción visomotora posee un nivel de madurez adecuado y sin indicadores de daño neurológico, muestra buena capacidad para visualizar un todo a partir de sus partes, persistencia y una práctica exitosa de ensayo y error. Sin embargo, muestra algunos rasgos de angustia y ansiedad, de los cuales provienen sus problemas escolares.

“X” proporcionó respuestas que nos pueden indicar su nivel cultural y social, el cual es acorde a su edad, entre las habilidades de “X” encontramos una dificultad ideognósica propia de su edad, es decir, falta de habilidad para entender conceptos matemáticos y las relaciones entre ellos, además se le dificultan los cálculos mentales.

En cuanto a sus fortalezas se encuentran un juicio social y sentido común adecuado, reconoce asertivamente las demandas sociales, conoce las reglas de conducta convencionales y las acata según su conveniencia, presenta una habilidad para conceptualizar, sin embargo, una vez más la ansiedad se manifiesta impidiendo desarrollar al máximo su potencial.

Muestra rasgos de inseguridad e introversión, los cuales se deben trabajar para mejorar sus relaciones personales, ya que percibe muchos factores estresantes sobre su persona.

En relación a su percepción de la dinámica familiar se le observa dependiente del núcleo familiar, asimismo la figura más significativa para él es el padre.

Presenta las conductas de autoayuda esperadas y necesarias para su edad, su desarrollo motriz no presenta problema alguno, en cuanto al desarrollo de lenguaje, presenta algunos vicios de pronunciación.

Presenta un nivel cognitivo apropiado, es decir, que tiene la facultad de procesar información a partir de su percepción, y una capacidad de razonamiento adecuada. Con respecto a la socialización se muestra inseguro e impaciente.

Se descarta por completo algún daño de tipo neurológico, problemas de aprendizaje y TDAH, ya que sus dificultades escolares se deben al estrés y ansiedad detectados.

Diagnóstico

El conflicto con “X” es primordialmente emocional, angustia y estrés, debido a presiones familiares, sociales y escolares.

Análisis de resultado sobre el diagnóstico dado por el INSTITUTO

Se enumeran los siguientes factores para desechar el diagnóstico propuesto por el INSTITUTO.

1.- No se realizó Historia Clínica del paciente ni entrevista con los papás ni con el menor. Esto significa que dentro del proceso de evaluación, la historia clínica cobra un papel fundamental para determinar el tipo de pruebas que se realizarán, así como para plantear hipótesis sobre el probable diagnóstico y las comorbilidades del mismo, lo que nos guiará también al tratamiento que necesitará el paciente (Lozano. S.F.).

En ocasiones, he observado niños que acuden con un diagnóstico determinado y al realizar las preguntas adecuadas en la historia clínica la información apunta a una etiología diferente. Por ejemplo, un niño que mandan con un diagnóstico de TDAH y que a la hora de hacer la historia clínica se encuentra que el paciente presenta trastorno del sueño, lo cual pudiera ser la causa de los síntomas que se presentan como probable TDAH. O por ejemplo, niños que canalizan con problemas de conducta y cuando se inicia la anamnesis se obtienen datos de un problema de integración sensorial que podría ser el detonante de sus manifestaciones conductuales, lo que cambia totalmente el tratamiento del paciente (Lozano. S.F.).

El caso de un niño que había sido diagnosticado con autismo. Durante la elaboración de la historia clínica se obtuvieron datos que apuntaban a que podría ser otra cosa. Finalmente, después de indagar profundamente en la rutina familiar, relación materna, estilos de crianza, etc. y ser evaluado, se pudo determinar que el chico vivía en un ambiente sumamente caótico, donde no había rutina alguna y esto provocaba un desorden mental tal, que el niño presentaba ciertas características atípicas que podían confundirse con un trastorno del espectro autista. En este caso particular se encuentran equivalencias con el caso presentado en este trabajo de investigación en donde se puntualizó que el paciente fue diagnosticado con TDAH tipo combinado, sin embargo, como se ha venido explicando, el diagnóstico fue erróneo (Lozano. S.F.).

La falta de información sobre ciertas condiciones del paciente puede traer repercusiones graves, pues el tratamiento que se le dé puede no ser el adecuado (tanto farmacológico como terapéutico), lo que lleva al niño, a la familia y a la terapeuta a la frustración (Lozano. S.F.).

2-. Se realizaron las pruebas en un lapso de tiempo de dos sesiones de 9 horas cada una. Hace referencia la madre que observaba a su hijo cansado, fastidiado, malhumorado. Cuando se aplican las pruebas psicológicas al paciente es recomendable un lugar tranquilo, cada prueba psicológica tiene su tiempo estimado para su aplicación, hay que considerar los factores (variables) externos ya que a veces pueden alterar los resultados o sesgarlos.

3-.En la prueba WISC IV el resultado obtenido del coeficiente intelectual por el INSTITUTO fue de: 99 normal promedio. Respecto a indicadores para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), la prueba puede dar algunos indicios a pesar de que no está construida específicamente para este trastorno.

La actitud del niño ante las diferentes pruebas, su impulsividad o atención nos da una información valiosísima. En general los niños con déficits atencionales puntúan bajo en Memoria de trabajo, Retención de dígitos y aritmética y Velocidad de procesamiento Claves (Banús, 2012).

4-.En el reporte aparecen 15 pruebas aplicadas de las cuales hay una prueba llamada Key Math que no aparece en la lista de pruebas aplicadas a “X”

CONCLUSIONES

Incontables esfuerzos se han realizado para entender la complejidad de la mente humana, esfuerzos surgidos de las diferentes áreas de investigación y perspectivas psicológicas, las cuales, en su mayoría, se han enfocado bajo los rubros de la ética, la moral, el profesionalismo y el conocimiento científico.

La psicología clínica debe regirse por estas nociones para formar a futuros profesionales de la salud mental que tendrán la responsabilidad de intervenir, diagnosticar y dar tratamiento a diferentes trastornos mentales, pero también, tendrán la obligación de actualizarse y aprehender nuevos conocimientos.

La prevención y la promoción de la salud mental en México es mínima, existe una laguna de lo que se debe y no se debe hacer en cuanto a procesos de evaluación psicológica en las diferentes instituciones privadas y públicas que existen en nuestro país, por otra parte, la sociedad no posee la cultura o el entendimiento de la importancia de tener una equilibrada salud mental, y como consecuencia de estas lagunas es como este trabajo investigación pudo dirigirse a analizar un proceso diagnóstico deficiente, el cual originó consecuencias negativas en la vida de un sujeto y su entorno, impactando las diferentes esferas psicosociales.

El psicólogo clínico debe ser consciente de que el proceso psicodiagnóstico y la comunicación con los pacientes son decisivos para el mejoramiento y estabilidad de los mismos, en las diversas áreas en que se desenvuelven, ya sea dentro de la familia, las amistades, el entorno académico, laboral y social en general, y no únicamente para el beneficio económico o personal del psicólogo clínico.

Por lo que resulta importante resaltar la finalidad del código de ética, la cual es establecer conductas y códigos adecuados que guíen la investigación, enseñanza, evaluación, tratamiento, prevención, relación con sus pacientes y colegas para llegar a una conducta coherente y objetiva.

En el siguiente apartado se revelarán las conclusiones obtenidas a través de este trabajo de investigación. Se dividieron en tres vértices

Primera conclusión: Consecuencias de un mal diagnóstico

El principal objetivo de este trabajo de investigación es evidenciar las consecuencias negativas que se obtienen a través de un deficiente proceso psicodiagnóstico, el cual puede llegar afectar los diversos ámbitos del paciente (familiar, escolar, laboral, social y relaciones interpersonales).

En el presente estudio de caso relativo al diagnóstico de TDAH otorgado a “X” por parte del INSTITUTO, se ha podido demostrar que dichas afectaciones son reales, presentándose en los diferentes entornos del infante.

Tras el diagnóstico erróneo y su difusión entre las personas que intervienen en las diferentes esferas cotidianas de “X”, y a partir de la interacción con ellas, emocionalmente manifestó baja autoestima, intolerancia a la frustración, tristeza, miedos e inseguridad.

El diagnóstico presentado por el INSTITUTO ante los padres del paciente también fue comunicado a la psicóloga del centro escolar al que acude “X”, con el propósito de concertar observaciones y recomendaciones sobre el trato y adaptación que debería tener el personal docente en este caso particular.

Posteriormente, la psicóloga de la escuela transmitió, de una manera imprudente y sin el profesionalismo que la praxis psicológica requiere, el diagnóstico por TDAH a las y los profesores de “X”, sin considerar la confidencialidad y el impacto que este diagnóstico genera en los pacientes y familiares. En el comunicado se resaltaron los síntomas característicos del TDAH, como impulsividad, falta de atención e hiperactividad, lo cual suscitó estigmas y etiquetas hacia “X” entre el personal docente y, en particular, fue factor de modificación en la aceptación y adaptación de la profesora que atendía el grupo del paciente, tratándolo con mayor rechazo e intolerancia y argumentando que no se adaptaría al ritmo del grupo por tener

‘deficiencias mentales’ y ser ‘un niño problema’. Paulatinamente, la profesora comenzó a excluirlo de las actividades grupales, asegurando que no era capaz de atender y seguir reglas, aspecto que influyó en el comportamiento de sus mismos compañeros, los cuales comenzaron a atacarlo, burlándose constantemente de su supuesta condición. Todas estas situaciones impactaron negativamente en la autoestima de “X”, reflejándose principalmente en las obligaciones académicas: bajó considerablemente su rendimiento escolar, comenzó a adoptar conductas desafiantes hacia las autoridades, además de retraerse y negarse a participar y hablar en público, generalmente se abstenía de exteriorizar su opinión y, finalmente, se autodescalificaba con frases como: “soy un niño tonto que no puede sacar buenas calificaciones”, “nadie quiere jugar conmigo por ser un niño tonto”.

Es importante resaltar que estas situaciones negativas ocurridas en la escuela también se replicaron en la interacción familiar y social de “X”, ya que continuamente se hacía énfasis en el diagnóstico por TDAH y sus síntomas. Aspectos que lo obligaron a aislarse de toda actividad lúdica y social, por temor al rechazo.

De acuerdo con especialistas en diagnóstico psicológico, los resultados del mismo deben manejarse de acuerdo a la especialidad de la persona que solicita la información y el uso que les vaya a dar. Al elaborar el informe es necesario considerar si es para el pediatra, el neurólogo, el psiquiatra; o bien para la escuela o los padres (Esquivel, 1999).

Dar resultados con base únicamente en los datos cuantitativos que las pruebas arrojan, propicia que se etiquete al individuo; no sólo no ayuda a la persona, sino que conlleva serias consecuencias que repercuten sobre todo en su vida emocional (Esquivel, 1999). Cuando se trata de niños, esta manera de manejar el informe muchas veces los marca para siempre, lo que afecta notablemente su desarrollo y desempeño en diversos ámbitos como son el familiar, el escolar, y el social (Esquivel, 1999).

El Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad, TDAH, es un trastorno que en México necesita de la intervención del sector salud y los encargados de la salud mental para proponer una forma de evaluación diagnóstica certera, confiable y estandarizada, así como

plantear una especialidad para detectar, intervenir y diagnosticar adecuadamente este trastorno, con el propósito de disminuir el riesgo de error en los diagnósticos.

Segunda conclusión: Importancia del Adecuado Proceso Psicodiagnóstico

Es un hecho comprobado que tener una formación académica como profesional de la salud mental no implica tener siempre los conocimientos necesarios para establecer un diagnóstico absoluto, es preciso actualizarse y capacitarse para responder profesionalmente a las demandas que la actividad del psicólogo clínico requiere y a las nuevas exigencias que los trastornos psicológicos presentan. Es importante recordar que en la formación profesional en psicología clínica se estudia el proceso para elaborar un psicodiagnóstico de manera estructurada y metódica.

A lo largo de esta investigación he constatado que tanto en la teoría como en la práctica, el psicodiagnóstico debe contener los siguientes aspectos estructurales para llegar a resultados precisos e irrefutables:

- Entrevista inicial. Si se trabajara con niños, en principio es necesario realizar una entrevista con los padres, ya sea con ambos o separados, y posteriormente una entrevista individual con el paciente.
- Historia Clínica. Debe indagarse lo más profundamente posible sobre los antecedentes y acontecimientos del paciente.
- Pruebas psicológicas. Deben ser acordes a las hipótesis establecidas en la historia clínica, o en su caso, las obtenidas en las entrevistas. De acuerdo con el Código de Ética del Psicólogo los instrumentos de valoración deben de tener la Validez, Confiabilidad y Estandarización en la población mexicana.
- Duración de las pruebas. Es una premisa respetar los límites de tiempo que cada prueba requiere.
- Observación conductual.
- Análisis de resultados. Siendo éstos cualitativos-cuantitativos, tienen que respaldarse con la teoría.

Diagnóstico. A partir de los resultados obtenidos y analizados deben descartarse similitudes de síntomas o características psicológicas con otros trastornos a través de un diagnóstico diferencial, o en su caso, confirmarlo.

Considerando siempre esta estructura de evaluación psicodiagnóstica y complementándola con capacitación y actualización constantes, se tendría un menor margen de error en la labor del psicólogo clínico ante el estudio y tratamiento de los diversos trastornos psicológicos.

Para concluir las recomendaciones de perfeccionamiento en la elaboración de diagnósticos psicológicos, me parece prudente citar el siguiente artículo creado en el año 2013, en el Centro de Psicología Bilbao (CPB) de España.

La directora Virginia Rodrigo publica un artículo sobre las actividades del CPB, en donde se ha testificado que los diagnósticos de TDAH en los niños han sido de manera completamente desmesurada y con muy poco o ningún rigor diagnóstico.

Ellos se hacen el siguiente cuestionamiento: “cómo es posible que en una clase de 22 a 25 niños de entre ocho y nueve años pudiera haber 6 ó 7 niños (a veces hasta más de un 30%) diagnosticados con TDAH y medicados; y poco a poco se ha ido encontrando la respuesta: “Por qué están mal diagnosticados”, afirmación concluyente del Centro de Psicología Bilbao de España (Rodrigo, 2013).

Partamos de la siguiente premisa: el TDAH existe y hay niños a los que les conviene estar medicados para poder mejorar, adquirir mejor los aprendizajes adecuados a su edad y vivir más tranquilos ellos y quienes les rodean. Pero precisamente porque existe, hay que hacer buenos diagnósticos, evaluar a fondo, descartar otro tipo de problemas que pueden ser el motivo real de esa desatención o actividad excesiva, y estar muy seguro de cuál es el problema real. Si no se hace un buen diagnóstico, NUNCA se va a poder ayudar bien ni al niño, ni a sus padres, ni a sus profesores. La medicación no sólo no ayuda cuando se administra sin necesidad, sino que

además, es peligrosa. ¿Quién de nosotros tomaría antipsicóticos sin padecer de esquizofrenia, antidepresivos sin tener depresión, o litio sin estar bien diagnosticado de bipolaridad? Esto se entiende perfectamente, ¿qué pasa entonces con todos estos niños que están siendo medicados sin estar bien diagnosticados?

Esto es grave y tiene repercusiones enormes; se trata de niños que empiezan a ser medicados a los cinco años sin necesidad. Hay niños que tienen dificultades porque tienen ciertos problemas de atención o porque son más movidos, o por otros problemas que conviene conocer y tratar, y muy lejos de ser niños con TDAH y tener necesidad de ser medicados, son niños que haciendo una buena evaluación consiguen los resultados deseados mejorando en lo que necesitan exactamente (Rodrigo, 2013).

El Diagnóstico tal y como se está haciendo hoy en día en ciertos sitios, es una atrocidad, un gran obstáculo social que está generando enfermedad y problemas cada vez más importantes en los niños y familias. El futuro de estos niños está en juego y hay que tratar de ayudarles y dar soluciones de forma adecuada y no medicando indiscriminadamente (Rodrigo, 2013).

“Para padecer TDAH hace falta algo más que ir mal en los estudios o ser un niño inquieto o con falta de atención (Rodrigo, 2013).” De la anterior aseveración concluyo que en el caso de “X”, diagnosticado con TDAH tipo combinado, el INSTITUTO no consideró que las conductas del paciente eran propias e inherentes a un niño de su edad, es decir, de 6 años, el cual está en pleno desarrollo cognitivo y de personalidad; y por unas serie de resultados cualitativos se identificó a “X”, sin fundamentos precisos, con la triada de síntomas del TDAH (impulsividad, hiperactividad y falta de atención) sin hacer un diagnóstico diferencial, o analizar los resultados meticulosamente y ,sobre todo, sin realizar una historia clínica que hubiera esclarecido el panorama de las psicólogas del INSTITUTO, haciendo que se percataran de las deficiencias visuales del infante, así como de los medicamento que consumía para controlar y prevenir el asma, los cuales contienen una sustancia (Ketotifeno) que produce en ciertos pacientes estimulación del sistema nervioso central y síntomas como excitación, irritabilidad, insomnio, somnolencia y nerviosismo, principalmente en niños (FACMED, 2007).

Tercera conclusión: Profesionalismo y Ética del Psicólogo

Es complicado hablar sobre ética y profesionalismo en un momento en que en México se percibe un déficit en los valores y principios en las intenciones reales que se ocultan entre los diferentes sectores de la estructura social.

En el plano de la praxis psicológica, me he percatado de que muchos psicólogos se encuentran sumergidos en vicios de la personalidad como la avaricia, el egocentrismo y el oportunismo, olvidándose por completo de la ética, sin embargo, también he conocido a otros comprometidos con la psicología, que profesan un profundo respeto por sus pacientes y se conducen bajo los dictámenes de la ética y la profesionalidad.

En el siguiente apartado aparecerán los artículos del Código de Ética del Psicólogo, desde donde confirmo que es desconocido u omitido tal código por la neuropsicóloga y la psicóloga industrial del INSTITUTO que diagnosticaron a “X” con TDAH.

En el apartado Principios Generales, Subtema IV, Principios Básicos Que Rigen el Comportamiento de los Psicólogos, letra B: Cuidado responsable, se explica: “El psicólogo muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad”. Considerando lo anterior, me permito atribuir una falta de responsabilidad y ética por parte de las psicólogas del INSTITUTO al no valorar el impacto que genera un diagnóstico en el paciente y su entorno cotidiano, e inclusive en sus familiares (padre, madre, hermanos).

Otra referencia es la siguiente. El Artículo 9 del Código Ético del Psicólogo expone: “El psicólogo reconoce que sus problemas personales y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica”. De este artículo se desprende la opinión de que las psicólogas del INSTITUTO no estimaban ni enaltecían la calidad, certeza y funcionalidad de sus servicios, sino que estaban más interesadas en la remuneración que de estos obtendrían para solventar sus intereses personales,

más que preocuparse por la salud mental del paciente y su desarrollo cognitivo, emocional y de personalidad.

Otro aspecto de la ética del psicólogo que considero fue omitido por el INSTITUTO es el Artículo 31: “el psicólogo basa sus conclusiones, recomendaciones e intervenciones en resultados confiables y validos de investigaciones científicas, valoraciones y diagnósticos psicológicos”. Como ya se ha mencionado anteriormente, las psicólogas que trataron a “X” no elaboraron un proceso de psicodiagnóstico estructurado; omitiendo una historia clínica y entrevistas con los padres, forzaron al paciente a tiempos extremos para realizar las pruebas, además de que muchas de éstas no estaban estandarizadas ni validadas en México, asimismo incluyeron en los resultados otra que no se había integrado en la batería de pruebas previa. Y para dar un diagnóstico definitivo sólo se basaron en resultados cuantitativos-cualitativos de las pruebas, sin remitirse al proceso propuesto en el presente estudio.

En el Artículo 52 observamos: “el psicólogo se abstiene de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervención, resultados e interpretaciones y toma las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de estas. Esto incluye el abstenerse de ceder resultados crudos de pruebas a personas, que no sean los pacientes o clientes como es apropiado, y a quienes no estén calificados para usar tal información”. En el proceso de transmisión de los resultados obtenidos sobre el diagnóstico por TDAH de “X” se encontró que no hubo un adecuado manejo de la información, no hubo de prudencia y tacto por parte de las psicólogas del INSTITUTO y la psicóloga escolar en la difusión de los resultados entre el personal docente, la cual estuvo marcada por los estigmas y etiquetas del trastorno, más que por el trato preferencial que debían establecer para el bienestar del paciente en sus diferentes ámbitos.

Para culminar es preciso realizar la pregunta: ¿Por qué es importante la ética para el psicólogo clínico?

Para el psicólogo clínico la ética cobra una relevancia trascendente, pues garantiza la credibilidad y seriedad de su trabajo, debido a que en ocasiones las decisiones que se toman como profesionista no sólo afectan personalmente al paciente, sino que pueden propiciar un

impacto permanente en el transcurso de su vida, además de afectar a familiares y/o a los grupos o comunidades en dónde presta sus servicios.

Cuando un psicólogo carece de ética, no le es posible conducirse bajo criterios sólidos y veraces para realizar su trabajo, es decir, no contempla ni se rige por las normas establecidas en la profesión psicológica y es muy fácil que sea propenso a corromper su labor clínica sólo para obtener beneficios propios y obedecer sólo a sus intereses materiales, sin importar su origen y ni las afectaciones que puedan generar a terceros.

Por consiguiente, exhorto a los futuros profesionistas de la salud a realizar un análisis y una reflexión sobre el significado de la ética y el profesionalismo que deben presidir la labor de la psicología clínica en el proceso psicodiagnóstico, el cual cobrará suma importancia en la vida de quienes se ven agobiados por algún trastorno psicológico y buscan ayuda profesional para mejorar su situación y tener así un desarrollo pleno e integral en su contexto social, familiar, laboral o escolar.

Como se pudo analizar en este trabajo de investigación el psicólogo clínico tiene la responsabilidad y obligación de actuar de una manera profesional bajo los conceptos y lineamientos del método clínico, la ética y la profesionalidad, asimismo debe tener una especialización y alinearse a los conocimientos emergentes y actuales, con el propósito de disminuir el margen de error en la práctica clínica. Es necesario que el psicólogo clínico se cuestione si realmente está capacitado para intervenir, diagnosticar y dar tratamiento a la población general, omitiendo otro tipo de intereses que no tengan relación con los pacientes, como lo es el aspecto económico, la búsqueda de prestigio a través de cualquier medio, así como los conflictos personales.

Autoevaluación.

El haber realizado este proyecto de investigación fue un proceso de maduración profesional. Di el paso de ser una estudiante que idealizaba la psicología a una profesional comprometida con la carrera, siempre guiándome por los conceptos de profesionalismo, ética, responsabilidad, respeto y constante actualización en mi profesión.

No fue fácil dar a conocer mi tema de investigación y, muchos menos, los motivos que me impulsaron a realizarlo. Me costó trabajo difundirlo por el hecho de reconocer que la persona que diagnosticaba en el INSTITUTO tenía un nivel académico de Maestría y con ciertos conocimientos avanzados, no resultó ser lo que proyectaba, debido a que tuvo una conducta incoherente con los aspectos éticos y profesionales necesarios para la labor psicológica, se regía por sus conflictos personales y lucraba aprovechándose de la necesidad de alivio de las personas afectadas por malestares psicológicos. Por un momento no quería realizar esta investigación, sin embargo, esas creencias fueron perdiendo valor cuando entendí que no quería ser como ellas, mis valores profesionales y personales, mi formación y mi personalidad no me permitían lucrar con la necesidad de la gente, entré a estudiar psicología por diversos propósitos: entender, cuestionar y transformar el malestar psicológico del ser humano. Jamás lucrar con la angustia de una persona y menos con la de los niños.

Otra motivación fue mi paciente y su familia. Fui la voz de la denuncia. No quería dejar el caso como si nada hubiera ocurrido, tuve una gran empatía, porque considero que es importante la formación de un niño, los niños son el futuro, es cierto. La persona que esté leyendo esto fue niño y seguro recordará acontecimientos positivos o negativos que dejaron huella en su personalidad o psique, lo cual influyó en su desarrollo como individuo. Yo no quería que este acontecimiento negativo marcara la infancia de mi paciente ni de otros niños o niñas. Por eso decidí, a través de esta investigación, proponer un adecuado proceso de diagnóstico psicológico, y resaltar la importancia de que todo acto o decisión dentro de la profesión de la salud mental tiene consecuencias perennes.

ANEXO

Reporte del INSTITUTO. Primera evaluación.

*El proceso terapéutico = era: Lecto-escritura ejercicios de Mate
ayudante hacia la tarea, los fines de semana lo ponía a
leer o
jugar con otros
niños.*

Reporte de Evaluación Neuropsicológica Integral

NOMBRE:
EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:
LATERALIDAD:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:
FECHA DE APLICACIÓN:
FECHA DE ENTREGA:
ESTUDIO SOLICITADO POR:
EVALUADORES:

*Motivo de
consulta de
quien?*

MOTIVO DE CONSULTA

es enviado a valoración neuropsicológica y psicológica por tener actualmente problemas de conducta en clase, impulsividad, fallas en la socialización con algunos de sus compañeros, además de un rendimiento académico más bajo que lo esperado para su edad. Se hace valoración neuropsicológica por presentar notorios síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la escuela y en otros ambientes de la vida de a fin de detectar el origen de la conducta de y otorgar estrategias de manejo y opciones de tratamiento.

→?

PRUEBAS APLICADAS

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	PRUEBAS PEDAGÓGICAS
<p>1 4 • Escala de inteligencia Wechsler para la edad escolar WISC IV • ✓</p> <p>2 4 • Evaluación del Desarrollo Neuropsicológico Nepsy. (España) ✓</p> <p>3 4 • Test gestáltico visomotor Bender * ✓</p> <p>4 4 • Método de evaluación de la percepción visual: Frostig II. ✓</p> <p>5 4 • Evaluación de la articulación y el lenguaje expresivo y comprensivo ✓</p>	<p>• Escala Beta → 10</p> <p>• Escala Alfa → 11</p> <p>• Test Expresivo de Gardner → 12</p> <p>• Test de evaluación de las Habilidades matemáticas TEMA-3 → 13</p> <p>• PRO-ESC Y PRO-LEC → 14</p>
PRUEBAS PSICOLÓGICAS	ÁREA MOTORA
<p>6 4 • Test del dibujo de la familia</p> <p>7 4 • Test del dibujo de la figura humana de Machover Ta Hta</p> <p>8 4 • HTP •</p> <p>9 4 • Cuestionario de Apercepción Temática: CAT</p>	<p>• Evaluación estática y dinámica</p> <p style="text-align: center;">→ 15</p>

PRESENTACIÓN Y CONDUCTA

es un niño de complexión delgada, cabello castaño oscuro, de estatura baja, de tez morena, de apariencia física adecuada a su edad cronológica. es un niño que asiste a con regularidad para trabajar su nivelación académica en relación a las matemáticas y la lectoescritura. Durante el desarrollo de su programa ha mostrado conductas impulsivas, e hiperactivas ante el trabajo, sus materiales se caracterizan por no llevar un orden y homogeneidad en lo trabajado.

Respecto a la evaluación fue traído por su mamá a todas sus citas de valoración. se mostró opocisionista de manera pasiva a la aplicación de las evaluaciones y ante las sugerencias de juego. asistió a sus subsecuentes citas de valoración en buenas condiciones de higiene y aliño, observándose que está ubicado en persona, lugar y espacio.

Se observaron problemas de conducta cuando se le exige el trabajo o cuando el no toma las decisiones de las actividades. Hay una franca opocisión al esfuerzo tanto físico como intelectual. → 5:

mostró dificultad al realizar las actividades que se le pedían de forma adecuada e inmediata, se observó una necesidad importante de repetición de las instrucciones e incluso dirección para realizarlas, necesidad de moldeamiento y de continua motivación. expresó de manera poco asertiva el cansancio tomando su conducta de manera infantil y opocisionista, negándose a trabajar e intentando manipular mediante las emociones, tiene descargas repentinas de ira y verbaliza que no quiere hacer las cosas y guiándose completamente hacia las actividades lúdicas.

Durante la aplicación de las pruebas, se mostró rígido en el pensamiento, preocupado y ansioso ante algunas tareas que le requerían mayor esfuerzo, expresaba que el no podía o no sabía como hacer ciertas cosas. Mostró excesiva inquietud motora para las actividades y mucha reactividad ante los distractores.

Presenta preferencia manual diestra, con un ritmo de trabajo lento en todas las pruebas o excesivamente hiperactivo y ansioso, así como con evitación hacia las actividades que requieren manipulación de material, escritura o lectura.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de la siguiente forma:

En un primer apartado lo que se refiere al coeficiente intelectual, la velocidad, las habilidades visoespaciales y la evaluación neuropsicológica.

Posteriormente se muestran los resultados de las evaluaciones pedagógicas, seguidas de la evaluación motora y de la evaluación emocional, estos últimos de manera integral. Al final se presenta el diagnóstico y las recomendaciones que se consideran pertinentes.

COEFICIENTE INTELECTUAL

1 **ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER (WISC IV).** Es una prueba que mide la habilidad intelectual y se conforma de varias escalas cada una de las cuales mide diferentes aspectos de la inteligencia.

Con relación al puntaje esperado para los niños de su edad, siendo de 100 puntos el promedio normal, obtuvo los siguientes resultados:

ÁREA	INDICE	CLASIFICACIÓN
Comprensión Verbal	106	Normal Promedio
Razonamiento Perceptual	106	Normal Promedio
Memoria de Trabajo	91	Normal Promedio
Velocidad Procesada	91	Normal Promedio

TDAH
tienen
problemas.

El **Coefficiente Intelectual Total** obtenido es de: **99 Normal promedio**, lo cual la ubica dentro del rango **Normal Promedio**.

Con relación a las escalas del WISC- IV, obtuvo los siguientes índices compuestos:

ESCALA	ÍNDICE COMPUESTO	EDAD MADURATIVA
Comprensión verbal	106	6 años
Razonamiento perceptual	106	6 años
Memoria de trabajo	91	6 años
Velocidad de procesamiento	91	6 años
Escala Total	99	6 años

Los resultados que muestra la tabla anterior refieren de manera general que posee adecuadas capacidades de comprensión verbal, de consolidación y evocación de la información, con un correcto razonamiento perceptual en tareas concretas y de igualación de patrones, y de abstracción espacial. Se hallaron puntajes más bajos se encuentran en la memoria de trabajo y en la velocidad de

Falso

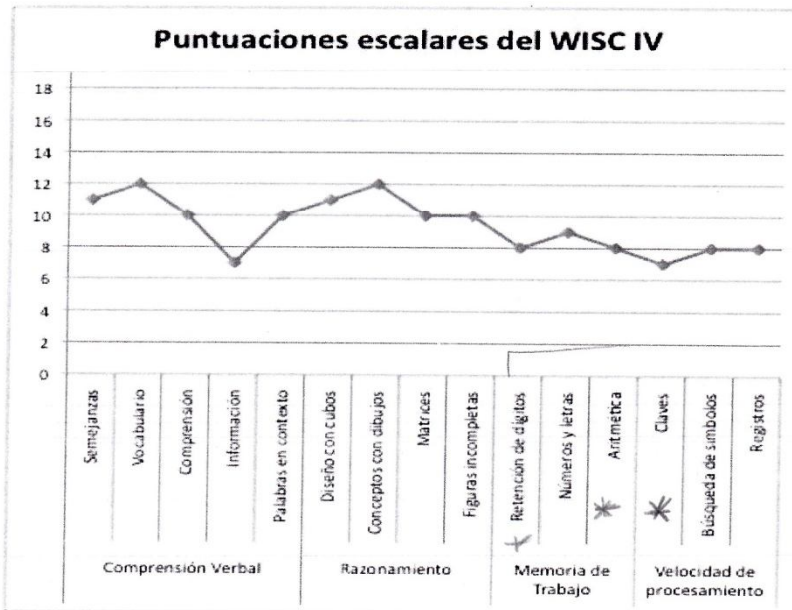
procesamiento, las cuales se deben a factores relacionados a la atención, como la selección y el sostén atencional.

TDA
-?

posee un vocabulario bueno y es capaz de utilizarlo de manera adecuada, así mismo, pone de manifiesto que su memoria a largo plazo y capacidad de aprendizaje es bueno adecuado para su edad cronológica.

Sin embargo, el índice de memoria de trabajo está por debajo de su potencial, esto debido a la dificultad que tiene para seleccionar su foco atencional, planificar su conducta y construir efectivamente los estímulos que se le piden y trabajar con velocidad, estos puntajes son significativamente bajos en actividades que requieren atención focalizada y selectiva.

Lo que se puede observar en los resultados es que la velocidad de procesamiento de la información en material verbal es adecuada a su edad y en el área de ejecución es inferior a la esperada para su edad. La capacidad para seleccionar su atención visual, así como su habilidad para rastrear, secuenciar o discriminar de manera correcta la información visual que se le presenta, se encuentra por debajo de lo esperado para su edad cronológica. En las cuestiones relativas al funcionamiento de los procesos cognoscitivos relacionados a las funciones psicológicas superiores frontales se observa el funcionamiento inferior al promedio, lo que se interpreta como problema de funcionamiento ejecutivo de predominio dorsolateral y orbito frontal.



*Caract. de TDAH

ASPECTOS PERCEPTUALES Y DE MADURACION

3 → Que califica

3 → TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE LAURETA DE BENDER. Esta prueba mide el nivel de maduración en la percepción visomotriz, a través del lápiz y el papel, realizando la copia de dibujos considerando la planeación y organización del espacio gráfico.

consigue una edad madurativa de 5 años 6 meses lo que lo coloca en un nivel inferior a lo esperado para su edad cronológica. Sus trazos de las figuras son reconocibles, pero se encuentran fallas relacionadas al cierre visual, y a la impulsividad del trazado, así como diversos indicadores emocionales.

De los indicadores emocionales encontrados están:

La falta de capacidad para planear e incapacidad para organizar el material presentado y confusión mental.

Baja tolerancia a la frustración y explosividad.

Conductas de *acting out* emocional que denotan impulsividad emocional y falla en el control de impulsos y emociones.

Agresividad e impulsividad manifiesta, resultado de problemas emocionales.

4 → MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN VISUAL DE FROSTIG. Esta prueba mide la capacidad que tiene el niño para percibir las habilidades de coordinación visomotora, figura-fondo, constancia de la forma, posición en el espacio, copia, relaciones espaciales, cierre visual y velocidad visomotora.

Teniendo en consideración que 100 puntos, para el primer recuadro, y 10 puntos para el segundo, son equivalentes a un rendimiento promedio.

obtuvo los siguientes resultados:

COMPUESTO	COCIENTE	CLASIFICACIÓN
Percepción visual con respuesta motriz reducida	100	PROMEDIO
Integración visomotora	90	PROMEDIO
Percepción visual general	90	PROMEDIO

media

no presenta dificultad para la percepción visual que requiere de

respuesta motora, sin embargo, hay puntuaciones menores relacionadas a la ejecución de igualación dos figuras que tienen la misma ubicación espacial y la integración ojo-mano. La coordinación de las cuestiones motoras con la percepción visoespacial le resulta difícil.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

En el caso de la evaluación neuropsicológica se presentan las puntuaciones de las pruebas y los procesos que miden y posteriormente se hace un resumen de las habilidades tomando en cuenta el desempeño completo en todas las pruebas.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO (NEPSY)
 Instrumento diseñado para valorar el desarrollo neuropsicológico en preescolares y escolares, en cinco áreas funcionales: Atención y funciones ejecutivas, Lenguaje, Funciones Sensoriomotoras, Procesamiento visoespacial y Memoria y aprendizaje.

La puntuación media de la población general es de 100 puntos para esta escala. Las puntuaciones obtenidas por escalas fueron las siguientes:

Marit
Korkman
Osula
Kirk
Sally Kemp
2007

ESCALAS	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
Atención y Funciones Ejecutivas	70	Bajo
Lenguaje	90	Promedio
Funciones sensoriomotoras	85	Promedio bajo
Procesamiento visoespacial	85	Promedio bajo
Memoria y aprendizaje	90	Promedio

Resultados por subprueba de las escalas (siendo 10 la puntuación media):

FUNCIONES EJECUTIVAS		
ÁREA	HABILIDAD	PUNTAJE
Tower	Evalúa la planeación no verbal y la resolución de problemas.	5
Atención auditiva	Evalúa la capacidad para mantener la atención selectiva y retener la información.	7

Atención visual	Evalúa la habilidad para atender estímulos visuales y rastrearlos.	7
Habilidad en diseño	Evalúa la creatividad para generar diseños nuevos sobre formas estructuradas e inestructuradas.	6
Estatua	Evalúa la capacidad para inhibir la impulsividad motora y verbal al mantener una postura, ante distractores auditivos.	Por abajo de lo esperado
Pega y toca	Evalúa la autorregulación y la habilidad para inhibir impulsos inmediatos de las manos, que son presentados mediante estímulos visuales que hacen contraste con instrucciones verbales.	Por abajo de lo esperado

presenta puntajes por debajo de lo esperado para su edad cronológica. No capaz de inhibir su impulsividad y regular los impulsos motores inmediatos, continuamente desea abandonar la actividad e incluso se molesta o maltrata los materiales de trabajo. Intenta desafiar la autoridad, así como también pierde el foco atencional y la motivación para la tarea.

LENGUAJE		
ÁREA	HABILIDAD	PUNTAJE
Procesamiento fonológico	Evalúa la capacidad para identificar palabras a partir de un segmento y formar una integración auditiva.	9
Nominación de palabras con velocidad	Evalúa la habilidad para producir y nombrar palabras familiares, con velocidad, ante figuras presentadas simultáneamente.	9
Comprensión de instrucciones	Indica la habilidad para procesar y responder a órdenes verbales de complejidad sintáctica.	9
Repetición de palabras sin sentido	Evalúa la posibilidad de codificar y decodificación palabras complejas y no familiares. Esta habilidad se lleva a cabo sin el factor de velocidad.	9

tiene un muy buen almacén nominativo y semántico. Identifica los sonidos de las palabras y es capaz de codificar palabras poco familiares. La habilidad de para comprender, tanto instrucciones verbales sencillas (una instrucción por frase), como complejas (dos o más instrucciones por frases), se encuentra en un nivel promedio.

AREA SENSOMOTORA		
ÁREA	HABILIDAD	PUNTAJE
Destreza en la punta de los dedos	Evalúa la habilidad para organizar, secuenciar, coordinar y monitorear con rapidez y exactitud movimientos finos de los dedos.	7
Imitación de posiciones de manos	Evalúa la habilidad para imitar la posición de las manos, a partir de un modelo.	9
Precisión visomotora	Evalúa las habilidades motoras finas y la coordinación mano-ojo.	9
Discriminación táctil mano preferente	Evalúa la habilidad para percibir la información sensorial sin ayuda visual y para diferenciar táctilmente los dedos.	Por debajo de lo esperado
Discriminación táctil mano no preferente	Evalúa la habilidad para percibir la información sensorial sin ayuda visual y para diferenciar táctilmente los dedos.	Por debajo de lo esperado

Se observan algunas cinsesias en las ejecuciones motoras coordinadas en las que hay presencia de movimientos parásitos faciales y del lado contralateral al empleado para la tarea.

AREA VISOESPACIAL		
ÁREA	HABILIDAD	PUNTAJE
Copia de diseños	Evalúa la integración visomotora, en la que se requiere habilidades de integración visoespaciales y coordinación motora, así como de la organización perceptual.	7
Flechas	Evalúa la habilidad para juzgar la dirección, la angulación y orientación de las líneas.	8
Construcción con bloques	Evalúa la capacidad de planear y organizar los movimientos en el espacio.	9
Descubrir la ruta	Evalúa la orientación y direccionalidad en un plano.	lo esperado

MEMORIA Y APRENDIZAJE		
ÁREA	HABILIDAD	PUNTAJE
Memoria de caras	Evalúa la memoria visual mediata e inmediata de datos aislados.	9
Memoria de nombres	Evalúa la adquisición y evocación de información verbal a través de un aprendizaje visual.	11
Memoria narrativa	Evalúa la evocación inmediata de un relato, de forma espontánea y ante cuestionamientos.	10
Repetición de oraciones	Evalúa el span de memoria verbal y la memoria a corto plazo.	10

no presenta dificultad en su capacidad para retener, acceder y evocar la información verbal que se le presenta. Tiene buena memoria verbal a corto y largo plazo y los errores observables son en su mayoría atencionales.

HABILIDADES PEDAGÓGICAS

10 Δ **ESCALA BETA-COMPRENSIÓN DE FRASES.** *Evalúa la habilidad para comprender el significado y el significante a través de una frase con ayuda visual.*

La comprensión de conceptos, tanto concretos como abstractos, se encuentran en una edad madurativa de 6 años. Realizó la actividad con un ritmo de trabajo adecuado. Se pudo observar que logra comprender los conceptos abstractos dentro de una frase.

11 Δ **ESCALA ALFA-COMPRENSIÓN DEL VOCABULARIO.** *Evalúa la comprensión del vocabulario en forma aislada, mediante la asociación de la palabra con una imagen representativa.*

En esta prueba se puede observar que logra comprender, muy bien, conceptos aislados con ayuda visual. Obtuvo una edad madurativa de 6 años.

11 **ESCALA ALFA. EXPRESION VERBAL. Valora la expresión verbal partiendo de la modalidad visual a través de la descripción de una lámina.**

Realizó una narración en la cual logra describir los elementos propuestos en la lámina. menciona a los personajes presentes y la actividad que realizan, además formuló relaciones causales y antecedentes de las actividades descritas. Logró una edad madurativa de 6 años

12 **TEST EXPRESIVO DE GARDNER. Valora la expresión verbal para la formación de conceptos a través de la asociación dibujo – palabra.**

Fue capaz de nominar varios conceptos, tanto concretos, sin embargo en los conceptos abstractos mostró ambigüedad y dificultad lo que aun es normal para su edad.

KEY MATH. Evalúa el aspecto lógico y mecánico de las áreas matemáticas arrojando el nivel de funcionamiento a un grado escolar. Se encuentra estandarizada en Estados Unidos, por lo que algunas de las subescalas están un poco por debajo al nivel que tenemos en nuestro país, pero es una excelente herramienta para evaluar el desarrollo matemático en el niño.



De acuerdo con el perfil de los resultados de esta prueba, el desempeño de , está por debajo de su año escolar en algunas de las habilidades evaluadas.

El conocimiento y el razonamiento numérico se encuentran desarrollados en un nivel equivalente de nivel preescolar puede realizar conteos sencillos, no le es posible realizar operaciones sencillas como sumas y restas de forma independientes, únicamente con apoyo.

Evaluación de las primeras letras. EPL. Evalua el conocimiento, la escritura y la relación de las letras con su sonido o su nombre.

Logra la identificación de las vocales y las consonantes, y tiene conocimiento de algunos sonidos de consonantes aunque aún no las maneja a la perfección y hay confusiones de origen fonológico en su desempeño. Los conocimientos de las letras se lleva acabo de manera silábica. El nivel académico de exigiría la lectura y la escritura de palabras polisilábicas, lo cual no es posible para mostrando un problema en la adquisición de estos procesos.

no es capaz de realizar dictado de palabras trisilabas, en ocasiones el dictado de bisilabas directas es posible, si estas no llevan silabas con ortografía

arbitraria.

Su nivel de adquisición de la escritura es de 2 de preescolar, mientras que la lectura esta en un nivel de 3 preescolar.

ARTICULACIÓN

RESPIRACIÓN

presenta una respiración torácico-abdominal superficial. En relación a su ritmo respiratorio se observó que es capaz de realizar 20 inspiraciones-espirones por minuto, lo cual se encuentra por abajo del rango normal, el cual debe fluctuar entre 24 a 30 veces por minuto. Realiza la inspiración en 2 seg., la espiración en 3 y la retención del aire por 5 segundos. Al soplar lo hace con intensidad media, adelantando ligeramente los labios.

CAVIDAD ORAL

El tono muscular en los labios y lengua es adecuado. Es capaz de realizar movimientos linguales: adentro, afuera, elevar, descender y lateralizar. Aunque logra la circundación y tocar el paladar, presentó dificultad para realizar ambos movimientos.

ARTICULACION

No se observan dificultades articulatorias importantes, sin embargo, la pronunciación de la /s/ inicial, intermedia y final (alveolar, fricativa, sorda), la /f/ (labiodental, fricativa, sorda). se lleva acabo de manera deficiente, logrando un seseo de estas letras o cambiandolas por otros fonemas. Es capaz de articular todos los sonidos vocálicos de manera adecuada. En cuanto a los diptongos o palabras con dos vocales juntas logra emitir sin dificultad au, ei, ie, ua y ue.

AREA MOTORA

15 VALORACIÓN ESTÁTICA

es una niño tipo orgánico delgado, con el tono muscular bajo para su edad. Los arcos de movimiento para las articulaciones de los miembros superiores e inferiores están obstruidos. La fuerza muscular es baja para los grupos musculares extensores de cabeza, tronco, cuello, como para los músculos flexores de cabeza, cuello, tronco y caderas.

Plano Anterior

La cabeza se encuentra fuera de la línea media con inclinación. Los miembros superiores se extienden por delante del cuerpo. Las crestas iliacas están dispuestas de forma alada. Las articulaciones de rodillas presentan inclinación hacia adentro de la línea media y en rotación interna.

Plano Posterior

La cabeza se encuentra con inclinación hacia la derecha. El hombro derecho es ligeramente más alto que el izquierdo, esto debido a malos hábitos en la posición.

Plano Lateral

La cabeza se encuentra sobre la línea media. La columna vertebral presenta una exageración de su curvatura normal en la región lumbar. Los miembros superiores se extienden con semiflexión de la articulación de codo para caer por delante del cuerpo, la pelvis presenta inclinación hacia el frente y se observa una falta de disociación.

VALORACIÓN DINÁMICA -15

Puede pararse sobre la punta de los pies manteniendo la posición por breve tiempo, con pérdida del equilibrio hacia el frente. Puede pararse sobre un solo pie, manteniendo la posición por muy poco tiempo, mostrando inestabilidad para mantener la posición cuando utiliza como apoyo el pie izquierdo, aunque puede hacerlo con esfuerzo.

Puede cambiar de posición a sentado y de pie, no utiliza posiciones intermedias.

Durante la marcha en viga de equilibrio mientras tiene soporte el desempeño es bueno, cuando necesita hacerlo sólo se observa la presencia de temblor intermitente y sincinesias. Se observa ligera inclinación del pie hacia fuera al caminar y pie en garra, así como pie plano.

Se observa falta en el desarrollo de los reflejos de defensa.

ASPECTOS EMOCIONALES

Estos aspectos se interpretan a partir de las siguientes pruebas psicológicas proyectivas: Test de la Figura Humana de Machover, Test del Dibujo de la Familia, Test de Apercepción Temática C.A.T..

La interpretación de los aspectos emocionales se hace en función a lo mostrado consciente e inconsciente con las pruebas aplicadas. Se observa que a los estímulos emocionales, o relacionados a la vida familiar y social le generan ansiedad

y exacerbaban su impulsividad tanto motora como verbal, así como su oposición hacia el trabajo.

no es capaz de percibir de manera adecuada la realidad que la rodea ya que tiende a concebir su realidad como amenazante y poco segurizante, esta centrado en las problemáticas y los efectos negativos de las situaciones cotidianas, hay muestra de una plena depresión y sensación de minusvalía, así como pensamientos relacionados a desaparecer. ve en situaciones cotidianas problemas familiares y situaciones de riesgo y competitividad, tiende a magnificar los aspectos negativos y a sentirse sumamente atraído como amenazado por las cosas novedosas.

Tiene un pensamiento centrado en la lucha y la defensa del ambiente. tiene una sensación de abandono y rechazo que le genera excesiva ansiedad y conducta opocionista, hay pensamiento ambivalente y desorganización mental.

Es un niño sensible, temeroso, ansioso, rígido, impulsivo y perseverante. Se observó muy pobre tolerancia a la frustración, lo cual incrementa sus conductas impulsivas, eleva su ansiedad y su mal comportamiento, hay fuertes indicadores de depresión generados por su pobre autoconcepto y la falta de seguridad que siente en el ambiente.

Inconscientemente, se pusieron de manifiesto sentimientos de egocentrismo, debilidad, vulnerabilidad, inadecuación y rasgos de naturaleza ansiosa ante el temor al daño físico o castigo, la desaprobación, la pérdida de cariño y el abandono.

Sus principales defensas ante los conflictos, son la agresión y la conducta opocionista.

observa a su mamá como una persona confundida, débil, supeditada a las opciones o los deseos de los demás, que puede llegar a sentirse devaluada y que no se divierte, aunque haga esfuerzos por mostrarse feliz, la observa como una mujer que intenta mantener el control sobre las situaciones familiares fracasando significativamente. A le es difícil interpretar como se puede estar sintiendo, observa en ella mensajes ambivalentes de cariño y agresión pasiva. siente que su mamá tiene impulsos de alejarse de él, y es de ahí de donde proviene su temor a ser abandonado, observa a su mamá en desesperación y necesidad de ayuda.

observa a su papá como una figura amenazante y poderosa, que obtiene lo que quiere mediante la agresión y la impulsividad, lo mantiene como un ejemplo de acción y lo coloca en una situación de privilegio frente a las personas que conoce. Observa en él a una persona desorganizada que tiene descargas repentinas de ira a las que necesita someterse, pero en las que posteriormente reflejará su inestabilidad emocional.

se siente lejos del núcleo familiar, y en una ansiedad por pertenecer tiene

exigencias no planeadas y hace peticiones exageradas para que le sean satisfechos sus caprichos, como reflejo de las necesidades internas de afecto y aceptación, le genera temor la lejanía y teme no cumplir con las expectativas de ellos. Este temor le produce inseguridad lo que lo hace sentirse amenazado por los otros y con tendencias defensivas y agresivas ante el medio ambiente. También se observó que es un niño punitivo, con sus pares, resultado de las experiencias agresivas que experimenta pero que no es capaz de expresar abiertamente.

Se observa en el pensamiento de fantasía, relacionadas a la pérdida, el daño, la desaparición y la ausencia o abandono de la figura materna, así como a la ausencia de límites, lo que para él simboliza descontrol sobre su conducta.

La mayor parte del tiempo, se encuentra muy al pendiente de lo que sucede a su alrededor: permaneciendo en un estado de alerta constante ante cualquier estímulo que provenga del exterior. Se puede inferir que ha estado inmerso en un ambiente sobrecargado de estímulos, algunos de ellos negativos, que le han condicionado que reaccione con cierta angustia cuando percibe estímulos muy fuertes.

DIAGNÓSTICO

En el caso de la evaluación de hay diversas situaciones por tratar, a continuación se presentan por orden de importancia los resultados obtenidos.

obtuvo un **coeficiente intelectual de 99** el cual lo ubica en una clasificación de inteligencia **Promedio**. Esto condiciona la situación académica a factores relacionados a las capacidades cognitivas.

Hay evidencia importante de problemas emocionales con connotaciones depresivo ansiosas que generan irritabilidad y conducta opocisionista. Se observan datos de un mal manejo conductual en casa que exacerba la situación socioafectiva de

Existen puntuaciones relacionadas a la inmadurez de sistemas de asociación prefrontales, que arrojan fallas de memoria de trabajo, atención, planificación, y las conductas dirigidas a metas, así como fallas en las actividades con componente premotor, en este sentido las ubicación de estas podrían encontrarse en áreas de asociación motora, que de igual manera se encuentran en el lóbulo frontal. En estos rasgos observamos datos de organicidad relacionadas a un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

no cumple con los criterios diagnósticos de los padecimientos generales del desarrollo, aunque hay indicadores importantes de un aumento en la ansiedad.

De acuerdo a que manual?

Padres No xq' no se hizo una HC.

Respecto a sus fallas atencionales cumple con los criterios diagnósticos del DSM IV-TR del **Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) de tipo combinado**, ya que se observaron en evaluación directa e indirecta con padres y maestros los siguientes síntomas de Inatención:

El DSM-IV no se Dx en población Mexicana

Tiene problemas visuales.

- 1) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- 2) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas lúdicas NO
- 3) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, SI
- 4) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades NO
- 5) Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos) SI
- 6) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes NO
- 7) Es descuidado en las actividades diarias NO

Los siguientes signos de hiperactividad e impulsividad también pudieron observarse en la valoración:

- 1) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento NO
- 2) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado escuela SI
- 3) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado NO hacerlo
- 4) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio NO
- 5) Habla en exceso NO
- 6) Tiene dificultades para guardar turno NO - 3
- 7) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en NO conversaciones o juegos)
- 8) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas NO

NOTA

Los indicadores anteriores, así como las fallas encontradas en las ejecuciones relacionadas a la atención y a la velocidad de reacción así como al funcionamiento ejecutivo son muestra de la organicidad que caracteriza el TDAH de

= problemas visuales =

Los indicadores relacionados a un probable trastorno del aprendizaje se atribuyen a los defectos atencionales que han causado fallas en el aprendizaje de los procedimientos relacionados a la escritura, la lectura y las matemáticas, todas están también afectadas por las fallas en los sistemas de asociación sensoriomotora que están en la base de los aprendizajes de estas habilidades. Por lo tanto el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje sería remplazado por una inmadurez del sistema sensoriomotor, que no sólo afecta a los procesos de aprendizaje, sino también a el desempeño motor tanto grueso como fino, ocasionando desintegración sensorial.

* SINCINESIAS ⇒ Movimientos involuntarios de una parte del cuerpo cuando se realiza mov. voluntario con otra

RECOMENDACIONES

Se recomienda que [redacted] asista a consulta psiquiátrica por presentar signos de inmadurez neuropsicológica y conducta opocisionista. Es necesario que se contemplen todos los datos de inatención e impulsividad que se mostraron en la valoración, así como la presencia de sincinesias, y falta de integración sensorial, presente en [redacted] pues denotan factores de organicidad relacionados a inmadurez neuropsicológica.

A reserva de la revisión psiquiátrica, se recomienda que [redacted] inicie un tratamiento neuropsicológico para potencializar la maduración de sus habilidades atencionales y de su funcionamiento ejecutivo, así como mejorar la situación académica.

En lo que respecta a sus problemas emocionales y de conducta, presenta dificultades relacionadas a la tolerancia a la frustración, sentimiento de minusvalía, explosividad y falta de manejo conductual. Estas situaciones tienen que ser abordadas en todos los ambientes de [redacted], y para estos se sugiere el uso de estrategias de modificación de conducta.

Es importante analizar y valorar si en casa los padres necesitan apoyo terapéutico para manejar la educación de [redacted], es necesario ayudarlo a sentirse seguro y recuperar la estabilidad emocional. Es necesario la unificación de actitudes y reacciones tanto en casa como el colegio para lograr darle seguridad a [redacted].

Es necesario aprender a educar con afecto y generar confianza básica en [redacted], así como ser firmes y congruentes en la educación del niño. Es necesario que los padres hagan una revisión de prioridades y elaboren estrategias de manejo de sus situaciones emocionales, así como observar a detalle la conducta de [redacted] desde una perspectiva social.

ATENTAMENTE

Cédula profesional

Reporte de Valoración Psicológica

Confidencial

Lic. Psic **Confidencial**

Número de cédula: **Confidencial**

Psic. Pamela Compañ Bailón

Matricula UNAM 408533001

Plaza de la Republica No. 51 segundo piso Col. Tabacalera. Delg. Cuauhtémoc C.P.06030

México D.F. a 17 de Mayo del 2012

Informe de Valoración Psicológica

Este estudio se realiza a petición de los padres del menor, debido a inconsistencias que se observaron en una valoración psicológica anterior.

Ficha de identificación

Nombre del paciente	Confidencial
Edad (años y meses)	6 años 6 meses
Lugar de Nacimiento	México D.F.
Escolaridad	Primer año de Primaria

Nombre de la Madre	Confidencial
Edad	37 años
Lugar de Nacimiento	México D.F.
Nivel de Estudios/Ocupación	Licenciatura / Confidencial
Religión	Católico
Dirección	Confidencial

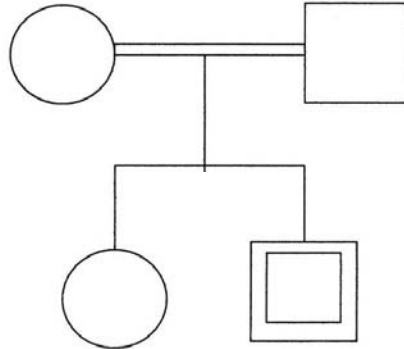
Nombre del Padre	Confidencial
Edad	39 años
Lugar de Nacimiento	México D.F.
Nivel de Estudios/Ocupación	Preparatoria / Confidencial
Religión	Católico
Dirección	Confidencial

Entendimiento, discernimiento y razón

C.C.P Expediente

Confidencial

Familiograma



Motivo de consulta:

Según refieren los padres, **Confidencial** presenta problemas de inseguridad y escolares; sospechan también de un grave problema de TDAH, el cual se diagnosticó anteriormente, por lo consiguiente se realizó esta evaluación y se propuso un plan de trabajo.

Técnicas utilizadas para la evaluación psicológica:

- Entrevista con el menor
- Entrevista con los padres
- Cuestionario a la profesora
- Test Gestáltico Visomotor de Loretta Bender - Koppitz
- House Tree Person H.T.P.
- Test del dibujo de la figura humana Machover-Geodenough
- Test del dibujo de la familia
- Escala de inteligencia WISC-RM
- Sesión de juego

Se desglosa el tiempo de la evaluación psicológica:

Entrevista con los padres para obtener la Historia Clínica del paciente: 3 sesiones de 2 horas

Entrevista con el menor: 1 sesión de 1 hora

Sesión de juego: 2 sesiones de 1 hora

Entendimiento, discernimiento y razón

C.C.P Expediente

Confidencial

En una sesión de 1 hora se le aplicó la siguiente prueba:

Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender – Koppitz

En una sesión de 1 hora se aplicaron las siguientes pruebas:

House Tree Person H.T.P.

Test del dibujo de la figura humana Machover-Geodenough

Test del dibujo de la familia

Escala de inteligencia WISC-RM: 3 sesiones de 1 hora

Descripción del menor:

Confidencial es un niño cuyo aspecto físico corresponde a su edad cronológica. Es delgado, de estatura ligeramente por debajo del promedio, tez morena clara, cabello obscuro.

A las sesiones se presentaba invariablemente bien aliñado. Cabe mencionar que en la primera sesión llegó con una actitud cooperativa para laborar. Al principio de la entrevista se mostró tranquilo y atento, con la confianza necesaria para realizar las pruebas posteriores.

Durante las sesiones posteriormente requeridas para la evaluación dio muestras de ser un niño con seguridad en los trabajos que realizó, aunque manifestó problemas para expresarse e intolerancia a la frustración, rechazando las actividades que requerían un esfuerzo mayor.

Cuando a **Confidencial** recibe halagos se siente cómodo y evidencia señales de gratitud. También se hizo patente su actitud dependiente, siguiendo las reglas establecidas de manera casi automática.

Entendimiento, discernimiento y razón

C.C.P Expediente

Confidencial

Interpretación de resultados obtenidos en la evaluación psicodiagnóstica

Los resultados arrojados por la batería de pruebas aplicada a **Confidencial** permiten afirmar que posee un nivel intelectual y de madurez ligeramente superior a su edad cronológica, con coeficiente intelectual de 106 y una edad escalar que corresponde a su edad cronológica. En cuanto a su percepción visomotora posee un nivel de madurez adecuado y sin indicadores de daño neurológico, muestra buena capacidad para visualizar un todo a partir de sus partes, persistencia y una práctica exitosa de ensayo y error. Sin embargo, muestra algunos rasgos de angustia y ansiedad, de los cuales provienen sus problemas escolares.

Confidencial proporcionó respuestas que nos pueden indicar su nivel cultural y social, el cual es acorde a su edad, entre las habilidades de **Confidencial** encontramos una dificultad ideognósica propia de su edad, es decir, falta de habilidad para entender conceptos matemáticos y las relaciones entre ellos, además se le dificultan los cálculos mentales.

En cuanto a sus fortalezas se encuentran un juicio social y sentido común adecuado, reconoce asertivamente las demandas sociales, conoce las reglas de conducta convencionales y las acata según su conveniencia, presenta una habilidad para conceptualizar, sin embargo, una vez más la ansiedad se manifiesta impidiendo desarrollar al máximo su potencial.

Muestra rasgos de inseguridad e introversión, los cuales se deben trabajar para mejorar sus relaciones personales, ya que percibe muchos factores estresantes sobre su persona.

En relación a su percepción de la dinámica familiar se le observa dependiente del núcleo familiar, asimismo la figura más significativa para él es el padre.

Presenta las conductas de autoayuda esperadas y necesarias para su edad, su desarrollo motriz no presenta problema alguno, en cuanto al desarrollo de lenguaje, presenta algunos vicios de pronunciación.

Entendimiento, discernimiento y razón

C.C.P Expediente

Confidencial

Presenta un nivel cognitivo apropiado, es decir, que tiene la facultad de procesar información a partir de su percepción, y una capacidad de razonamiento adecuada. Con respecto a la socialización se muestra inseguro e impaciente.

Se descarta por completo algún daño de tipo neurológico, problemas de aprendizaje y TDAH, ya que sus dificultades escolares se deben al estrés y ansiedad detectados.

Diagnóstico

El conflicto con **Confidencial** es primordialmente emocional, angustia y estrés, debido a presiones familiares, sociales y escolares.



Psic. Pamela Compañ Bailón
Matricula UNAM 408533001
Supervisado por el Lic. en Psicología
Confidencial
Número de cédula: **Confidencial**

Entendimiento, discernimiento y razón

C.C.P Expediente

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Psic. Pamela Denisse Compañ Bailón, de la Universidad de Negocios ISEC. Numero de matrícula 072593-4 Matrícula UNAM 408533001.

La meta de este estudio es la realización de una tesis de Licenciatura en Psicología, con el propósito de dar a conocer y explicar la importancia que debe de tener el profesional de la salud en encargarse al diagnosticar debidamente, diferencial y proponer las técnicas adecuadas para el mejoramiento del paciente. Así como describir a través de un mal diagnóstico como se genera una creencia y esta puede ser perjudicial para el paciente y su entorno.

Si usted accede a participar en este estudio, y el de su hijo (a) se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o lo que fuera según el caso) y la realización de aplicaciones de pruebas psicológicas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que se haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los registros de las conversaciones grabadas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Psic. Pamela Denisse Compañ Bailón.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la realización de una tesis con los siguientes objetivos. Dar a conocer y explicar la importancia que tiene el profesional de la salud en encargarse al diagnosticar debidamente, diferencial y proponer las técnicas adecuadas para el mejoramiento del paciente. Así como describir a través de un mal diagnóstico como se genera una creencia y esta puede ser perjudicial para el paciente y su entorno.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos. Y la aplicaciones de pruebas psicológicas a mi hijo (a).

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Psic. Pamela Denisse Compañ Bailón al teléfono casa

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

REFERENCIAS

- Alcade, B. (2004). *Psicoterapia Psicoanalítica del TDAH*. Peru: APDA.
- Álvarez, L. (2001). Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (ADHD): Tratamiento Farmacológico. *Psiquiatría/Psicología en niños y adolescentes*, 103-110.
- Ardila, A., Rosselli, M., & Matute, E. (2010). *Neuropsicología del Desarrollo Infantil*. México: Manual Moderno.
- Asociación Estadunidense de Psiquiatría (2000) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ta ed.*, Texto rev. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statis Disorder Second Edition*. Washington DC.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statis Disorder Third Edition*. Washington DC.
- Barkley, R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Child's Mind*, 27, pp. 30-34.
- Ballesteros, R. (2004). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Banús, S. (2012). WISC-R WISC-IV. 2015, de TARRAGONA. Catalunya-España
Sitioweb:
<http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/wiscrwisciv/>
- Barragán E. & De la Peña F. (2008). Primer Consenso Latinoamericano y Declaración de México para el TDAH en Latinoamérica. *Revista Médica Hondureña*, 33-38.
- Barranca, J. (2009). *Tratamiento Psicológico*. 2015, de Psicólogo Clínico Sitio web:
<http://www.jorgebarranca.com/tratamiento-psicologico>.
- Batle, S. (2009). *Evaluación de la Atención en la Infancia y Adolescencia*. Master en Paidopsiquiatría, V, pp. 2-13. 2015, De Universidad Autónoma de Barcelona Base de datos.

Beauroyre, H., Téllez, V., Valencia, F.. (2011). Cronología Conceptual del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 2014, de Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=226&IDARTICULO=30080&IDPUBLICACION=3262>

Becerra D., Poza P., Valenzuela V. (2011). Guía Clínica: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 3-25.

Benassini, Ó. (2010). Trastornos de la Atención. México: Trillas.

Benjet, C., Cárdenas, M. De la Fuente, F., Feria, M., Palacios, L., & Vásquez, J... (2010). Guía Clínica para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. En Guía Clínica para la Atención de Trastornos Mentales (11-19). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Bulacio, J.M., Estevan, E., Vieyra, M. (2013). Uso de la Psicoeducación como Estrategia Terapéutica. Argentina: Fundación de Investigación en Creencias Cognitivas Aplicadas.

Calleja B. & Fernández A. (s.f.). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. España: ACANPADAH.

Cohen, R. (2002). Pruebas y Evaluación Psicológica. México: Mc Graw Hill

Cohen, R. (2014). The Neuropsychology of Attention. New York: Springer.

DAH, F. (s.f.). Guía del niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. Cartagena-Murcia: Federación Española de Asociaciones para la Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.

Definición ABC. (2007). Ética. 2014, de Definición ABC Sitio web: <http://www.definicionabc.com/general/etica.php>

Díez A. & Soutullo C. (2007). Manual Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, SA.

Díaz, L. (2011). Procedimiento y Proceso del Método Clínico. Textos de Apoyo Didáctico, 1, pp.1-21.

Esquivel, F., Heredia, C., & Lucio, E.. (1999). Psicodiagnóstico Clínico del Niño. México: Manual Moderno.

FACMED. (2007). Ketotifeno. 2015, de UNAM Sitio web: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ketotifeno.htm

FECMED. (2007). Metilfenidato. 2015, de UNAM Sitio web: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Metilfenidato.htm

FACMED. (2007). Imipramina. 2015, de UNAM Sitio web: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Imipramina.htm

Galimberti, U. (2006). Diccionario de Psicología. México: Siglo Veintiuno Editores.

Geoff, L. (2009). Ética Profesional y Psicología. Papeles del Psicólogo, 30, 184-194.

Gregory, R. (2001). Evaluación Psicológica: Historia, Principios y Aplicaciones. México: Manual Moderno.

Jaramillo, G. (2003). ¿Qué es Epistemología?. Redalyc, 18, 0.

José, O., Cornelio, N., Borbolla, M., Gallegos, A.(2011).Alteraciones Electroencefalográficas en niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Revista Neurología, 52, pp.S97-S101.

Kapalka, G. (2007). La Colaboración entre el Pediatra y Psicólogo en el Diagnóstico y Tratamiento de Niño con TDAH. Papeles del Psicólogo, 84-88.

Lozano S. (S.F.). Importancia de la Historia Clínica. 2015, de Siete Olmedo Sitio web: <http://www.sieteolmedo.com.mx/index.php/articulos/para-terapeutas/social/311-importancia-de-la-historia-clinica>

Macilla, B. (2012). Manual para Elaborar Informes Psicológicos. En Integración de Informes Psicológicos (pp.1-69). México: Facultad de Psicología,UNAM.

Manual Moderno. (2015). Instrumentos de Evaluación Psicológica. 2015, de Manual Moderno Sitio web: <http://www.manualmoderno.com/manualmoderno/directo.php?isbn>

=Martínez, G. (2008). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Revista de Psicología, 3-19.

Mata, N. (2010). Propuesta de Tratamiento Psicológico para TDAH. Madrid-España: Fundación Humanae.

MedlinePlus. (2015). Dextroanfetamina. 2015, de Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos Sitio web:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a605027-es.html>

MedlinePlus. (2015).Bupropión. 2015, de Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos Sitio web: <https://www.nlm.nih.gov/mDiagnóstico>

<edlineplus/spanish/druginfo/meds/a695033-es.html#other-information>

MedlinePlus. (2015).Clonidina. 2015, de Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos Sitio web: [https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682243-](https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682243-es.html)

<es.html>

MedlinePlus. (2015). Venlafaxina. 2015, de Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos Sitio web:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a694020-es.html>

Morga, L. (2012) Teoría y Técnica de la entrevista. México: Red Tercer Milenio.

Morillo, Y. (2008). El Perfil del Psicólogo Clínico. 2015, de Psicoacademic Sitio web: <http://psicoacademic.blogspot.mx/2008/03/perfil-del-psicologo-clnico.html>

Ostrosky, F. (2015). Máster Internacional en Neuropsicología Clínica. 2015, de Instituto de Altos Estudios Universitarios, Universidad Europea Miguel de Cervantes Sitio web: <http://www.iaeu.edu.es/estudios/psicopedagogía/que-es-la-atencion-neuropsicología/>

Papalia, D. (2012). Desarrollo Humano. México: McGrawHill/Interamericana Editores S.A de C.V

Paidós. (2015). Test del Dibujo de la Familia. 2015, de Paidós Sitio web: [http://www.libreriaPaidós.com/9789509238510/TEST+DEL+DIBUJO+DE+LA+FAMILIA+\(AMPLIADO+CON+103+I/](http://www.libreriaPaidós.com/9789509238510/TEST+DEL+DIBUJO+DE+LA+FAMILIA+(AMPLIADO+CON+103+I/)

Paidós. (2015). Cuestionario de Apercepción Temática CAT . 2015, de Paidós Sitio web: [http://www.libreriaPaidós.com/9789501260144/CAT+A+\(TEST+DE+APERCEPCION+INFANTIL+CON+FIG.+ANIM](http://www.libreriaPaidós.com/9789501260144/CAT+A+(TEST+DE+APERCEPCION+INFANTIL+CON+FIG.+ANIM)

Paidós. (2015). Test Gestáltico Visomotor Bender . 2015, de Paidós Sitio web: <http://www.libreriaPaidós.com/9789505000258/TEST+GUESTALTICO+VISOMOTOR+PARA+NI%C3%91OS%2c+EL/>

Paidós. (2015). test del dibujo de la figura humana de Machover . 2015, de Paidós Sitioweb: <http://www.libreriaPaidós.com/9788470302688/FIGURA+HUMANA+TEST+PROYECTIVO+DE+KAREN+MACHOVER/>

Pearson. (2015). NEPSY-II. 2015, de Pearson Clinical and Talent Assessment España Sitio web: <http://www.pearsonpsychcorp.es/producto/64/nepsy-ii>

Phares, J. (1999). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos, y Práctica. México: Manual Moderno.

Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. 2014, de Guías de Práctica Clínica en el SNS. de Cataluña Sitio web: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tdah_hiperactividad_aiaqs2010_compl.pdf

PMFARMA. (2009). TDAH en México, un problema de salud pública. 2014, de Postal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico Sitio web: <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/3859-tdah-en-mexico-un-problema-de-salud-publica..html>

Ramírez, M. (2014). Trastorno por Déficit de Atención, una realidad. El Economista, pp 5-10.

Ramiro, J. (2010). Actividades Físico-recreativas para el TDAH en niños. EFDeportes.com-Revista digital, Buenos Aires- Argentina.

Rodrigo V. (2013). Falsos Diagnósticos de TDAH y TDA. 2015, de Centro Psicológico Bilbao Sitio web:
https://www.google.com.mx/search?rct=j&q=que+es+DSm&gws_rd=cr&ei=jWL3VOL3JunksATnhoCoDA#q=que+es+dsm+iv

Rodríguez, A. (1992). Psicodiagnóstico Clínico. Salamanca: Eudema Universidad.

Rosset, M. (2005). Evaluación Psicológica. Madrid: Publicaciones Sanz y Torres.

Saw,P.,Greenstein,D.,Lerch,J.,Lenroot,R.,Gogtay,N.,Evans,A.,Rapoport,J., & Giedd,J. (2006) Intellectual Ability and Cortical Development in Children and Adolescents.Nature,440 (30), pp. 676-679.

Serma, L. (2009). Tratamiento con Neurofeedback en niños con TDAH. Universidad de Salamanca.

Servicio Vasco de Salud, Comisión de Historias Clínicas (2003). Reglamento de Uso de la Historia Clínica. España

Sociedad Mexicana de Psicología. (2014). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas.