



UNIVERSIDAD INSURGENTES PLANTEL LEÓN
INCORPORACIÓN CLAVE 8989-12 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“ANÁLISIS SITUACIONAL DE LOS USUARIOS CON TDAH DEL SERVICIO DE
PAIDOPSIQUIATRÍA DEL CAISAME”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ROCHA RAMÍREZ VALENTINA

ASESOR:

M. C. y T. E. SUSANA RODRÍGUEZ LUGO

LEÓN GUANAJUATO, 2020



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.

INDICE

I. Introducción	3
II. Objetivos	5
III. Marco teórico	6
3.1 Concepto de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	6
3.2 Antecedentes	7
3.3 Etiología	9
3.4 Epidemiología	11
3.5 Tipos de TDAH:	13
3.6 Síntomas del TDAH	14
3.7 Causas del TDAH	15
3.8 Participación de la enfermera en niños con TDAH	16
3.9 Diagnóstico	18
3.11 Tratamiento	19
IV. Marco de referencia	21
V. Material y método	24
5.1 Diseño	24
5.1.6 Operacionalización de variables y medición de variables	25
5.1.8 Definición del plan de procesamiento y presentación de la información.	27
VI. Organización y Administración de la Investigación	27
VII. Implicaciones Éticas	28
VIII. Resultados	29
IX. Discusión	38
X. Conclusión	39
XI Sugerencias	41
XII. Citas bibliográficas	42
XIII Bibliografía	42
VX. Anexos	43
14.1 Glosario	43

I. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neurológico del niño y que compromete un grupo de problemas relacionados con la falta de atención, hiperactividad e impulsividad generándole una importante dificultad para realizar eficientemente sus actividades diarias y académicas.

En la investigación se relacionó niños y niñas de las edades de Preescolar y Escolar (5 a 12 años) que acudieran a la consulta de Paidopsiquiatría, ya sea de primera vez o consultas subsecuentes encontramos que con un 74% son niños de las edades de 8 años y con un 30% niños de 7 años con un 20%, lo cual resulta ser que el género masculino tiene mucho más probabilidad de tener un trastorno de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad).

También daremos a conocer que en la etapa escolar es más frecuente esta enfermedad de TDAH ya que los niños empiezan a abrirse y se volverán más independientes y prestara atención a los adultos y a otros niños, querrá explorar sus alrededores y tendrá muchas preguntas, y ahí se verá reflejado este trastorno por que el niño con un trastorno de TDAH explotara más todas esas actividades de lo normal.

El (TDAH) es un cuadro sintomático heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se ha relacionado con una situación clínica típica de la infancia y la adolescencia, en la actualidad se define como un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo.

El compromiso del TDAH ha evolucionado e incrementado el riesgo de otros desordenes psicopatológicos durante la infancia, la adolescencia y la adultez., incluyendo conductas antisociales o delictivas, abuso de sustancias, desordenes ansiosos y afectivos, logros académicos/profesionales por debajo de las capacidades del individuo y estructuración anormal de la personalidad. (1)

Los niños que padecen este síndrome tienen un rendimiento escolar inferior al que les correspondería por su capacidad intelectual, y suelen tener dificultades para cumplir

con las pautas, manejarse en forma independiente, y responder a los límites que se les pone en el hogar y en la escuela. Por esta razón reciben más retos y castigos, y requieren una mayor supervisión de los padres y maestros para poder cumplir con sus obligaciones.

La convivencia con un niño o adolescente con TDAH no suele ser fácil. Este trastorno puede ocasionar serios problemas en el desarrollo de una persona, entre ellos, una disminución del rendimiento académico, dificultades en la adaptación social y como resultado, serios desajustes emocionales.

Hay tratamientos seguros y eficaces para el TDAH. El tratamiento idóneo es el que incluye la combinación de medicación, tratamiento conductual y apoyo individual, familiar y escolar. El riesgo del tratamiento farmacológico es muy inferior al riesgo de no tratar al niño. No nos podemos permitir el lujo de dejar a estos niños sin tratamiento, por los desastrosos resultados que esto produce a corto, medio y largo plazo. (2)

A través del presente estudio se muestra una visión clara y global en relación a este trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad para lograr mejor comprensión y sensibilización con respecto al tema.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General.

- Realizar un análisis situacional de los usuarios con Diagnóstico de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) de la consulta externa de Paidopsiquiatría del CAISAME León (Centro de Atención Integral a la Salud Mental).

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas de los pacientes de Paidopsiquiatría con diagnóstico de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) en el CAISAME León (Centro de Atención Integral a la Salud Mental) en el 2017.

III. Marco Teórico

3.1 Concepto de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad:

El TDAH es una condición neuropsiquiatría con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactado en diferentes áreas como la académica, laboral y social.

Hiperactividad: se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levantan del asiento, lo tocan todo, no paran quietos). Son ruidosos y hablan en exceso durante actividades que requieren tranquilidad.

Inatención: se caracteriza por dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido. A menudo parecen no escuchar, les cuesta seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y a perder objetos. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. Las dificultades de atención suelen aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica.

Impulsividad: se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. Se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta. (1)

Los niños y adolescentes con TDAH tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando así dificultades de adaptación familiar, escolar y/o social. El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta. (2)

Hace que un niño le sea difícil concentrarse y prestar atención. Algunos niños pueden ser hiperactivos o tener problemas para tener paciencia, puede ser que el niño le resulte difícil desempeñarse bien en la escuela o comportarse en su casa. (3).

3.2 Antecedentes

En 1798, Sir Alexander Crichton (1763- 1856), un médico y autor escocés, escribió acerca una “agitación mental” que parece muy similar al subtipo inatento del TDAH. Crichton describe las características de este trastorno, que incluían a la falta de atención y la inquietud en los niños, a los que denomino “los inquietos”. Observo que los niños afectados eran incapaces de prestar atención en la escuela y sugirió que recibieran educación especial.

En 1902, Sir George Still, M.D., un pediatra británico, dicto una serie de conferencias en el Real Colegio de Médicos donde describía una condición que provocaba un comportamiento impulsivo, hiperactivo, desafiante y falta de atención. Y llego a pensar que los comportamientos inaceptables eran causados por una “deficiencia en el control moral” y propuso que esta deficiencia se debía a una tendencia genética hacia la desviación moral o como resultado de una lesión en el nacimiento.

Después de las epidemias de encefalitis de 1917 y 1918, muchos pediatras notaron un aumento en el número de pacientes que presentaban síntomas de hiperactividad, falta de concentración e impulsividad. Los médicos consideraron que este daño fue causado debido a la encefalitis, una enfermedad que causa inflamación en el cerebro.

Entre 1937 y 1941, Bradley publica sus trabajos relacionados con el tratamiento de niños con trastornos conductuales con derivados de anfetamina, y la importante mejoría en los síntomas de hiperactividad y de los problemas conductuales. Un trastorno con síntomas similares al TDAH apareció por primera vez en el “Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales” (Manual of Mental Disorders o DSM) de la American Psychiatric Association (APA) en 1968. Se denomina “reacción hiperkinética de la infancia” y su principal síntoma era la hiperactividad. Los síntomas menores incluían incapacidad para concentrarse y sensación de desasosiego. El ritalin, un medicamento estimulante, se introdujo a los mediados de la década de los cincuenta y en la actualidad es ampliamente utilizado para tratar a los pacientes hiperactivos. (4)

Durante la década de los setenta, la investigación académica y médica comenzó a enfocarse en los síntomas de la desatención semejantes a la conducta del TDAH, Virginia Douglas, Ph. D., y Susan Campbell, Ph. D., determinaron que la falta de concentración estaban relacionados con la impulsividad verbal, física y cognitiva. Esta investigación

inspiró el término médico “trastorno por déficit de atención” o TDA. La versión de 1980 del DSM incluye conjuntos de criterios para el diagnóstico del TDA con y sin hiperactividad.

A finales de la década de los ochenta, los investigadores cambiaron su enfoque en la falta de atención e introdujeron la teoría de que el TDA era causado por la recepción o traducción incorrecta por parte del cerebro de la información entrante. La APA renombró este padecimiento como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” o TDAH, definiendo tres subtipos principales: predominantemente hiperactivo-impulsivo y un subtipo combinado. (4)

En 1992 la Organización Mundial de la Salud publica la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), en la que el TDAH se reconoce como entidad clínica y queda recogido en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos, el cual comprende cuatro entidades diagnósticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificarse.

En la revisión actual del DSM IV-TR (APA, 1994/2000), el trastorno pasa a denominarse TDAH, se consideran los tres subtipos (predominantemente hiperactivo-impulsivo y un subtipo combinado) y está incluido en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, concretamente en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el trastorno negativista desafiante.

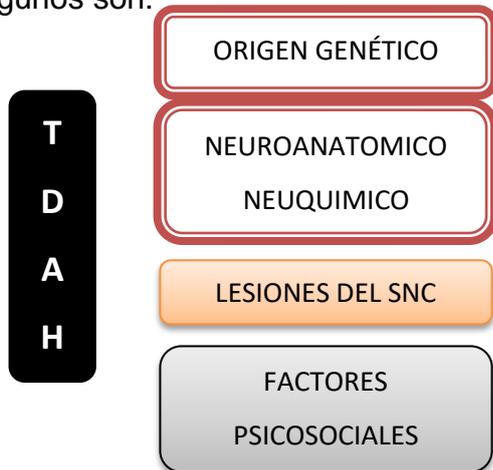
En el año 2012 los enfoques actuales defienden que el TDAH se trata de un constructo diagnóstico que se refiere al funcionamiento y desarrollo inadecuado de estas funciones. Según este enfoque, las personas con TDAH tienen una incapacidad para activar y sostener aquellas funciones responsables de la autorregulación de la conducta.

García, González y Pérez (2014), exponen que en “1903 Baley ya habla de niños que tras haber sufrido traumatismos craneocefálicos, se mostraban irritables, turbulentos, belicosos e indomables, y tenían accesos de furia”. Estos mismos autores mencionan al neurólogo inglés A.F. Tredgold, que a principios del siglo XX buscó factores psicológicos y/o biológicos que pudieran hallarse en la mala conducta. (5)

3.3 Etiología

La etiología 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 son:



Factores genéticos: algún familiar con TDAH. Un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con un trastorno. Si el niño tiene TDAH, sus hermanos tienen la probabilidad de padecerlo. Los hermanos de un niño con TDAH tienen el riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general. No todos los hermanos se manifiestan de la misma manera. Un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otros pueden manifestar solo síntomas de inatención. Existe mayor presencia en hijos de alcohólicos y de padres con personalidad antisocial.

Factores neuroquímicos: presencia de problemas químicos a nivel cerebral. Algunos estudios muestran que ciertos neurotransmisores (sustancias químicas del cerebro que permiten la transmisión de la información de una neurona a otra) son deficientes. Han sido identificados dos neurotransmisores: la dopamina y la norepinefrina.

Factores neuroanatomicos y fisiológicos: las áreas cerebrales involucradas son: la corteza pre frontal, los núcleos basales del cerebro y del cerebelo. (5)

Factores psicosociales: la familia es muy importante. Las vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o a la persistencia de TDAH. El nivel socioeconómico no parece

ser un factor influyente. Y las técnicas educativas inapropiadas como falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres.

La etiología puede ser tanto genética como adquirida, pero en ambas circunstancias como la misma base bioquímica como origen del trastorno. La mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores de manera similar. (6)

3.4 Epidemiología

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, y el motivo más frecuente de consulta en los servicios de salud mental en niños.

La estimación de su prevalencia varía, dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico (por ejemplo, cuestionarios o entrevistas) y de la edad y naturaleza de la población estudiada.

La edad de inicio del trastorno corre en los primeros años de vida aunque el diagnóstico se realiza a edades diferentes según el subtipo, siendo el más precoz el hiperactivo/impulsivo; después la presentación combinada y la más tardía la de predominio inatento, el inicio sería en general similar.

En la actualidad se tiene 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 1 a 2 los presentaron.

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por 1 mujer.

La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que 15% tienen algún problema de Salud Mental. Esto nos dice que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de estos, 2.5 millones requieren atención especializada.

El TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1500 000 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. (7)

La Secretaría de Salud (SSA) cuenta ya desde hace varios años con algunas guías de apoyo para entender e identificar distintos trastornos mentales, una de ellas es su Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en la que señala que esta es una condición neuropsiquiatría, multifactorial, que inicia en la infancia y cuyas principales características son la dificultad para poner atención, hiperactividad e

impulsividad, mismas que pueden prevalecer hasta la edad adulta, lo que puede repercutir en actividades académicas, laborales y sociales. (7)

3.5 Tipos de TDAH:

1. Predominantemente hiperactivo- impulso

- La mayoría de los síntomas (seis o más) se encuentran en la categoría de hiperactividad- impulsividad.
- Se presentan menos de seis síntomas de inatención, aunque la inatención aún puede estar presente hasta cierto grado.

2. Predominantemente inatento

- La mayoría de los síntomas (seis o más) se encuentran en la categoría de la inatención y se presentan menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad, aunque puede estar presente hasta cierto grado.
- Los niños padecen este tipo son menos propensos a demostrarlo o tienen dificultades para llevarse bien con otros niños. Puede que estén intranquilos, pero no quiere decir que estén prestando atención a lo que están haciendo. La conducta del niño puede ser pasada por alto y los padres y los maestros puede que no noten que el niño padece del TDAH.

3. Combinación hiperactivo- impulsivo e inatento

- Están presentes seis o más síntomas de inatención y seis o más síntomas de hiperactividad- impulsividad.
- La mayoría de los niños padecen el tipo combinado del TDAH.

Estos subtipos presentan considerables diferencias entre unos y otros por lo que podrían llegar a considerarse distintos trastornos. Para la realización del diagnóstico frecuentemente intervienen los padres o profesores del niño que son los que ven comportamientos en el niño. Contactan con un profesional sanitario (pediatra, psiquiatra, neurólogo) que será quien realice el diagnóstico. (8)

3.6 Síntomas del TDAH

Pueden parecer comportamientos normales de un niño, pero el TDAH los empeora y hace que ocurran con mayor frecuencia. Tienen al menos seis síntomas que comienzan en los primeros cinco o seis años de sus vidas.

Los niños que tienen TDAH pueden:

- Distraerse fácilmente y olvidarse de las cosas con frecuencia.
- Cambiar rápidamente de una actividad a otra.
- Tener problemas para seguir instrucciones.
- Soñar despiertos/ fantasear demasiado.
- Tener problemas para terminar cosas como la tarea y los quehaceres domésticos.
- Perder juguetes, libros, y útiles escolares con frecuencia
- Estar muy inquietos y retorcerse mucho
- Hablar sin parar e interrumpir a las personas.
- Corretear mucho
- Tocar y jugar con todo lo que ven
- Ser muy impacientes
- Decir comentarios inadecuados
- Tener problemas para controlar sus emociones

La hiperactividad puede manifestarse de forma distinta en las diferentes etapas de la vida, aunque la descripción de los síntomas sí que permanece igual para niños y adultos. El déficit de atención aparece por lo general cuando se inicia la etapa escolar, puesto que se requiere una actividad cognitiva más compleja. Por lo general, persiste de forma significativa durante la adolescencia y la edad adulta.

La impulsividad se refiere fundamentalmente a la dificultad para pensar las cosas antes de actuar. Esto supone un gran problema, ya que el paciente puede ponerse en peligro y vivir situaciones conflictivas principalmente en la edad adulta. (8)

3.7 Causas del TDAH

Las causas del TDAH es algo incierto, se trata de un trastorno neurobiológico heterogéneo y complejo, que no puede explicarse por una única causa, sino por una serie de condiciones genéticas junto con otros factores ambientales.

El TDAH probablemente es causado por una combinación de cosas. Algunas son:

- ✚ **Los genes**, porque a veces el trastorno es hereditario, se han llevado a cabo estudios en familias, gemelos y niños adoptados, que han relevado que la genética juega un papel muy importante en la transmisión del TDAH entre generaciones.
- ✚ **El plomo** que se encuentra en pinturas viejas repuestos de plomería.
- ✚ **El fumar y beber alcohol** durante el embarazo.
- ✚ **Algunos daños cerebrales.**
- ✚ **Los aditivos alimentarios** como, los colorantes artificiales, los cuales pueden empeorar la hiperactividad.
- ✚ **Factores ambientales:** se han asociado una serie de factores ambientales como factores de riesgo de padecer el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, principalmente en el embarazo, el parto, y después del parto.
Principalmente, nacimiento prematuro, encefalopatía hipoxico-isquémica (síndrome que se manifiesta en la primera semana de vida producido por la disminución del aporte de oxígeno o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral), bajo peso al nacer y consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo.

Algunas personas creen que el **azúcar refinado** causa el TDAH. (8)

3.8 Participación de la Enfermera en niños con TDAH

La enfermera de pediatría puede y debe desarrollar un papel fundamental en la detección de niños con TDAH. Estas enfermeras atienden a toda la población infantil desde los 0 a los 14 años. Ven a los niños en todas las visitas concertadas del programa de atención al niño sano y por supuesto, en todas las consultas a demanda que los padres soliciten.

Las enfermeras realizan una valoración del individuo, atendiendo a sus diferentes respuestas humanas y en cualquier momento puede detectar alguna/s alteración/es en la población infantil, de manera que pueda definir alguno/s de los diagnósticos enfermeros. La consulta de enfermería de pediatría de los centros de atención primaria puede ser un recurso de coordinación interdisciplinar para el seguimiento y refuerzo de las intervenciones de otros profesionales además de fomentar acciones desde la práctica autónoma en el tratamiento del niño diagnosticado de TDAH y su familia. Una de las enfermas teóricas que define el objetivo de enfermería es Dorothea Orem. (9)

Dorothea Orem define hacia la atención a personas con necesidades psicológicas especiales, con el objetivo de enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensado déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Actividades de la enfermera

- En la consulta según el protocolo de revisión del niño sano y del seguimiento de los casos destacados.
- Análisis de la situación sanitaria de la situación (ECG, agudeza visual, valoración de la audición, talla, peso, F.C. y T.A.) actividades a realizar en primera consulta de despistaje y en todas las posteriores de seguimiento según protocolo.
- Consulta por teléfono. Para asesoramiento de padres o colegio, así como para recoger información relevante puntualmente.

- Identificación de riesgos (entrevistas). Fundamentalmente en el despistaje.
- Colaboración con el médico Paidopsiquiatra. (9)

3.9 Diagnóstico

La mayoría de los niños se distraen, actúan impulsivamente y se esfuerzan para concentrarse en un momento u otro. Estos factores normales pueden confundirse con el TDAH.

El diagnóstico y tratamiento del TDAH constituye un gran reto, tanto su importancia epidemiológica como porque implica la necesidad de crear programas interdisciplinarios de difusión, capacitación, intervención educativa, medica, familiar y pedagógica que representan un gran costo económico.

El diagnóstico del TDAH se realiza con bases clínicas según los criterios vigentes emitidos por el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición) o el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima edición), ya que al momento no existen pruebas de gabinete o laboratorio que confirmen o descarten esta entidad.

El diagnóstico del TDAH es completamente clínico y basta conocer de forma detallada la historia familiar y personal del paciente, además de un examen físico y escalas validadas con maestros y padres para establecer con certeza un tratamiento; sin embargo, el uso racional de estudios de extensión neurofisiológicos o de imagen debe de estar estrictamente relacionado con cada caso en particular; y estar fuera del contexto científico la utilización rutinaria para su diagnóstico o evolución. (10)

3.10 Diagnóstico diferencial

El TDAH solo se parece a él mismo. No es posible confundirlo con otro síndrome. No obstante, hay que reconocer que existen matizaciones que conviene tener en cuenta ya que no están bien establecidos los límites de este cuadro y entre que márgenes se mueve, y tampoco se conoce cuando se puede considerar que un sujeto presenta TDAH asociado con algún trastorno comórbido severo (obsesión, agresividad, conflictividad social) que los convierte en personas irresponsables y peligrosas, pero conscientes de lo que hacen, y cuando pueden considerarse que padecen de alguna demencia y sus actos carecen de responsabilidad consciente. (10)

3.11 Tratamiento

El tratamiento médico del TDAH debe ser implementado por pediatras capacitados en el padecimiento, así como por neuropediatras, psiquiatras y paidopsiquiatras.

3.11.1 Tratamiento farmacológico

Los algoritmos internacionales y nacionales (promovidos por la Academia Mexicana de Pediatría) vigentes al 2004 establecen que la primera opción del tratamiento para los niños, adolescentes y adultos portadores de TDAH sin comorbilidades son los medicamentos estimulantes. En México se tiene disponible el metilfenidato (MFD) en dos presentaciones, el de acción inmediata y el de liberación prolongada o sistemas OROS y los no estimulantes (atomoxetina). (10)

Liberación inmediata: la duración del efecto es de 4 horas por lo que deben administrarse 2-3 dosis repartidas a lo largo del día para tratar de forma adecuada al paciente.

Liberación prolongada: consiste en una mezcla de metilfenidato de liberación prolongada en una sola dosis diaria. La diferencia entre uno y otro es la cantidad de fármaco de acción inmediata y prolongada, el mecanismo de liberación empleado; todo ello comporta una duración del efecto distinto, unas 12 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica y 8 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets.

3.11.2 Tratamiento psicosociales

La intervención psicosocial será complementaria al tratamiento farmacológico. Se ha utilizado diversos abordajes de tipo cognoscitivo- conductual, individual y grupal con éxito; así como intervenciones interpersonales y familiares.

3.11.3 Terapia de conducta

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y el registro de estas. (10)

Hay dos tipos de técnicas:

- Para aumentar conductas positivas: el reforzamiento positivo como la alabanza, la atención positiva, las recompensas y los privilegios.
- Para reducir conductas no deseadas: se utiliza el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción (no prestar caso a la conducta que se desea reducir o eliminar).

3.11.4 Entrenamiento para los padres

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres a modificar la conducta de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

3.11.5 Terapia cognitiva

Entrenamiento en técnicas de auto instrucciones, autocontrol y solución de problemas. (11)

IV. Marco de referencia

El Centro de Atención Integral a la Salud Mental (CAISAME), mejor conocido como Hospital Psiquiátrico de San Pedro del Monte de León, atiende a 22 mil pacientes al año promedio.

Pese a que la hacienda San Pedro del Monte fue convertida en una granja de recuperación y ahora en hospital psiquiátrico, aún queda testimonio de su antiguo esplendor entre sus vestigios transformados en oficinas administrativas.

Los visitantes todavía pueden apreciar los ventanales de estilo morisco, las arcadas, una fuente de talavera y una iglesia, que funciona como sala de juntas.

La hacienda de San Pedro del Monte fue destinada desde el 15 de enero de 1945 para el cuidado y atención de enfermos mentales.

La historia de la hacienda viene desde el siglo XVII, cuando era la Villa de León y tenía varias haciendas y una de ellas es la de San Pedro del Monte, que se encuentra ubicada en lo que antes era el camino real a Cuernavaca y que actualmente es conocido como antigua carretera a San Francisco del Rincón.

La hacienda data de sus primeros antecedentes desde 1709 cuando el cabildo otorga a Antonio del Castillo la propiedad de esta hacienda, la cual fue pasando de familia en familia.

Ante la necesidad de tener centros de atención psiquiátrica en la República, la Secretaría de Salud adquirió la hacienda de San Pedro del Monte en 1940.

Mucho de la historia de la psiquiatría actual tiene que ver con el Hospital de la Castañeda, que se conocía como el manicomio central de la Ciudad de México, fundado en 1910, con una capacidad para mil pacientes, el cual ya estaba sobresaturado en las primeras décadas de ese siglo.

Entonces, el predio de San Pedro del Monte, de 92 hectáreas, sirvió como granja de recuperación, como se llamaba en aquel tiempo, un modelo en boga propuesto en Francia para mantener ocupados a pacientes en actividades como agricultura o ganadería.

En 1945 llegaron los primeros grupos de pacientes desde La Castañeda, y llegó a tener 532 pacientes, llegados de la Ciudad de México y de Guanajuato y sus municipios.

El hospital fue muy famoso porque era autosustentable, se le daba cierto presupuesto, pero con la producción que tenía de ganadería y agricultura se duplicaba ese presupuesto lo cual generó mucha expectativa, porque a partir de esta granja se hicieron otras 11 instituciones en la República.

Algunos pacientes, además de la agricultura y ganadería, se dedicaron también a otros oficios, como la alfarería, albañilería, carpintería y jardinería, con los cuales ganaban una paga que podían canjear en tiendas de raya del mismo hospital. Los primeros 10 años de operación lo hicieron un modelo a seguir dentro de la atención psiquiátrica en México, cuando no había tantos medicamentos para controlar patologías mentales.

De los pacientes que en su momento llegaron del Hospital de la Castañeda y que fueron hospitalizados, hoy permanecen 23 y conforman el pabellón de pacientes geriátricos, es decir, llevan 72 años en San Pedro del Monte.

En 1992, el modelo de granja de recuperación desapareció en San Pedro del Monte para ser nombrado como Hospital Psiquiátrico de León.

Hay otros pabellones como el de hombres y mujeres, que ya no tienen funciones dentro de la ganadería o agricultura; los talleres de ahora son de rehabilitación psicológica, terapéutica o física motriz; y las ocupaciones de los pacientes son la elaboración de manualidades y actividades artísticas, como la pintura.

El personal médico de la unidad, conformado por médicos generales, psiquiatras, enfermería y becarios.

El Centro de Atención Integral a la Salud Mental está dividido en tres áreas: consulta externa, admisión continua (urgencias) y hospitalización.

Consulta externa del CAISAME cuenta con seis consultorios, en turno matutino de consulta externa general; dos de paidopsiquiatría (atención a niños); y un consultorio de psiquiatría general en el turno vespertino. En el área de hospitalización, se atienden por urgencias psiquiátricas.

Cuenta con 104 camas censables, de estas, 23 están ocupadas con los pacientes geriátricos; otras 14, por pacientes inimputables o personas que son referidas por un juez; y el resto son utilizadas por los usuarios agudos, ya sean hombre o mujeres, todos aquellos que ingresan, se controla su enfermedad y se dan su alta.

Para hospitalización solo se reciben a pacientes mayores de 18 y menores de 60 años.

V. Material y Método

Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en niños con el diagnóstico de TDAH en el CAISAME León en el 2017.

Las variables como la edad, sexo, número que ocupa en la familia, escolaridad, procedencia, si toma medicamento o no, trastorno psiquiátrico en padres o familiares, si es de 1ra vez o subsecuente y estado civil de los padres, se obtuvieron del apartado de ficha de identificación de la Historia Clínica psiquiátrica.

Los antecedentes heredofamiliares y personales se revisaron del rubro correspondiente dentro de la Historia Clínica Psiquiátrica.

Las comorbilidades médicas no psiquiátricas se recabaron de las diferentes notas de medicina General y laboratorios realizados durante las consultas establecidas.

5.1 Diseño

- Descriptivo

5.1.1 Tipo de estudio

- Descriptivo
- Transversal
- Retrospectivo

5.1.2 Universo

- **Universo**

Usuarios de la consulta externa en el área de Paidopsiquiatría del CAISAME León.

5.1.3 Tamaño

El total de los pacientes en el período Enero – Mayo 2017 del área de Paidopsiquiatría del CAISAME León.

5.1.4 Criterios de inclusión

- Usuarios del sexo masculino y femenino.
- Edad escolar y preescolar (5 a 12 años).

5.1.5 Criterios de exclusión

- Pacientes que no tengan el rango de edad.
- Pacientes que no hayan cumplido con su cita.

5.1.6 Operacionalización de variables y medición de variables

El análisis se hizo con la estadística descriptiva y se elaboraron cuadros y gráficas para su interpretación.

5.1.7 Operacionalización de las Variables:

- **Variable independiente:**
 - Sexo
 - Pacientes con TDAH en tratamiento
 - Trastorno psiquiátrico en padres o familia
- **Variable dependiente:**
 - Edad
 - N° de hijo
 - Escolaridad
 - Procedencia
 - Consulta de atención
 - Estado civil de los padres

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICE	FUENTE	DEFINICION
Edad	Cuantitativa	Razón	0 a 100	Expediente	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento
Sexo	Cualitativa	Ordinal	Hombre o mujer	Expediente	Estado orgánico y funcional que distingue a los varones de las hembras.
N° de hijo	Cualitativa	Nominal	1 a 20	Expediente	Cuantos hijos hay en una familia.
Escolaridad	Cuantitativa	Razón	Preescolar, primaria, secundaria.	Expediente	Se define como el grado máximo de estudios.
Procedencia	Cuantitativa	Nominal	Lugar donde vive	Expediente	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.
Pacientes con TDAH en tratamiento	Cuantitativa	Nominal	Sertralina, olanzapina,	Expediente	
Consulta de atención	Cualitativa	Nominal	1ra vez, subsecuente	Expediente	
Trastorno psiquiátrico en padres o familia	Cualitativa	Nominal	TDAH, Esquizofrenia, trastorno bipolar,	Expediente	Se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica.
Estado civil de los padres	Cualitativa	Ordinal	Soltero, casado, unión libre, viudo.	Expediente	Es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.

5.1.8 Definición del plan de procesamiento y presentación de la información.

Se tabuló la información de manera manual y se asignó un número cada expediente.

El análisis se aplicó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central como lo es la media, mediana, moda, de dispersión como lo es el rango y para su interpretación se representan en cuadros y gráficas.

VI. Organización y Administración de la Investigación

6.1. Instrumentación

Se realizó solo la búsqueda de expedientes en el archivo del CAISAME León.

6.2. Desarrollo de la técnica

Por medio de estadística se seleccionaron los niños que asistieron a consulta de 1ra vez o subsecuente y con el diagnóstico de TDAH en el período Enero- Mayo 2017. Y se buscaron en archivo por medio del número de expediente y por la edad de preescolar y escolar (5 a 12 años).

6.3. Obtención de datos

- Se tomaron todos los datos de los expedientes por medio de las entrevistas ya realizadas por los médicos de paidopsiquiatría y por los psicólogos.

6.4. Análisis de resultados

- A través de la investigación observacional.
- Se investigó la comparación numérica y porcentual en cada niño.
- Se presentó la información en cuadros y gráficas.

6.5. Presentación de informe técnico final

Se presentó mediante:

- Exposición a los integrantes del comité.
- En electrónico.
- En impreso mediante un libro.

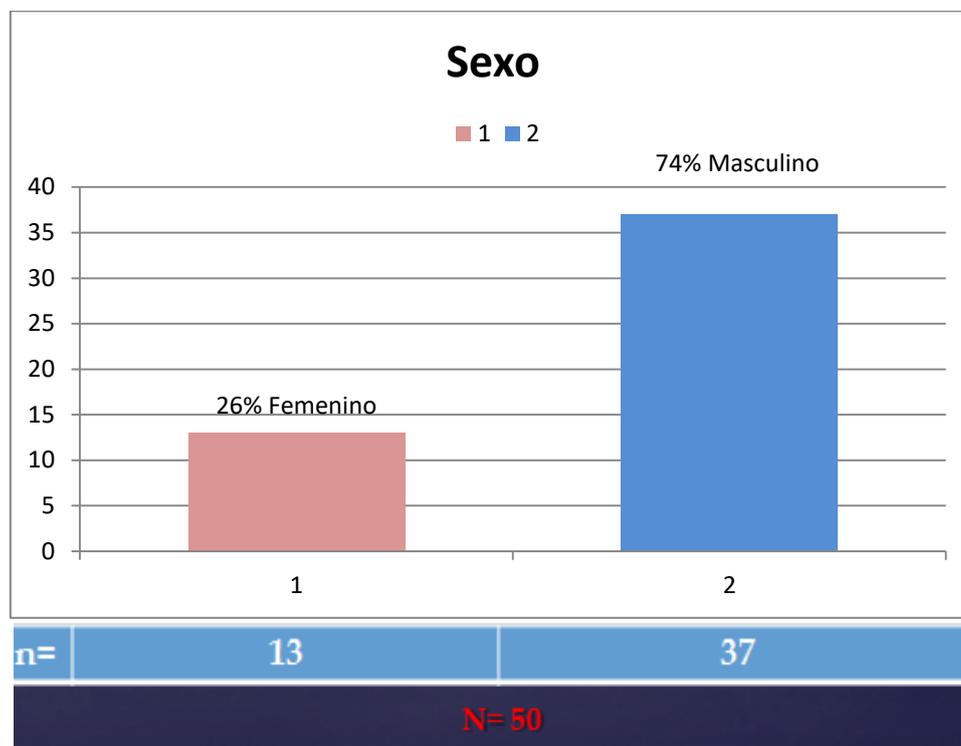
VII. Implicaciones Éticas

Es un estudio sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el Título Segundo del Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en salud.

Artículo 17.-Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

VIII. Resultados

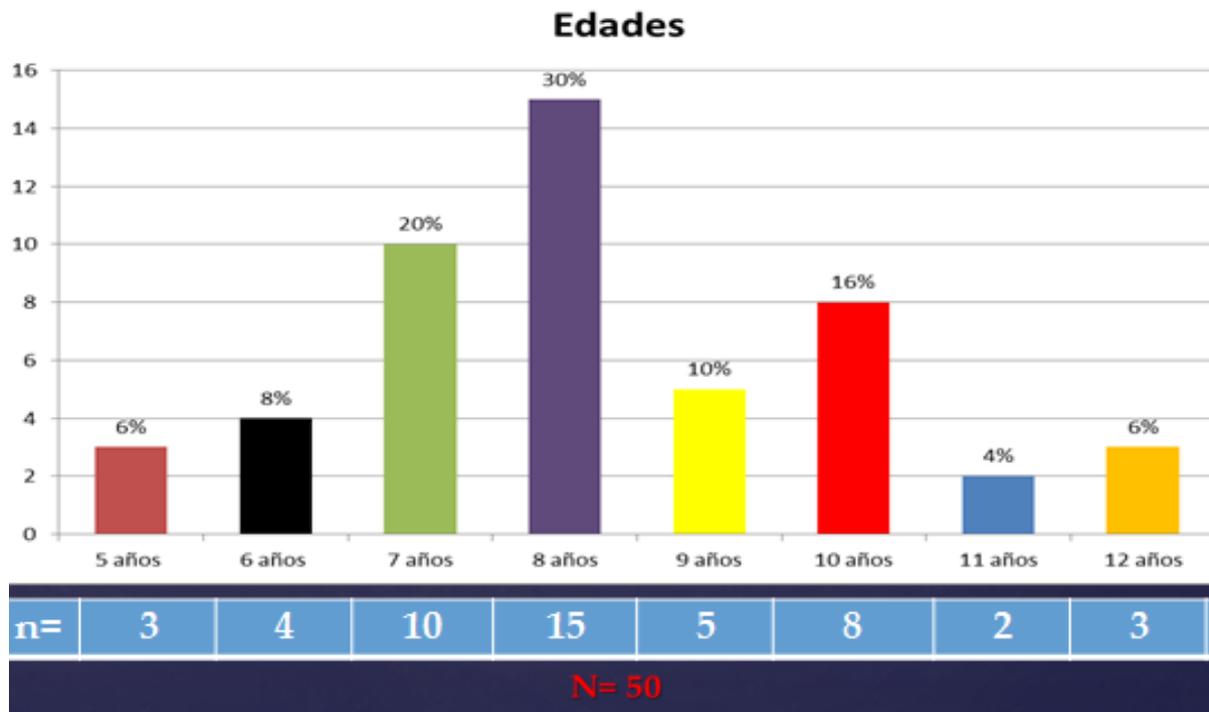
Gráfica 1. Sexo



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

En la gráfica describe la estructura de la población que participo en la investigación del área de Paidopsiquiatría en el CAISAME León. Está clasificada en porcentajes, con un 26% femenino y un 74% masculino. Lo cual resulta ser que el género masculino tiene mucho más probabilidad de tener un trastorno de TDAH.

Gráfica 2. Edades

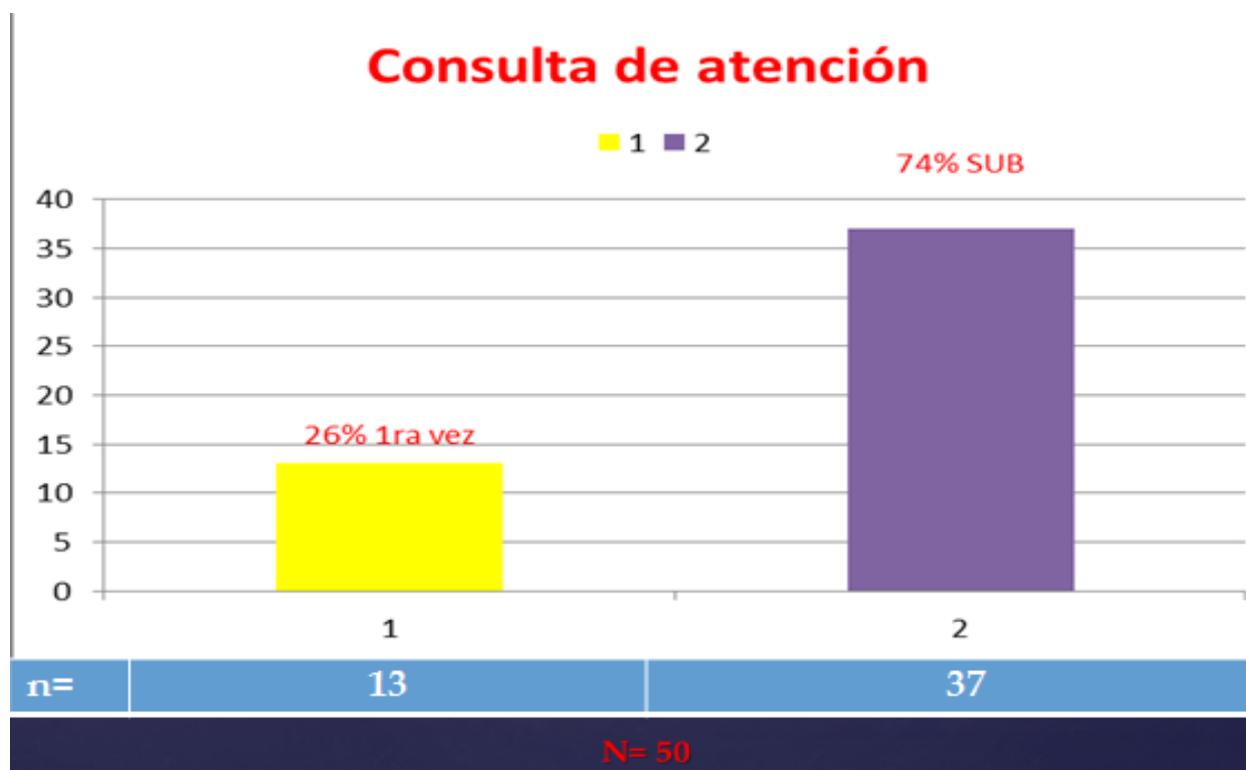


Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

Las edades que se incluyeron en la investigación del área de Paidopsiquiatría en el CAISAME León, con el 6% en la edad de 5 años, con el 8% de 6 años, 20% de la edad de 7 años, 30% de 8 años, 10% de 9 años, el 16% de 10 años, el 4% el de 11 años y finalmente y no más comprometedor el 6 % de 12 años.

Los resultados que más contienen porcentaje es el de 30% y 20% entre las edades de 7 años y 8 años, lo cual resulta importante la edad para un positivo en un trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

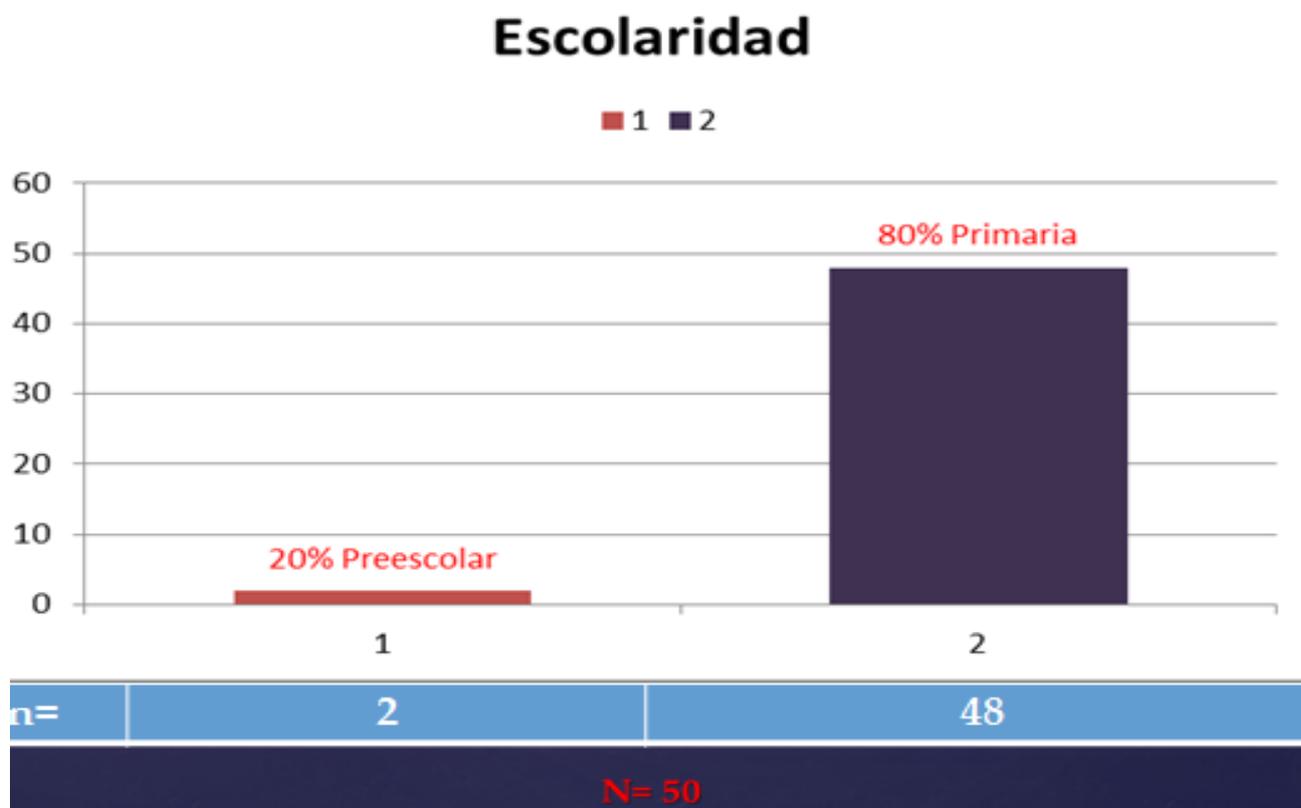
Gráfica 3. Consulta de atención



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

La consulta de atención ya sea de 1ra vez que asiste a su consulta con el 26% y los pacientes subsecuentes con el 74% que son pacientes que desde que les diagnosticaron ese trastorno de TDAH asisten a su consulta con Paidopsiquiatría. La importancia es que la mayoría de los pacientes asisten mayormente a sus consultas, para llevar un seguimiento.

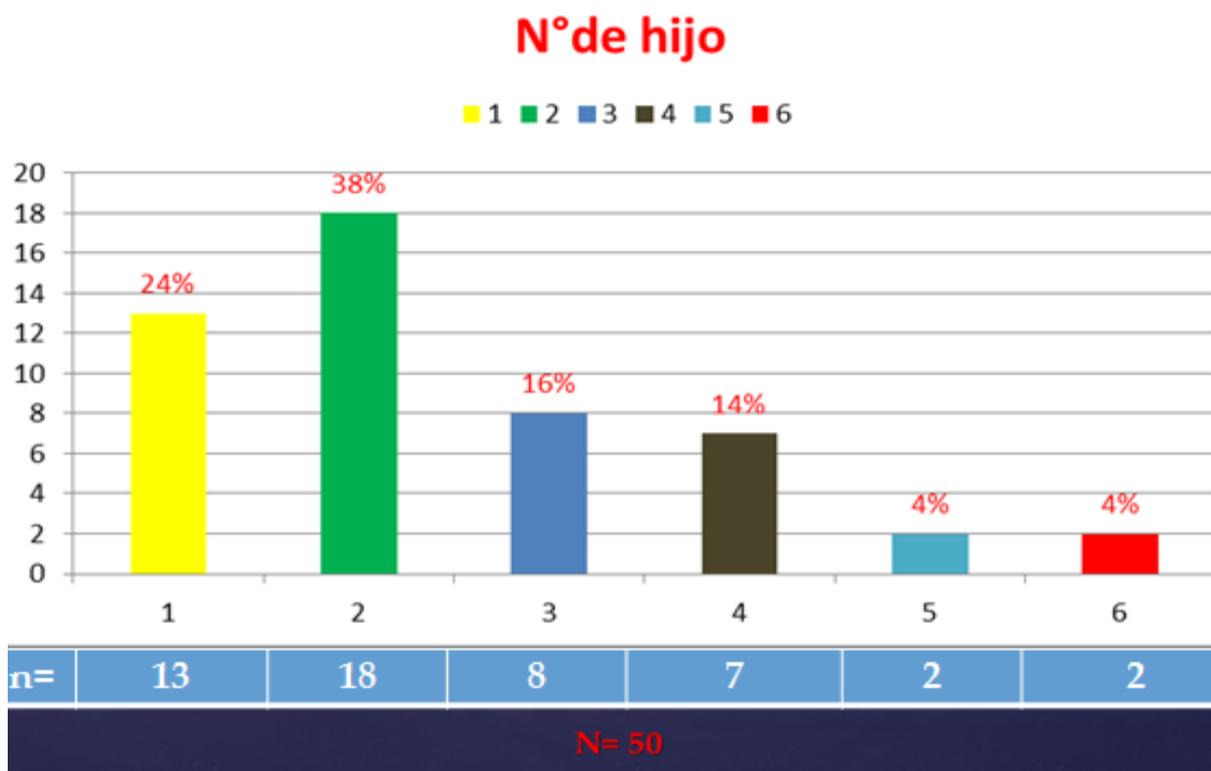
Gráfica 4. Escolaridad



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

La escolaridad abarca toda una etapa para poder desarrollar un trastorno de déficit de atención e hiperactividad con el 20 % preescolar el cual parece ver que en esa etapa no se han manifestado los síntomas, en cambio con un 80% son niños de primaria que ya han manifestado estos síntomas y recurren ya a un centro de ayuda como el CAISAME en el área de Paidopsiquiatría, para un seguimiento y tratamiento de los niños.

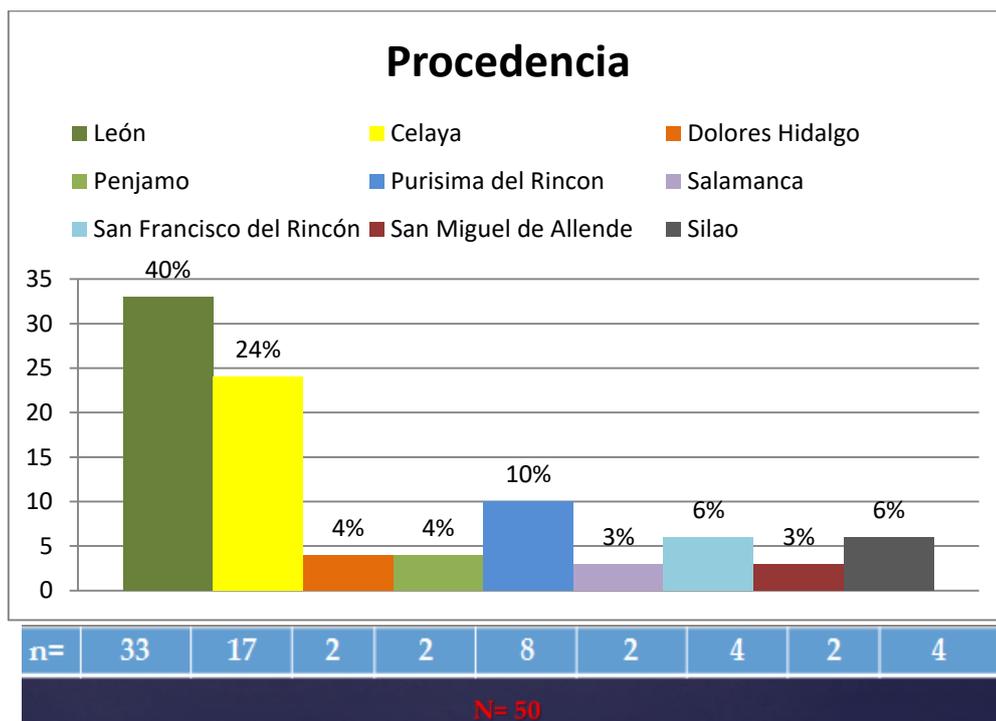
Gráfica 5. N° de hijo que ocupa el paciente en la familia



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

Se podría pensar que el número que ocupa el niño en el núcleo familiar no es importante, pero el primer hijo podría ser un factor que despliegue este diagnóstico de TDAH en cambio no es así, con un 24% el primer hijo no se diagnostica con este trastorno de déficit de atención e hiperactividad muy comúnmente, en cambio el segundo hijo con un 38% se diagnostica con este trastorno de TDAH, lo cual es importante valorar porque el segundo hijo si se diagnostica ya relacionando los roles de importancia para el segundo hijo o por llamar la atención o porque ya hay un primer hijo lo cual hace que este trastorno si lo tuviese el primer hijo pero a este no se le desarrolla y en cambio el segundo hijo nace con este trastorno y a este si se le desarrolla más rápido que al primer hijo podría ser un factor causante, con un 16% el tercer hijo es el que desencadena este trastorno de TDAH, el 14% el cuarto hijo, el quinto y sexto hijo con un 4% lo cual puede ser que ya por ser los niños más pequeños de la familia desencadenen este trastorno de TDAH.

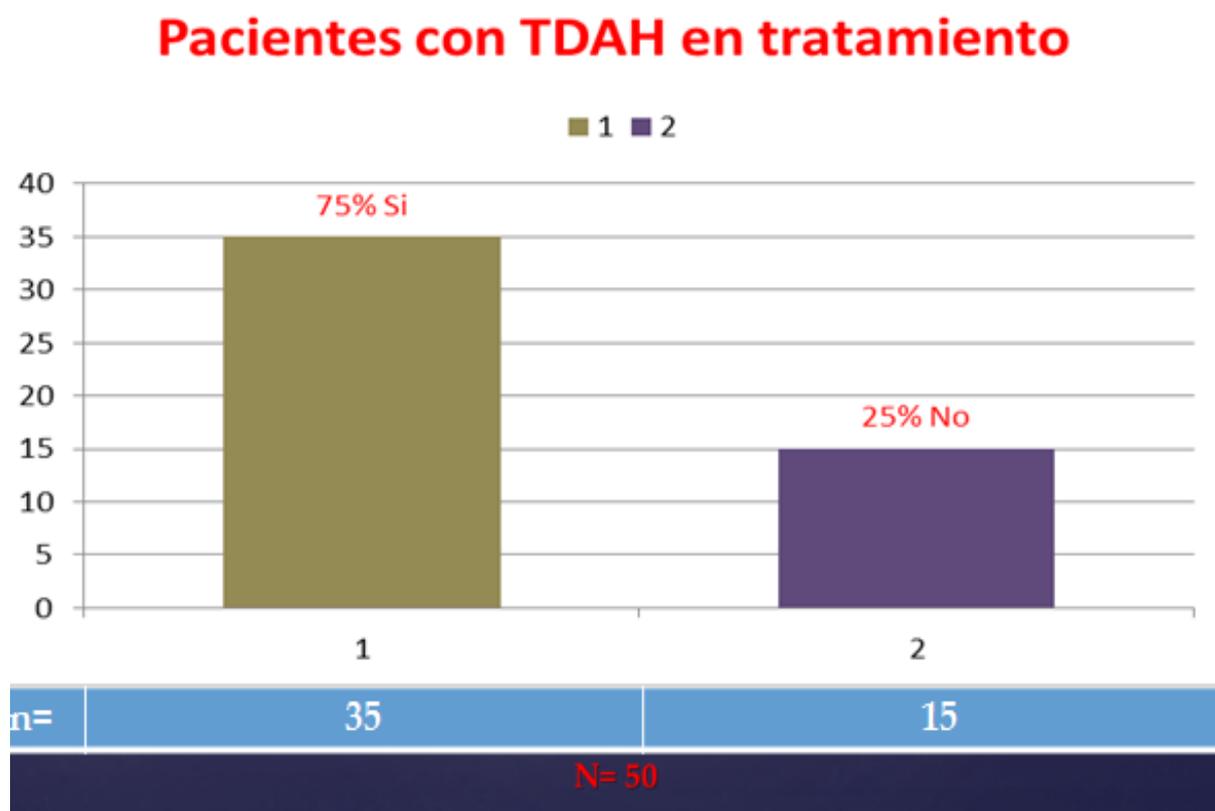
Gráfica 6. Procedencia



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

En esta gráfica se describe la procedencia de los pacientes que participaron en la investigación, con un 40% fue de León con el mayor porcentaje que los demás esto a que se podría presidir que el CAISAME se encuentra en este municipio y hay más recurrencia para poder atender a los niños y llevarlos a sus citas programadas y por su medicamento, en segundo lugar y con 24% es Celaya son niños que de parte del DIF los ayudan por medio del transporte y así es como los niños y familiares asisten a sus consultas, con el 4% se encuentra Dolores Hidalgo y Pénjamo, con un 10% Purísima del Rincón, el 3% Salamanca, el 6% San Francisco del Rincón, el 3% San Miguel de Allende y el 6% Silao.

Gráfica 7. Pacientes con TDAH en tratamiento



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

Con un 75% de los pacientes llevan un tratamiento seguro aunque a veces estos pacientes dejan de tomarlo ya que se les termina o no hay recursos en el establecimiento para seguirlo consumiendo y un 25% pacientes que no tienen tratamiento ya que los padres o tutores no se hacen responsables y no autorizan un tratamiento por miedo y este se podría comparar a la gráfica 3 de los pacientes subsecuentes o de primera vez ya que los de primera vez no vuelven por el diagnóstico que se les dio y estos niños se van sin consultas ni medicamentos.

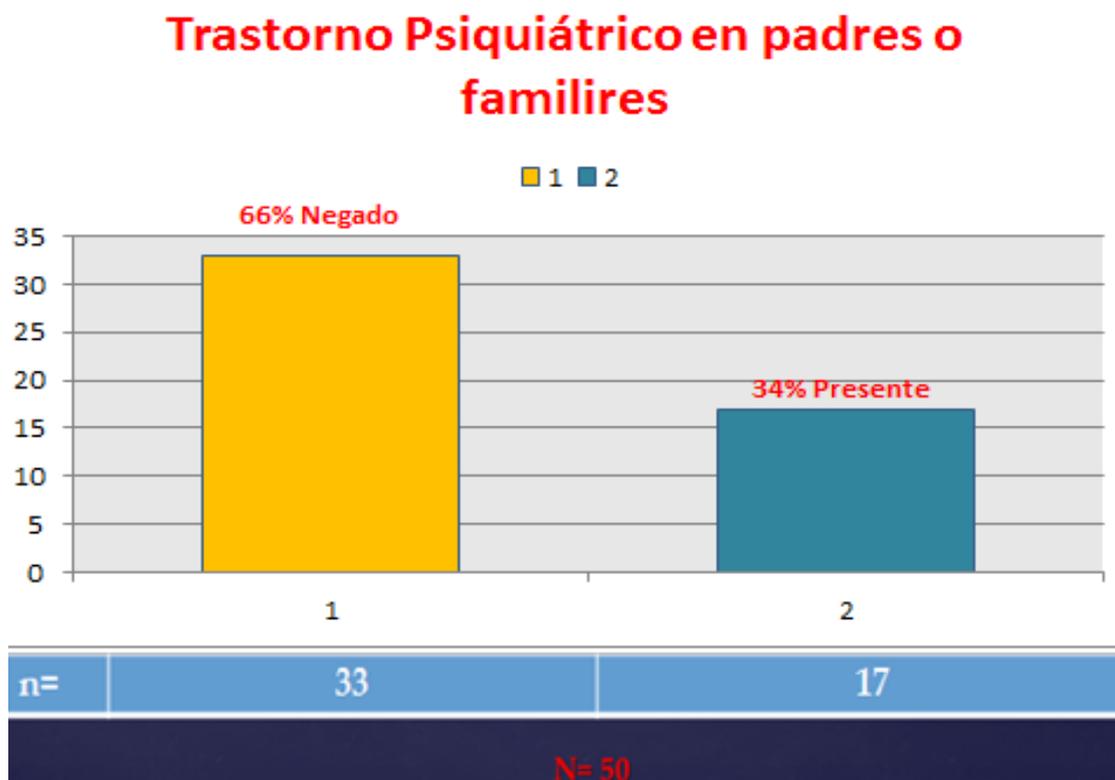
Gráfica 8. Estado civil de los padres



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

En esta gráfica se detalla el estado civil de los padres me pareció sobresaliente este factor pues pensé que sería algo muy importante para el desarrollo de este trastorno de TDAH. Con un 64% son padres que están casados y aun así estando viviendo en la misma casa, estos niños tienen el diagnóstico de TDAH, quizá porque los padres estando viviendo en el núcleo familiar común pierden la comunicación por parte de los dos, ya que el padre puede que tenga un trabajo en el cual no puede convivir con el o los hijos y la madre tiene que hacerse cargo de los hijos y de las tareas del hogar. Con un 2% padres en unión libre, el 22% padres divorciados, el 8% padres o madres solteras (os), el 4% de madres o padres viudos (as).

Gráfica 9. Trastorno Psiquiátrico en padres o familiares



Fuente: Archivo del Hospital CAISAME.

En esta gráfica se analiza el trastorno psiquiátrico en padres o familiares del niño que puede darnos pie a este trastorno de TDAH, con un 66% de los pacientes no tienen relación con padres o familiares con otro trastorno psiquiátrico, y es un caminante importante en cual los hijos son los primeros que tienen un trastorno psiquiátrico. Y con un 34% de los niños si tienen presente a los padres o familiares cercanos con algún trastorno psiquiátrico y de ahí se desencadenan a este trastorno de TDAH.

IX. Discusión

En el presente estudio se desarrollaron los principales factores del TDAH, la edad de 8 años con un 30% fue la más elevada, igual el sexo masculino con el 37% con más prevalencia en el diagnóstico, el cual los niños son más probables de tener este Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

También se encontró que los pacientes que eran de primera vez ya no acudían al su cita y no se trataba con medicamento y los padres dejaban pasar sus citas por miedo a la enfermedad o por no tener recursos económicos, mientras que los pacientes subsecuentes se trataban con medicamento y la mayoría acudían a sus citas programadas, también esto se debía a que eran de León y por eso se hacía más factible acudir a sus consultas.

El lugar donde se recoge el mayor impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de los hijos es la familia. Esto se debe a que los comportamientos disfuncionales del hijo/a afectan directamente al clima familiar. Convivir con un niño con TDAH que manifiesta problemas de comportamiento y de rendimiento escolar es una tarea que se complica cuando el niño alcanza la adolescencia.

Es importante recalcar que en medio de este estudio hacemos una comparación sobre la investigación de Clara Vigier Castrillo “Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH” donde reviso y conocí el tratamiento adecuado del TDAH, también describió las características y necesidades de los niños diagnosticados con TDAH, que fue lo más relacionado a nuestra investigación.

X. Conclusión

Es importante presidir que el TDAH es un trastorno que puede afectar a los niños y la familia, la mayoría de los niños no tienen bien clasificado o diagnosticado lo que es el TDAH por los síntomas asociados, aumentando así la complejidad del trastorno.

La prevención y el abordaje de las dificultades lo antes posible se convierten en el mejor diagnóstico, con un correcto tratamiento y con el trabajo en el ámbito familiar, escolar y psicopedagógico.

Es necesario presentar alternativas viables para mejorar la calidad de vida tanto de las personas que lo padecen con sus familiares, no solo se puede aprender a vivir con el mismo, sino que además se puede construir una habilidad que fortalezca los lazos de unión familiar y de la sociedad.

El mayor resultado de quien lo sufre son los niños varones de etapa escolar y que este mismo son hijos de una familia nuclear conformada por el papá, la mamá y hermanos. Esto porque a lo mejor los padres trabajan y se quedan al cuidado de una tercera persona ya sea la abuelita, los tíos o una estancia. Entonces cabe mencionar que el estado civil, la edad, el número de hijo en la familia no tiene que ver con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

En cuanto a que el niño no sea atendido por un profesional y que el padre o tutor permita que sea atendido varias veces hasta que lo de alta, el niño seguirá con problemas en la escuela y con la sociedad y este se podría agravar a que el niño crezca y se complique con otras enfermedades psiquiátricas.

Dar a conocer esta enfermedad es muy importante en las escuelas, centros de salud, e instituciones de primer y segundo nivel, para que conozcan con claridad y profundizar este tema para que no les de miedo en pensar que es una enfermedad psiquiátrica y podría ser malo para la sociedad, haríamos conciencia a los padres que tiene hijos con este trastorno y dejar que los ayuden y que es importante desde el primer día acudir a sus citas programadas y no dejar de asistir también por el medicamento.

XI. Sugerencias

El (TDAH) es un problema frecuente, muy notorio en algunos niños que al momento de adquirir nuevos conocimientos no les interesa aprender y prefieren realizar otras actividades demostrando agresividad y enojo por las tareas asignadas.

Es de suma importancia realizar actividades lúdicas- recreativas hacia los niños porque permite aprender a manejar un buen desempeño académico y así valorar o poder identificar el diagnostico de TDAH a temprana edad y ser tratada.

Impulsar a los padres a tomar la decisión de hacer atendidos por un profesional y aceptar las pruebas necesarias que se aplican tanto a los niños como a los padres y hermanos y así poderse desarrollar a nivel familiar y social.

También implementar nuevas estrategias para poder identificar a estos niños con problemas de TDAH, asiendo equipo multidisciplinario con padres, maestros, médicos y enfermeros. Aportando pláticas en escuelas, centros de salud y establecimientos de 2do y 3er nivel, sobre el TDAH su concepto, los síntomas, el tratamiento que este conlleva, realizar exposiciones con los padres a como poder ayudar o identificar a sus propios hijos con esta enfermedad y que puedan salir adelante por si solos y como es el comportamiento de estos niños en diferentes lugares ya sea en la casa, escuela o socialmente. También darles a entender que el tratamiento es muy importante farmacológicamente que no les cause daño, al contrario les ayuda a estar atentos ante cualquier situación de su vida.

XII. Citas bibliográficas

- 1) Guia_tdah.pdf
- 2) adhd_booklet_spanish_cl508.pdf
- 3) adhd-trifold-sp-final_60716.pdf
- 4) <https://muyfitness.com>
- 5) www.ite.educacion.es
- 6) <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v62n2/v62n2a9.pdf>
- 7) http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/pacientes/05_tratamiento.html
- 8) https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120607_Px1w2UgwtzfxqO0ORFap_0.pdf
- 9) <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1024/1032>
- 10) <https://www.apalweb.org/docs/da1.pdf>
- 11) https://www.cemic.edu.ar/descargas/psi_articulos_adhd.pdf

XIII. Bibliografía

Soutullo Esperón C., Díez Suares A., (2007, Ed. Médica Panamericana). Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Woolfolk A., (2006, Pearson Educación). Psicología educativa.

E. Brown T., (2006, Elsevier España). Trastorno por déficit de atención: una mente desenforada en niños y adultos.

González Elorrieta C., (2018, Punto Rojo). TDAH: Nuevas estrategias de diagnóstico e intervención.

Soutullo Esperón C., Mardomingo Sanz M., (2009, Ed. Médica Panamericana). Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente.

Guerrero R., (2016, Grupo Planeta Spain). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Entre la patología y la normalidad.

VX. Anexos

14.1 Glosario

Actitud: predisposición ante algo. Por ejemplo, una actitud colaboradora significaría que se está dispuesto a colaborar.

Activación: preparación para la acción. En este contexto, alerta. Con el cuerpo y la mente dispuestos a actuar.

Adolescencia: etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad, hasta los 18-20. Conlleva numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.

Afecto/afectivo: sentimiento de cercanía y cariño hacia otra persona. El término *afectivo* significa relativo al afecto, es decir, a los sentimientos de cercanía y cariño hacia alguien. Técnicamente afectivo se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej. Trastorno afectivo).

Agitación: estado de extrema inquietud psicomotriz durante el cual, un individuo no dispone de un adecuado control de su conducta, lo que genera un riesgo para sí mismo y/o para los demás (a veces puede acompañarse de o preceder a la agresividad).

Agresividad: uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de auto agresividad.

Autoestima: valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.

Atención: capacidad cognitiva que permite la relación de un ser con su entorno a través de tres funciones fundamentales: el alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de conflictos).

Conductual: relativo a la conducta, es decir, al comportamiento. Hay un tipo de psicoterapia que se centra en la modificación de la conducta / comportamiento.

Depresión: síndrome caracterizado por una tristeza profunda o una pérdida significativa del interés por las cosas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de

energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo patológico, etc.

Descompensación: pérdida de un estado de funcionalidad en el que el individuo no es capaz de enfrentar las exigencias habituales de la vida diaria; pérdida de un estado previo de estabilidad.

Dinámica familiar: patrón habitual de interacciones que tienen lugar en el seno de una familia.

Emoción: expresión afectiva generalmente intensa, de presentación más o menos brusca y que va siempre acompañada de manifestaciones físicas (ej. Llanto).

Empatía: capacidad de entender cómo se siente el otro, es decir, de ponerse en su lugar y entenderle. A veces se utiliza como una habilidad para conectar con los demás.

Entorno: Ambiente que rodea a algo o alguien que incluye, además de la superficie física, componentes psicológicos y sociales.

Fisiológico: relativo a lo físico (corporal). También es utilizado en el ámbito médico para referirse a que algo pasa de forma natural, por oposición a patológico.

Historia clínica: conjunto de datos relativos a la vida del paciente con especial hincapié en aspectos relacionados con la salud. Es el conjunto de recuerdos del estado de salud de un paciente. Debe incluir acontecimientos importantes, como intervenciones quirúrgicas, enfermedades que requirieron tratamiento, medicaciones que se han probado, alergias, antecedentes familiares.

Impulso / impulsividad: es un acto que se lleva a cabo sin evaluar previamente las consecuencias del mismo. La impulsividad es la tendencia a llevar a cabo conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias de las mismas. Si las consecuencias son finalmente negativas, de forma habitual, la impulsividad puede constituir un síntoma psiquiátrico.

Insomnio: Alteración del sueño consistente en una disminución del mismo. Puede ser de conciliación, de mantenimiento o “despertar precoz” Suele ser un síntoma acompañante de muchas enfermedades o aparecer en períodos de tensión o cansancio extremo.

Interpersonal: relativo a las relaciones entre personas. Hay una psicoterapia que se centra en las dificultades del paciente en la relación con otros, la psicoterapia interpersonal.

Lenguaje desorganizado: lenguaje incoherente y sin sentido.

Pronóstico: predicción del desarrollo y evolución de una enfermedad, en base a los síntomas que la han precedido o la acompañan. Predicción sobre su duración y terminación. Suele calificarse de bueno, malo, regular.

Psicosis: Enfermedad caracterizada por la pérdida del criterio de realidad que cursa con alteraciones importantes en el funcionamiento mental (procesos cognitivos y perceptuales), imposibilidad para distinguir realidad de fantasía y otros trastornos del comportamiento y estados de ánimo. Pueden ser agudas o crónicas. Pueden ocurrir a cualquier edad.

Sedentarismo: tendencia a permanecer en el mismo lugar durante largos periodos de tiempo. También se refiere a la evitación del ejercicio físico y la actividad.

Sentimiento: proceso interno que genera una determinada carga afectiva hacia algo o alguien. Hay sentimientos *sensoriales* (dolor), *vitales* (ej. vitalidad), *psíquicos* (alegría, miedo, tristeza) y *espirituales* (artísticos, religiosos).

Signo: expresión objetivable de algún proceso que está sucediendo (por ejemplo, enrojecimiento, inflamación).

Síndrome: conjunto de signos y síntomas que caracteriza a una entidad patológica.

Síntoma: Expresión subjetiva, por tanto no objetivable, de algún proceso que está sucediendo (dolor, visión borrosa, pitidos en los oídos).

Trastorno Mental: enfermedad en que se ven afectados nuestros comportamientos, pensamientos y capacidad de tomar decisiones. Está asociada a un malestar (ej., dolor), a una discapacidad (ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

TDAH: Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad.

