



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

EL DIAGNÓSTICO TDAH: UN CASO

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ RINCÓN

DIRECTORA: MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2016.



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.

DEDICATORIA

A OLLINTZIN

Verdadera luz y sentido de mi vida.

A MIS PADRES

Don Pepe y Doña Mary, ejemplos de vida y amor.

A MIS HERMANOS

Jorge, Juan, Lorena y Gerardo, hermanos de carne y alma.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la luz de la vida y permitirme vivir la condición humana para comprender sus misterios.

A LA UNAM

Mi Alma Mater y medio para comprender la condición humana.

A LAS PROFESORAS

Karina Torres, Marisa Herrán, Gaby Romero, Paty de Buen y Araceli Lambarri, por su invaluable apoyo y comentarios, sin los cuales no habría podido llevar a buen puerto este logro académico.

A S.

Por permitirme comprender que la verdadera ciencia del comportamiento es en realidad la ciencia de la condición humana.

**“Conozca todas las teorías.
Domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana,
sea apenas otra alma humana”**

C. G. JUNG

GRACIAS A LA VIDA

Violeta Parra

Gracias a la vida que me ha dado tanto
me ha dado el sonido y el abecedario
con él las palabras que pienso y declaro
madre amigo hermano y luz alumbrado,
la ruta del alma de la que estoy amando.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
me ha dado la marcha de mis pies cansados
con ellos anduve ciudades y charcos,
playas y desiertos, montañas y llanos
y la casa tuya, tu calle y tu patio.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
me dio el corazón que agita su marco
cuando miro el fruto del cerebro humano,
cuando miro al bueno tan lejos del malo,
cuando miro al fondo de tus ojos claros.

Gracias a la vida,

Gracias a la vida,

Gracias a la vida,

Gracias a la vida.

ÍNDICE GENERAL

Índice	
Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	3
Método	58
Discusión	88
Referencias	94

RESUMEN

Evaluar y diagnosticar de manera oportuna y correcta para determinar la terapéutica o rehabilitación, es una de las premisas básicas de cualquier ciencia de la salud física o mental. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como entidad nosológica que causa alteraciones en la actividad cotidiana de los seres humanos, particularmente en niños (as), no escapa a esta premisa. Se vuelve necesario entonces, preguntarse si una evaluación psicológica o neuropsicológica general evalúa y diagnostica correctamente un caso TDAH; y a responder esta pregunta es que se enfoca el propósito de este trabajo, analizando una evaluación psicológica y una neuropsicológica aplicadas a un caso TDAH con predominio de impulsividad y tratado posteriormente de manera farmacológica y sesiones semanales de asesoría psicopedagógica.

Siendo esta investigación de tipo exploratorio, el método a utilizar será el estudio de caso, ya que sus características cualitativas e idiográficas nos permitirán destacar la importancia de un diagnóstico oportuno y correcto, en el tratamiento del TDAH.

INTRODUCCIÓN

El proceso oportuno de evaluación y diagnóstico con la finalidad de determinar la terapéutica y/o rehabilitación correcta es una de las prioridades básicas de los paradigmas de la salud física o mental. El TDAH como entidad nosológica que causa alteraciones en la actividad cotidiana de los seres humanos, especialmente niños no escapa a esta premisa.

Así entonces, el propósito de este trabajo es responder la pregunta básica de si una evaluación psicológica o neuropsicológica general, por si sola evalúa y diagnostica de manera oportuna y correcta un caso TDAH.

La respuesta a la pregunta anterior se estructura mediante una exposición y análisis teórico de la importancia de una adecuada evaluación, un breve repaso a la historia del concepto TDAH y su actualidad según el DSM-5, además de los fundamentos teóricos de una evaluación neuropsicológica desde el paradigma histórico cultural.

En el capítulo sobre el método se hace una breve exposición acerca del estudio de casos y su importancia idiográfica, se exponen y analizan las distintas evaluaciones psicológicas y neuropsicológica de un caso TDAH en concreto y se complementa con una evaluación multimétodo.

Finalmente, en el capítulo de conclusiones se plantea que no es suficiente una evaluación psicológica o neuropsicológica por si sola para diagnosticar oportuna y correctamente un caso TDAH, y que es el psicólogo el profesional de la salud que debe coordinar y llevar un seguimiento de las intervenciones de los distintos profesionales y del curso del TDAH del niño y/o ser humano en cuestión.

MARCO TEÓRICO

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Diagnóstico y evaluación psicológica.

El conocimiento, como se le concibe actualmente, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el ser humano para aprehender su mundo y trascender como individuo y especie. Existen dos grandes formas de estudiar el conocimiento humano, la gnoseología y la epistemología, la primera es considerada una forma de entender el conocimiento desde la cual el ser humano –partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros seres humanos y aun con lo trascendente. La segunda en cambio, trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista formal o científico (Ramírez, 2009).

Por otra parte, desentrañar los misterios del por qué y el cómo de su propio comportamiento, es una tarea que siempre ha fascinado a la humanidad. Tratar de entender por qué hacemos lo que hacemos, por qué y cómo procesamos nuestras funciones psicológicas y por qué y cómo comunicamos lo que sentimos, siempre ha sido una tarea intrigante. Pero no solo eso, para dar respuesta a estas y otras interrogantes se ha creado el paradigma científico de las ciencias del comportamiento, que se ocupa del estudio de los procesos y funciones psicológicas, además de sus alteraciones.

Establecer un diagnóstico y tratamiento correcto es uno de los quehaceres básicos, si no el principal, de dichas ciencias (Sattler, 2010), y aunque mucho se ha escrito sobre el diagnóstico, incluso desde la antigua Grecia con Hipócrates, hoy en día podríamos considerar que el diagnóstico es un juicio de valor basado en ciertas características del objeto o sujeto de estudio para

determinar su situación presente. Un diagnóstico médico, por ejemplo, es un juicio de valor basado en signos y síntomas, y en su caso, estudios clínicos para determinar la situación de salud o enfermedad actual de una persona.

Para las ciencias del comportamiento, especialmente la psicología, **el diagnóstico se concibe como un juicio de valor basado en evidencias, para determinar la condición emocional y de comportamiento de una persona.**

Sin embargo, no se llega a este juicio de valor y al establecimiento de lo funcional o disfuncional basados solamente en el “ojo clínico”, se requiere toda una serie de evidencias, predominantemente basadas en una **evaluación psicológica**. Dicha evaluación es ante todo una investigación, y como tal requiere una secuencia o metodología, siendo en la etapa final o informe, donde se determina el diagnóstico basado en las evidencias obtenidas.

Desde una visión psicológica, es Fernández Ballesteros (2004) quien propone que debiera hacerse una distinción entre el término evaluación (que hace referencia al examen o exploración de una persona o grupo de personas) y valoración (que implica las mismas actividades, pero dirigidas a objetos, por ejemplo puestos de trabajo, programas, tratamientos, etc.) sin embargo en la práctica se utilizan indistintamente ambos términos.

Menciona también que existen distintos modelos teóricos desde los cuales abordar la evaluación psicológica:

- **El del atributo o rasgo**, según el cual la evaluación tendría por objeto el hallazgo de las puntuaciones diferenciales que un sujeto obtiene en una serie de características.
- **El dinámico**, pretende el análisis de la vida mental inconsciente del sujeto en exploración, sobre cuya base se efectuará la explicación del comportamiento.

- **El médico**, que emerge de la psiquiatría y desde el cual se han elaborado sistemas clasificatorios del comportamiento anormal y patológico. La evaluación neuropsicológica ha emergido predominantemente de este modelo.
- **El conductual**, basado en el paradigma conductista y sus derivaciones, y
- **El cognitivo**, basado en la relevancia del estudio de las estructuras, procesos y estrategias cognitivas como determinantes del comportamiento anormal.

Por otra parte, centrándose en la evaluación infantil, Sattler (2010) afirma que la evaluación es una manera de comprender a los niños a fin de tomar decisiones informadas acerca de los mismos. Agrega que existen diversos tipos de evaluaciones: exploratorias, focalizadas, diagnósticas, de orientación y rehabilitación, de valoración de progreso y evaluaciones para la solución de problemas.

Considera además que los cuatro pilares básicos (medidas con referencia a la norma, entrevistas, observaciones conductuales y procedimientos informales de evaluación) de una evaluación proporcionan una buena información acerca de los conocimientos, habilidades, conducta o personalidad de los niños. Estos se complementan entre si y ofrecen una base para tomar decisiones acerca de los niños.

Sattler (2010) propone también una evaluación multimétodo, ya que una evaluación de este tipo nos permite obtener información a partir de diversas fuentes (incluyendo la fuente de canalización, el niño, padres, maestros y otras personas significativas) y revisar (si están disponibles) los expedientes educativos, historial médico, informes de trabajo social y evaluaciones anteriores del niño. En segundo lugar, un enfoque multimétodo utiliza diversas técnicas de

evaluación, incluyendo medidas con referencia a la norma, entrevistas, observaciones y procedimientos informales de evaluación. Este enfoque nos permite también evaluar una multiplicidad de áreas (p. ej. inteligencia, atención y memoria, velocidad de procesamiento, planeación y organización, aprovechamiento, habilidades visuales, auditivas y motoras, lenguaje oral, conductas adaptativas y funcionamiento social-emocional de la personalidad). Implica, por último, la recomendación de intervenciones.

Estableciendo una breve digresión, hacemos propia la afirmación de Esquivel (2007) cuando afirma que: lo primero que uno tiene que plantearse como psicólogo al hacer una evaluación a un niño, es el objetivo de la misma, esto es, para qué y para quién se hace, así como qué se pretende con ella. Se hace una evaluación para tener un diagnóstico de la situación que se presenta. Ese diagnóstico va a implicar muchas cosas, entre otras que quizá no sea el niño el que requiera el tratamiento. Continúa diciendo que la obligación del psicólogo es lograr una comprensión “objetiva” de la situación; concuerde ésta o no con las expectativas de los padres y proponer el tratamiento adecuado. Es claro que hay ocasiones en que no se requiere tratamiento alguno, en ese caso es necesario orientar a los padres en relación con el problema que plantean.

Regresando a la teoría de la evaluación psicológica en México, Aragón (2015) menciona que ésta es, además de una rama de la psicología, una disciplina científica en sí misma con objetivos básicos y de investigación, dedicada a la exploración y análisis científico de la conducta humana, cuya meta última es la toma de decisiones para la intervención.

Así pues, la evaluación psicológica se vuelve fundamental ya que según Aragón (2015) se reconoce que para poder llevar a cabo una intervención psicológica exitosa y eficaz, es imprescindible realizar

antes una evaluación y mientras esta evaluación se haga de la mejor manera, aportando los datos relevantes necesarios para el psicólogo, se hará una mejor planeación de la intervención con los subsecuentes beneficios para el paciente.

Desde la Psiquiatría, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004) considera que la evaluación diagnóstica, más que un ejercicio puramente taxonómico, representa el primer paso del proceso de atención clínica, cuyo objetivo fundamental es la restauración y promoción de la salud del individuo y el enriquecimiento de su calidad de vida. Considera además que los pasos claves del proceso de una evaluación diagnóstica integral, de acuerdo a las pautas internacionales de evaluación diagnóstica de la Asociación Mundial de Psiquiatría son los siguientes: entrevista del paciente, utilización de fuentes adicionales de información (familiares, maestros, amigos, etc.), evaluación sintomatológica de la psicopatología, evaluaciones bio-psico-sociales complementarias, formulación diagnóstica integral, articulación del diagnóstico con el plan de tratamiento y organización de la historia clínica.

En la misma línea el DSM-5 (2014) afirma que la formulación del caso de cualquier paciente debe incluir una historia clínica detallada y un resumen detallado de los factores sociales, psicológicos y biológicos, que pueden haber contribuido a la aparición de un trastorno mental concreto. Es decir, que para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Considera además que se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores, ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad. Siendo entonces que el objetivo final de la redacción de la historia clínica, radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico, para

elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo en cuestión.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.

Antecedentes históricos.

Desde tiempos remotos el ser humano se ha preocupado por conocer la naturaleza y organización de su actividad psicológica. Se ha preguntado cómo funciona la mente, cómo se producen el pensamiento y el lenguaje, cómo funcionan los procesos lógico-matemáticos y la memoria. Sin embargo, es apenas hace unos cuantos siglos que se vuelve evidente el estudio científico del cerebro como responsable de la actividad psicológica y se han dirigido los esfuerzos de muchos estudiosos de la ciencia, especialmente los estudiosos de la estructura y el funcionamiento del cerebro y su relación con la conducta y la cognición, para responder estas y otras preguntas relacionadas.

Históricamente, las primeras evidencias que describen la existencia de alteraciones de las funciones psicológicas superiores, concretamente del lenguaje, se hallan en el papiro de los cirujanos egipcios antiguos, que data aprox. del año 2800 A.C., en la descripción veinte se encuentra el reporte de un caso que narra lo siguiente: "...tiene la herida en la sien que penetró el hueso y perforó su sien temporal...sufre rigidez en el cuello y es mudo..." (Quintanar, 1994).

Siglos más tarde, Hipócrates observa una asociación entre las alteraciones del lenguaje y la parálisis del lado derecho del cuerpo. Aún más, en su "tratado de la medicina antigua" nos ofrece mayores referencias sobre alteraciones del lenguaje. En sus aforismos leemos: "los que por cualquier causa, los que han recibido un golpe la cabeza, por necesidad quedan privados del habla" (Quintanar, 1994). Pitágoras aceptaba al cerebro como la base de la mente y el intelecto, al igual que el mismo Platón. Herófilo consideraba que los ventrículos cerebrales eran el sitio

donde se acumulaban las fuerzas vitales, y fue respaldado por Galeno, quien enseñó que los espíritus animales fluyen desde los ventrículos cerebrales hasta el corazón y de allí se distribuían a todo el cuerpo por medio de las arterias (Boring, 1990).

En la alta Edad Media, existía la creencia por parte de filósofos y naturalistas como Leonardo da Vinci, de que la actividad cognoscitiva o facultades de la mente se encontraban localizadas en los tres ventrículos cerebrales más que en el cerebro.

Es en el renacimiento donde se puede considerar el nacimiento de la ciencia moderna, representada por físicos y estudiosos como Copérnico, Galilei, Descartes, Vesalio y Spinoza entre otros.

Siglos después, en 1850, F. J. Gall aportó a la ciencia dos afirmaciones que serían de máxima relevancia en esta época; por una parte logra reportar por primera vez las diferencias existentes entre la sustancia blanca y la sustancia gris presentes en el cerebro, y por otra parte, crea la teoría frenológica, con la cual intentó establecer una correspondencia entre la forma del cráneo y la actividad mental que se supone consecuencia de dicha forma y que está localizada en determinadas secciones de la corteza cerebral. El desarrollo de los sentidos sería entonces consecuencia de las distintas partes del encéfalo, de las cuales dependerá también la forma craneal (López, 2001).

Con el trabajo de Gall se reconoce que existió un gran cambio ideológico en cuanto a la localización de las facultades del hombre en el alma. Esta postura permitió reconocer al cerebro como órgano rector de los procesos psicológicos superiores y como una estructura íntimamente relacionada con éstos (Boring, 1990).

Según López (2001) en la segunda mitad del siglo XIX se incrementó el número de reportes referentes a alteraciones de las funciones psicológicas y su relación con diversas regiones corticales, lo que marca el inicio de la neuropsicología moderna.

Este incremento se debió fundamentalmente a los trabajos de Broca (1863) y Wernicke (1873). En estos trabajos se continúa con los intentos por relacionar diferentes sectores cerebrales con diversas funciones psicológicas. Estas afirmaciones precipitaron una fuerte crisis acerca de la concepción de la localización de las funciones psicológicas del ser humano. Los grupos en controversia eran los localizacionistas y los antilocalizacionistas (Luria 2000).

Entre los localizacionistas podemos destacar a Paul Broca (1824-1880), Karl Wernicke (1848-1905), Henry Bastián (1873-1915) y Jules Dejerine (1849-1917). Sus trabajos se caracterizaban por mantener una búsqueda de relaciones entre síntomas clínico-anatómicos, que se observan en diferentes formas de alteraciones de las funciones psicológicas y centros específicos del cerebro. Proponían la existencia de centros altamente especializados en el cerebro. Se utilizó el método de exámenes postmórtem para el establecimiento de correlaciones entre síntomas clínicos específicos y zonas cerebrales estrechas, enfatizando que los procesos correspondientes se localizaban en el cerebro.

Los antilocalizacionistas por su parte estaban representados por el neurólogo inglés H. Jackson, y diferían enormemente de la propuesta de los localizacionistas. Planteaban que la organización cerebral de los procesos mentales complejos se debían abordar desde el punto de vista del nivel de su construcción, más que de su localización en áreas particulares del cerebro, es decir, el cerebro trabaja de forma unitaria, como un todo. Consideraron que se pueden localizar solamente las funciones psíquicas elementales como el movimiento. La sensibilidad, la visión, etc., pero las funciones psíquicas superiores como la memoria, el pensamiento, el lenguaje, las funciones lógico matemáticas, etc. no se pueden localizar de forma estrecha.

Desafortunadamente esta teoría no contaba con los elementos teóricos suficientes para fundamentar sus argumentos teóricos y

poco a poco fueron perdiendo terreno en comparación con los localizacionistas (Luria 1989). Hoy en día el aumento de la tecnología computarizada, el auge y desarrollo de técnicas de evaluación neurológica de alta especialidad, como la tomografía por emisión de positrones, el flujo sanguíneo regional y las imágenes por resonancia magnética, han favorecido la continuación de los planteamientos localizacionistas de las funciones psicológicas superiores en zonas estrechas del cerebro (León Carrión, 1995).

Una tercera propuesta teórica surge en la tradición neurocientífica ruso-soviética que inicia con los trabajos de I. M. Sechenov, pasando por las propuestas de Bejterev y Pavlov, y posteriormente Vigotsky, Leontiev, Luria y sus discípulos, hasta los teóricos contemporáneos como Tsvetkova, Akhutina y Talizina, entre muchos otros.

La escuela neuropsicológica ruso-soviética no admite que las funciones psicológicas superiores se encuentren en una u otra región exclusiva de la corteza cerebral, ya sea por una especialización progresiva o congénita, sino que la localización de las funciones psicológicas en el cerebro, es de carácter dinámico y sistémico, y que se incluye en un sistema funcional complejo, que se caracteriza por ser el resultado del trabajo unificado de toda una constelación de sectores cerebrales, los cuales son independientes territorialmente, pero que se unen para realizar una tarea común (Quintanar 1994).

Sin embargo, según López (2001) a pesar de los años de diferencia que han transcurrido, aún existe la controversia acerca de la organización cerebral. Esto ha conducido a diversos investigadores, a intentar conocer en forma precisa la estructura y naturaleza de las funciones psicológicas superiores, a través de la creación de diversas técnicas de exploración. Ello ha estado determinado por la necesidad de contar con herramientas útiles en

la clínica neuropsicológica, que permitan caracterizar la sintomatología que presentan los pacientes con lesión cerebral (León Carrión 1995).

Hoy en día, son dos las escuelas neuropsicológicas que predominantemente han procurado dar una explicación fehaciente sobre la organización y funcionamiento del cerebro y su relación con el comportamiento humano: la Neuropsicología cognitiva (que tiene sus fundamentos en la Psicología cognitiva, la ciencia conductual y la tecnología de las neurociencias. Utiliza predominantemente el análisis cuantitativo para la evaluación de la alteración de las funciones psicológicas), y la aproximación neuropsicológica histórico cultural, cuya estructura metodológica se basa en los principios generales de la Psicología ruso-soviética, en los avances de la Neurofisiología, Psicofisiología y la Psicolingüística. Utiliza predominantemente el análisis cualitativo para la evaluación de la alteración de las funciones psicológicas.

Evaluación neuropsicológica cognitiva vs evaluación neuropsicológica histórico cultural.

Evaluación neuropsicológica cognitiva.

La neuropsicología cognitiva utiliza básicamente dos métodos para la exploración neuropsicológica; en primer lugar realiza una exploración neurológica básica, y en segundo lugar baterías de evaluación cuantitativas.

López (2001) afirma que en la neuropsicología cognitiva la valoración neurológica tiene el objetivo de determinar la integridad del sistema nervioso, esta tarea incluye el examen de los pares craneales, los reflejos, la sensibilidad, el lenguaje y el habla

además de estudios complementarios de gabinete como el electroencefalograma (EEG), la tomografía axial computarizada (TAC), la angiografía y la resonancia magnética.

Esta aproximación cognitiva continúa con la utilización de baterías de test psicométricos para medir el estado íntegro de los procesos psicológicos (Ardila y Ostrosky, 2012). El fundamento filosófico de esta perspectiva lo podemos encontrar en Thorndike, quien afirma: "...si una cosa existe, existe en cierta cuantía, y si existe en cierta cuantía puede ser medida". Así entonces, los propósitos básicos de cualquier batería de exploración neuropsicológica cuantitativa son: a) ayudar a la localización de la lesión que está causando los déficits manifestados por el paciente; b) arrojar información importante acerca del patrón de recuperación que puede ser esperado a partir de tal daño e indicar el soporte que puede ser utilizado satisfactoriamente para explotar las habilidades residuales del paciente; c) ayudar a la tarea de investigación en la neuropsicología; d) obtener información relevante para el diagnóstico y e) ayudar a comprender la naturaleza de las alteraciones orgánicas y su relación con alguna función psicológica (Peña Casanova, 1987).

Según López (2001) dentro de este modelo de evaluación, se pueden distinguir tres grandes tipos de baterías cuantitativas: las intermodales o multifuncionales, las intramodales y las pruebas taxonómicas. Las primeras son aquellas que evalúan diferentes tipos de procesos psicológicos: visuales, táctiles, verbales, psicomotores, etc.; las segundas son aquellas que realizan medidas de aspectos más focales de la actividad mental superior, el tercer enfoque es un proceso dirigido a la identificación de grupos dentro de un campo determinado. Este último método utiliza en la evaluación del daño cerebral, una batería neuropsicológica fija y la interpretación de las puntuaciones se

lleva a cabo según algunas claves predeterminadas (León Carrión, 1995).

En conclusión, según la neuropsicología cognitiva, los resultados obtenidos en ambos tipos de evaluación (exploración neurológica y evaluación cuantitativa) permiten realizar correlaciones clínico anatómicas más precisas para diferentes síndromes. La evaluación neuropsicológica cognitiva entonces, se describe como la búsqueda de signos y síntomas patológicos indicativos de disfunción cerebral (León Carrión, 1995).

Evaluación neuropsicológica histórico cultural.

Ya hemos mencionado anteriormente que la aparición de la neuropsicología soviética se empieza a conocer en el mundo, a partir de los trabajos desarrollados por Luria después de la segunda guerra mundial, sin embargo, los antecedentes inmediatos de esta propuesta teórica, los podemos encontrar en los trabajos de Vigotsky, Leontiev, Anojín y el mismo Luria entre otros. Estos investigadores sentaron las bases para el desarrollo de la psicología soviética (Quintanar, 1994).

Este grupo, desde su formación inicial se planteó el objetivo de desarrollar una nueva línea teórica para abordar de manera científica el estudio de los procesos mentales complejos.

La primera misión de este grupo fue proporcionar una explicación de la génesis y estructura de las funciones psicológicas superiores (Tsvetkova, 1979).

Para Vigotsky, los procesos psicológicos del ser humano solamente pueden ser entendidos, mediante la consideración de la forma y el momento de su intervención en el curso del desarrollo. Plantea dos características esenciales acerca de las funciones psicológicas: la primera se refiere a la distinción entre el desarrollo

natural y el desarrollo histórico del comportamiento (López, 2001). Afirma que desde que se formó la especie homo sapiens, el cerebro humano no ha sufrido cambios, mientras que su comportamiento si ha cambiado; concluye entonces que la ontogénesis no repite la filogénesis, porque en el transcurso de la vida se desarrollan conjuntamente el comportamiento biológico y el cultural. El segundo punto se refiere a que las funciones psicológicas superiores se dan por el paso de las formas naturales del comportamiento, a través de medios especializados para su organización, dichos medios son la creación de símbolos que poseen significado (semántico), uno de ellos es el lenguaje que mediatiza y regula la conducta. A partir de este punto, concluyeron que las funciones psicológicas superiores tienen una especificidad en una estructura bipolar compleja: estímulo –objeto y estímulo – signo, además de constituir complejos procesos autorregulados, sociales por su origen, mediatizados por su estructura, voluntarios y conscientes por su funcionamiento.

Así entonces, Vigotsky definió a las funciones psicológicas superiores como aquellos niveles de organización de las funciones psíquicas más elevadas en el ser humano y que se encuentran por encima de las naturales, inferiores, involuntarias y poseen características que diferencian las unas de las otras.

Al mismo tiempo que se resolvían estas tareas, se abordó el estudio de las unidades funcionales básicas que componen al cerebro humano y el papel ejecutado por cada una de ellas en las formas complejas de actividad elemental. Dicha tarea le correspondió a Alexander Luria y otros investigadores. Este grupo estuvo influenciado por las nuevas propuestas de Vigotsky y por las aportaciones de Pavlov acerca de la organización y desarrollo del sistema nervioso.

Luria llegó a la conclusión de que el intento de pasar directamente de los síntomas observados a su hipotética localización anatómica

solo conduce a la creación de esquemas mecanicistas, en que los síntomas externos (alteración de los movimientos del lenguaje, de la comprensión, repetición, escritura, etc.) son relacionados, sin el menor análisis, con una hipotética alteración cerebral rígidamente localizada, por lo que rompió con los planteamientos del localizacionismo estricto (Luria, 1980).

Así pues, Luria propuso una manera nueva de abordar el estudio de las alteraciones de las funciones psicológicas superiores. El primer paso consistió en revisar algunos conceptos básicos que se utilizaban en la práctica neuropsicológica tradicional. Analizó primeramente el término función, utilizado por varios investigadores de su tiempo, y que había sido utilizado para describir el desempeño específico de una región focal del cerebro. Sin embargo, esta relación se establecía a partir de la patología, es decir, solamente a través de la observación empírica de los síntomas, el examinador lograba detectar la función de un tejido en particular. Pero ¿cómo se podían explicar los casos en que un mismo tipo de lesión cortical ocasionaba todo un cuadro sintomático diferente? y ¿Por qué ante lesiones en diferentes regiones corticales se desencadenaba un mismo cuadro sintomático? (López, 2001).

Para responder las preguntas anteriores Luria afirma que todos los procesos mentales, tales como la percepción y memorización, gnosis y praxis, lenguaje y pensamiento, escritura, lectura y aritmética, no pueden ser considerados como “facultades” aisladas ni tampoco indivisibles, que se pueden suponer “función” directa de limitados grupos de células o estar “localizadas” en áreas particulares del cerebro (Luria, 1989).

Propone que el cerebro trabaja como un conglomerado de sistemas funcionales y cada sistema tiene sus características propias, sus premisas básicas son: a) el sistema funcional consiste en un trabajo conjunto unificado de muchos sectores cerebrales, los

cuales territorialmente no están relacionados, b) estos sistemas están relacionados funcionalmente durante la resolución de una tarea funcional, c) cada sector cerebral realiza su papel y da su aportación específica a la función general pero ningún sistema funcional manifiesta sus componentes, sino que trabaja como una totalidad, d) cada sistema funcional es polirreceptor, pues durante la formación de una función psicológica participan todos los sectores cerebrales, y e) durante el proceso de desarrollo del sistema funcional, las aferencias disminuyen y solamente queda una aferencia importante. Visto de esta forma, todo el proceso mental constituye un sistema funcional complejo que reúne un cierto número de factores que dependen del trabajo concertado de todo un grupo de zonas corticales y estructuras subcorticales, cada uno de estos factores aporta su propia contribución para la realización adecuada de éste (Luria, 1989).

Las funciones psicológicas no se localizan de inmediato en el cerebro, más bien se localizan los sistemas funcionales y a través de ellos se localizan las funciones psicológicas. Este nuevo estudio acerca de la localización de las funciones psicológicas superiores, Luria lo denominó como localización dinámica y sistémica de las funciones psicológicas (Luria, 1980).

La base psicofisiológica de las funciones psicológicas superiores, son los sistemas funcionales, los cuales poseen una estructura sistémica organizada en muchos niveles y eslabones, son de carácter auto regulable, verifican su propia actividad y terminan su acción cuando ha cumplido satisfactoriamente su actividad (Filio, 1996).

Así, la labor prioritaria del investigador consiste en estudiar la estructura de los defectos observados y cualificar los síntomas. Solo entonces, mediante la evaluación orientada para identificar el factor básico que yace tras el síntoma observado, será posible extraer conclusiones referentes a la localización del factor que

yace sobre la base del defecto. El concepto de localización de un factor, por lo tanto, no coincide con el de localización de una función (Luria, 1989).

Organización cerebral

Por otro lado, Luria propuso un modelo teórico acerca de la organización cerebral, distinguiendo tres unidades funcionales en el cerebro, cuya participación es necesaria para todo tipo de actividad mental. Los procesos mentales del ser humano en general y su actividad consciente en particular, siempre tienen lugar con la participación de estas tres unidades funcionales, cada una de las cuales tiene un papel que ejercer en los procesos mentales y contribuye a la realización de estos (Luria, 1989).

En síntesis, Luria elabora una nueva manera de entender la organización funcional del cerebro, considerándolo anatómicamente constituido por tres grandes bloques o unidades funcionales; el primer bloque, localizado en las partes inferiores y superiores del tronco cerebral, y particularmente en la formación reticular, regula el nivel de energía y tono del cortex proveyendo una base estable para la organización del resto de los procesos. El segundo bloque, localizado en la parte superior del cortex cerebral juega un papel decisivo en el análisis, codificación y almacenamiento de la información. Tiene asignadas funciones específicas: es responsable del procesamiento de los estímulos ópticos, auditivos y cinestésicos entre otros. Sus tres zonas tienen una organización jerárquica claramente definida: la primaria registra y distribuye la información sensorial, la secundaria organiza esta información y la codifica, y en la zona terciaria es donde los datos procedentes de los diferentes **factores** se superponen y combinan para dar los cimientos de la organización de la conducta. El tercer bloque, constituido por los lóbulos frontales tiene que ver con la información e intención de programas de actividad del individuo. No influye en las funciones

sensoriales y motoras, e incluso, tras la destrucción de estos lóbulos, la sensación, los movimientos y el habla permanecen prácticamente inalterados.

Criterios para la evaluación neuropsicológica.

Para Luria, la tarea fundamental del estudio de las funciones psicológicas superiores cuando hay una lesión local en el cerebro consiste en que, al describir el cuadro general de los cambios que se operan en la actividad psíquica, se destaque el defecto fundamental, derivando de este las alteraciones sistémicas secundarias y acercarnos de esta forma, a la explicación del síndrome que constituye la consecuencia del defecto principal. Según López (2001) Tsvetkova reconoce que antes de empezar a trabajar con el paciente debemos saber todo acerca de él: que le gusta y que no, que actividad realizaba frecuentemente o que podía hacer hasta antes de su enfermedad, etc., con el objeto de considerar todo aquello que se puede utilizar en el proceso de la evaluación y la rehabilitación (Luria, 2000).

De esta forma, la investigación neuropsicológica no se debe limitar a señalar las disminuciones o la pérdida de una u otra función psíquica, sino indicar, en la medida de lo posible, cuál es el tipo de defecto neurodinámico que determina la alteración existente en la actividad psíquica. El experimento neuropsicológico debe ser la posibilidad de identificar la debilidad patológica de los procesos nerviosos en los marcos de un factor o varios, establecer la alteración de la actividad sintética de la corteza cerebral, los defectos de la inhibición interna e impulsividad, la inercia patológica de los procesos nerviosos asociados con dicha inhibición y por último, los defectos de aferentación inversa que conducen a considerables alteraciones de la conducta en conjunto. El cumplimiento adecuado de estas observaciones permite superar los marcos de la discriminación psicológica del defecto, y dar un

serio paso al análisis de aquellas alteraciones patológicas fundamentales que conducen a los cambios de la actividad psíquica (Luria, 1989).

Por otro lado, el análisis neurodinámico de los resultados obtenidos, exige que la atención del investigador esté constantemente dirigida al carácter de las alteraciones observadas durante el cumplimiento de las tareas solicitadas al paciente. Además, presupone tomar en consideración una serie de condiciones del experimento y el empleo de procedimientos adicionales. Primero, destaca el grado de agotamiento que puede sufrir el paciente cuando es evaluado. Segundo, considera la influencia de los estímulos secundarios que en los casos de estados patológicos del cerebro, pueden inhibir con facilidad la actividad comenzada y frustrar el cumplimiento de la tarea. Tercero, entre los procedimientos especiales, cuyo empleo facilita de forma considerable el análisis de los defectos neurodinámicos, se encuentra el cambio de ritmo del experimento, y por último, considerar la ampliación del volumen de las tareas propuestas o estímulos presentados (Luria, 2000).

Sin embargo, aun observando todas las condiciones destacadas queda una exigencia más, que si no se toma en consideración, los resultados obtenidos no pueden tener el significado necesario. Los resultados deben ser confiables. La confiabilidad de los resultados puede obtenerse mediante la cantidad de los experimentos y el grado de estabilidad de los datos obtenidos. Los datos se consideran seguros si la variabilidad de los índices logrados es relativamente pequeña (Luria, 2000).

Por último, uno de los principales objetivos de la investigación neuropsicológica, es el diseño de las conclusiones neuropsicológicas. Estas deben ser el resumen del trabajo realizado y deben partir del análisis comparativo de los resultados obtenidos. Deben conducir a la separación del defecto

fundamental, describir la manifestación del mismo en las distintas formas de actividad psíquica y, dentro de lo posible, enfocar la cualificación de este defecto y la indicación del factor psicofisiológico que le sirve de base. Solo si se lleva este tipo de análisis, la conclusión puede presuponer las bases topográficas de los fenómenos observados y el lugar que en el cuadro obtenido ocupan los factores cerebrales, los cuales están siempre presentes en los casos de lesiones focales del cerebro (Luria, 1989).

Considerando todas estas variables, Luria utilizó un esquema de evaluación para pacientes (soldados soviéticos que participaron en la segunda guerra mundial) con herida de bala en diferentes regiones de la cabeza. Utilizó un esquema que incluye los siguientes aspectos (Ardila, 1999):

Ficha de identificación del paciente.
Características generales del paciente.
Evaluación de la atención.
Evaluación de las respuestas emocionales.
Evaluación de la percepción visual y reconocimiento visoespacial.
Evaluación de la percepción y reconocimiento somatosensorial.
Evaluación de la percepción auditiva y coordinación audiomotora.
Evaluación de movimientos y acciones.
Evaluación del lenguaje.
Evaluación de la escritura.
Evaluación de la lectura.
Evaluación de la memoria.
Evaluación del cálculo.
Evaluación de los procesos intelectuales.

Así entonces, el éxito de los métodos utilizados por Luria se debe fundamentalmente a que están orientados no a la descripción del defecto, sino a su análisis cualitativo, y gracias a ello, la evaluación neuropsicológica permite encontrar el factor o factores que se encuentran en la base de la alteración de una u otra función psicológica, y no se limita simplemente a señalar sus cambios cuantitativos como lo hacen la mayoría de las baterías estandarizadas. Aún más, los métodos neuropsicológicos planteados no fueron tomados de otras áreas, sino que fueron elaborados especialmente para resolver tareas específicas de la clínica neurológica y neuroquirúrgica (Quintanar, 1995).

Así pues, el paradigma histórico cultural reconoce que para que las técnicas de evaluación neuropsicológica sean productivas en la práctica clínica, deben cumplir por lo menos con tres exigencias básicas que correspondan: a) con las tareas que se establezcan en la clínica, b) con el nivel en el que se encuentra la ciencia psicológica contemporánea y con sus concepciones acerca de las funciones psicológicas superiores, de su génesis, de su estructura y de sus relaciones con el cerebro, y c) con las bases científicas de la neuropsicología y sus concepciones teóricas más elementales (Quintanar, 1995).

Esta propuesta básica de evaluación ha servido para que en la actualidad se desprendan otras formas de exploración, como son la batería de Luria Nebraska (Golden, 1978), el programa integrado de exploración neuropsicológica PIEN (Peña Casanova, 1991), el esquema de diagnóstico neuropsicológico (Ardila, Ostrosky y Canseco, 1981; Ardila y Ostrosky, 1991), sin embargo, aunque algunos autores en sus trabajos de investigación procuran utilizar conceptos y el marco teórico de la escuela neuropsicológica soviética, esto no garantiza por si solo el éxito inmediato de sus exploraciones (Quintanar, 1995).

Con base en los conceptos anteriores y las investigaciones clínicas de **Luria, Quintanar y Solovieva** elaboran desde el año 2000, una serie de **evaluaciones neuropsicológicas breves** que se diferencian de la evaluación neuropsicológica clásica en que no se dirigen a la valoración de las funciones psicológicas, sino a la valoración de los siguientes factores neuropsicológicos: análisis y síntesis cinestésico, organización cinética de las acciones y movimientos, oído fonemático, síntesis simultáneas espaciales y memoria de diferentes modalidades.

Estos instrumentos se derivan de la propuesta teórico metodológica de la escuela neuropsicológica soviética, la cual está representada fundamentalmente por A. R. Luria, A. N. Leontiev, L.S. Tsvetkova y otros destacados investigadores que cimentaron las bases para su desarrollo. Las extensas investigaciones realizadas por Luria en pacientes con lesiones locales del cerebro han proporcionado técnicas de diagnóstico claras y precisas para la exploración de las perturbaciones de las funciones psicológicas superiores. Así pues, estas baterías exploran la integridad de los factores arriba mencionados e incluyen los siguientes aspectos:

Área 1. Evaluación del factor cinestésico: en este apartado se evalúa la organización cinestésica de los movimientos voluntarios. López (2001) afirma que para la elaboración de los reactivos que componen esta área, se consideró que todo movimiento voluntario posee en su base una fuerza constante, una amplitud suficiente y una adecuada dirección. Dicho funcionamiento se ha asociado con las áreas sensoriomotoras secundarias (cutaneocinestésicas) del hemisferio izquierdo. De esta forma, se incluyen tareas que requieren la coordinación, reproducción y repetición de movimientos gruesos y finos con ambas manos y con el aparato fonoarticulador. Entre las tareas propuestas se destacan:

a) reproducción de posiciones de los dedos con ojos cerrados, b) reconocimiento de objetos con ojos cerrados, c) reproducción de posiciones, d) repetición de sílabas y sonidos y, e) determinación de la cantidad de sonidos en una palabra.

Área 2. Evaluación del factor cinético de los movimientos: para la elaboración de este apartado se consideró que la estructura de un movimiento voluntario no se sustenta exclusivamente en la base aferente cinestésica y que es esencial para dar al movimiento la composición impulsiva que se requiere, sino que también es siempre un proceso con un curso temporal y ello requiere de una continua cadena de impulsos intercambiables. Dicho funcionamiento se ha relacionado con las áreas secundarias de la corteza motora (área premotora) del hemisferio izquierdo. A través de diversas investigaciones Luria (1989) logró determinar que las zonas premotoras, basadas en sinergismos motores a niveles inferiores, son responsables de la conversión de impulsos motores individuales en las melodías cinéticas consecutivas y de esta forma, introducen un componente secundario esencial en la organización de las habilidades motoras complejas. Así, en esta sección se incluyen tareas que requieren en su base a la organización cinética. Entre las tareas propuestas destacan: a) coordinación recíproca de las manos sin lenguaje y con lenguaje y b) copiar y continuar una secuencia.

Área 3. Valoración del oído fonemático: la función primordial del oído fonemático consiste en realizar una adecuada diferenciación de los estímulos acústicos presentados simultáneamente y también de series consecutivas de sonidos de diferente tono o estructura acústica rítmica. La importancia de este factor radica en que constituye el instrumento fundamental para el análisis y síntesis de los sonidos del lenguaje. El habla humana, que se organiza en un

sistema fonético del lenguaje, usa sonidos de tipo especial, y la agudeza auditiva por sí sola, no es suficiente para distinguirlos; por ende, los sonidos del lenguaje constituyen un sistema en el que solo ciertas características son esenciales para la diferenciación del significado de las palabras, mientras que otras no poseen este papel. Las estructuras corticales con las que se ha relacionado dicho funcionamiento son las zonas secundarias del lóbulo temporal izquierdo. De esta forma, este apartado evalúa la detección, discriminación y reproducción de sílabas, palabras y secuencias verbales. Entre las tareas que se incluyen en esta área se encuentran: a) repetición de pares de palabras, b) repetición de sílabas, c) identificación de fonemas, d) identificación de sonidos (primero y segundo) insertos en una palabra.

Área 4. Evaluación de las funciones mnésicas: los reactivos que se incluyen en esta área están orientados a la valoración de los procesos de recepción, impresión, retención y reproducción de las huellas mnésicas. Para este fin se considera que, para que exista un proceso de recuerdo selectivo, se requiere de un tono cortical óptimo y una intención estable. Además de que el complejo proceso de recibir y codificar la información que se recibe, requiere la integración completa de las zonas corticales de los analizadores correspondientes, cada uno de los cuales debe ser capaz de separar la información recibida en datos elementales modalmente específicos (visuales, auditivos o táctiles), seleccionar los datos relevantes y finalmente reunirlos dentro de estructuras integrales dinámicas. Por lo tanto, en el ser humano, este proceso altamente organizado del recuerdo se basa en un complejo sistema de sistemas que trabajan concertadamente en la corteza y estructuras subyacentes (primero, segundo y tercer bloque funcional), y cada uno de los cuales aporta su propia contribución específica a la organización de los procesos mnésicos (Luria, 1989). De esta forma, la conformación de los reactivos que

componen al área 4 es la siguiente: a) memoria táctil, b) memoria verbal involuntaria y voluntaria, c) memoria visomotora, d) memoria audioverbal (con interferencia heterogénea).

Área 5. Evaluación de las síntesis espaciales simultáneas: el objetivo de los reactivos que componen esta área está orientado para examinar la recepción, el análisis y síntesis de las regiones temporoparietooccipitales (TPO) del hemisferio izquierdo. El trabajo concertado de estas estructuras corticales permite llevar a cabo una adecuada unificación de la información que recibe de la periferia en un todo, es decir, permite integrar elementos individuales de las impresiones recibidas en una estructura única.

Entre las formas específicas de funcionamiento de este mecanismo psicofisiológico se destaca una adecuada orientación en un sistema de coordenadas espaciales para los planos frontal, sagital y horizontal, así como también el adecuado reconocimiento del esquema corporal, la adecuada comprensión de estructuras gramaticales complejas y la apropiada retención de las posiciones espaciales requeridas para los trazos en los planos gráficos (escritura, resolución de procesos aritméticos y reproducción de imágenes gráficas). De esta forma, este apartado incluye tareas de: a) comprensión de órdenes de diversa estructura gramatical, b) reconocimiento del esquema corporal, c) comprensión de oraciones con diferente estructura gramatical, d) reconocimiento de números y letras, y e) realización de un dibujo a la copia.

Área 6. Evaluación de la integridad de las imágenes de los objetos: la orientación de este apartado se dirige hacia la detección del estado funcional de las zonas posteriores de la región temporal izquierda, en su límite con la región occipital. En el caso de perturbaciones en esta región, el síntoma cardinal

consiste en una alteración de la función nominativa del lenguaje y en la incapacidad para evocar imágenes, como respuesta a una palabra dada. De esta forma, la valoración neuropsicológica de esta área contiene las siguientes tareas: a) dibujar un animal, b) dibujar un gato, c) dibujar un ratón.

Para concluir este apartado debemos mencionar que, en América Latina la aceptación y uso de uno u otro método de evaluación depende, no solo, de la orientación teórica del profesional, sino también de los recursos y condiciones existentes, y del objetivo para el cual se realiza la evaluación. Tomando esto en cuenta, en nuestro siguiente apartado utilizaremos la evaluación neuropsicológica breve para niños (Quintanar y Solovieva, 2009) y su aplicación en un caso TDAH.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Mencionábamos al inicio que desentrañar los misterios del por qué y el cómo de su propio comportamiento es una actividad que siempre ha fascinado a la humanidad, tratar de entender por qué hacemos lo que hacemos, por qué y cómo procesamos nuestras funciones psicológicas y por qué y cómo comunicamos lo que sentimos, siempre ha sido una tarea intrigante. Pero no solo eso, decíamos también para dar respuesta a estas y otras interrogantes se ha creado el paradigma científico de las ciencias del comportamiento, que se ocupa del estudio de los procesos y funciones psicológicas, además de sus alteraciones.

Uno de esos procesos es la atención, su importancia es fundamental tanto filogenética como ontogenéticamente, de ahí que el estudio de su organización y alteraciones sea motivo de profundas investigaciones, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Sin embargo, desde el paradigma de las ciencias del comportamiento ¿Qué entendemos por atención?, García-Sevilla (2014) afirma que **es el mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/u operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.**

En concreto:

1. **los procesos selectivos** son los que se activan cuando el ambiente nos exige dar respuesta a un solo estímulo o tarea en presencia de otros estímulos o tareas variados y diversos. Implica, por tanto, dos actos: seleccionar la información que es relevante e inhibir la irrelevante y centrarnos o focalizarnos en aquella que es necesaria.

2. **los procesos de distribución** se ponen en marcha cuando el ambiente nos exige atender a varias cosas a la vez y no, como en el caso anterior, centrarnos en un único aspecto del ambiente.

3. **los procesos de mantenimiento o sostenimiento** de la atención se producen cuando tenemos que concentrarnos en una tarea durante períodos de tiempo relativamente amplios

Además de estar implicada en estos procesos, la atención cumple también una serie de funciones importantes, entre las que destacan:

- mantener un estado de activación de nuestro sistema nervioso para permitir un adecuado procesamiento de la información.
- prevenir una sobrecarga del sistema cognitivo debido a una presencia excesiva de estímulos en el medio ambiente.
- seleccionar aquella información que es más importante entre múltiples fuentes disponibles.
- activar y dirigir la mente hacia los estímulos y/o tareas especialmente significativas.
- asignar nuestros recursos mentales a aquellos estímulos o tareas que precisan ser atendidos.
- procesar y analizar con mayor eficiencia y profundidad aquellos estímulos que son atendidos.

Así entonces, la atención es uno de los procesos básicos para la sobrevivencia de la especie humana, y sus alteraciones conllevan grandes consecuencias para el individuo que las vive, para su familia y para la sociedad en general.

HISTORIA DEL TDAH

Aunque las menciones acerca de las alteraciones de las funciones cerebrales se remontan al antiguo Egipto y Grecia, la primera literatura médica referida específicamente al TDAH data de los escritos del doctor A. Crichton, en 1798. En su artículo “Intranquilidad mental”, describió todas las características esenciales de un TDA del subtipo “falta de atención”, pues su descripción coincidía en casi todos sus aspectos con los criterios establecidos en el DSM-IV (Fitzgerald y cols. 2008).

En el siglo XIX ven la luz grandes trabajos descriptivos como los de Haslam (1809), Maudsley (1867), y Clouston (1866).

Ya en los inicios del siglo XX (1902), el médico inglés Still describió los “defectos mórbidos del control inmoral”. Estudió a un grupo de niños con “gran inquietud” (hiperactividad) que presentaban estos síntomas sin lesión cerebral aparente; por ello postuló que los síntomas de hiperactividad, retraso mental o parálisis cerebral provenían de un mismo daño cerebral. Los síntomas dependían del individuo afectado y del tamaño del daño, a pesar de no haber evidencia al respecto (Barragán, 2001).

Años más tarde, en 1917, una pandemia de encefalitis letárgica recorrió Europa y Norteamérica. Entre sus secuelas, los clínicos encontraron niños que se habían recuperado totalmente de la infección pero acudían a la atención clínica con sobreactividad, distracción fácil, mal control de los impulsos y defectos cognitivos. Así pues, el periodo de los años 10-20 dio pie a las teorías de la disfunción cerebral mínima (DCM), y muchos clínicos consideran este mismo periodo como el comienzo del interés por la hiperactividad en Norteamérica (Fitzgerald y cols. 2008).

Ya en la década de los años 30 (1934) Kramer-Pollnow describió una afección que denominó “*Hiperkinetische Erkrankung*”

(enfermedad hiperkinética). El síndrome que describió se caracterizó por síntomas de extrema intranquilidad, distracción fácil y trastorno del habla, “una afección de malestar motor persistente que hace su aparición entre los 2 y los 4 años” (Fitzgerald y cols. 2008).

Por otra parte, en 1937 Charles Bradley demostró en Estados Unidos la eficacia de la Bazedrina, un estimulante del sistema nervioso central en el tratamiento del síndrome hiperactivo. Él administró Bazedrina a niños que tenían dicho síndrome y dolor de cabeza, observando una importante mejoría en su conducta y rendimiento escolar. Este descubrimiento marcó un hito muy importante en la historia del tratamiento de la hiperactividad y llevó al uso posterior de la Dexanfetamina y Metilfenidato para el tratamiento de la hiperactividad.

Según Fitzgerald (2008) a pesar del descubrimiento significativo del uso de los psicoestimulantes para el tratamiento del TDAH, estos fármacos no fueron muy utilizados sino hasta finales de los años 50. Al parecer este hecho se debía al clima psicoanalítico que había prevalecido en los años 40 y 50, y que se resistía a la idea de que la conducta hiperactiva tenía una base biológica.

Es a finales de los años 50 y la primera parte de los 60, que algunos clínicos empezaron a cuestionarse el concepto de daño cerebral como la única causa de la hiperactividad en la infancia. Kanner (1959) recomendó no abusar del término daño cerebral o lesión cerebral como un cliché cotidiano. Birch (1964), Herbert (1964) y Rapin (1964) se cuestionaron la suposición de que el daño cerebral causara problemas de conducta, basándose en que la mayoría de los niños con este tipo de problemas no mostraban signos físicos de daño cerebral.

En 1963, el Oxford International Study Group of Child Neurology afirmaba que no podía deducirse el daño cerebral únicamente a partir de la conducta y recomendó sustituir el término <<daño

cerebral mínimo>> por el de <<disfunción cerebral mínima>> (DCM). En Estados Unidos, se diseñó una definición oficial (Clements, 1966): *El término <<disfunción cerebral mínima>> se refiere a los niños que tienen una inteligencia cercana a la media, media o superior a la media con determinadas discapacidades de aprendizaje y conductuales que variaban de leves a intensas y que se asociaban a desviaciones de la función del sistema nervioso central. Esas desviaciones se pueden manifestar mediante varias combinaciones de deterioro de la percepción, conceptualización, lenguaje y memoria, y del control de la atención, los impulsos o la función motora.*

Así entonces, el término DCM resalta el papel de los factores orgánicos en la etiología del síndrome hiperactivo y desafía las teorías psicoanalíticas prevalentes en aquel momento, que proponían que el trastorno se debía a errores de la funcionalidad paterna.

Por otra parte, el trastorno de la reacción hiperkinética en la infancia apareció por primera vez en el DSM-II, en 1968 (APA, 1968). El término destacaba la sobreactividad como la característica fundamental del síndrome, en lugar del daño o la disfunción cerebral mínima.

Años después, el interés por el concepto de hiperactividad creció con rapidez en los años 70, particularmente en los Estados Unidos. Los síntomas como la falta de atención, la sobreactividad y la impulsividad empezaron a reconocerse como los síntomas nucleares del trastorno. Este cambio, que tenía el propósito de resaltar la falta de atención, empezó cuando Virginia Douglas sugirió que los defectos de la capacidad de mantener la atención subyacen en los síntomas de hiperactividad observados y en el mal control de los impulsos. Su trabajo, además, tuvo gran influencia en la reclasificación del trastorno en el DSM-III (APA, 1980) como trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, resaltando

los aspectos de la atención como centrales en el trastorno en lugar de la hiperactividad. En el DSM-III se definía el TDA con hiperactividad como un trastorno tridimensional caracterizado por falta de atención inapropiada para el desarrollo, impulsividad e hiperactividad y se indicaban los síntomas y umbrales que debían aplicarse para llegar al diagnóstico.

Desde la perspectiva histórica es importante mencionar que el DSM fue revisado en 1987 (DSM-III-R, APA 1987) y en esa edición se mencionaban 14 síntomas, algunos de ellos referidos a la atención y otros a la hiperactividad e impulsividad, considerándose la presencia de ocho de ellos para definir el diagnóstico, además del inicio de los síntomas antes de los siete años de edad. En el DSM-III-R también se incluyó una categoría de trastorno de déficit de atención indiferenciado, en el que se excluían la hiperactividad y la impulsividad. En esta edición del DSM no se utilizaron subtipos.

En la versión del DSM-IV-TR (2000), basado en un análisis de factores de estudios de campo, se volvió a la clasificación categórica y se describen tres subtipos de TDAH:

1. ***Predominantemente con falta de atención:*** presencia de seis o más síntomas de falta de atención y menos de seis síntomas de hiperactividad/impulsividad.
2. ***Predominantemente hiperactivo/impulsivo:*** presencia de seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y menos de seis síntomas de falta de atención, y
3. ***Combinado:*** presencia de seis o más síntomas de falta de atención y seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad.

TDAH según EL DSM 5

En su versión 5 (2014) el DSM conceptualiza así el TDAH:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

a. Con frecuencia falla al prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales;

dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Anexa la siguiente nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso;

en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Agrega también la siguiente nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

314.01 (F90.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “con síntomas de inatención insuficientes”).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

314.01 (F90.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en

situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

SITUACIÓN DEL TDAH EN MÉXICO

Según datos de la Secretaría de Salud (2014), se calcula que en México existen alrededor de 1 500 000 niños que padecen TDAH, y que afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar.

Entre los instrumentos propuestos por la misma Secretaría para la descripción y análisis del TDAH en México, se encuentra la **Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**, elaborada en 2010 por el **Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz**, la cual, además de proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico y tratamiento farmacológico, proporciona estrategias de intervención psicosocial. La guía menciona que **el TDAH es una condición neuropsiquiátrica que inicia en la infancia, y se caracteriza por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad, que pueden persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.**

Antes de continuar con algunos datos etiológicos y epidemiológicos del TDAH, es necesario considerar la situación de vida de los niños y niñas con esta condición. Para ello, y a modo de ejemplo, retomaremos el relato de una madre con TDAH en su infancia:

“Yo decidí grabar este testimonial porque, en mi caso, se tardaron mucho en darme el tratamiento para el TDAH, y porque a mi mamá le daba mucho miedo, y bueno pues les voy a contar mi historia para evitar que ocurra lo mismo con otras personas, sobre todo niños que lo tienen y no les dan el tratamiento... pues lo que yo más recuerdo de cuando yo estaba más chica era que me gustaba mucho correr, brincar, jugaba todo el tiempo, en la escuela desde el kínder las maestras siempre me estaban persiguiendo, mi mamá me cuenta que siempre se quejaban con ella porque yo era muy inquieta, contestaba sin esperar mi turno, no me podía quedar sentada todo el tiempo, hablaba en exceso, evitaba

todo lo que significara un esfuerzo y me costaba muchísimo trabajo concentrarme.

En la primaria fue donde se empezaron a notar más mis problemas porque me costaba mucho trabajo escribir, confundía las letras, todo lo hacía mal y pues mis maestras siempre estaban encima de mí. La verdad si me sentía muy mal, porque entre las presiones de la escuela y de la casa pues si me empecé a sentir como si fuera una tonta, había grupos de amigos y amigas en el salón pero yo solo me llevaba con una niña, era mi mejor amiga, Cinthia, pero pues para mi mala suerte en tercer año la cambiaron de escuela y, pues me quede prácticamente sola. Tuve una maestra que me marcó, me marcó mucho porque ella si me ayudó, era la de quinto año, era miss Lety, un día le pegué a una niña porque agarré..agarró (sic) una goma que yo no le presté, sin pedírmela, y la miss Lety habló conmigo, me dijo que teníamos que hablar con mi mamá y la mandó llamar, nos dijo que me hiciera una serie de análisis y pudiera decir que hacer conmigo, pero mi mamá si se ofendió, le gritó y le dijo que no me iba a llevar a ningún lado y la que estaba mal era ella. Y la gota que derramó el vaso fue un día que regresé de la secundaria, ya estaba en tercero y pues llegué a la casa y le platicué a mi mamá que me había ido muy mal ese día, y no me hizo caso y pues me enojé muchísimo, me salí de mis casillas y pues le reclamé, le aventé todo lo que me encontraba a mi paso, le gritaba, le decía que ella nunca me prestaba atención, que yo nunca le importaba, ...pues fue hasta entonces que le dijo a mi papá todo lo que habíamos vivido, porque se asustó mucho por mi reacción, y pues ya para quitarse de dudas pues ya me llevó mejor con un psiquiatra, me hicieron ya mis análisis, me llevaron con una psicóloga y por fin el doctor me diagnosticó que tenía TDAH, el doctor me habló sobre el tratamiento, le explico todo, me aclaró todas mis dudas y dijo que no había ningún riesgo, que solo iba a ser temporal y que iba a mejorar muchísimo mi vida.

Pues bueno a pesar de las recomendaciones que el doctor me había dado mi papá sentía un poquito de temor de medicarme por comentarios que ya había escuchado acerca de ellos, entonces pues de todos modos él siguió investigando y por fin se animó a si darme el tratamiento, mi terapeuta me recomendó que hiciera ejercicio y pues ya con

el tratamiento también me sentía más enfocada en la escuela, me pude concentrar más en mis clases de gimnasia, me concentraba también y se me quitó muchísimo la agresividad.

Me metí a una carrera técnica de secretaria ejecutiva y pues hasta ahí fue también que empecé a tener amigas, pocas pero todas muy buenas amigas, la verdad que si ha mejorado mucho mi calidad de vida, pues ya cuando terminé la carrera técnica fue que ya por fin el doctor me dijo que me iban a ir retirando el medicamento poco a poco, que íbamos a ir disminuyendo la dosis hasta terminar ya de dármela, y ya llevo varios años sin el tratamiento y sigo sintiéndome muy bien. ¡Que si no te cambias con el tratamiento!, si la verdad muchísimo, mi única preocupación es que como en ocasiones el TDAH es hereditario pues si tengo que estar al pendiente de pues cualquier cosa con mi niña, que pudiera tener alguna característica parecida a la que yo tuve y si la diagnostican, pues sí, yo no tendría ningún problema en darle tratamiento porque pues sé que si a mí me hubieran dado lo mismo de niña hubiera tenido una muchísimo mejor infancia”.

El relato nos da pie para considerar la problemática en primer lugar desde quien vive en carne propia el TDAH, ella afirma “me sentía como una tonta”, “no tenía amigas”, y así es como se perciben y se sienten los niños y niñas con TDAH. Un estudio realizado en México por Garza, Núñez y Vladimirsky (2007) menciona que ellos identificaron calificaciones de auto concepto significativamente menores en los niños con TDAH en relación a un grupo control sin TDAH. Otro estudio realizado por Bakker y Rubiales (2012) afirma que los niños con diagnóstico de TDAH presentan un auto concepto general más bajo, siendo las diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional y familiar.

Por otra parte ¿qué pasa en el ámbito educativo? El relato sigue siendo revelador cuando afirma “en la escuela desde el kínder las maestras siempre me estaban persiguiendo, mi mamá me cuenta

que siempre se quejaban con ella porque yo era muy inquieta contestaba sin esperar mi turno no me podía quedar sentada todo el tiempo, mm, hablaba en exceso, evitaba todo lo que significara un esfuerzo y me costaba muchísimo trabajo concentrarme”. “...tuve una maestra que me marcó, me marcó mucho porque ella si me ayudó...”.

El profesorado juega un papel fundamental en la atención del TDAH. En un estudio de Palacios (2013) sobre conocimientos y creencias sobre el TDAH en maestros de tres países latinoamericanos (México, República Dominicana y Bolivia) El 87.3% (N=268) de los maestros dijo saber qué era el TDAH, opinando de la siguiente manera: 79.3% (N=237) respondió que era una enfermedad, 17.7% (N=53) respondió que era un problema de crianza y 1% respondió que era un mito, una moda o un invento de la industria farmacéutica.

Los conocimientos de los maestros respecto al impacto de la enfermedad y los riesgos asociados a ella mostraron diferencias por país: a) los maestros de Bolivia consideraban que tenían mayor riesgo para fracturas o lesiones graves (93.3% vs. 85.1% y 67.5% de México y República Dominicana respectivamente); b) los maestros de México consideraron que tenían más accidentes (89.7% vs. 87.5% y 75.9% de Bolivia y República Dominicana, respectivamente).

En cuanto a conocimientos y creencias acerca del diagnóstico y tratamiento La mayor parte de la muestra consideró que el psicólogo era el profesional capacitado para diagnosticar y tratar esta condición. En la comparación por países, los maestros de República Dominicana mencionaron que el psicólogo era el profesional capacitado para hacer el diagnóstico con mayor frecuencia(67.7% vs. 54.8% y 48.6% de México y Bolivia, respectivamente); un mayor porcentaje de maestros de República

Dominicana señaló al psicólogo como el profesional más adecuado para tratar esta condición (58.6% vs. 51.4% y 41.2 de México y Bolivia, respectivamente), mientras que un mayor porcentaje de los maestros de Bolivia consideró a los neurólogos o neuropediatras (14.7% vs. 5.78% y 4.7% de México y República Dominicana, respectivamente) como adecuados para tratar a los pacientes con TDAH.

En cuanto a su **epidemiología**, la Guía 2010 del Instituto Nacional de Psiquiatría señala que las estimaciones de su prevalencia varían, dependiendo en gran medida de las técnicas de diagnóstico y de la edad y naturaleza de la población estudiada (clínica o población general). Menciona además que 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. Dice también que 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 cada 100 varones adolescentes, de uno a seis presentan TDAH, y de cada 100 mujeres adolescentes de una a dos lo presentan, se considera entonces que es más frecuente en hombres que en mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por una mujer.

Sin embargo, para Barragán (2001) el TDA es el trastorno neuropsiquiátrico que se diagnostica con mayor frecuencia en la edad pediátrica presentando una incidencia del 5 al 15% en la población de niños/as sanos/as; es decir, de 2 a 3 niños/as en un salón de clase de 25 estudiantes. Y aunque depende mucho del lugar y la población estudiada, la relación de presentación por género (de acuerdo al síntoma valorado) va desde 4:1 hasta 8:1. Además, según De la Garza (2005) muchas niñas con trastorno de la atención no son diagnosticadas oportunamente, o bien, son mal diagnosticadas durante años porque ellas no tienen los síntomas

típicos de hiperactividad que padecen los niños, y no llaman tanto la atención de familiares y profesorado. Las niñas que cursan su vida con hiperactividad son fácilmente reconocibles, ya que son considerablemente distintas de sus compañeras. Sin embargo, un gran porcentaje de ellas solo serán inatentas.

Otra dificultad para un diagnóstico oportuno consiste en que con frecuencia las niñas tratan de pasar inadvertidas y tienden a presentar más síntomas depresivos y ansiedad (que son de naturaleza más interna, y por lo tanto menos evidentes). Tienen graves dificultades académicas, lo que les ocasiona baja autoestima y rechazo de sus compañeros/as. Algunas tienden a conversar excesivamente. Sus síntomas tienden a aparecer después de los siete años y se incrementan al llegar a la pubertad, las hormonas tendrán influencia importante en la adolescencia y el síndrome premenstrual puede empeorar los síntomas volviéndolas más desorganizadas y emotivas (De la Garza, 2005).

En hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tienen un riesgo dos veces mayor de presentarlo.

En cuanto a la **etiología del TDAH**, la Guía 2010 del Instituto Nacional de Psiquiatría considera que es **multifactorial**, ya que influyen diversas variables y que ningún factor por si solo explica el origen del trastorno. Considera que los siguientes son algunos de los factores que intervienen:

Factores genéticos, ya que un tercio de las personas con TDAH tienen un familiar con el trastorno y los hermanos de un niño o niña con TDAH tienen doble riesgo de padecerlo que la población general.

Factores neuroquímicos, pues algunos estudios muestran que ciertos neurotransmisores, en especial la dopamina y la norepinefrina funcionan de manera deficiente.

Entre los **factores neuroanatómicos y fisiológicos** involucrados se encuentran áreas cerebrales como la corteza prefrontal, los núcleos basales y el cerebelo.

La organización y dinámica familiar además de técnicas educativas inapropiadas dentro de ésta, pueden ser **factores psicosociales** importantes.

En cuanto al **curso y pronóstico**, la Guía menciona que habitualmente el trastorno es diagnosticado por primera vez durante los años de enseñanza elemental y en muchos sujetos los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta.

Para el Instituto Nacional de Psiquiatría (en su Guía del 2010), el **diagnóstico** del TDAH está **basado principalmente en la evaluación clínica**, tomando en cuenta los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV-TR **y en el sistema de multiinformantes**, que incluye entrevistas con el padre y la madre sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño/a o adolescente y su comportamiento, un examen directo con el menor y una revisión de la información que proviene del profesor o profesora de la escuela. Se requiere además una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo).

Además de la impresión global de los informantes se deben obtener (sobre todo en niños/as) descripciones de conductas específicas en diversas situaciones, por ejemplo durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, trabajo individual o en grupo, y en actividades de ocio o académicas.

Por otra parte, según la citada Guía del INP, la **evaluación** en adolescentes requiere una aproximación similar a la empleada con infantes. Sin embargo, una diferencia importante es que la entrevista con el/la adolescente puede desempeñar un papel más

importante en la evaluación, ya que tienen mayor conocimiento de sus problemas sociales, escolares y de comportamiento.

El INP en su Guía señala que es importante mencionar que no existen pruebas diagnósticas para el TDAH, pues el electroencefalograma no hace el diagnóstico ni es un estudio obligado. Menciona además que **los estudios psicológicos son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH, y las pruebas neuropsicológicas son importantes para detectar si se tiene compromiso en algunas funciones cerebrales y para saber si tiene problemas de aprendizaje.**

La Guía menciona que existen diferentes **escalas de evaluación** para el TDAH que tienen el objetivo de cuantificar los síntomas del padecimiento. **Su principal aplicación es realizar un tamizaje o para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento**, sin que esto sustituya el criterio clínico. Entre las escalas de evaluación más frecuentemente utilizadas en niños/as y adolescentes se encuentran la Escala CEPO y las Escalas de Conners.

Dado que los problemas conductuales y de aprendizaje asociados al TDAH son muy diversos y crónicos, es necesaria la intervención de profesionales de diversas disciplinas, como médicos/as generales y familiares, pediatras, psiquiatras y paidopsiquiatras, neurólogos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y profesores/as. Cada uno/a de ellos/as aporta su experiencia para abordar problemas específicos y la integración de todas las áreas anteriores se denomina **Tratamiento Multimodal**.

Según la guía del INP en la actualidad los tratamientos para el TDAH se enfocan en la reducción de los síntomas clave y solo controlan y disminuyen los síntomas, no curan. Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia (medicamentos), psicoeducación, modificación conductual,

tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres/madres y profesores/as.

Farmacoterapia del TDAH.

De acuerdo a la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (2010) editada por el Instituto Nacional de Psiquiatría, el tratamiento es integral, personalizado, multidisciplinario y debe ser pertinente a las necesidades y características específicas de cada uno de los pacientes. Después de realizar un adecuado diagnóstico se deben identificar los síntomas clave para que se pueda establecer de forma adecuada la directriz terapéutica a seguir.

La Guía clínica del INP considera que el uso de medicamentos estimulantes como el Metilfenidato (MDF) y **no estimulantes como la Atomoxetina** en el tratamiento del TDAH ha sido frecuentemente estudiado, agrega que más del 70% de niños/as tratados con estos medicamentos muestran mejoría. Menciona que la etiología del TDAH tiene como mecanismo final una alteración del sistema dopaminérgico y noradrenérgico, centro de los mecanismos de acción de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de manera respectiva.

La siguiente tabla muestra cuáles medicamentos son la primera línea de tratamiento, así como el sistema de liberación, nombre comercial y su vida media (tomado de la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, editada en 2010 por el Instituto Nacional de Psiquiatría).

TABLA 1

ESTIMULANTES
MFD liberación inmediata (Tradea, Ritalín)/ vida media: 4 horas
MFD liberación "SODAS" (Ritalín LA)/ vida media: 6-8 horas
MFD liberación "Diffucaps" (Metadate CD)/ vida media: 6-8 horas
MFD liberación osmótica "OROS" (Concerta)/ vida media: 12 horas
NO ESTIMULANTE
Atomoxetina (Strattera)/ vida media: 21 horas

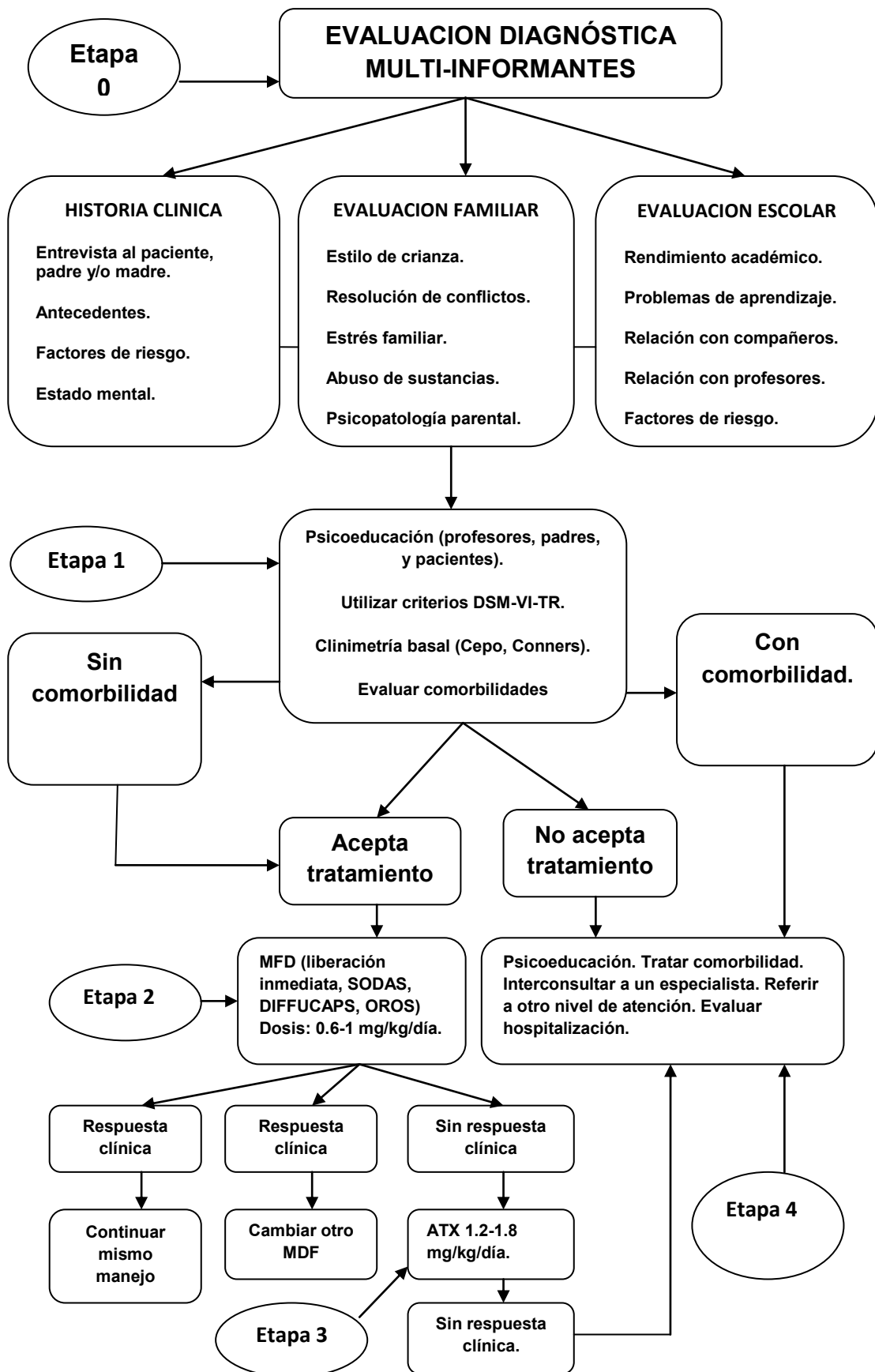
Metilfenidato (MFD)

El mecanismo de acción de esta sal se da primordialmente por medio del bloqueo del transportador de dopamina, lo que incrementa la cantidad de dopamina disponible en el espacio sináptico. El MFD disminuye los síntomas clave del padecimiento (inatención, hiperactividad e impulsividad), mejorando como consecuencia las interacciones psicosociales y el desempeño académico. La dosis recomendada es de 0.6 a 1 mg/kg/día, sin exceder de 72 mg/día.

Atomoxetina (ATX)

La ATX actúa inhibiendo la recaptura de noradrenalina a nivel pre sináptico; ha mostrado efectividad a corto y largo plazo en el tratamiento del TDAH en niños/as a partir de los seis años, adolescentes y adultos. Se administra una vez al día, tiene un bajo potencial cardiotoxico y no afecta el crecimiento. Se recomienda una dosis de 0.5 mg/kg/día hasta alcanzar de una a tres semanas, después 1.2 a 1.8 mg/kg/día, (una o dos dosis); el efecto clínico se observa posterior a la cuarta semana de tratamiento

Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TDAH en niños y adolescentes según el INP 2010.



APROXIMACIÓN AL TDAH DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA HISTÓRICO CULTURAL.

En la neuropsicología contemporánea existen dos grandes formas de abordar el trastorno por déficit de atención, por una parte, la neuropsicología cognoscitiva considera la atención como una función aislada y relativamente independiente de las otras funciones psicológicas (Ardila y Ostrosky, 2012). La neuropsicología histórico-cultural en cambio, considera que la actividad humana no puede dividirse en funciones aisladas, sino que debe considerarse en su totalidad y la atención constituye el contenido de algunas acciones psicológicas.

Desde el paradigma histórico cultural, la neuropsicología es una nueva disciplina que se encarga del análisis de las funciones psicológicas en estrecha relación con la actividad cerebral, tanto en la normalidad como en la patología, en niños y adultos. Como disciplina aplicada tiene dos objetivos fundamentales: 1) descubrir cuáles son los mecanismos que subyacen a las alteraciones de las Funciones Psicológicas Superiores para el establecimiento del diagnóstico neuropsicológico, y 2) diseñar, elaborar, organizar y aplicar los procedimientos y los métodos de intervención y/o rehabilitación de dichas alteraciones. Sus bases teóricas y metodológicas fueron expuestas por A. R. Luria a partir de la segunda mitad del siglo XX en la Unión Soviética.

Sin embargo, para entender cabalmente la teoría de A. R. Luria y sus seguidores, debemos considerarla en el contexto del desarrollo de la Psicología ruso-soviética. Ignorar la interrelación de la Neuropsicología creada por Luria con las propuestas de la teoría histórico-cultural de Vigotsky y de la teoría de la Actividad de Leontiev, Galperin y Rubinstein, entre otros, puede conducirnos a

errores tales como considerar a Luria como el creador de la Neuropsicología cognitiva, o como el continuador del localizacionismo estrecho de las funciones psicológicas en el cerebro.

Así pues, la teoría neuropsicológica de A. R. Luria surge a partir de las propuestas de L.S. Vigotsky acerca de la naturaleza de las funciones psicológicas superiores, así como su desarrollo ontogenético y su relación con el sistema nervioso. La teoría de Vigotsky aportó tres conceptos fundamentales: la **naturaleza** de las funciones psicológicas es **social**, la **fuentes** del desarrollo psicológico es la **adquisición** de la experiencia humana y el medio por el cual adquiere el niño este proceso, es la **actividad** y la **educación**.

Quintanar (2000) menciona que existen dos condiciones básicas que garantizan que este proceso sea óptimo, la primera es **el cerebro humano como base material de los procesos psicológicos, es decir, antes que nada el cerebro debe estar sano, normal**. La segunda condición es **el medio social en el que vive el niño**, el cual puede tanto garantizar como perjudicar dicho proceso.

Así entonces, una discapacidad o trastorno infantil se puede determinar por dos causas básicas: por defectos en el sistema nervioso y por las condiciones desfavorables del medio social en el que crece y se desarrolla el niño. **El trabajo neuropsicológico consiste en determinar los mecanismos cerebrales que subyacen a una u otra discapacidad y buscar las vías y los métodos para la formación o corrección de las mismas** (Quintanar, 2000).

Este autor también se pregunta de qué manera se pueden manifestar estas causas básicas de las discapacidades en el desarrollo cerebral, y para contestar esta pregunta afirma que es necesario dirigirse a las leyes del desarrollo y funcionamiento del

sistema nervioso propuestas por Vigotsky, en las cuales la lógica de la desintegración de los procesos psicológicos, en el adulto y en el niño, es inversa. En el adulto, el daño cerebral provoca la desintegración de los procesos más complejos (formados en las etapas tardías de la ontogenia), tales como el pensamiento abstracto, la simbolización, la lectura, la escritura, el cálculo y la orientación en el espacio, mientras que los procesos inferiores se ven menos afectados. Vigotsky llama a este fenómeno como desintegración orientada desde arriba hacia abajo.

En el niño observamos lo contrario: los procesos complejos aún no se han formado o se encuentran en proceso de desarrollo. Por lo tanto, el daño cerebral afecta a los procesos menos complejos, tales como la esfera motora, el fondo energético de la actividad y el estado de sueño y vigilia. De acuerdo a Vigotsky, este proceso tiene una orientación de abajo hacia arriba. Esto se expresa en el hecho de que los defectos en los procesos inferiores influyen, de manera negativa, sobre la formación de los procesos más complejos.

Para Quintanar (2000) un ejemplo de cómo se dificulta esta construcción de los procesos, de abajo hacia arriba, es el Déficit de Atención. En este trastorno se observan problemas del fondo energético de la actividad además de ausencia de organización en la esfera motora, lo que dificulta el surgimiento, en el momento adecuado, de las actividades más complejas, como el juego temático de roles, el respeto a las reglas y normas sociales y la formación de las imágenes objetales, entre otras dificultades. **Sin embargo, relacionar este cuadro con alguna región única o con algún mecanismo cerebral, como se hace en los casos de pacientes adultos, no es tan fácil.**

Otros estudios (**Quintanar y Solovieva, 2006; Quintanar, Solovieva y Bonilla, 2006; Solovieva, Bonilla, Lázaro y Quintanar 2010; Quintanar, Gómez, Solovieva y Bonilla, 2011; Solovieva y Mata, 2014**) de la Neuropsicología Histórico-cultural Mexicana apoyan, cada vez con más énfasis, la propuesta teórica de que los niños con TDA muestran un desarrollo insuficiente de los mecanismos de programación y control, de organización secuencial de los movimientos y acciones y de integración viso espacial. Todos estos mecanismos se relacionan principalmente con los sectores corticales terciarios anteriores (frontales) y posteriores (temporo-parieto-occipitales), además de sectores subcorticales como la formación reticular.

De acuerdo a Solovieva (2004) en la escuela neuropsicológica de Luria se han establecido diferentes niveles de organización de la actividad humana: de la actividad en general, de la acción, de la operación y de los mecanismos psicofisiológicos. De estos, los mecanismos fisiológicos son los elementos más pequeños de la acción que permiten establecer la relación entre el funcionamiento cerebral y la manifestación psicológica. Para la acción de control, los mecanismos psicofisiológicos indispensables se relacionan con el trabajo de los lóbulos frontales y de ciertas estructuras subcorticales. Sin embargo, una localización tan estrecha de los mecanismos de las acciones complejas, no puede explicar todas las variantes de las dificultades que se observan en los niños con déficit de atención.

Así pues, si dividimos a la psique, no en funciones, sino en niveles de funcionamiento de la actividad, entonces podemos explicar la posible participación de diversos mecanismos en el síndrome. En diferentes casos pueden participar diversos mecanismos psicofisiológicos que debilitan el funcionamiento psicofisiológico y psicológico.

Para valorar los mecanismos psicofisiológicos Luria desarrolla una serie de evaluaciones clínicas, mismas que se han ido perfeccionando por sus discípulos (as). En México Quintanar y Solovieva (2004) han creado versiones abreviadas para evaluar el desempeño neuropsicológico de adultos, adolescentes y niños. En nuestro siguiente capítulo sobre el método de investigación utilizado veremos la aplicación de varias de ellas.

MÉTODO

El método de investigación a utilizar será el de **estudio de caso**, ya que sus características cualitativas e idiográficas nos permitirán profundizar en las características y desarrollo de una participante femenina diagnosticada con TDAH y tratada farmacológicamente.

En la historia de la Psicología grandes teóricos como S. Freud y J. Piaget han elegido este método de investigación. En la neuropsicología clínica, (sobre todo el enfoque histórico cultural) se recurre con gran frecuencia a los estudios de caso. Según A. R. Luria (2000), el trabajo con los pacientes implica un proceso de investigación clínica, en el que no es importante cuánto logra el paciente (aspectos cuantitativos), sino cómo el paciente enfrenta los problemas que se le presentan (aspectos cualitativos). Por este motivo Luria se opuso al uso de técnicas psicométricas para el análisis de las funciones neuropsicológicas. Así entonces, precisa que **“la investigación neuropsicológica no se debe limitar nunca a la indicación sobre la ‘disminución’ de alguna de las formas de la actividad psicológica.** Debe proporcionar siempre un **análisis cualitativo (estructural) del síntoma observado**, indicando (en la medida posible) **cuál es el carácter que tiene** el defecto observado y **en virtud de qué causas (o factores) se manifiesta este defecto.** Por ello, la investigación neuropsicológica constituye un paso esencial a lo que Vigotsky llamaba **calificación del síntoma** que representa un eslabón sustancial en el camino de su descripción externa y de su explicación causal” (Luria, 1989).

Luria (1973) escribió además dos libros: “El hombre con su mundo destrozado” y “La mente de un mnemonista”, en los cuales describe de forma extensa un caso clínico. En el primero de ellos describe a un paciente con daño cerebral a causa de una herida de

guerra, y en el otro a una persona con una capacidad de memoria excepcional. Él decía que estos libros son su contribución a una psicología “romántica”, que no se preocupa por cuantificar, sino por describir cualitativamente la vida de algunas personas específicas (Luria, 1979).

Según Kaplan (1988), la neuropsicología tiene como método fundamental el “análisis del proceso”. La calificación que logra obtener el paciente en una prueba no es tan relevante, es más relevante cómo enfrenta la prueba. Es necesario llevar a cabo un análisis cualitativo de lo que hace el paciente para entender las funciones neuropsicológicas.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La aplicación de una batería psicológica, una evaluación neuropsicológica breve o una valoración psiquiátrica permite diagnosticar oportuna y correctamente un caso TDAH?

2. OBJETIVOS

a) General.

Analizar si la aplicación de una batería psicológica, una evaluación neuropsicológica breve y una valoración psiquiátrica, posibilitan el diagnóstico oportuno y correcto de un caso TDAH.

b) Específicos.

- Conocer si la aplicación de una batería psicológica permite diagnosticar oportuna y correctamente un caso TDAH.
- Comprender si la aplicación de una evaluación neuropsicológica breve posibilita el diagnóstico oportuno y correcto de un caso TDAH.

- Establecer si la aplicación de una valoración psiquiátrica proporciona elementos de juicio para diagnosticar oportuna y correctamente un caso TDAH.

3. HIPÓTESIS

Aplicar únicamente una batería psicológica, una evaluación neuropsicológica breve o una valoración psiquiátrica sin una exhaustiva historia clínica, no permite establecer un diagnóstico correcto y oportuno de un caso TDAH.

4. PRESENTACIÓN DE CASO

a) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de nacimiento: septiembre 22 de 2001.

Participante identificada como S., del sexo femenino, de 13 años de edad, originaria del Distrito Federal, ocupación estudiante, cursa el segundo grado de secundaria en una escuela particular a la cual ha asistido desde el preescolar (exceptuando el primer grado de secundaria), y en la cual se siente motivada e identificada socialmente con sus coetáneos y compañeros escolares. Su lengua materna es el español. En cuanto a la información familiar, S. es hija única de una familia compuesta por ella, el padre de 47 años y la madre de 37 años, separados desde hace 4 años, y viviendo S. con la madre desde la separación. Ni el padre ni la madre han vuelto a vivir en pareja. En la dinámica familiar, desde la separación la madre de S. y S. viven en un departamento de interés social, el padre vive en la misma unidad habitacional pero en otro departamento, el cual fue el primer hogar de la familia. El padre es servidor público y la madre

microempresaria. El nivel socio-económico de la familia es bajo. Profesan la religión católica.

b) MOTIVO DE CONSULTA.

Después de seis meses sin tratamiento farmacológico y ante el buen desempeño académico de S. el padre y la madre solicitaron una evaluación para **conocer el comportamiento TDAH 6 meses después de retirar el medicamento**. Con base en dicha solicitud y en los resultados de las evaluaciones previas, la opción más viable fue elaborar una **evaluación multimétodo** de acuerdo a los criterios propuestos por **Sattler (2010)**, ya que para él una evaluación multimétodo implica obtener información a partir de diversas fuentes (incluyendo la fuente de canalización, el niño, padres, maestros y otras personas significativas) y revisar los expedientes educativos, historial médico, informes de trabajo social y valoraciones anteriores del niño, además de utilizar diversas técnicas de evaluación (incluyendo medidas con referencia a la norma, entrevistas, observaciones y procedimientos informales de evaluación) y evaluar una multiplicidad de áreas (inteligencia, atención y memoria, conductas adaptativas, etc).

Para Sattler (2010) la evaluación psicológica abarca una variedad de herramientas clínicas, tales como pruebas formales e informales, observaciones y entrevistas. Agrega que el enfoque de la evaluación psicológica no se limita a la recolección de datos, pues también incluye la integración de los hallazgos, la interpretación de los datos y la síntesis de resultados. En pocas palabras, **la aplicación de pruebas produce hallazgos, la evaluación da significado a dichos hallazgos dentro del contexto de la vida del niño.**

c) ANTECEDENTES RELEVANTES.

Historia familiar.

Aunque no existen estudios formales de antecedentes sobre TDAH en las familias de origen del padre y la madre de S. resulta interesante mencionar que la madre de S. manifiesta que en su infancia le costaba trabajo concentrarse en las tareas escolares y que siempre estaba “de visita” en los lugares de sus compañeros en la escuela. El padre de S. afirma que con frecuencia estaba en la dirección escolar porque según los maestros no se podía estar quieto en su lugar y uno de sus hermanos repitió tres veces el tercer grado de primaria por problemas de memoria.

El padre de S. y el abuelo materno presentan dominancia lateral izquierda (zurdera)

La primera sospecha del TDAH en S. se presentó cuando el padre y la madre de S. se dieron cuenta de que no podía participar en las mismas actividades lúdicas que sus coetáneos, por ejemplo el tiempo de aprendizaje para el uso adecuado del triciclo fue mayor que el de sus coetáneos, y al año 8 meses mordió a una niña de su edad en un juego infantil aparentemente sin razón.

Historial médico.

Aunque S. no presentó ningún antecedente neurológico importante en su desarrollo perinatal o postnatal, la madre refiere que a los siete meses de embarazo hubo un intento de nacimiento prematuro, lo que le obligó a mantener reposo durante el resto del embarazo. También refiere que el embarazo llegó a las 40 semanas, pero en el momento del nacimiento hubo cierta negligencia médica, ya que hubo ruptura de la bolsa amniótica sin que recibiera atención hospitalaria durante seis horas, ocurriendo

el nacimiento por cesárea en lugar de parto normal. Se refiere también una adenoamigdalectomía a los cuatro años de edad.

Historial académico

En relación al TDAH, el padre y la madre afirman que la primera mención ocurrió en el segundo grado de preescolar, ya que la maestra comentaba que la niña siempre estaba distraída y no terminaba a tiempo sus trabajos.

En el tercer grado de preescolar los problemas escolares continuaron, ya que la maestra mencionaba que seguía sin terminar a tiempo los trabajos y frecuentemente se le caían las cosas de las manos.

En el primer grado de primaria los problemas escolares se manifestaron con olvidos de útiles escolares para las actividades y tareas en casa, y con frecuentes interrupciones a la maestra en clase y en conversaciones familiares, además de escritura en espejo.

En el segundo grado se le realizó una evaluación psicológica, en la cual aparentemente no existía ningún problema y solo se sugirió apoyo psicopedagógico y fortalecimiento de los factores primarios a través de la regulación del lenguaje. El segundo año lo cursó con este apoyo y se sugirió a los padres un tratamiento farmacológico, el cual no fue aceptado, pues se esperaban mejorías con el apoyo mencionado.

En el tercer año de primaria y, ante la agudización de los síntomas, los padres acuden a un paidopsiquiatra. El diagnóstico fue Déficit de Atención con predominio de Impulsividad, el tratamiento de elección fue Atomoxetina en una sola dosis diaria de 40 mg además de una hora semanal de apoyo psicopedagógico. La madre refiere que los síntomas mejoraron sensiblemente, obteniendo resultados óptimos después del segundo mes. El resto de la primaria transcurrió con medicamento

y una hora semanal de apoyo psicopedagógico, manteniéndose la niña en niveles óptimos de aprendizaje.

d) Intervenciones anteriores.

Veamos ahora las distintas evaluaciones aplicadas a S. en la búsqueda de un diagnóstico y terapéutica por parte de sus padres. Transcribiremos casi textualmente las mismas con la finalidad de proporcionar una idea clara de las virtudes y debilidades de las mismas, retomando finalmente la propuesta de historia clínica de Sattler (2010), pues consideramos que además de incluir las distintas evaluaciones, es la más completa y la que permite tener elementos clínicos para establecer juicios de valor basados en evidencias para un diagnóstico correcto y oportuno de un caso TDAH.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Fecha de evaluación

Junio 2006

Datos personales

Se incluye nombre, edad, fecha de nacimiento, lateralidad, escolaridad, domicilio y nombre de la madre y el padre.

Motivo de consulta

Los padres de S. acuden a consulta solicitando la valoración neuropsicológica y manifestando que fue diagnosticada con atención dispersa por parte de la maestra de preescolar.

Instrumentos aplicados

- Durante la valoración neuropsicológica se utilizaron los siguientes instrumentos: evaluación neuropsicológica para niños preescolares menores (Solovieva y Quintanar 2001), esquema neuropsicológico para la evaluación de la atención (Quintanar y Solovieva, 2003), tareas del protocolo para la evaluación de las imágenes internas (Quintanar y Solovieva, 2003), tareas de comprensión de palabras cercanas por su significado, comprensión de órdenes, oraciones y textos, del protocolo para la evaluación de la comprensión del lenguaje oral, (Quintanar y Solovieva, 2003), y la observación de la actividad lúdica.

Áreas evaluadas.

- En la evaluación neuropsicológica se valoraron las siguientes áreas: atención voluntaria e involuntaria, actividad lúdica, organización secuencial de los movimientos, regulación y control, expresión y comprensión del lenguaje, análisis y síntesis simultáneas y espaciales, retención de la información visual, verbal y táctil, imágenes objetales y oído fonemático, así como gnosias auditivas y visuales.

Resultados

- Durante el proceso de la evaluación neuropsicológica se observó una disposición de S. para acceder al trabajo que las evaluadoras le proponían, logrando adaptarse a las reglas que se establecieron para el trabajo. Durante las

sesiones de valoración, S. no mostró signos de fatiga o aburrimiento, siempre manifestó una actitud de interés ante las diferentes actividades realizadas.

Se observó un adecuado tono cortical, lo cual permite que S. se mantenga activa en las diferentes actividades llevadas a cabo en las sesiones.

El desarrollo psicológico de S. es positivo, lo que se puede observar en el adecuado uso social de los objetos comunes como una cuchara, un lápiz, una toalla. Igualmente es capaz de sustituir un objeto por otro en el juego, por ejemplo, utiliza un objeto pequeño como jabón para bañar a un muñeco y una cobija como toalla para secarlo. También realiza acciones simbólicas como bañar y dormir a un muñeco o manejar como un chofer. Si se le propone a S. un juego de roles lo acepta y logra seguirlo, de la misma manera, propone un tema de juego y lo desarrolla sin dificultad. Por lo anterior se puede concluir que el desarrollo psicológico de S. es positivo y que se encuentra en la etapa del juego temático de roles, que es la actividad rectora en esta etapa.

Se observó además que el reconocimiento visual y auditivo de los estímulos se encuentra en excelentes condiciones. S. es capaz de reconocer las características de los objetos con los que trabaja, e identificar los sonidos significativos con ojos cerrados, por ejemplo: una bolsa, un cierre, una cuchara golpeando un vaso.

Con respecto al lenguaje de comprensión, S. es capaz de discriminar entre palabras que son cercanas fonológicamente (melón-pelón, pantera-bandera), señalándolas en una lámina que contiene otros dibujos, de la misma manera, S. logra comprender y ejecutar órdenes sencillas que se le dieron durante el proceso de valoración. Por otro lado, ante la lectura de un cuento sencillo logra abstraer el sentido del

mismo y responder a preguntas específicas, por ejemplo: ¿Qué pasó primero y que pasó después?, ¿Quiénes eran los personajes?, etc. en lo que respecta al lenguaje expresivo de S. se puede observar que tiene una intención comunicativa que le permite relacionarse con otras personas e integrarlas a su actividad. Su lenguaje es fluido y organizado, no encontrándose omisiones ni sustituciones de tipo fonológico o por punto y modo de articulación. De la misma manera S. tiene un amplio repertorio léxico, lo que se observa en la adecuada denominación de objetos comunes que se encuentran presentes. En su lenguaje espontáneo utiliza frases que contienen una estructura de artículo-sustantivo-verbo, (por ejemplo: los animales viven en la selva), igualmente utiliza y comprende oraciones con preposiciones de lugar (arriba, abajo) y ejecuta órdenes que incluyen dichas predisposiciones en el plano concreto, por ejemplo “coloca debajo de la mesa la muñeca”.

S. realiza adecuadamente praxis bucofaciales, (mostrar dientes, inflar mejillas, etc.) y logra colocar de manera directa posiciones en los dedos de las manos, así como también logra evocarlas sin dificultad alguna, reconoce estímulos distales y proximales que se representan en su piel de manera simultánea. **Los resultados anteriores muestran que existe un desarrollo positivo del factor cinestésico.**

Las tareas que valoran la organización cinética del movimiento, se realizan sin dificultad, S. es capaz de realizar una secuencia gráfica (un cuadrado, dos círculos), así como también realiza de manera correcta la coordinación recíproca de las manos (puño-filo, palma-filo), en donde sus movimientos son fluidos y coordinados, si llega a perder la secuencia corrige su error ella misma. S. no presenta dificultad para cambiar de actividad.

En relación a la retención de la información en su modalidad táctil, S. puede realizar diferentes posiciones en los dedos de sus manos y evocarlas de manera adecuada, lo mismo sucede en la modalidad audio verbal, repite adecuadamente serie de palabras de manera directa (coco-tapa, mapa-dedo) y en la evocación logra recordar el orden en el cual le fueron presentadas, S. es capaz de retener hasta tres palabras (cobra, lentes, dientes) y señalarlas en una lámina en el orden presentado, así como también recuerda los personajes de un cuento. En lo que respecta a la modalidad visual, S. es capaz de identificar en un grupo de siete objetos pequeños, tres elementos que se le mostraron en un principio. **Por lo anteriormente descrito se concluye que el desarrollo de los procesos mnésicos es positivo.**

Existe una adecuada denominación y señalización de objetos presentes. El dibujo de la figura humana contiene los elementos característicos y esenciales. En la tarea de completar dibujos (animales) S. logra la correcta identificación de la parte faltante de ellos. **Lo anterior indica un adecuado desarrollo en la conformación de imágenes objetales de acuerdo a su edad.**

Con respecto al factor de regulación y control de la actividad, se pudo observar que S. accede a la regulación externa por parte del adulto y que además logra regularse ella misma a través de su propio lenguaje; por ejemplo, S. espera a la cuenta de tres por parte de las evaluadoras para dar una respuesta motora sin presentar anticipación de su conducta. S. logra mantenerse en una misma actividad hasta concluirla, asimismo es capaz de trabajar con más de tres elementos a la vez sin ninguna dificultad, logrando inhibir estímulos no relevantes. Cabe destacar que en actividades o tareas más complejas S. requiere de mayor regulación para que logre, de

manera independiente, la planificación y la verificación de sus propias acciones, sin embargo, el desarrollo de este factor es positivo de acuerdo a su edad, aunque no se encuentra totalmente consolidado.

S. comprende y utiliza adecuadamente conceptos espaciales como arriba, abajo, dentro, fuera, etc., cuando estos refieren a objetos presentes, a ella misma o a otra persona. En el plano corporal, S. identifica y nombra las partes de su cuerpo, aunque algunas veces confunde la dirección izquierda-derecha. En el plano perceptual o gráfico, S. respeta la proporción del dibujo de un cuadrado y un círculo, pero no ubica adecuadamente el círculo pequeño, ya sea del lado izquierdo o derecho, por lo que es importante destacar que debido a la edad de S., este factor no ha alcanzado su total consolidación, siendo básico estimularlo para lograr un desarrollo óptimo del mismo.

Conclusiones

La evaluación neuropsicológica mostró un apropiado tono cortical. Un adecuado desarrollo del factor oído fonemático, de la organización cinética del movimiento, del factor cinestésico, de la retención de la información en todas sus modalidades, del control y regulación de la actividad, así como del factor de análisis y síntesis espaciales, pero estos dos últimos factores requieren mayor estimulación para alcanzar su total consolidación. Además de que existe un adecuado desarrollo psicológico esperado para su edad.

Impresión diagnóstica

S. presenta un desarrollo psicológico y neuropsicológico adecuado para su edad.

Sugerencias

1. Con el fin de lograr la total consolidación del factor de regulación y control de la actividad propia, se sugiere que el adulto dirija, coordine y verifique las actividades que realice S. a través del lenguaje, para que posteriormente ella sea capaz de regular su propia conducta.
2. Establecer normas y reglas en casa que conlleven a la formación de hábitos en la niña. Diseñar un horario de actividades a realizar en el día que deberá ser respetado por todos los integrantes de la familia.
3. Mediante juegos reafirmar conceptos espaciales más complejos como derecha e izquierda.

Los datos de **la historia escolar, las conductas, antecedentes heredofamiliares de importancia, antecedentes peri pre y postnatales, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, antecedentes médicos no patológicos, antecedentes médicos patológicos, situación del núcleo familiar, exploración física, audiometría y logo audiometría, electroencefalograma, y evaluación psicológica se omiten en el reporte de evaluación.**

EVALUACIÓN FINAL DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR

Fecha de evaluación

Febrero 2007

Aunque este reporte de evaluación, realizado por el departamento de psicopedagogía de la escuela, no fue a solicitud del padre y la madre de S., se incluye por la importancia que reviste para la comprensión de su desarrollo psicológico.

Participante femenina de 5 años 5 meses, a quien se le realiza una valoración psicológica con el fin de conocer las competencias desarrolladas a lo largo de la educación preescolar, y de ubicar todas aquellas áreas que necesitan reforzamiento.

Resultados

Método de evaluación de la percepción visual:

	Edad	equivalente
Coordinación motriz		5 años 3 meses
Figura fondo		5 años 3 meses
Constancia de la forma		6 años 0 meses
Posición en el espacio		6 años 3 meses
Relaciones espaciales		7 años 6 meses

Observaciones:

El reporte afirma que en lo que se refiere a la percepción visual S. ha desarrollado competencias que le permitirán completar con éxito el proceso de lectoescritura aunque es conveniente que se superen algunos aspectos: se debe ejercitar la coordinación visomotriz para ayudarle al trazado de letras y números, así como la función referida a figura-fondo. Según el reporte la importancia de mejorar esta última radica en que es lo que le permite distinguir una letra específica dentro de una palabra completa. Se recomienda el libro figuras y formas de Marianne Frostig (niveles intermedio y avanzado).

Reporte del test gestáltico visomotor de L. Bender

Puntaje: 6

Nivel de maduración: 6 años 9 meses

Observaciones: según el reporte se considera que el nivel de madurez que manifiesta S. es un poco más alto que el correspondiente a su edad, lo que en un momento dado le permitirá actuar con buen juicio, realizar actividades de un grado de dificultad mayor como el aprendizaje de otro idioma, la comprensión de lectura o el entendimiento de la aritmética y sobre todo, poder dirigir su atención hacia la actividad principal y mantener su concentración.

Fortalezas: S. es una niña que cuenta con una capacidad intelectual adecuada. Se relaciona con mucha facilidad y es capaz de ser muy buena amiga, por lo cual es bien aceptada por el grupo.

Es capaz de adaptarse a cambios ambientales o de situaciones porque aunque es muy sensible, puede sobreponerse a eso por la fuerza que le brinda el apoyo de la familia.

Aspectos a superar: uno de los aspectos que no ayudan a S., es que se distrae con mucha facilidad, siempre y cuando la actividad a realizar no revista un interés para ella. Esa falta de concentración y de observación hace que se distraiga con mucha facilidad, y que cometa errores que, por su capacidad, no debería cometer.

A S. debe motivársele más que castigarla, si a ella se le ofrece visitar a una amiguita o ir a jugar a donde haya más niños, hará su mejor esfuerzo y trabajará con calidad y rapidez. Su condición de hija única debe ser tomada en cuenta para ayudarla.

El tener a cargo algunas responsabilidades dentro de la casa y sobre todo, el enfrentar problemas y vencer obstáculos, podrá ser de gran ayuda para incrementar su madurez.

Vale la pena señalar que la utilidad práctica del anterior test es poca para los propósitos de un posible diagnóstico TDAH pero se incluye aquí con fines de historial diagnóstico. Los datos de la historia escolar, las conductas, antecedentes heredofamiliares de importancia, antecedentes peri pre y postnatales, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, antecedentes médicos no patológicos, antecedentes médicos patológicos, situación del núcleo familiar, exploración física, audiometría y logo audiometría, electroencefalograma, y evaluación psicológica se omiten en el reporte de evaluación.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha de evaluación

Marzo 2009

El estudio psicológico contiene los siguientes apartados:

I.- Ficha de identificación, donde aparece el nombre completo de S., sexo, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, colegio, domicilio, teléfono y fecha de evaluación.

II.- Motivo de consulta, en el cual se solicita un **estudio indagatorio por bajo rendimiento escolar.**

III.- Descripción general, donde se hace una descripción física de S. y se expresa que su actitud ante las pruebas fue de cooperación manteniendo el interés a lo largo de toda la evaluación, incluyendo las tareas que requerían un mayor esfuerzo. Se menciona también que dado que existía un contacto previo con la examinadora, prevaleció un clima de confianza que fue benéfico para la aplicación de las pruebas.

IV.- Esquema familiar, se menciona el nombre completo del padre y la madre, así como sus edades y actividades laborales.

V.- Datos de historia clínica, refieren que el embarazo se desarrolló sin problemas hasta los siete meses en que se presentó una infección en vías urinarias, lo que obligó a la madre a permanecer en reposo los dos meses restantes.

A las 40 semanas hubo ruptura de membranas, por lo que la madre se dirigió al hospital, sin embargo no fue atendida hasta el mediodía, siendo entonces que se decidió practicar cesárea, según el hospital, porque ya había pasado demasiado tiempo.

El peso de la niña al nacer fue de 3, 400 kg. y la talla de 50 cm.

Fue amamantada por la madre hasta cumplir un año seis meses, después de lo cual recibió fórmula, presentando intolerancia a la lactosa.

Actualmente (marzo 2009) tiene muy buen apetito a pesar de lo cual su peso está por debajo del límite inferior del correspondiente a su edad.

VI.- Batería de pruebas aplicadas.

- 1.-Escala de inteligencia Wechler para escolares (WISC).
- 2.-Test gestáltico visomotor de L. Bender.
- 3.-Test de la familia (Corman).
- 4.- Test de frases incompletas (Sacks).
- 5.- Test EDAH (A. Farré y J. Narbona).

VII.- Resultados de las pruebas aplicadas.

1.- Aspecto intelectual:

WISCPUNTAJE	C.I.	
Escala verbal	65	119
Escala ejecutiva	65	121
Escala total	130	122

Interpretación: el rendimiento intelectual que la niña está dando actualmente corresponde a un nivel que cae dentro de los límites de superior (C. I. Tot. 122), siendo mayor su capacidad para resolver problemas concretos que para el razonamiento abstracto (C. I. Ej. 121, C.I. Verb. 119).

Los puntajes de la escala verbal indican que su dotación natural es buena (voc. 13) por lo que no tiene ningún problema para aprovechar adecuadamente la información proveniente del medio y la educación (inf, 11), la cual por el momento podríamos considerar un poco baja, si tomamos en cuenta su desempeño general y lo que estaría justificando en parte porque a S. no le agrada perder el tiempo que pasa en la escuela estudiando y

prefiere aprovecharlo socializando con sus compañeros. Con esto no queremos decir que no le agrade el estudio, si le gusta, pero fuera del tiempo que esta con sus amigas.

Su capacidad de juicio lógico es muy buena lo cual le permite enfrentarse a situaciones de la vida cotidiana (comp. 16); las funciones de atención y concentración aparecen dentro de un buen nivel (arit. 15), no así su capacidad de retención la cual aparece dentro de un nivel deficiente (ret. 8).el desarrollo de su pensamiento se inclina más a lo funcional que a lo concreto.

Por lo que respecta a la escala manual, destaca de manera notable su habilidad para el análisis y síntesis (cubos 19); se observa una habilidad promedio para detectar detalles específicos (fig. inc. 12), para la anticipación y planeación (hist. 12) y en su capacidad para la integración (romp. 12). Por último, encontramos dentro de un nivel inferior, la función referida a su capacidad de aprendizaje y coordinación visomotora (claves 9).

Los resultados de esta última función, analizados con lo obtenido en retención, nos brindan una base para entender la problemática de la niña. Independientemente de su coeficiente intelectual, de su capacidad para trabajar bajo presiones directas, y del interés que en un momento dado puede demostrar en el desarrollo de las tareas, se encuentra el que aunque dé una imagen diferente, no le es fácil aprender con un ritmo rápido y mucho menos puede retener lo aprendido a menos que siga determinadas estrategias.

2.- Aspecto visomotor.

De acuerdo a la evaluación que propone E. Koppitz se obtuvo lo siguiente:

Puntaje 6.

Corresponde a un nivel de maduración de 7 años 5 meses. Se observó falta de integración en la lámina A y distorsión de la forma en la fig. 6.

Como puede observarse el nivel de maduración obtenido corresponde a su edad cronológica, y las alteraciones observadas, no tienen relevancia como para pensar en alguna disfunción neurológica.

3.- Aspecto atencional.

La valoración EDAH nos habla de la posibilidad de que estemos ante un trastorno por déficit de atención, ya que en su calificación aparece un riesgo alto específicamente en el rubro hiperactividad y déficit de atención.

4.- Aspecto emocional.

De acuerdo a las pruebas que detectan esta área se observó lo siguiente: S. se proyecta como una niña con un muy buen nivel de seguridad en sí misma. Percibe al medio ambiente como positivo y estable. Aunque posee un buen nivel de adaptación al medio, existe la tendencia a manejarlo de acuerdo a sus necesidades y gusto, haciendo caso omiso de los aspectos displacenteros.

Se encuentra bien identificada con su sexo y percibe a su familia como feliz y con un buen manejo de valores.

Le agrada ser gratificada constantemente, lo cual puede ser algo que haya aprendido por la conducta de los adultos. Es por ello que probablemente no funcionen con ella los ofrecimientos de obsequios como motivadores, porque sabe que de todos modos va a recibir algo.

Como cualquier hijo único, S. presenta actitudes de egocentrismo, ella sabe que es el centro de atracción de su familia.

Se observa interés y facilidad para establecer relaciones interpersonales, sin embargo es posible que en estas relaciones pueda tener problemas porque no es muy reservada, le agrada comunicar todo y no guardar secretos.

VIII.- Impresión diagnóstica:

Se considera que se trata de una niña con un excelente potencial intelectual, el cual está siendo limitado tanto por cierta hiperactividad, como por malos hábitos de trabajo, mismos que están coartando un desarrollo armónico de su personalidad.

IX.- Recomendaciones.

- **En relación con la escuela:** algunos aspectos que deben tomarse en cuenta son los referidos al sistema de educación que se ejerce en el hogar y en la escuela.

En la escuela es más difícil controlar las variables, sin embargo, de acuerdo a lo que hemos observado la niña tiene una maestra que maneja de manera muy positiva un reglamento al interior del salón, que motiva y apoya cuando S. lo merece, y de la misma manera reprende cuando se hace acreedora a ello.

Lo único que se debe recomendar es el tener muy presente la ubicación de la niña en el salón, alejada de sus amigas, y si se puede, sola hasta adelante para que no tenga distractores.

Solicitar a la maestra que utilice la ayuda de la niña para cuando se requiera algún servicio de mensajes o apoyo fuera

del salón, para que así tenga la oportunidad de pararse, distraerse y recuperar la atención al regresar al salón.

- **En relación con la casa:** es posible que no siempre haya existido acuerdo entre los padres, que cada uno haya ejercido como método educativo, una línea de actuación diferente, y que mientras uno exigía el otro toleraba y viceversa. Sin embargo aún es tiempo de dialogar y manejar criterios de educación similares, apoyándose el uno en el otro cuando vean que flaquean.

A la hora de comer por ningún motivo se le puede permitir pararse, también es prioritario cuidar su postura, no dejarla que se siente sobre las piernas, chueca, o en la orilla de la silla.

De igual modo cuando vaya a hacer la tarea se cuidará postura y queda prohibido el hecho de que se pueda levantar de su lugar, para ello se preverá que vaya al baño o tome agua antes de sentarse y de revisar que tenga a su alcance todo el material que requiera para trabajar.

En estos casos se recomienda que existan horarios fijos para ella, para que tenga referencias firmes. Únicamente podrán cambiar los viernes, sábado o los días previos a los que no vaya a la escuela.

El reporte de las conductas, antecedentes heredofamiliares de importancia, antecedentes peri pre y postnatales, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, antecedentes médicos no patológicos, antecedentes médicos patológicos, situación del núcleo familiar, exploración física, audiometría y logo audiometría, electroencefalograma, y evaluación psicológica se omiten en el reporte de evaluación.

VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA

Fecha de evaluación junio 2009.

Con base en la valoración psicológica previa y dado que estaban en estrecho contacto la evaluadora y el médico psiquiatra, tras una entrevista con los padres y S., además de una entrevista clínica, la impresión diagnóstica del médico fue TDAH con predominio de impulsividad, proponiendo utilizar un medicamento no estimulante: Atomoxetina, ya que según los estudios clínicos del mismo era la mejor opción en estos casos.

Se propuso además una hora semanal de apoyo psicopedagógico.

Los resultados fueron exitosos hasta junio de 2014, fecha en que se suspendió el tratamiento farmacológico.

Análisis comparativo de las evaluaciones.

Revisaremos en primer lugar la evaluación neuropsicológica aplicada a S. en junio 2006.

Dicha evaluación tiene sus fortalezas y debilidades. Es una excelente herramienta para determinar alteraciones de la actividad nerviosa superior. Una de sus debilidades fue la poca exploración psicológica realizada (aunque tampoco es ese su propósito principal); es decir, no se profundizó en dicha exploración, lo que llevó quizá a ignorar datos relevantes que permitieran saber si existía alguna alteración de la conducta y si existía en que situaciones se presentaba, si existían antecedentes heredofamiliares de alguna enfermedad mental o trastorno de aprendizaje. Si hubo problemas sobresalientes en la salud de S. y si tuvieron consecuencias en su comportamiento. Tampoco se exploró lo suficiente en el área educativa ya que no se estableció

contacto con la docente o la escuela, ni se solicitaron reportes de las mismas, tampoco se revisaron los cuadernos de trabajo. El clima emocional de la familia y sus posibles consecuencias de igual manera fue ignorado.

Así entonces, una evaluación neuropsicológica es una excelente herramienta de exploración, pero como primera aproximación es más conveniente una evaluación psicológica lo más completa posible (la evaluación multimétodo propuesta por Sattler (2010) es sumamente aceptable).

El análisis de la evaluación final del nivel preescolar nos permitió conocer algunos aspectos de la esfera cognitiva de S., además de aquellas áreas que necesitaban reforzamiento, y aunque ya se manifestaban continuas “distracciones” y “falta de concentración y de observación” no fue suficiente para detectar de manera temprana un TDAH.

Por otra parte el análisis del estudio psicológico aplicado en marzo de 2009, nos permite conocer las diferentes áreas de desempeño de S. en esa edad. Este estudio fue el más completo de todos y el que sirvió de fundamento para que en coordinación con la evaluación psiquiátrica se estableciera el diagnóstico de TDAH con predominio de impulsividad y se considerara que el tratamiento más conveniente era aquel que combinaba Atomoxetina y sesiones semanales de apoyo psicopedagógico. Aunque la batería de pruebas aplicadas puede considerarse completa, creemos que el test EDAH de Farré y Narboná (el cual es una versión abreviada del test de Cornell) es muy general para detectar TDAH, por lo que se deben buscar test más completos y específicos.

A continuación presentamos algunas tablas con los elementos de análisis presentes u omitidos en los reportes de evaluación mencionados con anterioridad.

Criterio de análisis	Evaluación neuro psicológica	Evaluación psicopedagógica	Evaluación psicológica	Evaluación psiquiátrica
Motivo de consulta	redactado	redactado	redactado	redactado
Historia escolar	redactada	se omite	redactada	redactada
Conductas	se omiten	se omiten	se omiten	redactada
Antecedentes heredo familiares de importancia	se omiten	se omiten	se omiten	se omiten
Antecedentes peri, pre y postnatales	se omiten	se omiten	se omiten	se omiten
Desarrollo psicomotor	se omite	se omite	se omite	se omite
Desarrollo de lenguaje	se omite	se omite	se omite	se omite
Antecedentes médicos no patológicos	se omiten	se omiten	se omiten	se omiten
Antecedentes médicos patológicos	se omiten	se omiten	se omiten	se omiten

Situación del Núcleo familiar	se omite	se omite	se omite	se omite
Exploración física	se omite	se omite	se omite	se omite
Audiometría y logopedagogía	se omiten	se omiten	se omite	se omite
Electroencefalograma	se omite	se omite	se omite	se omite
Evaluación psicológica	se omite	se omite	redactada	se omite

e) CONDUCTA DE LA PARTICIPANTE DURANTE LA ENTREVISTA Y EL EXAMEN.

S. llega a consulta por primera vez cuando los padres solicitan una evaluación psicológica después de seis meses sin tratamiento farmacológico y ante el buen desempeño académico para **conocer el comportamiento TDAH 6 meses después de retirar el medicamento.**

Durante la primera entrevista, en la cual se estableció el rapport y se solicitaron los datos de identificación, S. se mostró cooperadora y deseosa de proporcionar ella misma los datos de identificación, interrumpiendo en una ocasión a la madre, la cual le indicó que levantara la mano si quería mencionar algo, instrucción que siguió correctamente S. durante el resto de la

entrevista. En la segunda entrevista, en la que se aplicaron las escalas CEPO y Vanderbilt, S. se mostró cooperadora, atenta y concentrada para responder dichas escalas.

f) ESCALAS APLICADAS.

Las escalas aplicadas fueron la Escala Autoaplicable para Adolescentes CEPO (versión Padre-Tutor), la Escala Autoaplicable para Adolescentes CEPO (versión adolescente), la NICHQ-Escala de seguimiento Vanderbilt-PADRE informante.

g) ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Según la Guía Clínica para el TDAH (2010) la escala CEPO es un instrumento útil en las investigaciones clínicas pues valora exclusivamente los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la adolescencia y, en sus dos versiones (adolescentes y padre o tutor), permite distinguir de manera global pacientes con TDAH de aquellos que no lo padecen, así como la severidad de los síntomas. Menciona además, que una puntuación sumada de 46 o más para ambas versiones indica alta probabilidad de padecer TDAH, sin embargo, enfatiza que los resultados de dicha escala no sustituyen el diagnóstico clínico.

En las dos versiones de la escala auto aplicable para adolescentes CEPO, el apartado “nunca” se evalúa con 0, el apartado “algunas veces” con 1, “casi siempre” con 2 y “siempre” con 3, constando la escala de 36 reactivos que, dependiendo de la puntuación obtenida permite establecer la probabilidad o no de una condición de TDAH.

Por otra parte, Becker (2012) y Herrán (2014) también afirman que la escala NICHQ Vanderbilt (National Initiative for Childrens

Healthcare Quality) es utilizada en el área clínica por sus propiedades psicométricas para la detección del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como para investigación de este trastorno. Existen versiones de evaluación y versiones de seguimiento para padres y maestros.

Contrastando las respuestas de la escala auto aplicable para adolescentes CEPO (versión adolescentes) y la escala auto aplicable para adolescentes CEPO (versión padre-tutor) aplicadas a S. y a la madre de S., encontramos que la percepción de la madre y la percepción de S. en relación al TDAH es cuantitativamente diferente pues la madre responde a 10 reactivos con la respuesta de que “nunca” presenta esa conducta, en tanto que S. responde a solo 2 de la misma forma; en el apartado de “algunas veces” la madre selecciona así 20 reactivos de conducta, en tanto que S. selecciona 27 reactivos; en el apartado “casi siempre” la madre selecciona así 6 reactivos y S. selecciona 4 reactivos; en el apartado de “siempre” la madre selecciona 0 reactivos y S. 2 reactivos, **obteniendo una puntuación total de 32 en las respuestas de la madre de S. y una puntuación total de 42 en las respuestas de S., lo que permite establecer una baja probabilidad de una condición TDAH en S.**

Sin embargo, haciendo un análisis cualitativo de las respuestas de S. resaltan los reactivos “soy de las que habla, habla y habla” y “soy de las que muevo a cada rato las manos o pies”, pues contesto con el apartado “siempre”. La madre de S. no contestó ningún reactivo con este apartado.

Los reactivos “los maestros me dicen que no los escucho cuando me hablan”, “me siento inquieta cuando estoy sentada”, “interrumpo a mis amigos antes que terminen de hablar”, y “respondo antes de que terminen de preguntarme” S. los respondió con el apartado “casi siempre”. La madre de S.

contestó los siguientes reactivos con el apartado “casi siempre”: “a toda hora tiene energía para hacer actividades”, “es de las que mueven a cada rato las manos y los pies”, “es desorganizada con sus cosas en casa”, “le dicen que es descuidada con sus cosas” y “responde antes que terminen de hacerle la pregunta”. Llama la atención que en este último reactivo coinciden S. y su mamá, y que en el reactivo “soy de las que muevo a cada rato las manos o pies” hay una coincidencia en una calificación alta.

Por otra parte considerando los resultados de la NICHQ-Escala de seguimiento Vanderbilt- padre informante, (respondida por la madre de S.) y de acuerdo a los criterios de evaluación de síntomas de la misma (predominantemente subtipo INATENTO: obtener 6 o más respuestas de 2 o 3 en los reactivos 1-9, predominantemente subtipo HIPERACTIVO/IMPULSIVO, obtener 6 o más respuestas de 2 o 3 en los reactivos 10-18, el subtipo COMBINADO requiere ambos criterios de inatención e hiperactividad-impulsividad) S. no presenta ninguna respuesta de 3 y presenta una respuesta de dos a los siguientes reactivos: 3. “no parece escuchar cuando se le habla directamente”, 15. “habla demasiado”, 16. “contesta las preguntas antes de que se haya terminado de hacerlas”, 18. “interrumpe o se entromete en las conversaciones y/o actividades de los demás”.

Una evaluación cuantitativa en las respuestas anteriores de la escala NICHQ Vanderbilt nos indicaría que S. no vive una condición TDAH, de acuerdo a los criterios mencionados, pero una evaluación cualitativa de los reactivos 15, 16 y 18, sumados a los resultados de la evaluación cualitativa de la escala CEPO nos permite considerar rasgos de impulsividad en S., aunque en la evaluación de desempeño S. es considerada por la madre como “superior al promedio” en los reactivos: 19. Desempeño escolar general, 20. Lectura, 21. Escritura, y 26. Participación en actividades organizadas (ej. Equipos), y como “promedio” en

los reactivos: 22. Matemáticas, 23. Relación con los padres y 25. Relación con sus coetáneos.

h) CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con base en los antecedentes heredo familiares y de desarrollo de vida, sumandos a las distintas evaluaciones de la condición TDAH de S. y de acuerdo con los resultados de las escalas aplicadas, podríamos concluir que aun cuando según la Guía Clínica para el TDAH , la condición TDAH de S. está en remisión funcional, y según los resultados de la Escala Vanderbilt-Padre informante S. no presenta TDAH, **la evaluación cualitativa y las entrevistas clínicas nos permiten considerar que algunos rasgos de hiperactividad e impulsividad se están constituyendo en parte de la personalidad de S., por lo cual se debe seguir trabajando a nivel psicopedagógico y/o tratamiento cognitivo conductual para remitir lo mejor posible estos rasgos.**

DISCUSIÓN

El psicólogo clínico aprende de sus maestros y de sus colegas, aprende también, y mucho, de las personas que acuden en busca de su ayuda, personas a quienes se les llama pacientes porque de alguna manera sufren, (sufrir, del latín *patis*). Aún más, aprende a utilizar una gran variedad de recursos para ayudar, en la medida de lo posible, a que ese ser humano que sufre, recupere su salud psicológica, tenga una mejor calidad de vida y funcione mejor en la familia y la comunidad. Pero para lograrlo, es fundamental que conozca y entienda al paciente.

Conocer al paciente requiere la capacidad de elaborar un diagnóstico, siendo varios los métodos que puede utilizar para llegar a este diagnóstico. Lifshitz (2012) distingue una serie de estrategias diagnósticas: por analogía, exhaustiva, secuencial, hipotético-deductiva, bayesiana, por exclusión, por observación de la eficacia de una terapéutica, y decisional. Cada una de estas estrategias tiene sus virtudes y defectos, siendo la más conveniente la hipotético-deductiva, pero finalmente es el clínico quien debe saber elegir la más apropiada, según el problema diagnóstico al que se enfrente y según el grado de experiencia y madurez profesional que haya alcanzado.

La **estrategia exhaustiva o sistemática**, es la que se enseña a los estudiantes de las ciencias de la salud y las ciencias del comportamiento, a quienes se les recomienda recoger todos los datos clínicos del paciente, considerarlos todos y tener presente todas las posibilidades diagnósticas, dicha estrategia ha sido criticada por ser extremadamente dispendiosa, pero no hay duda que es valiosa para el clínico novato, que aprende de esa manera a ser disciplinado, metódico y meticuloso en el interrogatorio y exploración mental del paciente, y tiene la ventaja, nada despreciable, de que contribuye a disminuir el riesgo de fracasar

en el diagnóstico como resultado de un interrogatorio y exploración mental incompletos o mal practicados. La estrategia hipotético deductiva, por otra parte, es la forma predominante de proceder cuando se llega a alcanzar la categoría de clínico experto; es así porque se caracteriza por un proceder que se acerca al del investigador científico: al recoger un conjunto de datos obtenidos por anamnesis, el clínico formula automáticamente un reducido número de posibilidades diagnósticas con las cuales, mediante una completa evaluación psicológica y ayuda de procedimientos paraclínicos, suele llegar a una oportuna y correcta impresión diagnóstica.

Por otra parte, ya en la antigua Grecia Hipócrates afirmaba que **hay enfermos, no enfermedades**, y si esto es cierto en medicina, es aún más cierto en la psicología y las ciencias del comportamiento. Debemos conocer a la persona para establecer una impresión diagnóstica y guiarnos por el rigor del método hipotético-deductivo: hacer un buen planteamiento del problema, establecer un objetivo general e hipótesis, recabar información para confirmar o rechazar hipótesis y establecer un informe de resultados que conlleve a una correcta impresión diagnóstica. **Debemos conocer al paciente y no solo a la enfermedad**, hay que conocer al ser humano que se encuentra detrás de los síntomas y signos, alteraciones de laboratorio y gabinete; **el paciente no es idéntico a la enfermedad, no es un simple "caso"**.

Jinich (2004) afirma que el paciente es un individuo de carne y hueso, mente y alma. Es una persona portadora de una herencia genética, de una herencia cultural y de una biografía que son únicas, que nunca pueden ser idénticas a las de cualquier otra persona. Es un ser con sus propios problemas, aspiraciones, metas, sueños, fantasías, conflictos y temores y, cuando sufre, sus sufrimientos llevan la marca de todo eso. ¿Cómo reacciona esa

persona cuando se siente enferma? ¿Qué piensa, qué imagina, qué teme, qué hace? ¿A quién acude en demanda de ayuda y qué espera, qué pide, qué lenguaje utiliza para comunicar su sufrir, cuál es su discurso? Quizá experimente honda frustración al ver interrumpidos sus planes, desbaratados sus proyectos. Posiblemente sentirá miedo, sensación de peligro y angustia. ¿Pensará acaso que sufre como castigo de pecados reales o imaginarios, o porque le han echado “mal de ojo” o se trata de una venganza o maldición inexplicable? Quizá su optimismo innato haya sufrido un rudo sacudimiento ante la evidencia de la fragilidad de la vida, del carácter transitorio de la existencia humana y la cruel matemática que la gobierna. Quizá sienta vergüenza y humillación ante la derrota de su narcisismo. ¿Acaso aprovechará su enfermedad, real, imaginada o simulada, como excusa, pretexto, justificación de algún fracaso o recurso para lograr atención, amor y/o compasión? ¿Será posible que sus síntomas sean una forma de lenguaje visceral, una sustitución del lenguaje oral, que el clínico tendrá que descifrar? ¿Una desesperada petición de ayuda?

Luego entonces, y retomando las palabras de Jinich (2004): es solamente la genuina relación clínico-paciente la que es capaz de generar la atmósfera de confianza, de fe, de comprensión, de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico. Cuando se llega al nivel de la empatía, el diagnóstico es, a la vez, más genuino y, paradójicamente, ya no es posible ponerle un nombre, una etiqueta.

En pocas palabras, a la par de un rigor científico debe acompañarnos un involucramiento subjetivo con preguntas como ¿Quién es el otro? ¿Por qué está mal? ¿Quién dice que está enfermo o inadaptado?

Finalmente, ¿Cómo logra el clínico establecer esa sólida relación psicólogo-paciente? La actividad clave consiste en escuchar. Escuchar no es nada más el medio para alcanzar un fin: el conocimiento de la enfermedad, a menudo es el fin mismo. Para que así sea, tendrá que ser un escuchar activo, con la atención concentrada en lo que el paciente nos dice, con todas sus formas de expresión, verbal y no verbal, con su mismo silencio. Un escuchar en el que el clínico se ocupa, no sólo de la enfermedad, sino de la totalidad de la persona. En franca oposición a la actitud médica autoritaria, arrogante, el clínico establece una entrevista en el que un yo definido, diferenciado, digno, dialoga con un tú que es respetado en su propia y distintiva identidad (Jinich, 2004).

En el caso de S. las distintas evaluaciones aplicadas tenían el objetivo de evaluar ciertas características, y aunque solo parcialmente nos dejan ver quien es S., cuál es su situación vital, su entorno, el por qué y el cómo de su desarrollo, la última evaluación psicológica y la evaluación psiquiátrica si permitieron establecer una impresión diagnóstica de TDAH.

S. como todos los niños tiene un desarrollo único encuadrado en una generalidad, en una norma. Cuando S. se desvió de esa norma y la profesora del segundo grado de preescolar lo detectó, estableció que tenía un problema y que había que atenderlo. Se informó al padre y a la madre, el primero consideró que era oportuna una evaluación neuropsicológica, pues era un padre “informado” y sabía que lo más “reciente” y “correcto” era un estudio neuropsicológico, por lo que decidió buscar una institución que lo realizara. El hecho es que al padre de S. le faltó orientación e información.

Como la mayoría de los trastornos de conducta o problemas de aprendizaje, el TDAH es detectado en primera instancia por el o la docente, quien informa a los padres que algo anda mal, aunque a veces, y basados en un conocimiento superficial se aventuran a

establecer un diagnóstico. Entra entonces en juego el estilo de crianza de los padres, si éste es demasiado relajado ignoran la información del docente, si es demasiado aprehensivo exageran la información, generan angustia en la familia y se llenan de sobreinformación acerca del problema expresado por el o la docente. Lo más común es que los padres lleven con el (la) psicólogo (a) al niño (a) “problema” después de un tiempo (el cual puede ser de unos días hasta algunos años), tiempo en el cual ‘procesaron y aceptaron el problema del hijo y empiezan a confiar en que el profesionalista les va a ayudar a solucionar el problema y el chico se va a convertir en el niño modelo o por lo menos en el niño aceptable por los adultos, ya no va a ser inquieto, será obediente, respetuoso, educado y hasta va a ser un alumno estudioso y modelo. Pero la realidad es otra, después de un tiempo de tratamiento, el chico toma conciencia de su realidad y hace su mejor esfuerzo para mejorar, pero como diría T. (un chico de 7 años diagnosticado con TDAH) “mi cabeza dice que me quede quieto, pero mis pies dicen que no”. Lo cierto es que el camino del cambio de comportamiento será largo y a veces tortuoso. Y en todo este proceso no debemos perder de vista las preguntas que mencionábamos antes ¿Quién es el otro, es decir, quién es ese niño (a)? ¿Cómo percibe su situación de vida? ¿Lo conocemos realmente tanto como para tener la autoridad de intervenir en su vida? O establecemos juicios basados en nuestra “autoridad” de adultos y profesionistas que “saben lo que hacen”.

En el caso de S., aunque se logró establecer una correcta impresión diagnóstica, esta no fue todo lo oportuna que debiera, ya que entre el primer informe verbal de la docente (marzo 2006) y el diagnóstico psiquiátrico (junio 2009) transcurrió un tiempo aproximado de tres años y tres meses. El periodo de tiempo anterior es un periodo largo si se considera que fue el periodo en el cual S. aprendió la lectoescritura y las operaciones matemáticas

elementales, además de la integración a un grupo social más amplio que la familia.

El caso de S. es un caso de TDAH relevante en varios sentidos, en el tiempo transcurrido para un correcto diagnóstico, en el vaivén de los padres en busca de ayuda y solución, en las evaluaciones parciales; en el género, pues el TDAH en niñas es poco identificado y estudiado, por ser predominantemente en éstas el subtipo de inatención e impulsividad, sin hiperactividad. Esta última característica es quizá la razón por la cual se le resta importancia y no se identifica ni atiende oportunamente el TDAH en niñas.

Podríamos concluir finalmente que dado que no existe un criterio de diagnóstico único para el TDAH y sus subtipos, y que éste se basa fundamentalmente en los criterios clínicos del terapeuta, es importante entonces que el (la) psicólogo (a) obtenga la mayor cantidad de datos a partir de una evaluación lo más completa posible, y que conozca la biografía y no solo, la enfermedad del niño (a) para establecer un diagnóstico oportuno y correcto.

El psicólogo debe ser, entonces, quien “ve el bosque y no sólo el árbol”, el coordinador de las consultas con los especialistas y la columna vertebral que guíe y lleve al éxito el tratamiento.

REFERENCIAS.

Asociación Psiquiátrica Americana (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. Editorial Médica panamericana, México.

Aragón, B. L. (2015). Evaluación psicológica: historia fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. Ed. Manual Moderno. 2ª edición, México.

Ardila, A. (1999) Spanish applications of Luria's assessment methods, *Neuropsychology review*, March, vol. 9, number 2, pp 63-70.

Ardila, A. & Ostrosky F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico, recuperado de http://psy2.fau.edu./rosselli/NeuroLab/pdfs/ardia_book.pdf, el 5 de octubre de 2015.

Asociación Psiquiátrica de América Latina, (2004). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Recuperado de www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud.mental.../13_glap2004.pdf, el 5 de octubre de 2015.

Bakker, L. & Rubiales, J. (2012) Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *PSIENCIA. Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 2012, 4 (1), pp. 5-11.

Barragán, E. (2001) El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. Altius ed. México.

Becker S P, Langberg J M, Vaughn A J & Epstein J N, (2012) Clinical utility of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale comorbidity screening scales. *J Dev. Behav. Pediatr.* 2012 Apr; 33(3): 221-228.

Boring, E. (1990). Historia de la psicología experimental. Ed. Trillas. México.

De la garza F. (2005). Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. Ed. Trillas, México.

Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (2007) Psicodiagnóstico clínico del niño. Ed. Manual moderno. 2ª edición, México.

Fernández-Ballesteros, R. (2004) Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Ed. Pirámide. España.

Filio E., (1996). Características de las funciones psicológicas superiores en una población analfabeta de Puebla. Tesis de licenciatura, BUAP.

Fitzgerald, E., Bellgrove, M. & Gill, M. (2008) Manual de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (I) J&C ediciones médicas, España.

García-Sevilla J. (2014) Como mejorar la atención del niño. Ed. Pirámide. España.

Garza Morales, S., Núñez Villaseñor, P S & Vladimirsky Guiloff A. (2007) Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Bol. Med. Hosp. Infantil de México 2007; 64 (4).

Herrán M E, Ortiz R, Herrán M A, Rodríguez-Díaz A & García A K (2014), una revisión narrativa de las escalas de evaluación usadas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Medwave 2014; 14 (1).

Jinich H. (2004) La clínica y el médico general. Gac. Med. Mex. Vol. 140, suplemento no. 1, 2004.

Kaplan, E. (1988). A process approach to neuropsychological assessment. En T. Boll y B. K. Briant (eds), *clinical neuropsychology and brain function: research, measurement and practice* (pp 129-167) Washington APA.

León-Carrión, J. (1995) *Manual de neuropsicología humana*. Ed. Siglo XXI.

Lifshitz-Guinzberg A. (2012) *La enseñanza de la clínica en la era moderna*. *Inv. Ed. Med.* 2012; 1(4): 210-217.

López, C. V. (2001). *Evaluación de los factores neuropsicológicos en una población normal con diferentes niveles educativos a través de una evaluación breve*. Tesis de maestría, BUAP.

Luria, A. R. (2000). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Ed. Fontamara. 3ª Edición, México.

Luria, A. R. (1989). *El cerebro en acción*. Ed Roca S. A. México.

Luria, A. R. (1980). *Fundamentos de neurolingüística*. Ed. Masson, Barcelona.

Luria, A. R. (1979). *Mirando hacia atrás*. Ed. Norma, España.

Palacios Cruz, L. (2013) *Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos*. *Salud mental*, 2013, vol. 36 num 4 pp 285-290.

Peña-Casanova, J (1987). *La exploración neuropsicológica*, Barcelona: editorial Ferrer internacional.

Quintanar, R. L. (1994) *Modelos neuropsicológicos en afasiología. Aspectos teóricos y metodológicos*, México: publicaciones BUAP.

Quintanar, R. L. (1995) *La formación de las funciones psicológicas durante el desarrollo del niño*. México: publicaciones Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Quintanar, R. L. & Solovieva Y. (2000) La discapacidad infantil desde la perspectiva neuropsicológica. En Cubillo M A, Guevara J, & Pedroza A. Discapacidad humana, presente y futuro. El reto de la rehabilitación en México. México, Universidad del valle de Tlaxcala, 2000: 51-63.

Quintanar, R. L. & Solovieva Y. (2009) Evaluación neuropsicológica infantil breve. BUAP. México, 2009.

Quintanar, L., Solovieva, Yu. & Bonilla R. (2006) Analysis of visuospatial activity in preschool children with attention deficit disorder. Human Psychology. Vol. 32, no. 1: 43-46.

Quintanar, L. & Solovieva, Yu. (2006). Métodos de corrección neuropsicológica en preescolares mexicanos con TDA. Revista de psicología general. Vol. IV, 11: 11-16.

Quintanar, L., Gómez, R., Solovieva, Yu. & Bonilla, R. (2011). Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista CES Psicología vol. 4, no 1: 16-31.

Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. Med. 70(3): 217-24.

Sattler, J. (2010). Evaluación infantil. Vol. I. Fundamentos cognitivos. Ed. El manual moderno, 5ª edición, México.

Secretaría de Salud, México (2014). TDAH. Tomado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/1918-tdah.html>. El 5 de octubre de 2015.

Solovieva Yu. & Quintanar L. (2004) La utilización de la zona de desarrollo próximo durante el diagnóstico del desarrollo de la actividad intelectual. En: Castañeda S. (Ed) Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica. Manual moderno.

Solovieva, Yu., Bonilla, M.R., Lázaro, E., Quintanar, L. (2010). Evaluación neuropsicológica de la retención audio-verbal en niños preescolares con y sin TDA. Revista CES Psicología. Vol. 3 no. 1.

Solovieva, Yu. & Mata A. (2014). Vías de corrección alternativa para el síndrome de déficit de atención en la edad preescolar. CES Psicología 7 (1): 95-112

Tsvetkova, L. S. (1979). Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura. Barcelona: editorial Fontanella.

Vázquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L & De la Peña F (2010). Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, María Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías clínicas para la atención de trastornos mentales).