

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".



INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK FORMATO B CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYENCK- FORMA B

	NO				SI
1	Le gusta la abundancia de excitación y bullicio a su alrededor				
2	Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué				
3	Tiene casi siempre una contestación lista "a la mano" cuando se le habla				
4	Se siente algunas veces feliz, otras triste sin una razón real				
5	Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones				
6	Cuando niño (a) hacía siempre inmediatamente lo que le decían sin renegar				
7	Se enfada a menudo				
8	Cuando lo (a) meten en una pelea, prefiere "sacar los trapos al aire" de una vez por todas, en vez de quedar callado (a) esperando que las cosas se calmen solas				
9	Es usted triste, melancólico (a)				
1	Le gusta mezclarse con la gente				
1	Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones				
1	Se pone a veces malhumorado (a)				
1	Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado a su suerte				
1	Se decide a menudo demasiado tarde				



- 1 Le gusta trabajar solo (a)
- 1 Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado (a) sin razón
- 1 Es por el contrario animado (a) y jovial
- 1 Se ríe a menudo de chistes groseros
- 1 Se siente a menudo hastiado (a)
- 2 Se siente incómodo (a) con vestidos que no son del diario
- 2 Se distrae (fantasea) a menudo cuando trata de prestar atención a algo
- 2 Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa
- 2 Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo
- 2 Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo
- 2 Le gustan las bromas
- 2 Piensa a menudo en su pasado
- 2 Le gusta la buena comida
- 2 Cuando se fastidia, necesita de algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello
- 2 Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa
- 3 Alardea (se jacta) un poco a veces
- 3 Es usted muy susceptible por algunas cosas
- 3 Le gusta más quedarse en casa que ir a una fiesta aburrida
- 3 Se pone a menudo inquieto que no puede permanecer sentado durante mucho rato en una silla
- 3 Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación
- 3 Tiene a menudo mareos (vértigos)
- 3 Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído
- 3 Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otros sobre ellas
- 3 Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado
- 3 Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas
- 4 Sufre de los "nervios"
- 4 Le gustaría más planear que hacer cosas



- 4 Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día
- 4 Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles
- 4 Cuando hace nuevos amigos, ¿es usted quien inicia la relación o invita a que se produzca
- 4 Sufre fuertes dolores de cabeza
- 4 Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo
- 4 Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches
- 4 Ha dicho alguna vez mentiras en su vida
- 4 Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza
- 5 Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa
- 5 Se mantiene usualmente hermético (a) o encerrado (a) en sí mismo (a), excepto con amigos muy íntimos
- 5 Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar
- 5 Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos
- 5 Se le hace más difícil ganar que perder un juego
- 5 Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con superiores
- 5 Cuando todas las probabilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena probar suerte
- 5 Siente "sensaciones" raras en el abdomen, antes de algún hecho importante



Nombre: **Ficha técnica de instrumento de evaluación psicológico
TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)**

Autor: Karen Machover

Explicación
brevemente de la
teoría psicológica en la
que se fundamenta la
prueba.

Construc^{to} de
medición: Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en
relación a su auto concepto y a su imagen corporal

Rango de edad Niños, Adolescentes y adultos.

Tiempo de aplicación No hay límite, sin embargo, el promedio de su
realización es de 15 a 30 minutos.

Forma de
administración Individual

Área de la psicología
en la que se utiliza:

Material para la
aplicación:

- Lápiz No 2
- Borrador
- 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.



Material para la calificación:

Instrucciones (consigna)

“Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.

Nombre y Apellido:
Edad:
Grado de Instrucción:
Profesión:
Estado civil:
Fecha de Evaluación:

1. PLANO GRAFICO:		
INDICADOR	DESCRIPCION	ANALISIS
Tamaño de los trazos		
Dirección:		
Presión:		
Continuidad:		
Estilo personal		
Forma de expresión:		



Ubicación en la Hoja:		
Proyección en la hoja:		

2. PLANO FORMAL (Dibujo concreto)

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Tiempo de reacción:		
Identificación:		
Primera figura dibujada:		
Zona del cuerpo por donde comienza:		
Desarrollo del dibujo y zonas de conflicto:		
Percepción del dibujo:		
Cuerpo completo incompleto:		
Detalles minuciosos:		
Énfasis en el dibujo:		
Numero de borraduras y zonas donde sucedió:		
Tamaño:		

Forma del Trazo:		
Continuidad del trazo:		

Presión del Trazo		
Dibuja órganos sexuales:		
Dibuja órganos anatómicos:		

3. INTERPRETACIÓN DEL RELATO		
INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Demandas de Afecto:		
Necesidades:		
Deseos:		
Fantasía:		
Compensación;		
Personas incluidas:		
Tiempo espacio del relato:		
Autoagresión:		



Agresión:		
-----------	--	--

4. INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO:
¿Qué está haciendo?
¿Qué edad tiene?
¿Cuántos hijos tienen?
¿Con quién vive?
¿A quién prefiere: a su madre o a su padre?
¿Tiene hermanas y hermanos?
¿Qué tipo de trabajo realiza?
¿Qué educación ha recibido?
¿Qué ambición tiene?
¿Es simpático?
¿Es fuerte?
¿Es guapo?
¿Qué es lo mejor de su cuerpo?
¿Qué es lo peor?
¿Es un tipo nervioso (a)?
¿En que suele pensar?
¿Qué es lo que teme?
¿Qué es lo que le entristece?
¿Por qué se enfada?
¿Cuáles son sus tres deseos principales?
¿Cuáles son sus tres; mejores cualidades?
¿Cuáles con sus tres defectos principales?
Qué prefiere: ¿Estar sólo o estar acompañado?



¿Qué dice la gente de él (ella)?
¿Es un tipo suspicaz?
¿Qué tal se lleva con su mujer (marido) (¿o con sus padres si es soltero)?
¿Ha estado alguna vez separada (o)?
¿Sale con otras mujeres (hombres)?
¿Y su mujer (marido) sale con otros (as)?
¿Qué siente hacia su mujer, desde el punto de vista sexual?
¿Cuándo tuvo su primera experiencia sexual?
¿Siempre sale con la misma chica (o) (si es soltero(a)?
¿Qué tipos de chicas(os) le gustan?
¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con otros hombres (mujeres)?
¿Con que frecuencia se masturba?
¿Qué piensa acerca de ello?
¿A quién le recuerda su dibujo?
¿Le gustaría parecerse a él?

5. CONDUCTA OBSERVADA EN EL EXAMINADO Y MOMENTOS EN QUE SE MANIFIESTA
1) Preguntas hechas por el examinado
2) Expresa necesidad aguda de recibir más instrucciones: ¿Cuáles?
3) Manifiesta esa necesidad en forma directa o verbal, indirectamente: a través de movimientos expresivos, a través de actividad motora.
4) Se encuentra cómoda y confiadamente a la tarea
5) Expresa dudas sobre su capacidad para dibujar, las expresa directamente, las expresa indirectamente, las expresa verbalmente, las expresa a través de actividad motora
6) Se muestra durante la prueba: Inseguro, Ansioso, Suspicaz, Arrogante. Hostil, Negativo, Tenso, Relajado, Divertido, Consciente de sí mismo. Cauteloso, Impulsivo



6. EVALUACION DEL PROPIO EXAMINADO

Si pudiera cambiar algo de su cuerpo ¿Qué cambiaría?

¿Cuál es la peor parte de su propio cuerpo?

¿Cuál es la mejor parte de su propio cuerpo?

¿Qué tiene usted de bueno?

¿Qué tiene usted de malo?

¿Pensó en la sexualidad cuando dibujo?

¿Tiene novia (o), espera casarse?

¿Tipo de novia (o) con quien sale?

7. TITULO DE LA HISTORIA

RELATO 1

RELATO 2

8. ANALISIS FORMAL

DINAMICA



IMAGEN DE SI MISMO

DINAMICA - MOTIVACION - CONFLICTOS - DEFENSAS

IMAGEN DEL MUNDO - RELACIONES INTERPERSONALES

AJUSTE A LA REALIDAD - PROYECCIONES Y NEGACIONES

ACTITUD FRENTE AL EXAMINADOR Y FRENTE A SI MISMO:

AJUSTA A LA CONSIGNA:

ADICIONES:



OMISIONES:
DISTORSIONES
MANIFESTACIONES CONDUCTUALES
9. DIAGNOSTICO E INTERPRETACION



MILLON – II CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

Responde Verdadero o Falso, según corresponda:

<u>CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON</u> <u>(MCMI-II)</u>	<u>VERDADE</u> <u>RO</u>	<u>FALSO</u>
1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.		
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.		
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.		
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.		
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.		
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.		
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.		
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.		
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.		
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.		
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.		
13. Tengo poco interés en hacer amigos.		
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.		
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.		
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.		
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.		
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.		
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.		
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.		
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.		
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.		
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar		



por lo que he hecho.		
24.La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		
25.Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.		
26.Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.		
27.Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.		
28.Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.		
29.Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.		
30.Disfruto en situaciones de intensa competitividad.		
31.Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.		
32.Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.		
33.Casi siempre me siento débil y cansado.		
34.Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.		
35.A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.		
36.Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.		
37.Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.		
38.Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.		
39.Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.		
40.En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.		
41.Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.		
42.Soy una persona muy agradable y dócil.		
43.La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".		
44.No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.		
45.En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.		
46.Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.		
47.Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.		
48.Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.		
49.Soy una persona tranquila y temerosa.		
50.Soy muy variable y cambio de opiniones y		



sentimientos continuamente.		
51.Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.		
52.Berber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.		
53.Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.		
54.Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.		
55.No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.		
56.He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.		
57.Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.		
58.Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.		
59.Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.		
60.Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
61.Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.		
62.El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.		
63.Le gusto a muy poca gente.		
64.Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.		
65.Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.		
66.Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
67.Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.		
68.Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.		
69.Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.		
70.Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.		
71.Me siento continuamente muy cansado.		
72.No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.		
73.He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.		
74.Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.		
75.Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que		

sabemos más que ellos.		
76.Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.		
77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.		
78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.		
79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.		
80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.		
81.Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.		
82.No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.		
83.Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.		
84.Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.		
85.Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.		
86.Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.		
87.Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.		
88.Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.		
89.Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.		
90.No he visto ningún coche en los últimos diez años.		
91.No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero		
92.El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.		
93.Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.		
94.Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.		
95.Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.		
96.En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.		
97.Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.		
98.Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.		
99.En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.		
100.Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.		

101.No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.		
102.Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.		
103.Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.		
104.Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.		
105.En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.		
106.Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.		
107.Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.		
108.Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.		
109.Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.		
110.Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.		
111.Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.		
112.Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.		
113.Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.		
114.Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.		
115.A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.		
116.La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.		
117.Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.		
118.Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.		
119.Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.		
120.Mucha gente piensa que no sirvo para nada.		
121.Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.		
122.Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.		
123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.		
124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.		
125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.		
126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.		
127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad		



que me molesta.		
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.		
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.		
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.		
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.		
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.		
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.		
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.		
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.		
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.		
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.		
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.		
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.		
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.		
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.		
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
143. No me importa que la gente no se interese por mí.		
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.		
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.		
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.		
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.		
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.		
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.		
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.		
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.		
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de		

treinta veces.		
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".		
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.		
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.		
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.		
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.		
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.		
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.		
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.		
161. Rara vez me emociono mucho con algo.		
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.		
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.		
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.		
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.		
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.		
167. Últimamente me siento completamente destrozado.		
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.		
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.		
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.		
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.		
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.		
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.		
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.		
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.		



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Hermilio Valdizan. (2012). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en tercer nivel de atención 2012.
2. OMS. (2022). Esquizofrenia. Recuperado de <https://www.webconsultas.com/esquizofrenia/sintomas-de-la-esquizofrenia-529>.
3. Diresa cusco. (2010). Guía práctica de esquizofrenia. Recuperado de http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAs/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GU%C3%ADADE%20ATENCIÓN%20PARA%20ESQUIZOFRENIA.pdf
4. OPS. (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Recuperado de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.
5. Instituto nacional de salud. (2018). Guía práctica clínica para el abordaje temprano y manejo de esquizofrenia. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/3612418-GU%C3%ADA-de-practica-clinica-para-el-abordaje-temprano-y-manejo-de-esquizofrenia>



VIII.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

I.- FINALIDAD

Contribuir con un instrumento de apoyo que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, donde se establecen los parámetros para realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado y estandarizado de pacientes con el trastorno específico del desarrollo de las habilidades escolares en niños y adolescentes.

La detección temprana de las dificultades del aprendizaje y necesidades educativas facilita: Reconocer los problemas existentes. Abordarlos cuanto antes. Prevenir otras problemáticas.

La detección temprana de los problemas conlleva poner en marcha un conjunto de acciones cuya finalidad consiste en proporcionar al niño estímulos adecuados a su edad y que van a favorecer su desarrollo tanto a nivel físico, como sensorial, intelectual, afectivo y social.

II.- OBJETIVO

Proveer información actualizada a los profesionales de salud, sobre el trastorno específico del desarrollo de las habilidades escolares en niños y adolescentes para un adecuado diagnóstico, manejo y seguimiento por la especialidad de Psicología.

Unificar y estandarizar criterios de atención integral para la atención de niños y adolescentes que presentan el trastorno específico del desarrollo de las habilidades escolares brindando orientación basada en evidencia a pacientes y sus familias.

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación en la Atención Integral Especializada, específicamente Psicología.



También puede ser usado por las demás instituciones públicas de salud a nivel nacional que cuenten con la especialidad.

Está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños, niñas y adolescentes que acuden a una Institución Nacional de Salud para la atención de Trastorno Específico del desarrollo de las Habilidades Escolares en consultorio externo y hospitalización.

IV.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES ESCOLARES

NOMBRE Y CODIGO

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES CIE-10: F 81

F810 TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA LECTURA

F811 TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DELETREO

F812 TRASTORNO ESPECÍFICO DE LAS HABILIDADES ARITMETICAS

F813 TRASTORNOS MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

F818 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES.

V.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Son trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridas. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones de los procesos cognoscitivos, en gran parte secundarias a algún tipo de disfunción biológica. Al igual que la mayoría del resto de los trastornos del desarrollo, estas alteraciones son considerablemente más frecuentes en varones que en mujeres.



Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar abarcan grupos de trastornos que se manifiestan por déficits específicos y significativos del aprendizaje escolar. Estos déficits del aprendizaje no son la consecuencia directa de otros trastornos (como un retraso mental, déficits neurológicos importantes, problemas visuales o auditivos sin corregir o trastornos emocionales), aunque pueden estar presentes. Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar suelen presentarse acompañados de otros síndromes (tales como trastornos de déficit de atención o trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje).

Otro concepto interesante es el que nos da la fundación ADANA que define a los trastornos del aprendizaje de la siguiente manera: "Una dificultad inesperada, específica y persistente para la adquisición de un aprendizaje pese a una instrucción convencional, nivel de inteligencia y oportunidades socioculturales adecuadas" (Fundación ADANA, 2020). Aquí la fundación ADANA expone un punto importante que vale la pena resaltar; si un niño presenta este diagnóstico no significa que sea menos inteligente que sus compañeros. De hecho, los manuales de diagnóstico utilizan como indicador de diagnóstico diferencial una inteligencia menor al promedio.

5.2. ETIOLOGÍA

En un principio este cuadro fue atribuido a diversas causas, como secuelas de daños en el sistema nervioso central ("daño cerebral mínimo"), alteraciones de las funciones por factores alimenticios y/o metabólicos (disfunción cerebral), etc. Sin embargo, al observar su manifestación en familiares de la persona afectada se comenzó a pensar que su etiología debía tener su origen en un factor genético.

Existe la Hipótesis Genética basada en la constatación de una mayor presencia entre los familiares de primera generación si lo comparamos con la incidencia en la población general. Es decir, se ha encontrado que los trastornos expresivos del lenguaje se presentan frecuentemente con los



trastornos de la articulación en una misma familia, de igual forma que los trastornos expresivos de la escritura se presentan con los trastornos del lenguaje y dificultades académicas.

Se han encontrado un mayor número de problemas obstétrico-perinatales: exposición intrauterina exagerada a la testosterona que daría lugar a las anomalías del plano temporal, bajo peso o prematuridad, padres fumadores y/o bebedores, infecciones en la madre, malnutrición fetal por causas económicas o problemas con la placenta.

Otro de los aspectos relacionados con los Trastornos Específicos, ha sido el de la Lateralidad y/o Especialización Hemisférica. La Hipótesis Cerebral de Satz postula un retraso en la maduración funcional de hemisferio izquierdo. Para este investigador la especialización en motricidad fina debe estar resuelta a los cinco años, la especialización perceptual a los 8 y la del lenguaje hacia los 11 años. Estos supuestos se apoyan en observaciones en niños disléxicos que presentan una craneopatía coincidente con los estadios expuestos.

5.3. FACTORES FISIOLÓGICOS: Se relacionan con la edad, la salud, el sistema nervioso, el nivel de ansiedad o estrés y los tiempos de reacción. Se debe tomar en cuenta el contexto del estudiante. Por ejemplo, su baja concentración en clase puede estar afectada por ansiedad, falta de alimentación adecuada o ritmo de aprendizaje.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Los problemas de aprendizaje más frecuentes entre los niños y niñas de nuestro país son la dislexia que causa la dificultad con la lectura, escritura e incluso el habla; la digrafía, que es el trastorno de la capacidad para escribir; y la discalculia, que afecta la habilidad para entender y trabajar con números.

Las estadísticas actuales nos dicen que hasta un 10% de niños tienen un Trastorno Específico del Aprendizaje (Butterworth & Kovas, 2013), esta



frecuencia supera por mucho a otros trastornos del desarrollo que son más conocidos como el Trastorno del Espectro Autista o la Discapacidad Intelectual. Sus números se comparan, incluso, con diagnósticos pediátricos tan comunes como el asma con una frecuencia también del 10% (Moral Gil, Asensio de la Cruz, & Lozano Blasco, 2019). Cerca del 20% de niños peruanos presentan dificultades de aprendizaje.

Estudios revelan que uno de cada 10 niños presenta dificultades de aprendizaje. Estos tienen un origen neurobiológico y en muchos casos no son detectados a tiempo.

5.5. FACTORES DE RIESGO

1) Factores Externos:

Medio ambiente

Los efectos psicológicos que tienen sobre la familia un nivel socioeconómico desfavorable y circunstancias sociales adversas, así como pautas educativas se relacionan con los problemas de conducta que pueden presentar los niños y adolescentes.

Los niveles sociales más bajos se asocian a normas más rígidas que destacan la sumisión del niño a la autoridad de los padres, quienes adoptan métodos de castigos y premios para el control inmediato del comportamiento del niño, mientras que los medios sociales favorecidos valoran la iniciativa y originalidad, adoptando reglas más flexibles, de esta manera es que cierto tipo de comportamiento caótico puede ser resultado en cierto grado de una crianza caótica.

Los trastornos psicológicos de los padres influyen en la aparición de problemas psicológicos en los niños, debido a que se altera negativamente la interacción padre-hijo.

Según los datos de diferentes trabajos, el nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo u ocupación profesional de los padres se relacionan con los problemas de conducta observados en niños y adolescentes.



En casos donde el nivel socioeconómico es bajo y el niño debe someterse a ciertas privaciones se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de adaptación

2) Factores Internos:-

Factores Genéticos, Hereditarios:

La influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones durante el embarazo afectan el desarrollo. Los niños prematuros, con bajo peso al nacer, que han sufrido anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen bastantes posibilidades de desarrollar problemas conductuales e hiperactividad. Entre los efectos asociados a las complicaciones surgidas durante el período prenatal y perinatal se incluyen: retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje.

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas:

Síntomas del trastorno específico de la lectura:

- Deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, no atribuidos a edad mental, problemas de agudeza visual o enseñanza inadecuada.
- Alteración de la habilidad para comprender la lectura, reconocimiento de palabras escritas, la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieran lectura.
- Se asocian con frecuencia dificultades en la ortografía, las cuales subsisten a menudo hasta la adolescencia.
- Existen perturbaciones emocionales y de la conducta durante la edad escolar.

Síntomas del trastorno del deletreo:

- Deterioro y significativo del desarrollo de las habilidades para deletrear
- Dificultad para escribir correctamente cada palabra.

Síntomas del trastorno específico de las habilidades aritméticas:

- Deterioro específico de las habilidades aritméticas.
- El déficit afecta al dominio de las habilidades elementales para la dicción, sustracción, multiplicación y división.

Síntomas del trastorno mixto de las habilidades escolares

- Deterioro significativo y tanto en aritmética como lectura u ortografía.

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios diagnósticos

Criterios Epidemiológico y Clínico

Los criterios diagnósticos más aceptados actualmente son los del Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta revisión de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV). Deben estar

Criterios para el trastorno de la lectura:

- El rendimiento en la lectura, emitido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- La alteración del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que existen habilidades para la lectura.
- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Criterios para el trastorno del cálculo:

- La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- La alteración del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que existen habilidades para el cálculo.
- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Criterios para el trastorno de la expresión escrita:

- Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluadas y la escolaridad propia de su edad.
- El trastorno del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (ejemplo: escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Criterios para el trastorno del aprendizaje no especificado:

- Esta categoría incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico. Esta categoría puede referirse a deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo, expresión escrita) que interfieran significativamente el rendimiento académico aun cuando el rendimiento en las pruebas que evalúan cada una de las habilidades individuales no se situó sustancialmente por debajo

de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

6.2.2.- Diagnóstico Diferencial

Los trastornos del aprendizaje, deben diferenciarse de posibles variaciones normales del rendimiento académico, así como de dificultades escolares debidas a falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales. Una escolaridad adecuada puede dar a lugar a resultados deficientes en las pruebas de rendimiento normalizadas.

Una visión o audición alteradas pueden afectar la capacidad de aprendizaje, debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de este déficit sensorial, solo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit. Debe codificarse en el eje III cualquier enfermedad neurológica o médica.

En el retraso mental, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo, en algunos casos el retraso mental leve, el nivel de rendimiento en la lectura, calculo o expresión escrita se acentúa significativamente por debajo de los niveles esperados.

6.3. EXAMENES AUXILIARES (Evaluación Psicológica)

- Test de Inteligencia RIAS
- Test de Escala Weschler WISC-IV
- Prueba de Inteligencia de Stanford-Binet
- Test Gestáltico Visomotor de Bender de Maduración visomotora
- Test de Madurez Social de Vineland
- Test de la Figura Humana de Kopitz



6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. TRATAMIENTO

6.4.1.1 Tratamiento Psicopedagógico

Es a mi juicio la fundamental teniendo en cuenta la actual situación de conocimientos. Lo primero que debería evaluarse son el /los déficits neurocognitivos que presenta el niño e implementar un programa de intervención que contemple tanto aquellas funciones que se encuentran bien como las que son francamente deficitarias. Debe considerarse sobre donde priorizar la intervención: Si en la rehabilitación de los déficits o en el mejor desarrollo de las que se encuentran bien. Habitualmente se trabaja con ambas situaciones con objeto de facilitar las funciones de suplencia, algo muy importante a considerar si tenemos en cuenta la enorme plasticidad cerebral en estas edades.

Las intervenciones sobre los trastornos del desarrollo de lenguaje deberían ser lo complejos que imponga la gravedad del trastorno y contemplar todas las funciones neurocognitivas relacionadas con el mismo.

De esta forma se podrían resumir los objetivos de la intervención psicopedagógica en los siguientes:

- Trabajo con los profesores que se ocupan del niño.
- Intervención específica y especializada sobre los déficits en el procesamiento de las funciones neurocognitivas.
- Intervención educativa: tutorías específicas, clases de apoyo y de reducido número de alumnos, intervención logopedia, intervención psicológica que establezca un plan

de refuerzo conductual que minimice las consecuencias psicopatológicas.

6.4.1.2. Tratamiento psicosocial

Debe cubrir la intervención con los padres para que colaboren en el tratamiento y comprendan el problema. Igualmente debe contribuir a generar un ambiente escolar favorable y un ambiente de apoyo que favorezca la intervención y potencie la actitud preventiva frente a secundarismos de tipo psicopatológico y/o conductual.

6.4.2.TERAPÉUTICA

6.4.2.1 Psicoterapia Conductual

El tratamiento de los trastornos específicos del aprendizaje requiere un abordaje multimodal. Estos trastornos van asociados frecuentemente con altas tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos, así como a una gran variedad de complicaciones psicológicas que incluyen la baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, pasividad, rigidez en situaciones nuevas de aprendizaje y escaparse sin permiso de la escuela.

Con el tiempo los casos leves pueden resolverse gracias a la educación y la práctica persistentes. Algunos individuos pueden compensarlos por medio de un aprendizaje excesivo, pero otros conservan déficits específicos de aprendizaje durante la edad adulta. Con frecuencia, los problemas conductuales asociados y las complicaciones intrapsíquicas persisten más allá de la duración de los déficits evolutivos, y pueden permanecer sintomáticos durante la vida adulta.

En la práctica, debe diseñarse un plan individual de educación para cada niño, pero la calidad de la evaluación inicial y los servicios de tratamiento son variables. El manejo multidisciplinario



y la comunicación resultan esenciales, ya que muchos especialistas (psicológico, psiquiátrico, neurológico) y profesores pueden estar implicados en la educación y tratamiento de un solo niño. Una comunicación cuidadosa, especialmente durante los períodos de transición, resulta vital para mantener el progreso del desarrollo y el educacional. La intervención educativa temprana puede emplear uno de los varios sistemas terapéuticos. Puede resultar necesario alentar la autoestima del niño (o adulto) para ayudarle a tolerar los esfuerzos terapéuticos. El tratamiento debe dirigirse directamente a los trastornos del aprendizaje, pero también a la comunicación, al trastorno de conducta y TDAH posiblemente asociados (Kaplan y Sadock, 1999).

La implicación de los padres es crucial para apoyar el programa educacional y para los esfuerzos continuados del niño en un ambiente libre de críticas. Está demostrado que los padres pueden ayudar escuchando cada día en casa cómo leen sus niños.

Las técnicas cognitivo-conductuales se emplean para subrayar los éxitos, desarrollar el orgullo y la autoestima, disfrutar con el dominio de una habilidad, dar oportunidades para experimentar con menos rigidez defensiva, reforzar el aprendizaje.

1. Trastorno de la lectura - Dislexia

- Adquisición de la lectura
- Control ocular
- Orientación espacial
- Secuencia verbal
- Captación del sentido estructural de la frase
- Abstracción y categorización



- Uso simultáneo de la percepción visual y espacial (discriminación de la forma)
- Secuenciación (espacial y temporal)
- Procesamiento transmodal visual-auditivo
- Procesado fonémico (unidades de sonidos lingüísticos)
- Análisis sintáctico (gramatical) y semántico (significado)
- Búsqueda de la comprensión
- La atención, la motivación y el esfuerzo deben hallarse razonablemente intactos.
- Capacidad para recibir instrucciones

2. Dificultades para la ortografía

- Intervención educativa precoz
- Reforzar el autoestima y ayudar que tolere los esfuerzos educativos
- Aconsejar a los padres (escuchen en la casa)

3. Trastorno del cálculo - Discalculia

- Educación de refuerzo, enseñanza especial, con una evaluación inicial y monitorización subsiguiente de la necesidad de intervención psiquiátrica y neurológica.
- La estimulación auditiva mejora el rendimiento matemático cuando el trastorno del cálculo se acompaña de TDH
- Programas de entrenamiento

4. Trastorno de la expresión escrita

- Todos las modalidades de tratamiento son efectivas

- Parece conseguir mejores resultados el tratamiento para la escritura expresiva y creativa de tipo intensivo continuado que se administra individualmente
- El éxito está muy influido por la motivación del paciente
- Tratamiento precoz a los trastornos emocionales asociados.

6.5 COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones que se pueden encontrar, caben mencionar las que se encuentran en relación a:

- Pérdida de la audición del oído medio, lo cual repercute en los trastornos del lenguaje escrito y expresivo.
- Problemas de conducta y socialización, implica conductas opositorista- desafiante.
- Problemas emocionales, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, así como síntomas de ansiedad y depresión.
- Problemas de salud: desnutrición crónica, signos neurológicos menores.
- Retardo mental.

6.6. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.-

1.- Criterio de Referencia

Los establecimientos de Salud del I nivel de atención referirán a niveles superiores los casos cuya evaluación y tratamiento requieran un manejo especializado.

Los hospitales de nivel II y, en especial, de nivel III tienen capacidad resolutive plena en el tratamiento de los trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares.

2.- Criterio de Contra referencia

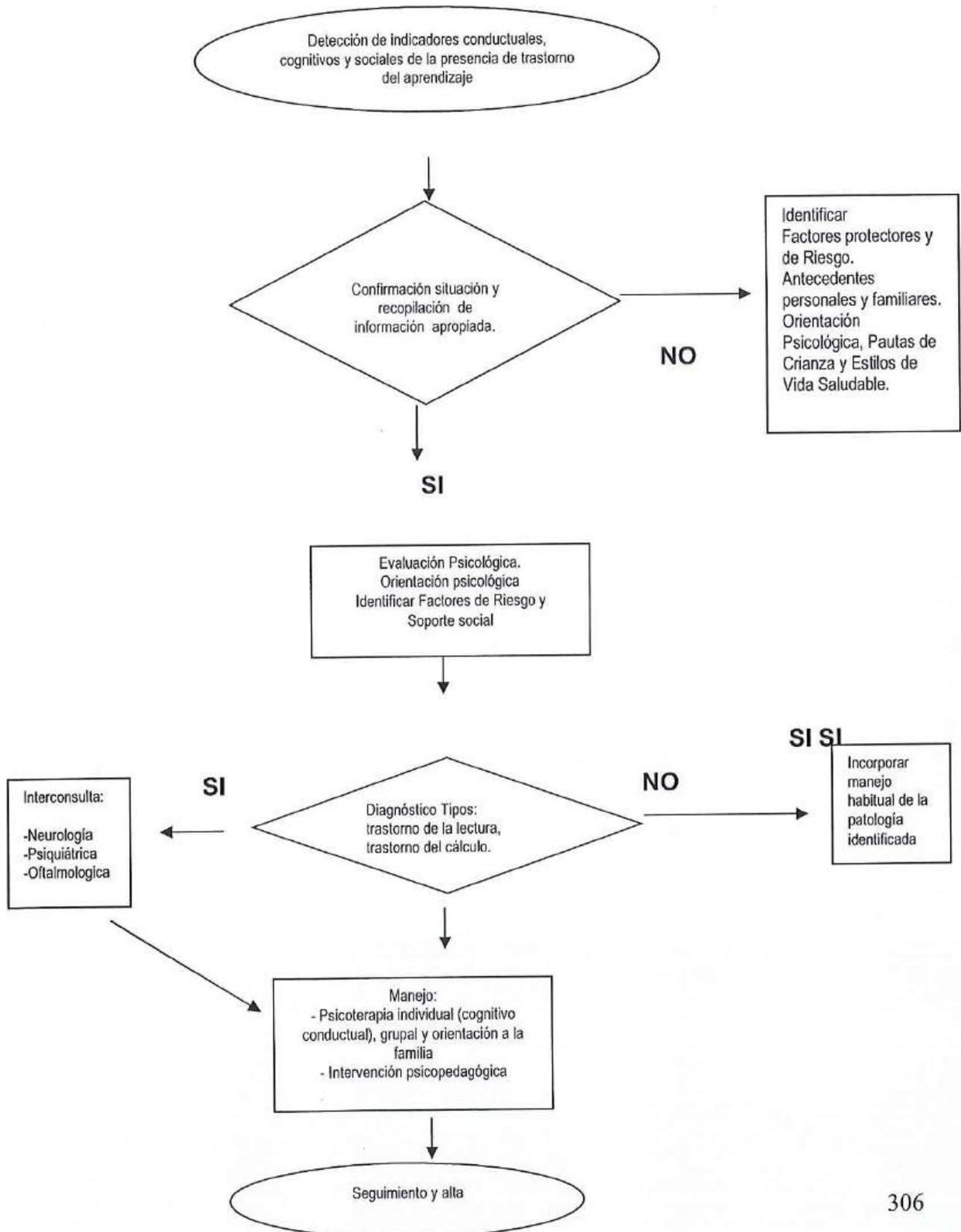
Una vez estabilizado el cuadro y alcanzados los objetivos básicos del tratamiento, se derivará a su lugar de origen al paciente para proseguir con el mismo y el posterior seguimiento, siempre y cuando dicho establecimiento cuente con psicólogos para la atención.



De estar disponibles, se podrá también recurrir a Redes, ONGs y demás servicios comunales acreditados en la zona de origen.

6.7. FLUXOGRAMA

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR



ANEXOS

RIAS

Cuadernillo de anotación

Apellidos y nombre _____

Sexo Varón Mujer

Centro _____

Nivel educativo _____

Examinador _____

Motivo de la consulta _____

Año Mes Día

Fecha de evaluación

Fecha de nacimiento

Edad cronológica

RESUMEN DE PUNTUACIONES

PD	Puntuaciones T (Baremo _____)			
	VERBAL	NO VERBAL		MEMORIA
Adjetivos (AV)				
Categorías (Ca)				
Analogías verbales (Av)				
Figuras incompletas (Fi)				
Memoria verbal (Mv)				
Memoria no verbal (Mnv)				
Suma de puntuaciones T	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	<input type="text"/>
Índices del RIAS	IV	INV	IG	IM
Intervalo de confianza al _____ %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percentil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Índice de inteligencia verbal	Índice de inteligencia no verbal	Índice de inteligencia general	Índice de memoria



INFORMACIÓN ADICIONAL (OPTATIVA)

- Lengua materna _____
- Nivel educativo de los padres (si corresponde) _____
- Ocupación (si corresponde) _____
- Problemas auditivos, de visión, de lenguaje o motores (especifique) _____
- Dificultades de aprendizaje (especifique) _____
- Problemas médicos o neurológicos (especifique) _____
- Problemas psicológicos (especifique) _____

NOTAS



Autores: C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus - Copyright © 2003 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
 Copyright de la adaptación española © 2009 by TEA Ediciones, S.A.U.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.



WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación:			
Fecha de nacimiento:			
Edad a la evaluación:			

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar
Dibujos con cubos		
Imágenes		
Repeticiones de dígitos		
Conceptos con objetos		
Claves		
Vocabulario		
Sucesión de números y letras		
Matrices		
Compensar		
Búsqueda de símbolos		
Figuras incompletas		
Figuras		
Integración		
Arbitrarias		
Palabras en contexto verbal		

Suma de puntuaciones escalares

*Responde a esta pregunta al menos 11 ítems de cada subprueba.

	Tarjetas IA (subpruebas)	3 de Compensar (ver 2)	3 de Reasonamiento perceptivo
Suma de puntuaciones escalares			
Número de subpruebas	+ 10	+ 3	+ 3
Puntuación media			

* La media debe ser calculada para de las 16 subpruebas escalares.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de _____ %
Comprensión verbal				
Razonamiento perceptivo				
Memoria de trabajo				
Velocidad de procesamiento				
Escala total				

Manual moderno
© 2007 Ediciones Moderno
Edición de Manuel Moreno, S.A. de C.V.
Calle Lázaro Cárdenas 111, Toluca, México
07000

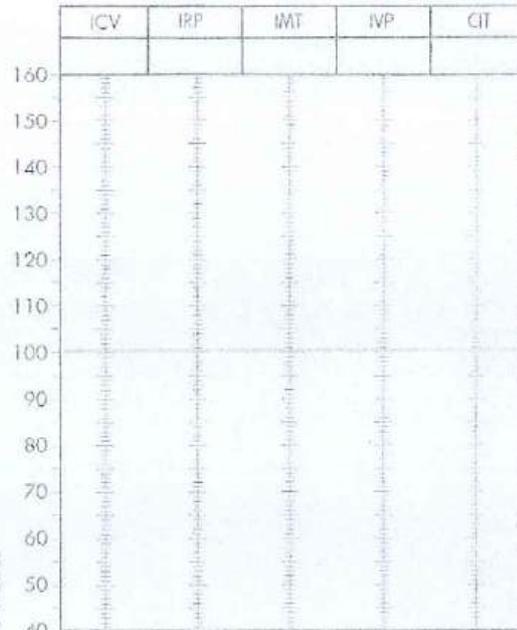
STIP
75-3

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

	Comprensión verbal					Razonamiento perceptivo				Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento		
	SE	VS	CA	(N)	(K)	DC	CO	MT	(P)	ED	NI	(AR)	CI	BS	(RC)
19															
18															
17															
16															
15															
14															
13															
12															
11															
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															

Perfil de puntuaciones compuestas



ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD – BINET PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: Fecha de la prueba:
 Instrucción: Sexo: Fecha de
 Nacimiento:
 Examinador: Edad:

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
Tablero de formas (1) () Respuesta diferida (2) () Partes del cuerpo (4) () Torre de bloques () () Vocabulario de imágenes (3) () Combinación de palabras (2) () PS: Identificar objetos por su nombre (5) ()	Identificar objetos por su uso (3) () Identificar partes del cuerpo (6) () Nombrar objetos (5) () Vocabulario de imágenes (8) () Repetir dos dígitos (1) () Obedecer órdenes sencillas (2) () PS: Tablero de formas invertido (2) ()
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
Ensartado de cuentas 2' (4) () Vocabulario de imágenes (10) () Puente de cubos () () Memoria de imágenes (1) () Copiar un círculo (1) () Dibujar una línea vertical (1) () PS: Repetir tres dígitos (1) ()	Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6) () Paciencia: Figuras (6) () Discriminar figuras de animales (4) () Describir garabato Nivel I (2) () Clasificar botones 2 () () Comprensión I (1) () PS: Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6) ()
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
Vocabulario de imágenes (14) () Nombrar objetos de memoria (2) () Analogías opuestas I (2) () Identificar imágenes (3) () Discriminación de formas (3) () Comprensión II (2) () PS: Memoria de frases I (1) ()	Comparaciones estéticas (3) () Analogías opuestas I (3) () Semajanzas/Diferencias de figuras I (3) () Materiales (2) () Tres encargos (3) () Comprensión III (1) () PS: Identificar imágenes (4) ()
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO V-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
Completar dibujo de hombre (2) () Doblar papel: Triángulo () () Definiciones (2) () Copiar un cuadrado (1) () Semajanzas/Diferencias de figuras II (3) () Paciencia: Rectángulo en dos (2) () PS: Nudo I () ()	Vocabulario (6) () Diferencias () () Figuras Incompletas (4) () Concepto de número (4) () Analogías opuestas II (3) () Recorrer un laberinto (2) () PS: Describir garabato Nivel II (2) ()
AÑO VI (6 tests x 2 ó 4 x 3)	AÑO VI-6 (6 tests x 2 ó 4 x 3)
Figuras absurdas I (4) () Semajanzas entre dos cosas (2) () Copiar un rombo (1) () Comprensión IV (3) () Analogías opuestas III (2) () Repetir 5 dígitos (1) () PS: Repetir tres dígitos al revés (1) ()	Vocabulario (8) () Memoria de cuentas (5) () Absurdos verbales I (3) () Semajanzas y diferencias (3) () Comprensión IV (4) () Nombrar días (orden correcto +2) () PS: Interpretar situaciones I (2) ()

**TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER
HOJA DE CALIFICACION**

Ap y nombre : Sexo: (F) (M) Edad:
 Fecha de Nac : Lugar: Grado de instrucc.:
 Fecha de aplicación: Hora de inicio: Hora de fin: Tiempo total:
 Observaciones:

ESCALA DE MADURACION DE MUNSTERBERG

	ERROR	TIPO DE ERROR	INDICADORES DE LESION CEREBRAL		
			No Sig.	Sig.	Alt. Sig.
A	1 a	Distorsión de la forma (Sig.)			
	1 b	Distorsión de la forma (Sig. 7 años)			
	2	Rotación (Sig.)			
	3	Integración (Sig.)			
1	4	Distorsión de la forma (Sig.)			
	5	Rotación (Alt. Sig. 7 años)			
	6	Perseveración (Alt. Sig. 7 años)			
2	7	Rotación (Sig. 8 años)			
	8	Integración (Alt. Sig. 7 años)			
	9	Perseveración (Alt. Sig. 7 años)			
3	10	Distorsión de la forma (Sig. 7 años)			
	11	Rotación (Alt. Sig. 8 años)			
	12 a	Integración (Sig. 6 años)			
4	12 b	Integración (Alt. Sig.)			
	13	Rotación (Alt. Sig.)			
5	14	Integración (Sig.)			
	15	Modificación de la forma (Sig. 9 años)			
	16	Rotación (Sig.)			
	17 a	Integración (No Sig.)			
6	17 b	Integración (Alt. Sig.)			
	18 a	Distorsión de la forma (Sig. 7 años)			
	18 b	Distorsión de la forma (Alt. Sig.)			
	19	Integración (Alt. Sig. 7 años)			
7	20	Perseveración (Alt. Sig. 7 años)			
	21 a	Distorsión de la forma (Sig. 8 años)			
	21 b	Distorsión de la forma (Sig. 9 años)			
	22	Rotación (Alt. Sig. 7 años)			
8	23	Integración (Sig. 7 años)			
	24	Distorsión de la forma (Sig. 7 años)			
	25	Rotación (Alt. Sig.)			
N° total de errores:					
Porcentaje de lesión cerebral:					



TEST DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
(según el sistema de E. M. Koppitz)

Nombre(s): _____
 Apellidos: _____
 Grado: _____ Escuela: _____
 Fec Nac: ____/____/____ Edad: _____ años _____ meses
 Fecha de Evaluación: ____/____/____ Evaluador: _____

A) ITEMS ESPERADOS (Presente = 0, Ausente = -1)	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11-12 años	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Cabeza														
Ojos														
Nariz														
Boca														
Cuerpo														
Piernas														
Brazos														
Pies														
Brazos 2 dimensiones														
Piernas 2 dimensiones														
Cabello/cabeza e sombrero														
Cuello														
Brazos hacia abajo														
Brazos unidos hombro														
Ropa, objetos 2 prendas														
B) EXCEPCIONALES (puntos +1 o 0)	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Rodilla														
Perfil														
Codo														
Dos labios														
Fosas nasales														
Proporciones														
Brazo hom														
Ropa 4 items														
Pies 2 dimensiones														
Cinco dedos														
Pupilas														
Total (A + B)														
Puntuación final: 5 + (A+B) =														
C.I.														



TEST DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (según el sistema de E. M. Koppitz)

Nombre(s) _____

Apellidos: _____

Grado: _____ Escuela _____

Fec Nac ____ / ____ / ____ Edad ____ años ____ meses

Fecha de Evaluación ____ / ____ / ____ Evaluador _____

A) ITEMS ESPERADOS (Presente = 0, Ausente = -1)	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11-12 años	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Cabeza														
Ojos														
Nariz														
Boca														
Cuerpo														
Piernas														
Brazos														
Pies														
Brazos 2 dimensiones														
Piernas 2 dimensiones														
Cabello/cabeza c sombrero														
Cuello														
Brazos hacia abajo														
Brazos unidos hombro														
Ropa, objetos 2 prendas														
B) EXCEPCIONALES (puntos +1 a 0)	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Rodilla														
Perfil														
Codo														
Dos labios														
Fosas nasales														
Proporciones														
Braz u hom														
Ropa 4 items														
Pies 2 dimensiones														
Cinco dedos														
Pupilas														
Total (A + B)														
Puntuación final: S + (A+B) =														
C.I.														



VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Versión 1995.
2. DSM IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Guía de Uso. Editorial Masson, 2005. México D.F. Cuarta Edición.
3. TRATADO DE PSIQUIATRIA CLINICA. Hales, Yudofsky. Editorial Masson, 2005. México D.F. Cuarta Edición.
4. MANUAL DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: LENGUAJE, LECTO-ESCRITURA Y MATEMÁTICAS. Jesús Nicasio García Sánchez.



IX.- GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

I. FINALIDAD:

Proveer y contribuir con un instrumento de apoyo que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, donde se establecen los parámetros para realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado y estandarizado de pacientes con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Establecer una serie de recomendaciones basadas en una revisión sistemática

de la evidencia científica de mayor calidad disponible, sobre la efectividad y seguridad de las diferentes intervenciones terapéuticas y educativas en las personas con diagnóstico de TDAH.

II. OBJETIVO:

- Proveer información actualizada a los profesionales de salud, sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes para un adecuado diagnóstico, manejo y seguimiento por un equipo de profesionales como psicólogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras con enfoque inter y multidisciplinario.
- Mejorar la atención en salud prestada a los pacientes.
- Unificar y estandarizar criterios de atención integral para la atención de niños y adolescentes que presentan el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, brindando orientación basada en evidencia a los pacientes y a sus familias.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación en el Servicio de Psicología y otros profesionales de la salud mental del Hospital Carlos



Lanfranco La Hoz, sin embargo podría ser usado también por los profesionales de los centros educativos, centros de salud u otros que presten atención o servicios a personas con TDAH. Está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños, niñas y adolescentes que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para la atención de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, en consultorio externo y hospitalización.

IV. NOMBRE Y CODIGO:

PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y ATENCIÓN - CODIGO CIE 10:
F90.0

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICION

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) se considera un trastorno del neurodesarrollo y puede definirse como, un patrón persistente de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación al nivel de desarrollo del paciente, interfiere en la actividad diaria y está presente antes de los 12 años de edad. Es el trastorno neuropsicobiológico más frecuente en la edad infanto-juvenil. Es por ello que las personas con TDAH requieren un manejo multidisciplinario.

5.2. ETIOLOGIA

La causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales. En cuanto a la heredabilidad, sabemos que la concordancia va de 70 a 90% (5). Si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigoto (con idéntico ADN) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces.

Tiene una base genética y es de naturaleza crónica. Se ha considerado un "trastorno neurobiológico" porque se cree que pueda existir un funcionamiento alterado de algunas zonas del cerebro. Existen



hipótesis de trabajo sobre el desarrollo neurológico, que proponen que en el TDAH se da un trastorno en la maduración cerebral, apoyado en las características anatómicas del cerebro (grosor de la materia gris del cerebro). Otros investigadores han abierto líneas de investigación que parten de las hipótesis en las que el cerebro, organizado funcionalmente en redes a gran escalas, sus conexiones dentro y entre dichas redes, mostrarían patrones característicos de maduración con un retraso es ésta respecto a cohortes de personas sin diagnóstico de TDAH. Los factores ambientales también pueden contribuir y algunos casos de TDAH pueden deberse a lesiones del cerebro durante el embarazo y en los primeros años de vida, originados por distintos motivos como prematuro, bajo peso al nacer, exposición prenatal al consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, mercurio, plomo), deficiencia prenatal de vitamina D. por lo tanto el TDAH debe ser abordado por la familia, los profesionales del campo educativo y por especialistas clínicos (neuropsiquiatra, neuropsicología, psiquiatría, pediatría, psicología)

El TDAH representa un importante problema de salud debido a varias razones: su alta prevalencia durante la infancia, afecta al 5-7% de la población escolar, siendo más frecuente entre los varones; su inicio precoz, incapacitante y crónico (el trastorno se inicia en la infancia, continúa durante la adolescencia y edad adulta hasta en el 40-70% de los casos); la afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social); y su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el paciente, tanto en el presente como en el futuro. Diversos estudios indican que estos pacientes además, generan un gasto médico y de utilización de recursos médicos (consultas, urgencias, hospitalización) de más del doble que los pacientes sin el trastorno. Por ello es necesario, un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible para mejorar el pronóstico.

No hay duda de que las personas con TDAH tienen variantes del ADN que operan por vía de mecanismos desconocidos para causar inatención, hiperactividad e impulsividad. La mayor parte de las



variantes son bastante comunes, tanto como para decir que todos tenemos un riesgo genético para el TDAH. Esto crea una arquitectura genética poligenética y apoya la idea de que el riesgo para el TDAH y su expresión en los síntomas es más bien un rasgo que varía continuamente en la población. Para los clínicos, esto significa que las personas que acuden a la clínica con síntomas por debajo del umbral pueden tener algún riesgo biológico para el TDAH aunque no cumplan con los criterios completos de diagnóstico.

Aunque tenemos un largo camino por recorrer para entender la etiología del TDAH, hasta el momento se han logrado grandes progresos. Estamos seguros de que algún riesgo para desarrollar TDAH es heredable y eso, en la mayoría de los casos de TDAH, es necesario muchas variantes de ADN de riesgo antes de que el trastorno se haga evidente. Estas variantes de riesgo se combinan e interactúan con los riesgos medioambientales para crear la fisiopatología del trastorno. En las próximas décadas, los científicos descubrirán factores genéticos comunes y poco comunes además de factores de riesgo medioambientales. Este proceso sentará las bases para los descubrimientos que mejorarán el tratamiento y tal vez permitan el desarrollo de medidas preventivas.

5.3. FISIOPATOLOGIA

La principal hipótesis sobre la fisiopatología del TDAH se relaciona con alteraciones en el funcionamiento de dos principales neurotransmisores; dopamina y noradrenalina, encontrándose en estas pacientes alteraciones en los genes que codifican los transportadores y receptores de ambas sustancias.

Además, se conoce que existen anomalías en el funcionamiento de áreas cerebrales específicas como la corteza prefrontal motora, dorsolateral, el giro cingulado anterior, y corteza orbital frontal. El TDAH es conceptualizado como una condición donde la norepinefrina y dopamina se encuentra disminuido principalmente en la corteza prefrontal. Los estimulantes aprobados para tratar este trastorno incluyen diversas presentaciones del metilfenidato y fármacos no



estimulantes como la atomoxetina, siendo el primero, un bloqueador del transportador de norepinefrina y dopamina, y lo segundo, un bloqueador del transportador presináptico de noradrenalina.

Se describe también un modelo de heterogeneidad fisiopatológica en el TDAH, sumado a la ya conocida afección de las funciones ejecutivas, la alteración de los procesos de motivación y recompensa. Individuos con TDAH responden de manera distinta a la gratificación aplazada, se ha asociado el TDAH con una aversión al aplazamiento. Así mismo, los estudios revelan una disfunción en la red neuronal llamada en inglés "default mode network" que es una de las redes de estado de descanso de la línea media. Durante el descanso estas son importantes para la introspección y la conciencia de sí mismo, siendo de reducida conexión en el TDAH.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La prevalencia va de un 2 a 12% de la población pediátrica, considerándose una prevalencia media de 5 a 8 %. Hay países donde la prevalencia es mayor (por ejemplo, en EEUU y más en la costa este) y en otros donde ésta es menor (por ejemplo, Francia). En el Perú, tenemos datos de una prevalencia entre 3 y 5% en Lima y Callao, obtenidos del estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en año 2007. Es importante mencionar que se considera que la cultura varía sólo un poco la verdadera prevalencia, pero varía enormemente el impacto y la respuesta que tiene en la preocupación de los adultos que cuidan al niño. La prevalencia máxima se sitúa entre los 6 y 9 años de edad. En los últimos años la prevalencia del trastorno se ha incrementado, pero aún no se ha logrado determinar si esto se debe a una optimización diagnóstica, a un sobrediagnóstico o a un aumento verdadero de la prevalencia.

Algunos autores mencionan que la relación niño/niña es de 4/1. Otros hablan de 2 a 9 niños por cada niña. Los niños parecen exhibir mayor hiperactividad, inatención, impulsividad y problemas externalizantes. Las niñas generalmente muestran mayor inatención, problemas internalizantes (ansiedad, depresión) y compromiso



cognitivo. Se cree que existe un menor diagnóstico en niñas ya que son las que suelen presentar más el TDAH de presentación inatento (sin hiperactividad ni impulsividad). Entonces, al no generar mayor perturbación, que es lo que frecuentemente motiva a los adultos a llevar a sus niños a consulta y a los docentes sugerir alguna evaluación, pueden pasar bastante desapercibidas.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Se conoce que la interacción de factores genéticos y ambientales en el paciente, determinaría la aparición del trastorno. Se sabe que existe una heredabilidad hasta del 76%, observado en estudios realizados en gemelos. Los hijos de padres y hermanos con diagnóstico de TDAH tienen un mayor riesgo de también presentar el mismo diagnóstico. Estudios también demuestran que factores ambientales durante el periodo peri y posnatal conllevan a un mayor riesgo de TDAH. Además, entornos familiares disfuncionales, con violencia, estilos de crianza permisivos, sin límites y normas, sumado a una vulnerabilidad genética; podrían influir también en la aparición del trastorno.

5.5.1. Medio Ambiente

Los factores ambientales que podrían contribuir al desarrollo de TDAH sumado al riesgo hereditario son los antecedentes pre, peri y posnatales del niño, como son: la prematuridad, bajo peso al nacer, encefalopatía hipoxico-isquémica, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación, además de exposición intrauterina a metales pesados como el plomo, zinc, entre otros, pueden condicionar a la aparición del TDAH. Durante el periodo posnatal y primera infancia, traumatismos encéfalo craneanos moderados a graves, infecciones del SNC son también factores de riesgo para dicho trastorno. La familia y sobre todo la madre son muy importante. Se ha observado que historia materna de trastorno depresivo mayor, obesidad, ansiedad, hipotiroidismo también están asociados.



5.5.2. Estilos de Vida

Además, hogares disfuncionales, con pérdida del equilibrio familiar, con violencia, estilos de crianza permisivos, y falta de acuerdos entre padres son factores de riesgo ambientales importantes.

5.5.3. Factores Hereditarios

El TDAH tiene un factor hereditario importante. Presenta una heredabilidad aproximada del 76%, padres con TDAH tienen más de 50% de probabilidad de tener un hijo con el mismo diagnóstico. Se han identificado además genes alterados en el TDAH, los cuales están relacionados a los receptores DR4, DR5, transportadores de dopamina, la enzima hidroxilasa, y el receptor 1B de la serotonina (HTR1B).

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Los síntomas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) tienen un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño (cognitivo, académico, familiar, conductual y social).

Los síntomas clínicos varían desde simples a más complejos, manifestándose de forma diferente según: la edad, el sexo, el contexto en el cual se desarrolla el paciente, las características de la propia persona y la presencia de comorbilidad. Con la edad disminuyen todos los síntomas, sobre todo, la hiperactividad e impulsividad, pero la inatención es la característica que más perdura en el tiempo. Las niñas con TDAH suelen presentar menos hiperactividad/impulsividad y agresividad que los niños. Los síntomas dependen del contexto, ya que disminuyen en situaciones muy organizadas, estructuradas, novedosas e



interesantes, y aumentan en situaciones que requieren atención, un esfuerzo mental mantenido y que carecen de novedad y atractivo. Además los síntomas disminuyen cuando hay supervisión individual (del padre o profesor) o se les gratifica con frecuencia por el buen comportamiento, y suelen empeorar en un contexto grupal.

Inatención se caracteriza por la dificultad para mantener la atención (“se le va el santo al cielo”, “está en su mundo”) y por aburrimiento al cabo de pocos minutos de iniciar una actividad; por ello, cambia frecuentemente de tareas, incluso de juegos, sobre todo si son monótonos o repetitivos. Mantiene la atención de forma automática y sin esfuerzo para las actividades y tareas que le gustan, pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo le es muy difícil. No presta atención a los detalles: a los signos de operaciones matemáticas, enunciados de ejercicios y la ortografía. Comete errores por descuido o despiste: se pone la ropa del revés, se equivoca en tareas que sabe hacer, tiene un rendimiento inferior a su capacidad y no aprende de los errores. Presenta dificultades para completar actividades: deja las tareas a medias. Presenta dificultades para organizarse y planificarse: comienza los problemas por la mitad, deja las cosas para el final y no le da tiempo. Evita tareas que requieren esfuerzo mental: deberes, crucigramas, puzles. Pierde cosas: material escolar, ropa, juguetes. Se distrae con facilidad o por estímulos externos: oye un ruido y va a ver qué pasa, en clase piensa en lo que ve por la ventana o en el recreo. Se olvida de encargos o actividades: olvida para que fue a la habitación, apuntar los deberes, entregar los trabajos en clase. Parece que no escucha cuando se le habla directamente y hay que repetirle las cosas muchas veces. La intención es más aparente hacia los 9 años.

Hiperactividad Se manifiesta por un exceso de movimiento,



hiperactividad e impulsividad se observa más sobre los 4 años, aumenta con la edad y a partir de los 7-8 años empieza a disminuir.

En general, la inatención o déficit de atención está más asociado a las dificultades académicas y a la incapacidad de conseguir objetivos. La hiperactividad e impulsividad se relacionan más con las alteraciones de las relaciones sociales y diversas comorbilidades, como trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos

Además de los tres síntomas nucleares del TDAH, existen otras dificultades asociadas:

- ✓ *Dificultades para relacionarse socialmente con sus iguales y con los adultos.* Presentan comportamientos desinhibidos, insisten excesivamente en satisfacer sus necesidades y no piensan sus acciones; por ello, surgen conflictos con el entorno (padres, hermanos, profesores y compañeros) y son impopulares, tienen amigos poco duraderos y suelen, a veces, estar aislados.
- ✓ *Problemas en el aprendizaje.* Debido a la dificultad para organizarse y escasa memoria de trabajo, presentan dificultades en el lenguaje, la lectura, escritura y cálculo matemático.
- ✓ *Rendimiento académico por debajo de su capacidad.* Un niño con TDAH con un CI normal o alto, puede sacar notas muy ajustadas, suspender, requerir refuerzo escolar, adaptación curricular, repetir curso e incluso abandonar los estudios.
- ✓ *Dificultad para la expresión verbal,* por no ordenar sus ideas antes de transmitir el mensaje.
- ✓ *Torpeza motora fina* (mala caligrafía) y gruesa (niño torpe y malo en los deportes, se cae frecuentemente, se dan golpes y tiene accidentes y fracturas).
- ✓ *Escasa tolerancia a la frustración,* a la que puede reaccionar con irritabilidad o labilidad emocional.
- ✓ *Escasa noción y manejo del tiempo,* lo que conlleva dificultades académicas y en las relaciones sociales.



- ✓ *Tendencia a tener una autoestima baja*, por las repercusiones negativas que todos sus síntomas tienen en todas las áreas de su funcionamiento.
- ✓ *Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo*, por comportamientos impulsivos: consumo de drogas, conducir a gran velocidad (accidentes de tráfico), inicio temprano de la actividad sexual (riesgo de infecciones sexuales, embarazo y paternidad precoz), peleas y violencia.

6.1.2. Interacción cronológica

Las manifestaciones de TDAH van a variar según la etapa de desarrollo y generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 6 y 9 años de edad, cuando ya las características del TDAH empiezan a impactar negativamente en el funcionamiento diario de los niños. Al realizar la historia clínica podemos darnos cuenta que los síntomas iniciaron a una edad más temprana a la del diagnóstico, pues existe una correlación evolutiva en el TDAH.

En la edad preescolar destacarán las siguientes características en un niño con TDAH y reactividad: hiperreactividad; oposicionismo; tendencia a berrinches ligados a desregulación emocional. Este precoz patrón de conducta puede estar ligado a ciertas deficiencias neuropsicológicas y retraso intelectual. A esta edad la presentación hiperactiva/impulsiva es más prevalente que la presentación inatenta puesto que es una edad aún difícil de evidenciar problemas atencionales.

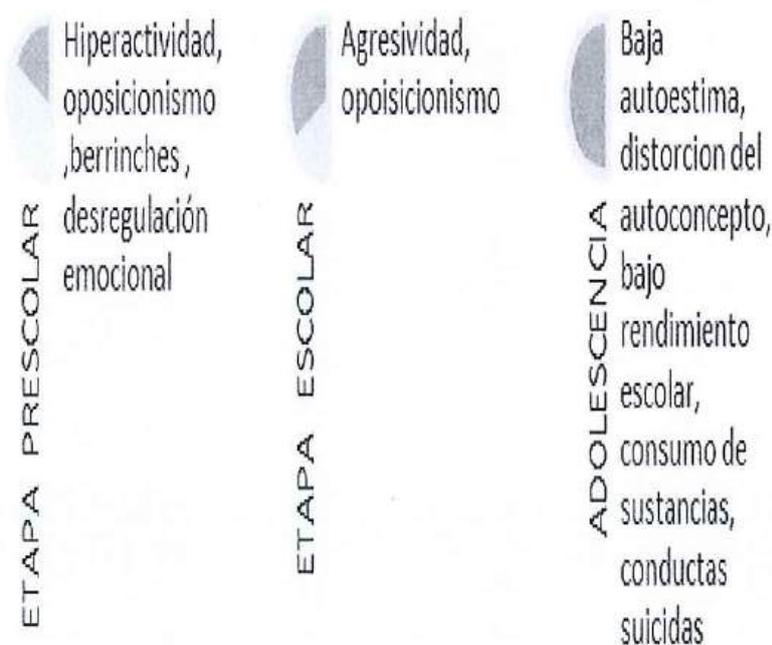
En la edad escolar, permanecerán con el diagnóstico los que fueron detectados en edad pre escolar y se sumarán muchos “nuevos” casos. Los síntomas subclínicos hasta el momento, serán exacerbados por las exigencias del entorno. Empezarán los problemas académicos, sociales y dentro del entorno familiar.



En esta edad pueden ser más evidentes síntomas comórbidos de agresividad y oposicionismo.

En la adolescencia, permanecerán con el diagnóstico la mayoría de niños antes diagnosticados, especialmente los que cursan con problemas de conducta comórbidos. Si bien los síntomas asociados a hiperactividad empezarán a disminuir, la impulsividad e inatención continuarán dificultando la adaptación saludable en la adolescencia. Mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, posiblemente como consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales disfuncionales. Esto puede conducir a un ánimo bajo y sentimientos de infravaloración. Es común el bajo rendimiento académico y el riesgo de caer en delincuencia o consumo de sustancias. Si se presenta comorbilidad con trastornos afectivos puede incrementarse el riesgo de ideación y conductas suicidas.

6.1.3. Gráficos, Diagramas, Fotografías



6.2. DIAGNOSTICO

Es importante mencionar que el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico. Si bien, será útil basarnos en los criterios diagnósticos de los manuales de diagnóstico internacionales, como el CIE - 10 (pronto podremos utilizar la nueva versión, CIE - 11) de la OMS o el DSM - 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana, es clave comprender que al ser un trastorno del neurodesarrollo, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva. El niño irá mostrando las características antes mencionadas a lo largo de su desarrollo, acentuándose según el contexto o etapa evolutiva. Entonces, el primer elemento diagnóstico va a ser la realización de una minuciosa historia clínica. La entrevista con los padres va a ser fundamental para detallar y valorar la presencia de los síntomas, su intensidad, frecuencia, persistencia en el tiempo y en distintos contextos.

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, realizado a través de la observación, entrevista clínica, examen mental, y recopilación de información de cuidadores primarios y profesores. Debe ser sustentado por la presencia de los síntomas característicos del trastorno, creando disfunción en todos los ámbitos de su vida (personal, familiar, académico)

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Según el manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que utiliza nuestro país, deben estar presente 6 de los síntomas descritos en el apartado "Déficit de Atención", 03 de los síntomas de "Hiperactividad" y 01 de los síntomas de "Impulsividad" desde antes de los 7 años y presentes en todos los ámbitos de la vida de la persona.

A. Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.



3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

B. Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

C. Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
5. Inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
6. Los criterios deben cumplirse en más de una situación.

7. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
8. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

Es importante mencionar que los síntomas cardinales pueden deberse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos, médicos e incluso dificultades sociales, por eso es fundamental realizar una historia clínica minuciosa, que nos permita identificar una coherencia de síntomas en el tiempo y que se presenten con un impacto marcado en todas las áreas de funcionamiento del niño (social, familiar, académica y ocupacional). El TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos, como los siguientes: trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología clínica

No hay un marcador biológico para diagnosticar el TDAH. El instrumento principal que se utiliza es la entrevista clínica.

6.3.2. De imágenes

El electroencefalograma, pruebas de imágenes y genéticas se indican sólo cuando el clínico sospecha de un trastorno epiléptico, una alteración cerebral o un síndrome genético.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas no son obligatorias para el diagnóstico de TDAH; sin embargo, si sospechamos de alguna limitación o sobrecapacidad cognitiva es importante pedir la evaluación del coeficiente intelectual para descartar deficiencia intelectual o superdotación así como heterogeneidad en



los valores de las escalas de inteligencia. Además se pueden aplicar pruebas para evaluar el compromiso en las funciones ejecutivas que ayudarán a objetivar el nivel de compromiso y comparar el beneficio de las intervenciones terapéuticas. Un metaanálisis indicó que niños con TDAH puntuaron menos que los controles en almacenamiento verbal, ejecución verbal central, almacenamiento visuoespacial y ejecución visuoespacial central (10). Para poder medir todos estos parámetros las pruebas psicológicas auxiliares serán de gran utilidad. También podrían solicitarse otras pruebas para determinar la presencia de trastornos del aprendizaje o de la praxia comórbidos.

- ✓ Cuestionario de Conductas de Conners para padres y profesores (Anexo 1 y 2)
- ✓ Escalas de Inteligencia y de Aprendizaje (se utilizarán estas pruebas si la historia clínica lo justifica) como las pruebas neuropsicológicas.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

6.4.1. Medidas Generales y preventivas

6.4.2. Terapéutica

Todo niño o adolescente con TDAH debe tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la cronicidad y el impacto de la condición e involucre medidas psicofarmacológicas y/o conductuales, para mejorar las manifestaciones centrales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) y el deterioro funcional asociado. El tratamiento tiene como objetivo mejorar los síntomas centrales del TDAH, optimizar el funcionamiento y disminuir las dificultades conductuales.

Tratamiento Psicológico

- **Terapia Conductual**

La terapia conductual asociada al involucramiento activo del niño



o adolescente y de los profesores es la única intervención no farmacológica que se ha asociado a beneficios estadísticamente significativos. También han mostrado efectividad el entrenamiento parental, el manejo en el aula e intervenciones con pares. La terapia conductual puede recomendarse como tratamiento inicial si los síntomas son leves o con mínimo deterioro, cuando el diagnóstico de TDAH es incierto, cuando hay rechazo de los padres al tratamiento farmacológico o existen discrepancias entre lo reportado por los padres y profesores.

En niños menores de 5 años debe recomendarse un programa de entrenamiento para padres enfocado en TDAH en el cual se provea información sobre el TDAH, se entrene a responder apropiadamente a las conductas inadecuadas y adecuadas, a establecer una economía de fichas, a usar correctamente el tiempo fuera, a manejar los problemas conductuales en entornos públicos, a usar reportes escolares diarios y anticipar problemas conductuales. Otra medida importante es realizar las modificaciones necesarias en el entorno para favorecer su desempeño; en este grupo de edad no se recomienda el uso de medicación en general y su uso debe restringirse al especialista infantojuvenil. Las modificaciones en el entorno son cambios que se realizan en el ambiente físico para minimizar el impacto del TDAH en la vida diaria; estas modificaciones son específicas para cada niño en base a sus necesidades; las modificaciones en el entorno pueden llevarse a cabo independientemente de la edad del niño o adolescente.

En niños mayores de 5 años puede indicarse un curso de terapia conductual cuya finalidad es el cambio de conductas a través de un incremento de las conductas deseadas y una disminución de las conductas no deseadas; esta modalidad de terapia se enfoca en las habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, habilidades de escucha activa y manejo de las emociones

- **Terapia Cognitiva**



La terapia cognitiva tiene como objeto identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, poniendo de relieve el impacto sobre la conducta y las emociones para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas. Estos objetivos se llevan a cabo mediante diversos procedimientos, entre los que destacan el entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y resolución de problemas. Se utilizan programas de entrenamiento autoinstruccional (especialmente indicado para el programa cognitivo de niños impulsivos entre los 6 y 12 años).

- **Entrenamiento para padres**

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, el entrenamiento a los padres en técnicas de modificación de conducta para mejorar el manejo de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño. Los programas son estructurados, se desarrollan en un número específico de sesiones y se realizan habitualmente en grupo.

- **Psicoeducación**

La psicoeducación para padres en el TDAH emerge de la necesidad clínica de dotar a la familia de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión, abordaje y tratamiento del trastorno. De esta forma se busca aliviar la carga emocional y disminuir el nivel de ansiedad, así como facilitar una intervención dirigida y eficaz en el TDAH.

Debe considerarse las inquietudes y preferencias de la familia y brindarse psicoeducación acerca de la condición y los tratamientos disponibles. Asimismo, vincularse a la familia con servicios de apoyo en la comunidad y recursos e intervenciones educativas, si fuera necesario. La psicoeducación es una medida importante que ha mostrado ser útil para favorecer la adherencia al tratamiento y satisfacción de padres y pacientes.

- **Habilidades Sociales**



Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, tienen dificultades en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales emplea técnicas de la TCC y se realiza habitualmente en formato grupal.

6.4.4. Signos de alarma

Los signos de alarma que se pueden presentar en pacientes que reciben tratamiento con psicofármacos son: aparición de crisis convulsivas (en pacientes epilépticos), efecto paradójico de la medicación como comportamiento agresivo, incremento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, ideación suicida, y exacerbación de síntomas de otros trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, manía)

6.4.5. Criterios de Alta

Teniendo en cuenta que los síntomas del TDAH remiten en la adolescencia en el 30 a 50% de pacientes, se pueden considerar los siguientes criterios para el alta de la especialidad de psiquiatría, con la posibilidad que continúe seguimiento sólo por Psicología (en centros de menor complejidad) si aún lo requiere.

- Remisión de síntomas principales del TDAH
- Disminución de síntomas principales del TDAH, sin requerir psicofármacos.
- Adecuada funcionalidad del niño o adolescente en el área, académica, familiar, personal y social.

6.4.6. Pronóstico

De forma global, las series más amplias identifican que los subtipos hiperactivo/impulsivo o combinado condicionan en los adolescentes la falta de amigos, y en el adulto, además, problemas en relación con el trabajo. Estos niños tienen resultados educativos significativamente inferiores y más trastornos de conducta que sus pares de la misma edad. Por su parte, los estudios de comorbilidad psiquiátrica en adultos con



TDAH destacan una mayor prevalencia de depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y de personalidad, respecto a la población no TDAH. También se detectan tasas altas de trastorno antisocial y por abuso de sustancias, así como puntuaciones más bajas en el cociente intelectual (CI) total, vocabulario y lectura.

En cualquier caso, aunque los síntomas del TDAH persisten en la mayoría de los casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas mentales. Probablemente, el pronóstico será mejor cuando predomina la inatención, más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrolle conducta antisocial y las relaciones con los familiares y con otros niños sean adecuadas, como veremos en el epígrafe siguiente.

Factores de buen o mal pronóstico

En la infancia en la medida de lo posible, deberían potenciarse los factores de protección para hacer frente a los de riesgo. Desde el punto de vista del entorno del paciente.

Factores de riesgo:

- ✓ Familiares con vínculos familiares débiles
- ✓ Falta de disciplina, falta de límites claros
- ✓ Ambiente familiar conflictivo
- ✓ Violencia intrafamiliar
- ✓ Psicopatología en los padres
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Pertener a un grupo de riesgo
- ✓ Abandono escolar
- ✓ Falta de proyecto de vida

Factores protectores:

- ✓ Facilidad para la comunicación familiar
- ✓ Suficiente presencia de límites
- ✓ Buen ambiente familiar
- ✓ Control interno bien establecido

- ✓ Ausencia de psicopatología familiar
- ✓ Potenciación de los factores relacionados con la resiliencia (autoestima, perseverancia, establecimiento de metas)
- ✓ Permanencia en el sistema educativo
- ✓ Proyecto de vida elaborado

Sin embargo, hay otros aspectos que determinan el pronóstico del paciente con TDAH y sobre los que es mucho más difícil, cuando no imposible (edad, sexo) intervenir, sin embargo, conocerlos nos permitiría dirigir nuestros esfuerzos en relación con los factores vulnerables, para intentar proteger al máximo a los pacientes de mayor riesgo.

6.5. COMPLICACIONES

El TDAH está relacionado con fracaso académico de forma independiente a la inteligencia del paciente. Como referencia, en Estados Unidos, tan solo el 5 % de las personas con TDAH terminan la universidad frente al 35 % de las personas que no tiene la enfermedad. El rendimiento académico suele ser el principal motivo de consulta de los padres que traen a sus hijos a las consultas para valorar un posible TDAH. Para diagnosticar un TDAH no solo hay que fijarse en las notas. Sin embargo, si el niño empieza a suspender y repite curso, va a suponer un importante cambio en su vida: es posible que su autoestima se resienta, puede sufrir burlas de sus amigos, va a cambiar de compañeros y sus familiares van a estar disgustados con él. Si llegara a repetir más de un curso, se va a encontrar con que sus compañeros de clase son más jóvenes y le va a costar más relacionarse con ellos. La falta de relaciones lleva al aislamiento o a buscar amigos fuera del colegio (lo que puede terminar siendo lo que comúnmente llamamos “malas compañías”). Los niños con TDAH sufren el triple de expulsiones y tienen más riesgo de verse inmiscuidos en conductas delictivas. Para poder valorar el efecto del tratamiento farmacológico del TDAH sobre el rendimiento escolar, Biederman realizó un estudio a 10 años de seguimiento en Estados Unidos. Encontró que el 63 % de los niños con TDAH que no recibían tratamiento repetían curso frente al 26 % de los niños que sí recibían tratamiento. Estos resultados confirmarían que el tratamiento farmacológico mejora el rendimiento y los resultados académicos de los niños

con TDAH. Se ha postulado que puede ser por los siguientes motivos: disminuye las conductas disruptivas mejorando la hiperactividad, mejora la atención durante las lecciones del profesor y estudiando en casa, mejora la autoestima y la valoración que hacen los profesores del alumno.

No se puede descartar TDAH en una persona solo por haber completado sus estudios universitarios, especialmente en personas muy inteligentes que hayan podido compensar las consecuencias de la falta de atención con una elevada inteligencia.

En cuanto al mundo laboral, las personas con TDAH tienen más riesgo de despido. Lo cual se relaciona con más cambios de puesto de trabajo y una mayor tasa de desempleo. Esto se debe a las posibles alteraciones de conducta, el bajo rendimiento, los posibles conflictos con los compañeros y superiores, los errores por despistes, la mala concentración y en general por una peor adaptación. Esta dificultad en la adaptación va a ser aun peor si además está cambiando de empresa, de compañeros y de puesto de trabajo continuamente.

Las personas con TDAH tienen más riesgo de sufrir accidentes e, incluso, de sufrir muerte prematura que pueden ser domésticos o laborales por despistes, pero también de tráfico por exceso de velocidad, conducción temeraria o por la influencia de estupefacientes. Es habitual que las personas con TDAH sientan que necesitan conducir más deprisa para mantener la atención a la carretera, lo cual hace que los accidentes sean lógicamente más graves y frecuentes. Por este motivo, es más probable que hayan tenido multas de tráfico por exceso de velocidad y mayor probabilidad de retirada del permiso de conducir. En 2015, Søren Dalsgaard y colaboradores publicaron en The Lancet -la revista médica especializada más prestigiosa del mundo- un estudio que relacionaba el TDAH con un elevado aumento de riesgo de muerte prematura. Este estudio realizado sobre población danesa utilizó una muestra de casi dos millones de personas, de las cuales 32.000 estaban diagnosticadas de TDAH. Durante 32 años se hizo un seguimiento de estas personas para ver qué evolución tenían. Desgraciadamente, lo que encontraron los investigadores es que las personas que habían sido diagnosticadas de TDAH tuvieron un riesgo 2 veces mayor de morir prematuramente (tasa mortalidad ajustada=2,07; intervalo confianza 95 %: 1,70-2,50). La causa más frecuente de muerte en las personas con TDAH

fueron causas no naturales, especialmente accidentes. Los niños y adultos que, además de TDAH, tenían problemas de conducta o consumo de sustancias tenían un riesgo incluso mayor. Cuando se analizaron los resultados por género, en el caso de niñas y mujeres adultas el riesgo de muerte prematura era mayor que para niños y varones adultos.

Los antecedentes penales son mucho más frecuentes en personas con antecedentes de alteración de conducta, consumo de sustancias y rasgos antisociales de personalidad. El tratamiento del TDAH disminuye las posibilidades de cometer infracciones que puedan ser condenadas.

El TDAH también repercute en la vida íntima de la persona, haciendo que las primeras relaciones sexuales sean más precoces, que el número de parejas sexuales a lo largo de la vida sea mayor que la media, que tenga prácticas sexuales de riesgo y que no utilice ni preservativo ni anticonceptivos. Las consecuencias de estas conductas son: mayor riesgo de embarazo no deseado, mayor riesgo de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual (virus del SIDA y hepatitis, entre otros) y mayor riesgo de divorcio. Estas prácticas sexuales de riesgo, junto con la propensión a los accidentes, hace que pueda visitar con frecuencia el servicio de urgencias de los hospitales.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Criterio de Referencia

Los establecimientos de Salud del I nivel de atención referirán a niveles superiores los casos cuya evaluación y tratamiento requieran un manejo especializado. Los hospitales de nivel II y, en especial, de nivel III tienen capacidad resolutive plena en el tratamiento del TDAH.

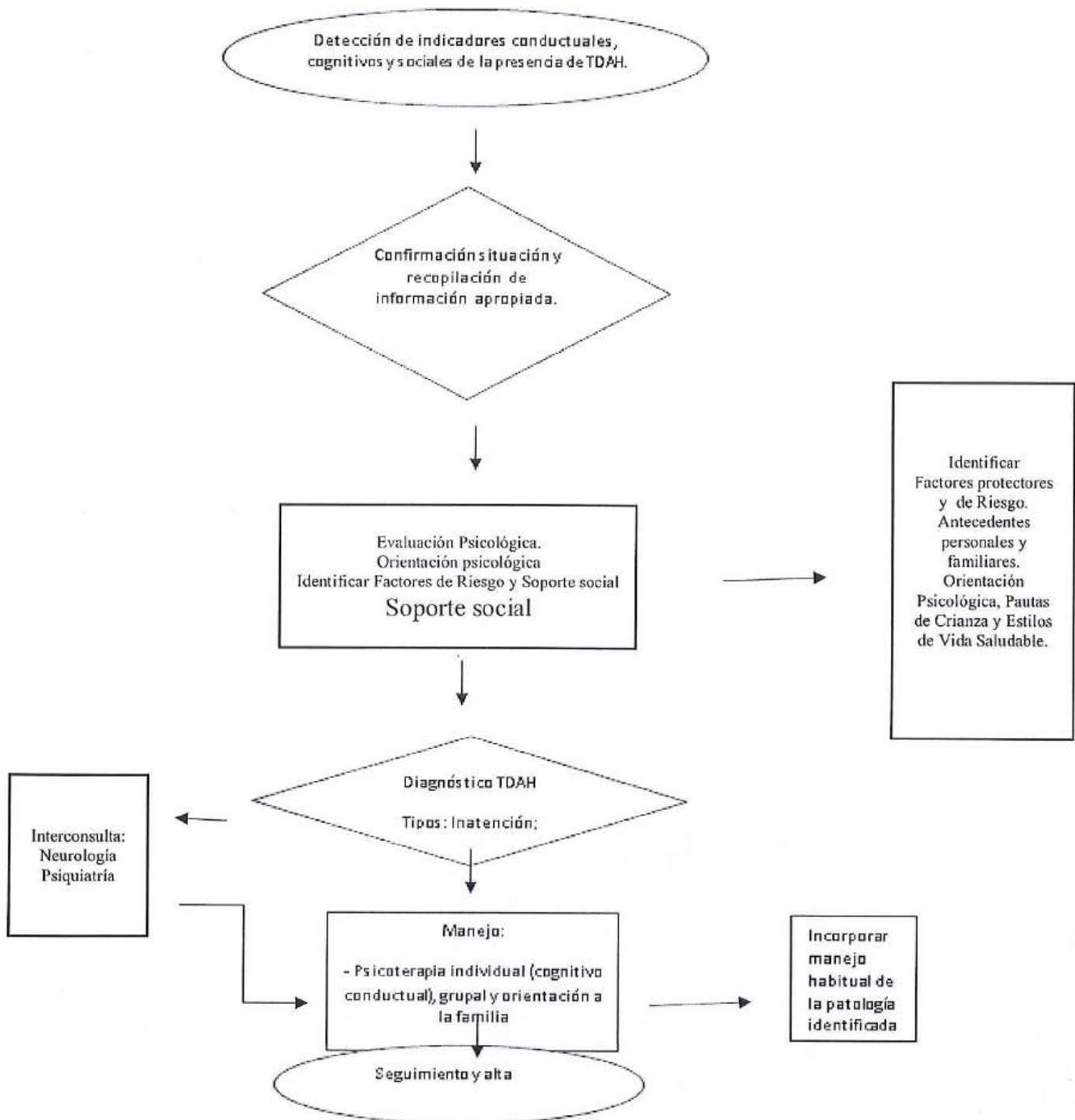
Criterio de Contrarreferencia

Una vez estabilizado el cuadro y alcanzados los objetivos básicos del tratamiento, se derivará a su lugar de origen al paciente para proseguir con el mismo y el posterior seguimiento, siempre y cuando dicho establecimiento cuente con psicólogos para la atención.

De estar disponibles, se podrá también recurrir a Redes, ONGs y demás servicios comunales acreditados en la zona de origen.



6.7. FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS:

ANEXO 1

Cuestionario de conducta de CONNERS para PADRES (C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

INSTRUCCIONES Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS

POCO = 1 PUNTO

BASTANTE = 2 PUNTOS

MUCHO = 3 PUNTOS

Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.



Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

PUNTUACIÓN

NIÑOS entre los 6 – 11 años: puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

NIÑAS entre los 6 – 11 años: puntuación >12 en sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación			
Fecha de nacimiento			
Edad a la evaluación			

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares			
Diseño con cubos					
Similitudes					
Intención de dígitos					
Conceptos con dibujos					
Claves					
Vocabulario					
Secuencia de números y letras					
Matrices					
Comprensión					
Búsqueda de símbolos					
Figuras incompletas					
Registros					
Información					
Aritmética					
Palabras en contextos pictóricos					
Suma de puntuaciones escalares					

* Las puntuaciones de subpruebas, véase libro 1, Manual de aplicación

	Índice de Comprensión verbal	Índice de Comprensión perceptual	Índice de Razonamiento perceptual
Suma de puntuaciones escalares			
Número de subpruebas	= 10	= 3	= 3
Puntuación media			

* La media total se calcula a partir de las 10 subpruebas asociadas

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de _____ %
Comprensión verbal				
Razonamiento perceptual				
Memoria de trabajo				
Velocidad de procesamiento				
Escala total				

Manual moderno
D.R. © 2003, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768,

**TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS
(Caras)**

PD	
PC	
PT	
GN	

Apellidos y Nombres.....

Edad..... SEXO.....

INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.



¿Ve Ud. el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta.

A continuación, hay otra fila de caras. Mírelas y marque la que es diferente de las otras.



A continuación, encontrará otros dibujos parecidos para practicar. En cada fila de tres figuras marque la cara que es distinta de las otras.

Cejas							Pelo
Boca							Ojos
Pelo							Boca

Cuando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO



TEST DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (según el sistema de E. M. Koppitz)

Nombre(s) _____
 Apellidos: _____
 Grado _____ Escuela _____
 Fec. Nac. ____/____/____ Edad ____ años ____ meses
 Fecha de Evaluación ____/____/____ Evaluador _____

A) ÍTEMES ESPERADOS (Presente = 0, Ausente = -1)	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11-12 años	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Cabeza														
Ojos														
Nariz														
Boca														
Cuerpo														
Piernas														
Brazos														
Pies														
Brazos 2 dimensiones														
Piernas 2 dimensiones														
Cabello/cabeza e sombrero														
Cuello														
Brazos hacia abajo														
Brazos unidos hombro														
Ropa, objetos 2 piernas														
B) EXCEPCIONALES (puntos +1 a 0)	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Rodilla														
Perfil														
Codo														
Dos labios														
Fosas nasales														
Proporciones														
Braz u boca														
Ropa 4 ítems														
Pies 2 dimensiones														
Cinco dedos														
Pupilas														
Total (A + B)														
Puntuación final: 5 + (A+B) =														
C.I.														



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. Pediatría Integral. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. Publicación 2014. M.I Hidalgo Vecario – L. Santos Sánchez. Madrid.
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad del Instituto Nacional del Niño. 2020.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
4. La Federación Mundial de TDAH Guía. Editores, Luis Augusto Rohde... [et al.]. – Porto Alegre : Artmed, 2019.
5. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica.



X.- GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

I. FINALIDAD:

El propósito de este documento es contribuir con un instrumento técnico que oriente la toma de decisiones para garantizar que la atención de los trastornos de ansiedad en los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se realice con eficiencia y eficacia.

II. OBJETIVOS:

Estandarizar el abordaje de los trastornos de ansiedad en la consulta externa del HCLLH brindando parámetros que permitan garantizar la calidad de la atención y la homogeneidad del tratamiento, en base a la evidencia más reciente.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente protocolo es de aplicación en los consultorios externos del servicio de psicología del HCLLH.

IV.- NOMBRE Y CODIGO

Los trastornos de ansiedad se encuentran clasificados en la CIE 10 dentro de los Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos clasificados en los códigos del F40 al F41.

La presente Guía de Práctica Clínica hace referencia a los siguientes trastornos de ansiedad:

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| ✓ Trastorno de ansiedad fóbica | CIE 10 – F40 |
| • Agorafobia | CIE 10 – F40.0 |
| • Fobias sociales | CIE 10 – F40.1 |
| • Fobias específicas (aisladas) | CIE 10 – F40.2 |
| • Otros trastornos de ansiedad fóbica | CIE 10 – F40.8 |
| • Trastornos de ansiedad fóbica s/e | CIE 10 – F40.9 |



- ✓ Otros trastornos de ansiedad CIE 10 – F41
 - Trastorno de pánico CIE 10 – F41.0
 - Trastorno de ansiedad generalizada CIE 10 – F41.1
 - Trastorno mixto ansioso – depresivo CIE 10 - F41.2
 - Otros trastornos de ansiedad especificados CIE 10 – F41.8
 - Trastornos de ansiedad s/especific. CIE 10 – F41.9

V.- CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. Definición

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. Una reacción de ansiedad normal sería por ejemplo los hormigueos en el estómago cuando vamos a una cita importante, la tensión que se siente cuando el jefe está enojado, la taquicardia cuando nos sentimos en peligro.

La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar; es decir se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa ante lo cual hablamos de ansiedad patológica.

5.2. Etiología

Como todos los problemas de salud mental, el origen de la ansiedad patológica es multifactorial, no teniendo una etiología única.

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente, el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones



pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestos a altos niveles de ansiedad. Es imposible concebir de manera separada al individuo de su ambiente, si queremos entender de forma integral el fenómeno de la enfermedad mental; por lo tanto, debemos señalar que los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona (sea niño, adolescente, adulto joven o adulto mayor) la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad; la manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural puede influir para que una persona sea susceptible a desarrollar ansiedad; los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos.

5.3. Fisiopatología

En los trastornos de ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o el placer y también el dolor y la angustia. Experimentalmente se ha demostrado la participación de algunas estructuras límbicas en los procesos ansiosos. Por ejemplo, la lesión del área septal en su porción lateral produce cambios en una prueba útil para evaluar procesos conductuales sugerentes de ansiedad. Estos cambios son revertidos por la estimulación eléctrica de estos núcleos. También se ha sugerido la participación de la amígdala en el proceso de la ansiedad. La lesión de la parte anterior y posterior de la amígdala central y la parte anterior de la amígdala basolateral de la rata reduce la ansiedad. Las vías de estos centros se relacionan mediante neurotransmisores como: el ácido gamma- aminobutírico, la serotonina, la noradrenalina, la colecistocinina, entre otros.

5.4. Aspectos Epidemiológicos

El carácter heterogéneo y multicausal no permite que se tengan datos precisos de este problema, sin embargo, el INSM — HD-HN, reporta que en el año 2012 se dieron 1754 atenciones de emergencia por síntomas ansiosos o depresivos, de un total de 6423; para el año 2018 se reporta allí mismo que el tercer lugar de las atenciones más frecuentes, lo ocupan los trastornos de ansiedad. Específicamente en el área de emergencia se reporta que los síntomas ansiosos junto con los depresivos ocupan el segundo lugar de atención. En un estudio hecho por la misma institución, se encontró que, en Abancay, la prevalencia de los trastornos mentales entre el 2010 y el 2016 se ha mantenido estable, excepto por un leve incremento de la prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad. En cuanto al trastorno de pánico, una de las principales entidades relacionadas al problema en mención, la literatura actual reporta que la prevalencia de éste, va de 1 a 4%, con su edad de inicio, generalmente, a los 25 años 3. En nuestro país la cifra hallada en un estudio el año 2002 fue de 1.2%.

Es necesario mencionar que, dentro de la medicina popular o tradicional, se identifica como síndrome clínico popular: el “susto”, como entidad que cursa con síntomas que se han relacionado con trastornos de ansiedad y depresión, entidad que no registra cifras, pero que es conveniente tener en cuenta.

El último año se ha hablado mucho sobre el incremento de los síntomas de ansiedad debido a la pandemia del COVID-19; de esto se ha encontrado que las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento. Por lo que podría pensarse que las crisis de ansiedad pueden haber tenido un incremento de presentación en el último año, pese a que aún no hay cifras sobre esto, pero sí indicios como el aumento de la demanda en la atención en salud.

5.5. Factores de riesgo asociados:



5.5.1. Medio Ambiente

Los factores psicosociales que contribuyen a la aparición de los trastornos de ansiedad son la exposición a una experiencia traumática o escuchar que sucedió, lo cual genera temor y miedo; el antecedente de pérdida o separación de una persona significativa, por muerte, trabajo o divorcio; cambiar de escuela, la llegada de un hermano o padecer de una enfermedad.

5.5.2. Estilo de Vida

Actualmente, en los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. El modo de vida sedentario es el imperante, además de una alimentación poco saludable fomentada por una industria alimentaria basada en la rapidez y la comodidad (ley del mínimo esfuerzo), y generalmente la falta de tiempo de la población. Todo esto unido a unos niveles de estrés crecientes que empeoran con los malos hábitos de vida nombrados podrían estar estrechamente relacionados con la alta prevalencia de ansiedad. Además, en los últimos dos años a nivel mundial hemos estado expuestos a la pandemia por el Covid – 19 y sus secuelas físicas y muerte en un significativo porcentaje en la población mundial.

5.5.3. Factores Hereditarios

El trastorno de ansiedad más estudiado es probablemente el trastorno de pánico. Se estima que la aportación de la genética a la ocurrencia del trastorno se sitúa alrededor del 40%. De hecho, los estudios con gemelos indican que entre los monozigotos (comparten la misma carga genética) la presencia del trastorno es de 2 a 5 veces más elevada que entre gemelos dizigotos (no comparten la misma carga genética).

Por otro lado, entre familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos), es tres veces más frecuente padecer este trastorno que en población general.

Algunos trabajos estiman en un 30% la contribución de la genética a la explicación del trastorno de ansiedad generalizada. La concordancia entre gemelos monozigotos es mayor que entre dizigotos. Por otro lado,



los familiares de primer grado de personas con este trastorno tienen entre dos y tres veces más probabilidades de tener este mismo trastorno.

VI.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Cuadro Clínico

Si bien el cuadro clínico variará de acuerdo a la etiología, la mayoría de veces será identificable porque la persona presentará como síntomas: ansiedad intensa que ha aparecido de manera aguda, acompañado de alguno de los siguientes signos: cefalea, mareos, palpitaciones, sensación de falta de aire, dolor de pecho, náuseas, sudoración, parestesias, temblor de extremidades, despersonalización o desrealización.

6.1.1. Signos y Síntomas

Si bien cualquier trastorno mental puede cursar con síntomas ansiosos de intensidad variable hay algunos en los que es muy frecuente que aparezcan los trastornos de ansiedad, los cuales citaremos a continuación:

- ✓ Agorafobia (CIE-10: F40.0)
 - Miedo o ansiedad marcados e irrazonables acerca de una situación.
 - Evitar activamente la situación temida debido a pensamientos de los que escapar puede ser difícil o no hay ayuda disponible si se presentan síntomas similares a los del pánico.
- ✓ Fobia social (CIE-10: F40.1)
 - Miedo o ansiedad marcados, excesivos o poco realistas sobre situaciones sociales en las que existe una posible exposición al escrutinio de otros.
 - Evitación activa de la situación temida.
- ✓ Fobias específicas (CIE-10: F40.2)
 - Aquí las crisis pueden presentarse ante la aparición del estímulo fóbico.
 - Miedo o ansiedad marcados e irrazonables ante un objeto

o situación específica, que se evita activamente (por ejemplo, volar las alturas, los animales, recibir una inyección, ver sangre).

- ✓ Trastorno de pánico (CIE-10: F41.0)
 - Entidad que se caracteriza por crisis intensas de angustia, que aparecen de manera espontánea y son recurrentes, llamadas también crisis de pánico.
 - Éstas, son acompañadas de síntomas como: cefalea, mareos, palpitaciones, sensación de falta de aire, palpitaciones, dolor de pecho, náuseas, sudoración, parestesias, temblor de extremidades, despersonalización o desrealización, sin que estos síntomas sean parte de otro trastorno físico, mental o como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas.
 - Las crisis de pánico pueden durar alrededor de 10 a 30 minutos, teniendo resolución espontánea.
- ✓ Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (CIE-10: F41.1)
 - Ansiedad y preocupación excesivas y difíciles de controlar (expectativa aprensiva) acerca de múltiples eventos o actividades (por ejemplo: dificultades escolares / laborales).
 - Acompañado de síntomas como inquietud / sensación de nerviosismo o tensión muscular.
- ✓ Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) (CIE-10: F42)
 - Obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados y que causan una marcada ansiedad o angustia.
 - Compulsiones: conductas repetitivas (por ejemplo, lavarse las manos) o actos mentales (por ejemplo, contar) que el individuo se siente impulsado a realizar para reducir la ansiedad generada por las obsesiones. a realizar para reducir la ansiedad generada por las obsesiones.
- ✓ Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (CIE-10: F43.1)



- Exposición a una muerte real o a una amenaza de muerte, a una lesión grave o a una violación sexual.
- Síntomas de intrusión (por ejemplo, recuerdos o sueños angustiosos, flashbacks, angustia intensa) y evitación de estímulos asociados con el evento.
- Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (por ejemplo, creencias y emociones negativas, desapego), así como marcadas alteraciones de la excitación y la reactividad (por ejemplo, comportamiento irritable, hipervigilancia).

6.1.2. Interacción cronológica

La duración de los síntomas varía según el tipo de trastorno, pudiendo clasificarse en:

- **Leve:** Persistencia de síntomas menor a tres meses. La sintomatología ansiosa, sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad en sus áreas de desenvolvimiento.
- **Moderado:** Persistencia de síntomas por 6 meses. Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o en las actividades o en sus relaciones interpersonales.
- **Severo:** Presencia de síntomas por más de 6 meses; siendo una respuesta frente a un estresor crónico o como consecuencia permanente. La sintomatología ansiosa severa podría generar algunas características:
 - Gran alteración en la funcionalidad.
 - Manifiesta ideación suicida.
 - Síntomas psicóticos.

6.2. Diagnóstico

6.2.1. Criterios de diagnóstico

Tipos de trastornos de ansiedad:

- a. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta



preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal una duración de seis meses. El paciente se preocupa por diferentes problemas al mismo tiempo sea por salud, trabajo, las relaciones con su entorno, etc.

- b. Trastorno de pánico o ataque de angustia (TP): El paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir o que va a sufrir un ataque cardíaco o se va a volver loco. Estos episodios repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno, desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, es la llamada “ansiedad anticipatoria”.
- c. Trastorno fóbico simple (TFS): Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar en avión, a los pájaros o a los espacios abiertos.
- d. Trastorno fóbico social (TFS_o): Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante situaciones sociales, actuaciones en público, a la exposición a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación de parte de los demás. La persona teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. En el caso de niños y adolescentes son considerados como “muy tímidos”.
- e. Trastorno por Éstres post- traumático (TEPT): Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático. Es un estado emocional con exaltada vigilancia y reducción general de interés por los sucesos cotidianos.
- f. Trastorno de ansiedad por separación (TAS) : Se presenta en niños y los síntomas ocurren ante la separación real o probable



de las figuras parentales a las que se halla vinculado por temor a que les ocurra algo terrible. El paciente puede desarrollar pesadillas en las que ocurren eventos trágicos para el mismo o para las figuras de vinculación por el hecho de haberse separado; estos síntomas pueden dificultar la asistencia del paciente a la escuela o desencadenar crisis de ansiedad cuando los padres asisten al trabajo.

6.2.2. Diagnóstico diferencial.

- Trastorno de adaptación de tipo ansioso.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastornos disociativos.
- Depresión.
- Intoxicación de sustancias psicoactivas.

6.3. Exámenes auxiliares

6.3.1. Evaluación psicológica

- Entrevista y observación de conducta.
- Elaboración de historia psicológica.
- Aplicación de SRQ – 18
- Test de persona bajo la lluvia
- Test de la figura humana
 - Aplicación del Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

No existen exámenes auxiliares para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, sin embargo, siempre se debe descartar cualquier afección no psicológica o psiquiátrica que explique los síntomas del paciente como alteraciones tiroideas, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, etc., pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un trastorno de ansiedad.

6.3.2. De imágenes

No existen exámenes de imágenes para el diagnóstico de los



trastornos de ansiedad.

6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Ante cualquier persona que acuda al servicio de psicología presentando sintomatología de ansiedad, el personal intentará tranquilizarla con la orientación adecuada, buscando alejarla de o evitando situaciones molestas y mostrando comprensión de sus síntomas. No se debe minimizar, menos descalificar lo que la persona refiera sentir, a pesar que "no parezca".

Una vez identificada la persona, por esta misma o por quien acompañe, la atención debe ser inmediata en casos de síntomas intensos y en estos casos la evaluación previa a la atención psicológica, siempre debe incluir: medida de funciones vitales, pesquisa sobre enfermedades y tratamientos que esté recibiendo y consumo de sustancias psicoactivas.

Es necesario descartar una patología orgánica que explique la sintomatología, antes de establecer un diagnóstico psicológico.

6.4.2. Terapéutica.

6.4.2.1. Tratamiento psicoterapéutico.

La terapia psicológica consiste en una comunicación interpersonal que busca atenuar o desaparecer los síntomas y modificar patrones de pensamiento y conducta para afrontar de manera más adaptativa los factores estresantes.

La evidencia actual apoya preferentemente el uso de las terapia cognitiva conductual para el tratamiento de los trastorno de ansiedad. Aquello no descarta el uso de otras modalidades psicoterapéuticas, si el caso en particular lo amerita.

La intervención va a ir dirigida a disminuir la respuesta fisiológica, mejorar la respuesta cognitivo - afectiva y modificar la conducta.

La intervención psicoterapéutica va dirigida al paciente e incluso con orientación a sus familiares según sea el caso.

Entre los objetivos psicoterapéuticos están:



- Aumentar la confianza en él mismo y sus capacidades, identificando situaciones a las que el /la paciente se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, reforzando sus propias capacidades.
- Cambiar el estilo cognitivo de considerar la situación como algo amenazante a considerarla como un problema a resolver.
- Establecer una conexión entre la ansiedad y los pensamientos o deseos que la desencadenan, así como identificar preocupaciones y creencias.
- Atribuir sus emociones a él mismo y no al ambiente o a algo externo para que vea que él está creando sus propios sentimientos.

6.4.2. 2. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento tradicional comprende intervenciones psicosociales, como la psicoterapia individual con terapia familiar y orientación a los familiares además del tratamiento farmacológico. En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (IRSS). El tratamiento varía según el trastorno de ansiedad presente y comorbilidad.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

Cuando se emplean técnicas de relajación muscular progresiva es necesario cuidar la aparición de estados de hiperventilación y que el paciente no tenga dolencias cardíacas, afecciones en zona de columna vertebral o alguna contraindicación medica específica; otra situación que requiere atención especial son los estados de gestación; en estos casos podría recurrirse a la terapia de reelaboración imaginal.

Es recomendable una evaluación permanente de la auto aplicación de las técnicas terapéuticas, a fin de identificar variables intervinientes que puedan facilitar la aparición de eventos adversos o modificar los resultados esperados.

6.4.4. Signos de Alarma

Se deberá considerar como signo de alarma, todo síntoma o signo que se identifique en el examen del paciente, que oriente a un diagnóstico de patología orgánica. Ello implica evaluar el contexto y los antecedentes comórbidos, así como posibles escenarios súbitos de riesgo alto e inminente de fallecimiento.

6.4.5. Criterios de Alta

- ❖ Remisión de síntomas.

6.4.6. Pronóstico

Dependerá del diagnóstico principal. Algunos diagnósticos como el trastorno de pánico, son crónicos. En el caso del mencionado, la evolución es variable, aunque se ha observado que casi un tercio de las personas permanece sin síntomas a largo plazo, alrededor de la mitad mantiene síntomas leves que no limitan su funcionalidad y un pequeño porcentaje restante mantiene síntomas importantes.

6.5. Complicaciones

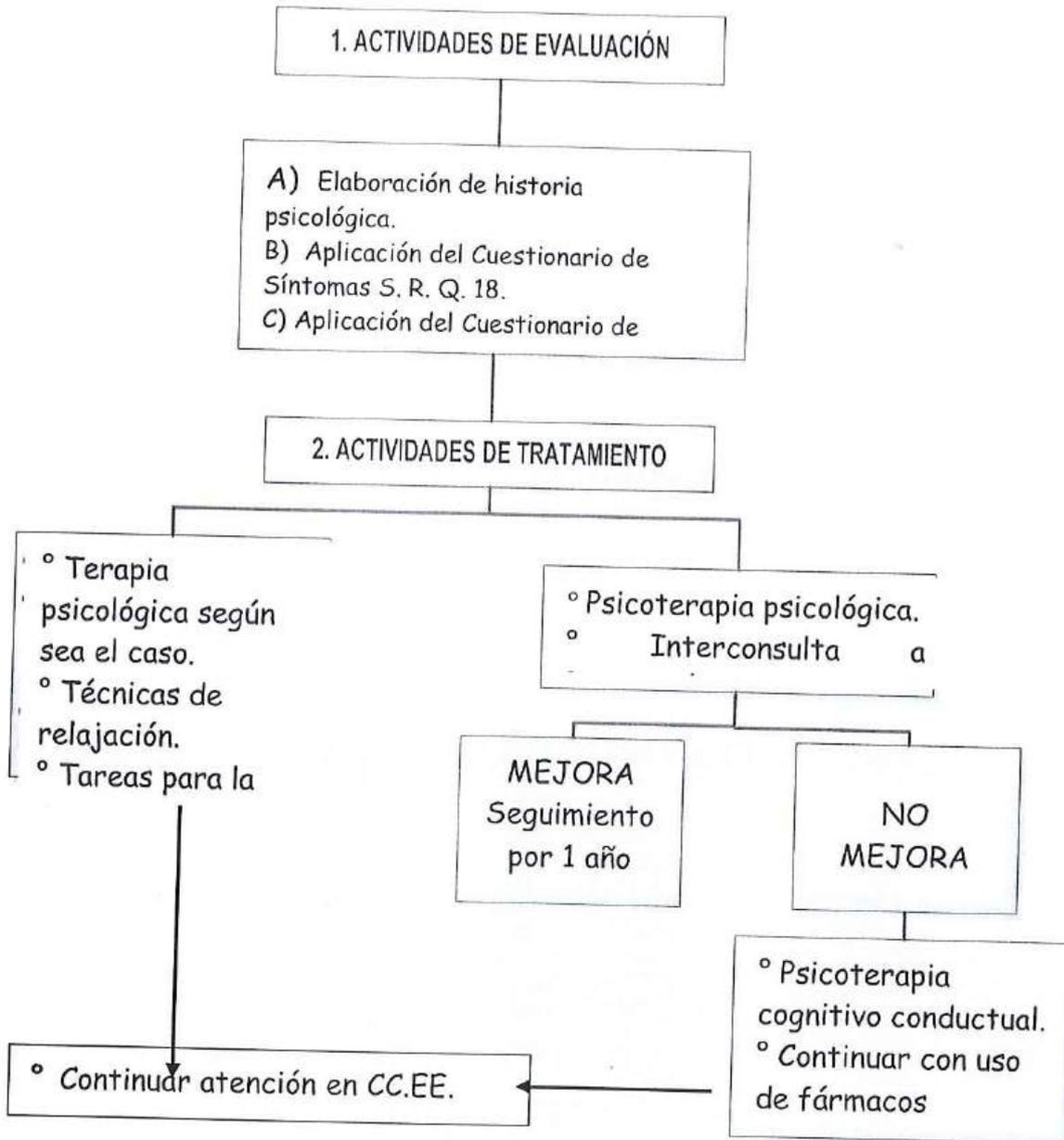
Dependerán del diagnóstico de fondo. Si hablamos sobre el trastorno de pánico, se menciona que hasta un 80% de las personas con este diagnóstico podrían desarrollar otras comorbilidades como: depresión o alcoholismo. El riesgo de suicidio en las personas con trastorno de pánico es mayor al de la población general.

6.6. Criterios de referencia.

Se deberá referir a todos aquellos pacientes que tengan signos de alarma o aquellos en que se sospeche de una patología orgánica en base a la información de la historia clínica y buscar alternativas en el manejo terapéutico, ya que los trastornos de ansiedad al cabo del tiempo puede desembocar en cuadros de depresión mayor lo que conlleva al riesgo de suicidio.

6.7. Fluxograma

ATENCIÓN DIFERENCIADA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD



IV. ANEXOS.

CUESTIONARIO DE SINTOMAS: S.R.Q.-18

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:.....

.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección:.....

.....

Motivo de consulta:

.....

.....

.....

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Su trabajo se ha visto afectado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18: | | <input type="checkbox"/> | | |
| 19. | ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? SI | NO | | <input type="checkbox"/> |
| 20. | ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan SI los demás? | NO | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |



- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

ANEXO 02

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

STAI

APELLIDOS Y NOMBRES : _____
EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____
CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E

AUTOEVALUACION A (E/R)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se siente usted. No hay respuestas buenas ni malas.

		NADA	ALGO	MUCHO
1.	Me siento calmado.	1	2	3
2.	Me encuentro inquieto	1	2	3
3.	Me siento nervioso	1	2	3
4.	Me siento descansado	1	2	3
5.	Tengo miedo	1	2	3
6.	Estoy relajado	1	2	3
7.	Estoy preocupado	1	2	3
8.	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9.	Me siento feliz	1	2	3
10.	Me siento seguro	1	2	3
11.	Me encuentro bien	1	2	3
12.	Me siento molesto	1	2	3
13.	Me siento agradable	1	2	3
14.	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15.	Me encuentro confuso	1	2	3
16.	Me siento animoso	1	2	3
17.	Me siento angustiado	1	2	3
18.	Me siento alegre	1	2	3
19.	Me encuentro contrariado	1	2	3
20.	Me siento triste	1	2	3

ANEXO 03
TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Nombre:	TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA
Autor(es):	Silvia Mabel Querol y María Chaves Paz
Explicación brevemente de la teoría psicológica en la que se fundamenta la prueba.	
Constructo de medición:	Analizar determinados rasgos de personalidad, como nuestra actitud ante una situación de estrés.
Rango de edad	Niños en adelante
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración	Individual o Colectiva
Área de la psicología en la que se utiliza:	
Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lápiz No 2 ➤ Borrador ➤ Manual ➤ Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.



Material para la calificación:	
Instrucciones (consigna)	Consigna: se coloca al evaluado en situación de presión y a través de ello poder conocer indicadores de estructura de personalidad, percepción y defensa ante situaciones extremas de amenaza

III. ANALISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS

4.1. DIMENSIÓN DEL DIBUJO	Dibujo mediano
INTERPRETACIÓN	

4.2. EMPLAZAMIENTO	
Margen derecho (X)	
INTERPRETACIÓN	



--

4.3. TRAZOS	Líneas fragmentadas
--------------------	---------------------

INTERPRETACIÓN	
----------------	--

--	--

4. 4. PRESIÓN	
----------------------	--

INTERPRETACIÓN	
----------------	--

--	--

4.5. TIEMPO DE EJECUCIÓN	
---------------------------------	--

INTERPRETACIÓN	
----------------	--

--	--

4.6. SECUENCIA	Normal
-----------------------	--------

--	--



INTERPRETACIÓN	

4.7. MOVIMIENTO	
INTERPRETACIÓN	

4.8. SOMBREADO	
INTERPRETACIÓN	

4.9. ORIENTACIÓN DE LA PERSONA	
INTERPRETACIÓN	



4.10. POSTURAS

INTERPRETACIÓN

**4.11. BORRADOS EN EL
DIBUJO**

INTERPRETACIÓN

**4.12. REPASO DE LINEAS,
TACHADURAS, LÍNEAS
INCIOMPLETAS**

INTERPRETACIÓN



4.13. DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN	
INTERPRETACIÓN	



4.14. VESTIMENTA

INTERPRETACIÓN

**4.15. PARAGUAS COMO
DEFENSA**

INTERPRETACIÓN

**4.16. REEMPLAZO DEL
PARAGUAS POR OTROS
ELEMENTOS**

INTERPRETACIÓN

INTERPRETACIÓN



4.17. PARTES DEL CUERPO	

4.18. IDENTIDAD SEXUAL	
INTERPRETACIÓN	

4.19. EL DIBUJO DE UN PERSONAJE Y NO DE UNA PERSONA	
INTERPRETACIÓN	



ANEXO 04

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA DE K. MACHOVER

Nombre:	TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)
Autor:	Karen Machover
Explicación brevemente de la teoría psicológica en la que se fundamenta la prueba.	
Constructo de medición:	Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal
Rango de edad	Niños, Adolescentes y adultos.
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración	Individual
Área de la psicología en la que se utiliza:	
Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lápiz No 2 ➤ Borrador ➤ 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.



Material para la calificación:	
Instrucciones (consigna)	“Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.

Nombre y Apellido:
Edad:
Grado de Instrucción:
Profesión:
Estado civil:
Fecha de Evaluación:



1. PLANO GRAFICO:		
INDICADOR	DESCRIPCION	ANA LISIS
Tamaño de los trazos		
Dirección:		
Presión:		
Continuidad:		
Estilo personal		
Forma de expresión:		
Ubicación en la Hoja:		
Proyección en la hoja:		

2. PLANO FORMAL (Dibujo concreto)		
INDICADOR	DESCRIPCION	ANA LISIS
Tiempo de reacción:		
Identificación:		
Primera figura dibujada:		
Zona del cuerpo por donde comienza:		



3. INTERPRETACIÓN DEL RELATO		
INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Demandas de Afecto:		
Necesidades:		
Deseos:		
Fantasía:		
Compensación;		
Personas incluidas:		
Tiempo espacio del relato:		
Autoagresión:		
Agresión:		

4. INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO:
¿Qué está haciendo?
¿Qué edad tiene?
¿Cuántos hijos tienen?
¿Con quién vive?
¿A quien prefiere: a su madre o a su padre?
¿Tiene hermanas y hermanos?
¿Qué tipo de trabajo realiza?



¿Qué educación ha recibido?
¿Qué ambición tiene?
¿Es simpático?
¿Es fuerte?
¿Es guapo?
¿Qué es lo mejor de su cuerpo?
¿Qué es lo peor?
¿Es un tipo nervioso (a)?
¿En que suele pensar?
¿Qué es lo que teme?
¿Qué es lo que le entristece?
¿Por qué se enfada?
¿Cuáles son sus tres deseos principales?
¿Cuáles son sus tres; mejores cualidades?
¿Cuales con sus tres defectos principales?
Qué prefiere: ¿Estar sólo o estar acompañado?
¿Qué dice la gente de él (ella)?

¿Es un tipo suspicaz?
¿Qué tal se lleva con su mujer (marido) (o con sus padres si es soltero)?
¿Ha estado alguna vez separada (o)?
¿Sale con otras mujeres (hombres)?
¿Y su mujer (marido) sale con otros (as)?
¿Qué siente hacia su mujer, desde el punto de vista sexual?
¿Cuándo tuvo su primera experiencia sexual?
¿Siempre sale con la misma chica (o) (si es soltero(a))?
¿Qué tipos de chicas(os) le gustan?

¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con otros hombres (mujeres)?
¿Con que frecuencia se masturba?
¿Qué piensa acerca de ello?
¿A quién le recuerda su dibujo?
¿Le gustaría parecerse a él?

5. CONDUCTA OBSERVADA EN EL EXAMINADO Y MOMENTOS EN QUE SE MANIFIESTA
1) Preguntas hechas por el examinado
2) Expresa necesidad aguda de recibir más instrucciones: ¿Cuáles?
3) Manifiesta esa necesidad en forma directa o verbal, indirectamente: a través de movimientos expresivos, a través de actividad motora.
4) Se encuentra cómoda y confiadamente a la tarea
5) Expresa dudas sobre su capacidad para dibujar, las expresa directamente, las expresa indirectamente, las expresa verbalmente, las expresa a través de actividad motora
6) Se muestra durante la prueba: Inseguro, Ansioso, Suspica, Arrogante. Hostil, Negativo, Tenso, Relajado, Divertido, Consciente de sí mismo. Cauteloso, Impulsivo

6. EVALUACION DEL PROPIO EXAMINADO
Si pudiera cambiar algo de su cuerpo ¿Qué cambiaría?
¿Cuál es la peor parte de su propio cuerpo?
¿Cuál es la mejor parte de su propio cuerpo?
¿Qué tiene usted de bueno?
¿Qué tiene usted de malo?
¿Pensó en la sexualidad cuando dibujo?
¿Tiene novia (o), espera casarse?
¿Tipo de novia (o) con quién sale?



7. TITULO DE LA HISTORIA

RELATO 1

RELATO 2

8. ANALISIS FORMAL

DINAMICA

IMAGEN DE SI MISMO

DINAMICA - MOTIVACION - CONFLICTOS – DEFENSAS



IMAGEN DEL MUNDO - RELACIONES INTERPERSONALES

AJUSTE A LA REALIDAD - PROYECCIONES Y NEGACIONES

ACTITUD FRENTE AL EXAMINADOR Y FRENTE A SI MISMO:



AJUSTA A LA CONSIGNA:
ADICIONES:
OMISIONES:
DISTORSIONES
MANIFESTACIONES CONDUCTUALES
9. DIAGNOSTICO E INTERPRETACION



V.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica (N.T. N°117-MINSA/DGSP-V.01). Resolución Ministerial N°302-2015
2. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).
3. Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan & Sadock. 2017. WoltersKluwer.
4. Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry, 14(Suppl 1), S1.
5. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado — Hideyo Noguchi”. Guía de práctica clínica para el tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia 2014.
6. Hospital Nacional “Víctor Larco Herrera” – Guía de Práctica Clínica para el manejo del trastorno de ansiedad generalizada. Actualización 2021.
7. Instituto Nacional de Salud del Niño- Guía de Prácticas Clínicas para el diagnóstico y tratamiento de ansiedad en niños y adolescentes – Julio 2020.
8. Hospital Santa Rosa – Departamento de Psicología – Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad en el personal de Salud en el contexto de la pandemia por Covid-19 / 2020.
9. Hospital “Hermilio Valdizán”. Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia. 2021.



10. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>



XI.-GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

I.-FINALIDAD:

Mejorar la atención de los pacientes que acuden al servicio de psicología del Hospital Carlos Lanfranco la hoz.

II.- OBJETIVOS:

Unificar el tratamiento para el trastorno de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al servicio de psicología

Mejorar la atención que se brinda a los pacientes que acuden al servicio de psicología por presentar trastorno de ansiedad y depresión.

III.-ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Servicio de psicología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

IV.-NOMBRE Y CODIGO:

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION CIE-10: F41.2

V.- CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIÓN

El trastorno adaptativo mixto ansioso y depresivo, se caracteriza porque existen síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnostico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y depresión y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada.



Los síntomas emocionales o conductuales pueden aparecer en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana; surgen durante los 3 meses siguientes a la presencia del factor estresante, son clínicamente significativos evidenciándose a partir del notable malestar que producen y que son superiores a lo esperado a la exposición del estímulo. También puede darse una perturbación significativa en el funcionamiento social, laboral o académico del individuo.

5.2 ETIOLOGIA

El trastorno mixto de ansiedad y depresión es desencadenado por uno o más estresores. La complejidad del estresor donde se entremezcla el grado, cantidad, duración, reversibilidad, ambiente y contexto personal, no siempre es una variable predictiva de la gravedad del trastorno mixto. La estructura psicológica y física del individuo, normas culturales o de grupo, así como los valores personales, contribuyen a la emisión de respuestas desproporcionadas a un determinado factor. El estrésor puede ser un suceso único o continuo, múltiple o recurrente en diferentes épocas. En ocasiones puede estar proyectado a una comunidad afectando a una población como es el caso de los desastres o la discriminación social por condición racial, religiosa, etc. Pueden ser producto de cambios en los diferentes estadios del desarrollo (iniciar la escuela, dejar el hogar, casarse, etc.).

Enfoque Psicoanalítico.- Sigmund Freud le otorgó un peso importante a los factores constitucionales y los interpretó como si interactuasen con las experiencias vitales de una persona para producir una fijación y crear una condición de vulnerabilidad. La investigación psicoanalítica ha resaltado la importancia del vínculo materno y del ambiente en el que crece el niño.

Enfoque Psicodinámico.- Las características de personalidad, o la presencia de una patología orgánica pueden hacer que una persona sea vulnerable a un trastorno adaptativo. La vulnerabilidad también se asocia a la pérdida de un progenitor durante la infancia. El apoyo real o percibido de las relaciones significativas puede mediar las respuestas emocionales y conductuales al estrés. Esencial para la comprensión del trastorno



adaptativo es el entendimiento de tres factores: la naturaleza del factor de estrés, los significados conscientes o inconscientes del mismo y la vulnerabilidad preexistente del sujeto.

Enfoque Cognitivo Conductual.- Las percepciones e interpretaciones de los sucesos, o hechos, determina la respuesta del sujeto, sea esta adaptativa o desadaptativa. Estas últimas están en relación al significado que el individuo le otorgue que alimentarán la presencia cotidiana de los síntomas típicos. Es trascendental aprender a evaluar correctamente la situación, empleando la lógica y el sentido común para superar la condición presente.

5.3 FISIOPATOLOGIA

Si bien el factor biológico no ha quedado plenamente demostrado en la etiología y mantenimiento del problema, se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes al modificarse aspectos neurofisiológico y bioquímicos capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación. De todos modos, durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión, tales como:

La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el cortex prefrontal, diencefalo, y del sistema límbico.

La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser inducida por medicaciones, reforzarían esta perspectiva.

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión.



5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.-

El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos mas comunes en los pacientes hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos. Harold Kaplan refiere que el 5% de los ingresos en un hospital en el curso de un periodo de 3 años cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno adaptativo, este trastorno se diagnosticó con mas frecuencia entre adolescentes, pero puede presentarse a cualquier edad. En un estudio realizado el 10% de la muestra sufría un trastorno adaptativo. La proporción hombre-mujer era aproximadamente 2 a 1. Las mujeres solteras fueron las que presentaron mayor riesgo de sufrir este trastorno. Entre los adolescentes de ambos sexos los factores desencadenantes más comunes eran los problemas académicos, el rechazo parental, el divorcio de los padres y el abuso de sustancias. Entre los adultos los factores precipitantes mas frecuentes fueron los problemas conyugales, el divorcio, el cambio de residencia y los problemas económicos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

Dado que los factores genéticos identificados no son determinísticos, se ha desatado el interés por estudiar los trastornos mentales por medio de la epigenética, puesto que esta propone definir los fenotipos a diferentes niveles, teniendo en cuenta factores tanto exógenos como endógenos. Por ejemplo, se ha demostrado que el estrés prenatal causa la hipermetilacion del promotor GR 1-7 en el hipocampo y la hipometilacion del promotor de CRH en el hipotálamo y la amígdala central de ratones macho adultos. Estas respuestas diferenciales se correlacionan con la expresión de varios genes en la placenta, incluidas las ADN metiltransferasas DNMT1. En seres humanos, el aumento de la metilación de 11 b-HSD2 se asocia con un crecimiento más lento del recién nacido y un comportamiento anormal. Por otra parte, las variaciones en las respuestas altas y bajas de ansiedad de las ratas frente a situaciones novedosas se relacionan con las diferencias de



neurodesarrollo en la expresión de DNMT1 en el hipocampo y la amígdala. Los hallazgos revisados han establecido firmemente el poder del ambiente postnatal para impactar en el epigenoma, el eje del estrés, el comportamiento y la plasticidad sináptica.

5.5.2 Estilos de vida

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicación de la depresión del niño. Y también las familias desavenidas, con continuos problemas y discusiones y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias profundas tienen un menor riesgo de depresión. Esta fe no requiere una religión organizada. Las personas con depresión deberían encontrar consuelo en fuentes menos estructuradas, tales como las que enseñan meditación u otros métodos para obtener autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

5.5.3 Factores Hereditarios



- Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.
- Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.
- Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.
- Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés y otros factores psicosociales.

VI.-CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y Síntomas

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación mixto son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El paciente puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

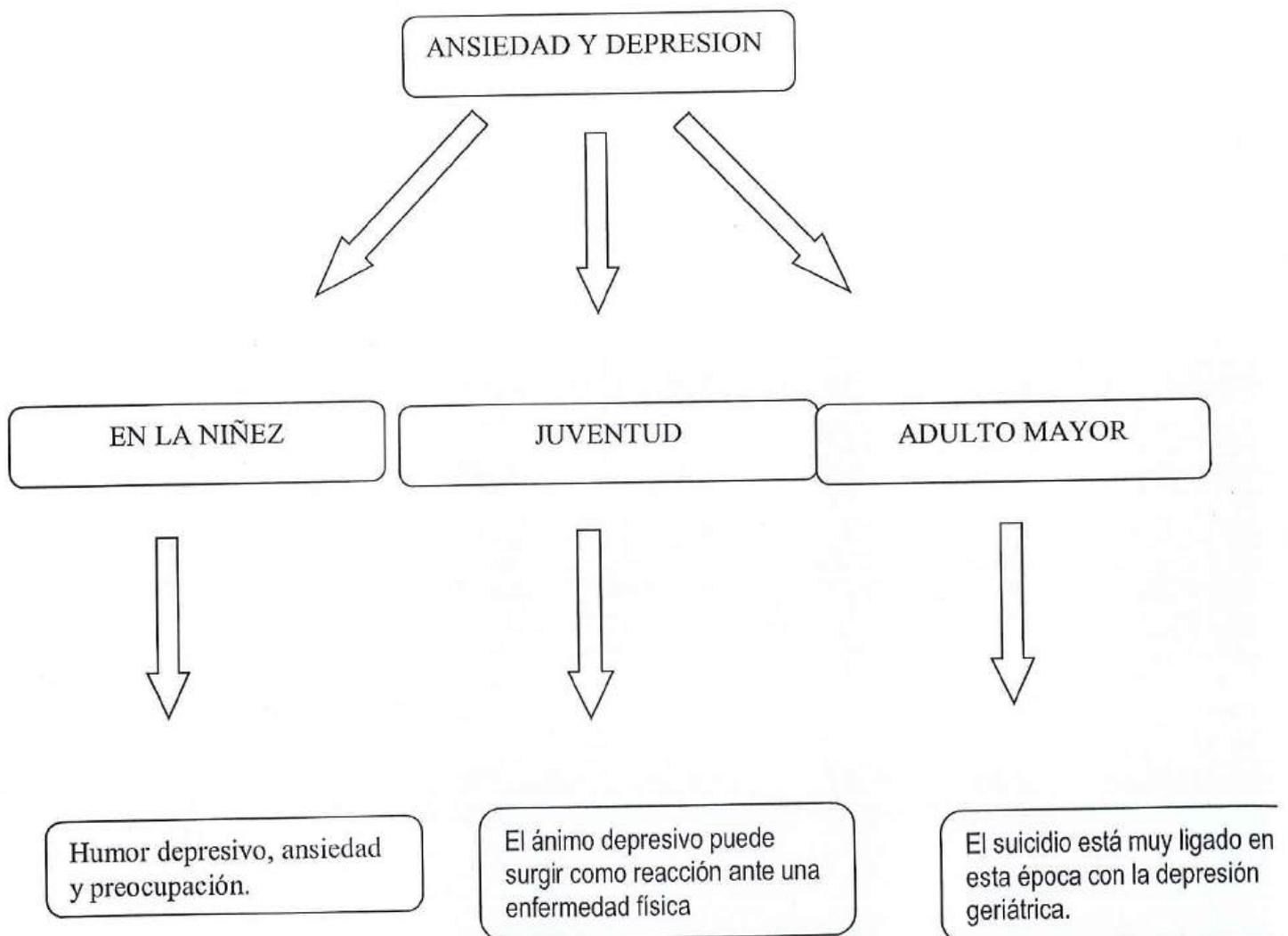
6.1.2 interacción cronológica

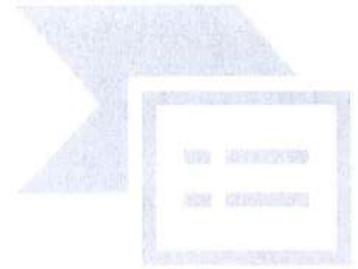
Los niños y adolescentes pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento. Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad, y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito y ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento; pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse ("soy tonto, no sirvo"); disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil. Es un trastorno que cuando se presenta durante los años de la adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.

En el adulto la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración.

Los adultos mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos, como: pérdida del placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar, ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda creencia), persecución, celos y melancolía. El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías.





6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnósticos.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades los criterios o pautas diagnósticas son:

- a. La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- b. Los antecedentes y la personalidad
- c. El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica

Según los criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación del DSM-IV son:

- a. La aparición de síntomas emocionales y conductuales, en respuesta a estresores identificados, tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes.
- b. Los síntomas o conductas son significativos cuando existe:
 - Malestar mayor de lo esperado, en respuesta al estresor.
 - Deterioro significativo de la actividad social profesional o académica.
- c. La alteración relacionada con el estrés, no cumple con los criterios para otros trastornos específicos del eje I, y no es una simple exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I o II.
- d. Los síntomas no representan un duelo.
- e. Cuando el estresor o sus consecuencias cesan, los síntomas no persisten más de 6 meses adicionales.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

El trastorno adaptativo debe diferenciarse de otras patologías que pueden ser centro de atención clínica. Debemos tomar en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial la intensidad, contenido y duración de los síntomas ante un estresor identificable ya que no existe un criterio absoluto que permita distinguirlos de otros trastornos siendo necesario el criterio clínico del especialista.

Aunque el duelo no complicado con frecuencia incluye alteraciones sociales y laborales temporales, esta perturbación en la vida de la persona se mantiene durante un periodo esperable y es una reacción normal a la pérdida de una persona querida por tanto no se consideraría un trastorno adaptativo.

Otros trastornos de los que deba diferenciarse el trastorno adaptativo mixto son el trastorno depresivo mayor, el trastorno psicótico breve, el trastorno por somatización, diferentes trastornos relacionados con ingesta de sustancias, trastornos de conductas, problemas académicos y laborales, problemas de identidad y el trastorno por estrés postraumático. Estos diagnósticos deberían cumplir sus criterios específicos en todos los casos, incluso aunque estuviese presente un factor o grupo de factores de estrés que sirviesen de desencadenantes. Sin embargo, algunos pacientes cumplen los criterios tanto para el trastorno adaptativo como para el trastorno de personalidad.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

El TAG es un diagnóstico de exclusión, sin embargo, ante los síntomas físicos de condición es necesario realizar un abordaje diagnóstico para destacar enfermedades con sintomatología similar. Se recomiendan las siguientes pruebas de laboratorio, orientadas con los antecedentes y cuadro clínico, para excluir condiciones clínicas comunes asociadas con TAG

- Hemograma completo
- Química sanguínea incluido los electrolitos séricos
- Perfil de lípidos perfil tiroideo
- Pruebas de funcionamiento hepático



- Examen general de orina
- Electrocardiograma

6.3.2 De Imágenes

No existen exámenes de imágenes para los diagnósticos de trastorno de ansiedad.

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios

La entrevista clínica global y multidimensional es la principal estrategia para un correcto diagnóstico.

Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico.

La entrevista también facilita una "alianza de trabajo" efectiva, necesaria para el normal desarrollo del proceso terapéutico en etapas posteriores, así como una ocasión única para el establecimiento de una adecuada relación (rapport) imprescindible para el éxito terapéutico.

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad, mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre otras, pueden utilizarse las siguientes pruebas psicológicas:

- Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
- Cuestionario de síntomas S.R.Q. - 18
- Inventario Caracterológico de Eysenck o Gastón Berger para conocer la estructura temperamental y el nivel de Neuroticismo del paciente.
- Test de Completamiento de Frases Incompletas de Sacks. Para conocer sus actitudes y experiencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.

- Escala de Ansiedad Estado Rasgo.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Riesgo Suicida.
- Inventario Multiaxial de Millon II. Nos permite conocer el patrón Básico de Personalidad, así como los síndromes severos y patología del paciente.
- Inventario de Personalidad de Minnesota MMPI (Mini Mult)

Es frecuente encontrar en este tipo de pacientes otros trastornos asociados, como trastornos de pánico o ansiedad generalizada, por lo que la evaluación de este tipo de trastornos debería ser parte del proceso evaluativo.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Visitarle a diario o animarle a que se una a actividades físicas o lúdicas con otras personas es una buena medida para que se mantenga sociable y activo. Realizar ejercicio físico: Además de ser beneficioso para su estado de salud física, el ejercicio mejora el flujo sanguíneo haciendo que se encuentren de mejor humor.

6.4.2 Terapéutica

ENFOQUE PSICOEDUCATIVO

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su estado, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL



La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de procesar la información (todos los estímulos provenientes tanto del mundo externo como del mundo interno) y dar significado a los hechos.

Dicho de otra manera, lo que pensamos acerca del mundo, de los demás y de nosotros mismos, condiciona nuestros estados de ánimo y nuestra conducta.

La terapia Cognitiva se complementa con una terapia Conductual donde, a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del trabajo psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo de pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida.

TECNICAS DE RELAJACION / CONTROL DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL

- La relajación progresiva de Jacobson/Wolpe
- El entrenamiento autógeno
- La meditación
- Técnicas de respiración
- Técnicas de biofeedback
- Técnicas Imaginación / visualización
- Técnicas de auto-hipnosis
- Sofrología

TERAPIAS PSICODINAMICAS

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.



A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos interpersonales y su resolución. El paciente es GUÍAdo hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudándoles a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

TERAPIAS DE GRUPO

La terapia de grupo es una opción terapéutica que permite al paciente compartir sus experiencias en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir las propias vivencias y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los eventos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. La terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a los estresores intensos.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.



En cuanto a los grupos de autoayuda/apoyo para los pacientes y las familias con trastornos psicológicos, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo, difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia sí los tiene, y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia.

En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo.

El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se autodisuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer perspectiva, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.

La capacidad resolutive de intervención para el tratamiento Psicológico es integral en hospital de Nivel II.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento



Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) afectan la concentración del neurotransmisor serotonina, el cual desempeña una función en la ansiedad, náusea o vómito, dolor abdominal, sarpullido, sudoración, dolores de cabeza, boca seca, temblores, diarrea.

6.4.4 Signos de alarma

- Persistente estado de ánimo triste, pleno de ansiedad o “sin sentido”
- Cambios en los hábitos de sueño
- Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito y aumento de peso
- Insatisfacción y desinterés por actividades que antes disfrutaba, incluyendo el sexo
- Inquietud, irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tal como dolor crónico o trastornos digestivos
- Dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela, o dificultad para recordar cosas o
- tomar decisiones
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad
- Pensamientos de suicidio o muerte.

6.4.5 Criterios de Alta

Remisión de síntomas

6.4.6 Pronostico

La farmacoterapia puede ser muy eficaz en reducir los síntomas, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes con TAG.



Rangos de respuesta a la diversa medicación oscila entre 49 – 69 %.

Desafortunadamente entre un 30 – 35 % falla a un primer intento de tratar con medicación.

El TAG al ser una condición generalmente crónica, cursa con fluctuaciones dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés.

6.5 COMPLICACIONES

El 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Interacciones. La más severa, pero menos frecuente, corresponde a la administración concomitante de un IMAO con un antidepresivo tricíclico (ATC). El síndrome resultante puede causar toxicidad del SNC severa, con presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura, no se recomienda, aunque se ha demostrado que esta terapia es más efectiva que la terapia de antidepresivos tricíclicos solos.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

En caso que los síntomas persistan por más de 6 meses después que el estresor o sus consecuencias hayan cesado, o se agudicen antes de este tiempo, el diagnóstico deberá revisarse para descartar otras patologías y la consecuente modificación del tratamiento. En estos casos será importante un abordaje interdisciplinario con la inter consulta a las especialidades respectivas, para el inicio de tratamiento farmacológico si fuese necesario.

Criterios para una interconsulta o transferencia

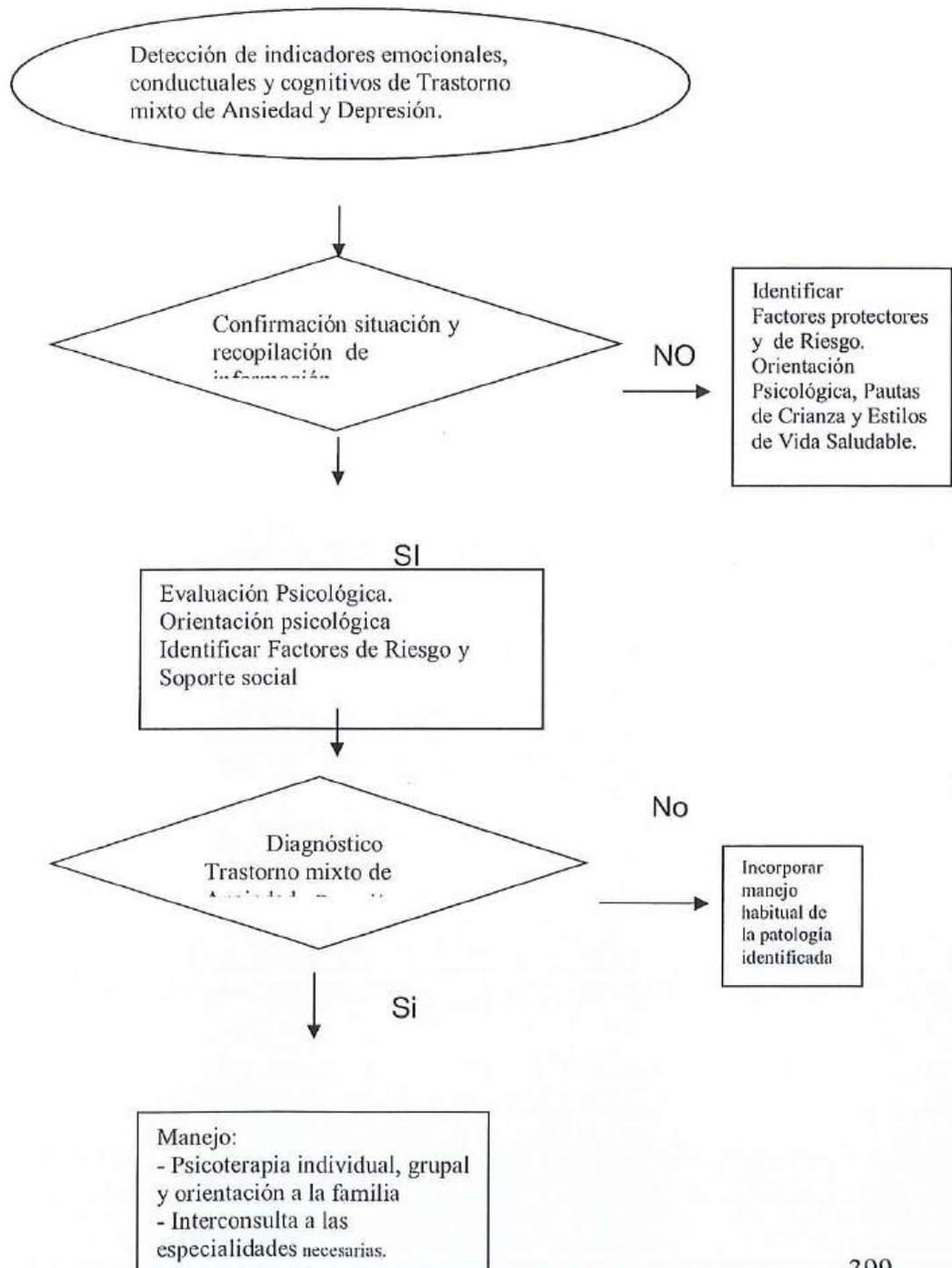
1. Episodios graves con ideas de suicidio, síntomas psicóticos o necesidad de internamiento.
2. Episodios depresivos dentro de un trastorno bipolar.
3. Falta de respuesta a tratamiento adecuado durante 2-3 meses.
4. Comorbilidad psiquiátrica que complica control y tratamiento del paciente.



5. Existencia de dificultades o dudas diagnósticas.

6.7 FLUXOGRAMA

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION



- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".



Anexo 02

Nombre:	TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)
Autor:	Karen Machover
Constructo de medición:	Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal
Rango de edad	Niños, Adolescentes y adultos.
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo, el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración	Individual
Área de la psicología en la que se utiliza:	Clínica, Educativa y Organizacional
Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lápiz No 2 ➤ Borrador ➤ 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.
Instrucciones (consigna)	“Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.



Anexo 03
INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK FORMA B
PARA ADULTOS (EPI)

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

-A continuación, encontrara algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar.

Lea cuidadosamente y marque en la casilla correspondiente.

N°	PREGUNTAS	Si	No	N°
1.	¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?			1
2.	¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?			2
3.	¿Tiene casi siempre una contestación lista "a la mano", cuando la gente le habla?			3
4.	¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?			4
5.	¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?			5
6.	Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?			6
7.	¿Se enfada o molesta a menudo?			7
8.	Cuándo lo(a) meten a una pelea ¿prefiere "sacar los trapos al aire" de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?			8
9.	¿Es usted triste, melancólico(a)?			9
10.	¿Le gusta mezclarse con la gente?			10
11.	¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?			11
12.	¿Se pone a veces malhumorado(a)?			12
13.	¿Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado(a) a su buena suerte?			13



14.	¿Se decide a menudo demasiado tarde?			14
15.	¿Le gusta trabajar solo(a)?			15
16.	¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado(a) sin razón?			16
17.	¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?			17
18.	Se ríe a veces de chistes groseros?			18
19.	¿Se siente a menudo hastiado(a), harto(a), fastidiado(a)?			19
20.	¿Se siente incomodo(a) con vestidos que no son del diario?			20
21.	¿Se distrae (vaga su mente) cuando trata de prestar atención a algo?			21
22.	¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?			22
23.	¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?			23
24.	¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?			24
25.	¿Le gustan las bromas?			25
26.	¿Piensa a menudo en su pasado?			26
27.	¿Le gusta mucho la buena comida?			27
28.	Cuando se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?			28
29.	¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?			29
30.	¿Alardea (se jacta) un poco a veces?			30
31.	¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?			31
32.	¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?			32
33.	¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?			33
34.	¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?			34
35.	¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?			35
36.	¿Contesta siempre una carta personal o mensaje tan pronto como pueda, después de haberla leído?			36
37.	¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?			37
38.	¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?			38
39.	¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?			39
40.	¿Sufre de los nervios?			40
41.	¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?			41
42.	¿Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy?			42
43.	¿Se pone nervioso(a) en lugares tales; como ascensores, trenes o túneles?			43

44.	Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que produzca?			44
45.	¿Sufre fuertes dolores de cabeza?			45
46.	¿Siente generalmente que las cosas arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?			46
47.	¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?			47
48.	¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?			48
49.	¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?			49
50.	¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?			50
51.	¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado(a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?			51
52.	¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?			52
53.	¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?			53
54.	¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?			54
55.	¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?			55
56.	Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa usualmente que vale la pena intentarlo?			56
57.	¿Siente "sensaciones" en el abdomen, antes de un hecho importante?			57

**POR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS
PREGUNTAS**

FIN DE LA PRUEBA



Anexo 04

(BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRES: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

INSTRUCCIONES.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1° No me siento triste.

Me siento Triste.

Me siento triste siempre y no puedo salir de mis tristezas.

Estoy tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2° No me siento especialmente desanimado/a frente al futuro.

Me siento desanimado/a con respecto al futuro.

Siento que no tengo nada que esperar.

Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden llegar a Mejorar.

3° No creo que sea un fracasado.

Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.

Al recordar mi vida pasada, todo lo que veo es un montón de fracasos.

Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4° Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.

No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.



- Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho/a aburrido/a de todo.
- 5° No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 Me siento bastante culpable casi siempre.
 Me siento culpable siempre.
- 6° No creo que estoy siendo castigado/a.
 Creo que puedo ser castigado/a.
 Espero ser castigado/a.
 Creo que estoy siendo castigado/a.
- 7° No me siento decepcionado/a de mí mismo.
 Me siento decepcionado/a de mí mismo/a.
 Estoy disgustado/a conmigo mismo/a.
 Me odio.
- 8° No creo ser peor que los demás.
 Me critico por mis debilidades y errores.
 Me culpo siempre por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
- 9° No pienso matarme.
 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 Me gustaría matarme.
 Me gustaría matarme, si tuviera la oportunidad.
- 10 No lloro más que de costumbre.
 Ahora no lloro más de lo que solía llorar.
 Solía poder llorar, pero ahora no paro de llorar aunque quiera.
 Ahora lloro todo el tiempo.
- 11 Las cosas no me irritan más que de costumbre.

- Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
- Estoy bastante irritado o enfadado/a la mayor parte del tiempo.
- Ahora me siento más irritado/ que de costumbre.

- 12 No he perdido el interés por otras personas.
- Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre.
 - He perdido casi todo mi interés por otras personas.

- 13 Tomo decisiones casi como siempre.
- Postergo la adopción de las decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar las decisiones que antes.
 - ya no puedo tomar más decisiones.

- 14 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre,
- Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos.
 - Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a.
 - Creo que me veo feo/a.

- 15 Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.

- 16 Puedo dormir tan bien como antes.
- No puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
 - Me despierto una o dos horas antes que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía.

- 17 No me canso más que de costumbre.
- Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer casi nada.
 - Estoy demasiado cansado/a para hacer algo.