

- 18 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 Mi apetito está mucho peor ahora.
 Ya no tengo apetito.
- 19 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
 He rebajado más de dos kilos y medio.
 He rebajado más de cinco kilos.
 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 Estoy preocupado/a por problemas físicos como, por ej., dolores, molestias Estomacales o estreñimiento.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa.
 Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en Ninguna otra cosa.
- 21 No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar.
 Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo.
 He perdido el interés por completo en el sexo.

Anexo 05

PRUEBA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS ADULTOS

Nombre:..... Edad:.....

Fecha N.:.....

Fecha:.....

Hcl:.....

Instrucciones:

**“COMPLETE LAS SIGUIENTES FRASES CON LA MAYOR RAPIDEZ
POSIBLE. ESCRIBA LO PRIMERO QUE SE LE OCURRA. COMPLETE LAS
60 FRASES”.**

1. Siento que mis padres rara vez.....
2. Cuando la suerte está en mi contra.....
3. Siempre he querido.....
4. encargado.....
.....
5. parece.....
.....
6. Las personas que son mis superiores.....
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo de.....
8. Cuando era niño (a).....



9. Siento que un verdadero
amigo.....
10. Mi idea de la mujer (hombre) perfecta
(o).....
11. Cuando veo a una mujer y hombre
juntos.....
12. Comparada con las demás familias, la
mía.....
13. En el trabajo me llevo bien
con.....
14. Mi
madre.....
15. Daría cualquier cosa por
olvidar.....
16. Si mi padre solamente
fuera.....
17. Creo que tengo
habilidad.....
18. Seria completamente
feliz.....
19. Si la gente trabaja bajo mis
órdenes.....
20. Yo espero
que.....
21. En la escuela, mis
maestros.....
22. La mayoría de mis amigos no saben que yo le
temo.....
23. No me gusta la gente
que.....
24. Antes, cuando era más
joven.....



25. Pienso que la mayoría de las
muchachas(os).....
26. Mi concepto del matrimonio
es.....
27. Mi familia me trata
como.....
28. Las personas con las que trabajo
son.....
29. Mi madre y yo.....
30. Mi peor equivocación fue.....
31. Deseo que mi padre.....
32. Mi mayor debilidad.....
33. Mi ambición secreta en la vida.....
34. La gente que trabaja bajo mis órdenes.....
35. Algún día yo.....
36. Cuando veo venir a mi feje.....
37. Me gustaría perder el miedo a.....
38. La gente que más me gusta.....
39. Si fuera niño(a) otra vez.....
40. Creo que la mayoría de las mujeres(hombres).....
41. Si yo tuviera relaciones sexuales.....
42. La mayoría de las familias que conozco.....
43. Me gustaría trabajar con personas que.....
44. Pienso que la mayoría de las madres.....
45. Cuando era pequeño(a) me sentía culpable de.....
46. Pienso que mi padre es.....
47. Cuando las circunstancias me son adversas.....
48. Al dar órdenes a otros.....
49. Lo que más deseo en la vida.....
50. Cuando sea mayor de edad.....
51. La gente que yo creo son mis superiores.....
52. A veces mis temores me impulsan a.....



- 53. Cuando no estoy presente, mis amigos.....
- 54. Mi experiencia infantil más vivida.....
- 55. Lo que menos me gusta de las mujeres(hombre).....
- 56. Mi vida sexual.....
- 57. Cuando era niño, mi familia.....
- 58. La gente que trabaja conmigo, generalmente.....
- 59. Me gusta mi madre, pero.....
- 60. La peor cosa que he hecho en la vida.....



Anexo 06

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y nombres:Edad: () Sexo: (F) (M)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE Ud. en GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho	Puntaje
1	Me siento calmado					
2	Me siento seguro					
3	Estoy tenso					
4	Estoy contrariado					
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)					
6	Me siento alterado					
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras					
8	Me siento descansado					
9	Me siento angustiado					
10	Me siento confortable					
11	Tengo confianza en mí mismo					
12	Me siento nervioso					
13	Estoy desasosegado					



14	Me siento muy atado (como oprimido)					
15	Estoy relajado					
16	Me siento satisfecho					
17	Estoy preocupado					
18	Me siento aturdido y sobreexcitado					
19	Me siento alegre					
20	En este momento me siento bien					

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA
RESPUESTA

Ahora vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las
frases.



STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y nombres: Edad: () Sexo: (F) (M)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho	puntaje
1	Me siento bien					
2	Me canso rápidamente					
3	Siendo ganas de llorar					
4	Me gustaría ser tan feliz como otros.					
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto					
6	Me siento descansado					
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada					
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas					
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importantes					
10	Soy feliz					
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente					
12	Me falta confianza en mi mismo					
13	Me siento seguro					
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades					



15	Me siento triste (melancólico)					
16	Estoy satisfecho					
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia					
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos					
19	Soy una persona estable					
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.					

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

HOJA DE RESPUESTA DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO RASGO

NOMBRE :-----FECHA :

ESTADO					RASGO				
	Nada	Algo	Bastante	Mucho		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
7					7				



8					8				
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				
13					13				
14					14				
15					15				
16					16				
17					17				
18					18				
19					19				
20					20				



Anexo 07

Escala de Riesgo Suicida

Instrucciones: A continuación, se muestra un test con 15 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?

1) Si

0) No

2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

1) Si

0) No

3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?

1) Si

0) No

4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

1) Si

0) No

5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?

1) Si

0) No



6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

1) Si

0) No

7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

1) Si

0) No

8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

1) Si

0) No

9. ¿Está deprimido/a ahora?

1) Si

0) No

10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?

1) Si

0) No

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

1) Si

0) No

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

1) Si

0) No

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

1) Si

0) No



14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

1) Si

0) No

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

1) Si

0) No

ANEXO 08

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>VERDADERO</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. Beber 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 la 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.		

FIN DE LA PRUEBA
¡MUCHAS GRACIAS!



Anexo 09
M.M.P.I. MINI – MULT

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Ud. Encontrará en éste folleto, una serie de frases. Lea cada una atentamente e indique, con una X, una C ó F en el espacio correspondiente de la hoja de respuesta, si en su caso la frase es cierta (C) o falso (F).

Trate de ser sincero(a) consigo mismo y use su propio criterio. Si le es posible no deje de contestar ninguna de las frases.

PREGUNTAS	CIERTO	FALSO
1. Tengo buen apetito.		
2. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.		
3. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.		
4. Trabajo bajo una tensión muy grande.		
5. De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.		
6. Muy raras veces sufro de estreñimiento.		
7. A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.		
8. A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.		
9. Sufro ataques de náuseas y de vómitos.		
10. Nadie parece comprenderme.		
11. A veces siento deseos de maldecir.		
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.		
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.		
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.		
15. Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.		
16. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.		



17. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.		
18. Mi sueño es irregular e intranquilo.		
19. Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.		
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.		
21. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.		
22. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.		
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.		
24. Algunas veces me enojo.		
25. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.		
26. Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.		
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.		
28. Casi siempre soy feliz.		
29. Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.		
30. Creo que están conspirando contra mí (<i>cuando se unen varias personas contra alguien</i>).		
31. La mayor parte de la gente se valen de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.		
32. Sufro mucho de trastornos estomacales.		
33. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.		
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.		
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.		
36. Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.		
37. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.		
38. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.		
39. Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.		
40. Nunca me he sentido mejor que ahora.		



41. No me preocupa lo que otros piensen de mí.		
42. Mi memoria parece ser buena.		
43. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.		
44. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.		
45. Muy pocas veces me duele la cabeza.		
46. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.		
47. No me agradan todas las personas que conozco.		
48. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.		
49. Debería no ser tan tímido.		
50. Creo que mis pecados son imperdonables.		
51. Consecuentemente me encuentro preocupado por algo.		
52. Con frecuencia, mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbro a salir.		
53. A veces murmuro o chismeo de la gente.		
54. A veces siento que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.		
55. Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración.		
56. Me molesto con facilidad pero se me pasa pronto.		
57. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.		
58. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.		
59. A nadie le importa mucho lo que me sucede.		
60. No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.		
61. A veces estoy lleno de energía.		
62. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.		
63. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.		
64. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.		
65. Tengo épocas en la que me siento muy alegre sin tener una razón especial.		
66. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.		
67. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.		
68. Soy más sensible que la mayoría de la gente.		



69. Durante ciertos períodos, mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.		
70. La gente me desilusiona con frecuencia.		
71. He bebido alcohol en exceso (<i>En caso de contestar afirmativamente, responda lo siguiente.</i>)		
a. Siento remordimiento luego de estar tomando.		
b. La eficiencia en mi trabajo disminuye por efecto de la bebida.		
c. El tomar o ingerir alcohol crea algún tipo de daño en mi familia.		
d. Disminuyo o pierdo el control por efecto de la bebida.		
e. Siento temblores a no ser que continúe bebiendo.		

**REVISE SI HA RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS.
GRACIAS.**



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Harold I. Kaplan (1996) Sinopsis de Psiquiatría, Buenos aires, Editorial medica panamericana.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1995), Barcelona, Masson S.A.
3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III-R , Barcelona, Masson S.A.
4. J. Vallejo Ruiloba (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Barcelona, Masson S.A., 4ta edición.
5. Amparo Belloch (1995) Manual de psicopatología, Madrid, Editora Isabel Capella.
6. Clasificación internacional de enfermedades CIE 10 (1992) Madrid, Técnicas graficas FORMA S.A.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS I Informe Mundial sobre la violencia y la Salud. Oct. 2000.
8. Sarro B., 1984: Concepto de suicidio y tentativa de suicidio Rev.Psiq.Psicol Med. Barcelona España; 16(8): 512-516
9. Moussaoui D., J.Lopez Ibor et al, 1999, Depression in General practice, WPA Bulletin on Depression.
10. Ladame F. Laederach J. et. al, 1998, La depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsy, Jan, pp. 41-46
11. Kruger H., 1998, Atención medica y prevención de depresión en un hospital nacional Diagnostico: 37 (3) 174-182
12. MINSA Estadísticas e Indicadores básicos de Salud, 2003. Perú.
13. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H.Noguchi Oficina de Estadística e Informatica. Programa de Prevención del suicidio. Cifra de suicidios 2002, Lima Perú.
14. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado- H. Noguchi. Capítulo sobre Suicidio 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003.
15. Estudio epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM H. Delgado- H. Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.

16. Estudio epidemiológico de salud Mental en la Selva Peruana. Anales de Salud Mental, 2005, Ed. Especial, Lima Perú.
17. MINSA, protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de trabajo.
18. Beck A, Kovacs A, Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. 1979, J. Consult Clin Psychol, 47: 343-352. (evalúa la gravedad de la ideación suicida).
19. Beck A., Schuyler D., Development of suicidal intent scales; The prediction of suicide, 1974 Charles Pres; 45-46 (características del intento suicida).



XII.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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 la conducta alimentaria, 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 TCA.

II.-OBJETIVO

- Proveer información actualizada a los profesionales de salud, sobre el trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos 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 adolescentes y adultos que presentan el trastorno de la conducta alimentaria, 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 de salud u otros como los centros comunitarios de salud mental, que presten atención o servicios a personas con TCA. Está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimientos de los (as)



adolescentes y adultos que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para la atención de Trastorno de la Conducta Alimentaria, en consultorio externo y hospitalización.

IV.- NOMBRE Y CÓDIGO

TRASTORNOS DE LA INGESTION DE ALIMENTOS – CODIGO CIE: F50

V.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que se relacionan con una conducta alterada respecto a los hábitos alimentarios, lo que se traduce en comportamientos que van desde comer de manera descontrolada hasta la falta de ingesta de comida. Afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y en su aparición influyen principalmente factores biológicos y de personalidad. Los trastornos más frecuentes son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, el Trastorno por Atracones y el Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta Alimentaria. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) afectan a millones de personas en el mundo. Existe un amplio consenso que en el desarrollo de estos trastornos están implicados factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia o adultez joven y afecten en mayor medida a mujeres que a hombres.

5.2. ETIOLOGIA

Tanto la Bulimia Nerviosa como la Anorexia Nerviosa son trastornos complejos y de arduo tratamiento. Los modelos unicausales difícilmente puedan dar cuenta de la complejidad de la psicopatología que engloban, considerando etiología y patogénesis (Steiner et al., 2003). Los mismos autores proponen que el riesgo o la protección pueden surgir de múltiples esferas: biológica, psicológica y social. Los factores de riesgo y protección se agregan y potencian en fases específicas del desarrollo e



interactúan para producir resultados adversos y diversos. Un factor de riesgo identifica a aquellos individuos que tienen un riesgo elevado de la futura emergencia de un trastorno.

La investigación epidemiológica ha arrojado luz sobre la existencia del primer factor de riesgo en el desarrollo de Trastorno de Conducta Alimentaria: ser mujer y adolescente. Las mujeres son más propensas a presentar este tipo de patología y la adolescencia representa un período de riesgo crítico para el desarrollo de este tipo de problemáticas (Keel & Forney, 2013).

Se han propuesto múltiples factores de riesgo individual relacionados con el desarrollo de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. Algunos devienen del individuo, otros son variables que median entre el individuo y el ambiente.

En la bulimia, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros (Pérez Camarero, Rojo Mora & Hidalgo Vega, 2009). Se puede afirmar que la composición y las relaciones familiares juegan un rol fundamental en la construcción de un psiquismo sano o patológico de los individuos. La adolescencia es el grupo de etario con mayor vulnerabilidad para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Con la llegada de los hijos a la adolescencia, se requiere de cambios vitales y de la introducción de nuevas pautas de crianza por parte de los padres. Los adolescentes tienen nuevas necesidades y los progenitores deben responder a una dualidad de tendencias: por un lado promover la unidad familiar, siendo fuente de apoyo, afecto y pertenencia; y por otro, tender hacia la autonomía y diferenciación de sus miembros (Pérez Camarero, Rojo Mora & Hidalgo Vega, 2009). De esta forma, la adolescencia representa una etapa especialmente estresante para la

familia y es un momento proclive al desequilibrio (Mitusi, Buelga, Lila & Cava, 2001).

Por otro lado, el abuso físico y sexual conlleva sensaciones de falta de límites y de intrusión a la privacidad de las pacientes con diagnóstico de BN (Reich y Cierpka, 1998; Losada, 2011).

Se suele observar que las madres utilizan a sus hijas como extensiones de ellas mismas, para validar al propio self (Humphrey,

Durante gran parte de la historia se consideró atractivo el cuerpo femenino robusto y, podría considerarse que éste era ideal del cuerpo de una mujer. Esto se debía a que un cuerpo con curvas indicaba un marido o un padre adinerados, en una época en la cual la escasez de alimentos y las enfermedades endémicas eliminaban a un gran número de campesinos. Así, una mujer con un cuerpo fuerte podría resistir los momentos de falta de alimentos y proteger a su familia. En cambio, durante el último siglo, la abundancia de alimentos, especialmente en países desarrollados, ha suscitado el desarrollo de un nuevo ideal corporal: el cuerpo delgado (Del Bosque Chavez, 2004).

Se ha demostrado que los primeros factores de riesgo presentes para desarrollar patología alimentaria son: ser adolescente y mujer (Keel & Forney, 2013). Esto plantea el interrogante de qué diferencias existen con respecto al género en cuanto al impacto de la cultura, teniendo en cuenta que el género se refiere al conjunto de roles atribuidos culturalmente a cada sexo. Los mismos autores proponen que el ideal de cuerpo femenino está relacionado con una figura esbelta, mientras que el ideal de cuerpo masculino se liga a una figura musculosa, lo que podría proteger a los hombres de querer perder peso o desarrollar miedo a ganarlo.

La presión social puja para la promoción de un estereotipo de una mujer perfecta, que todo lo puede. Los anuncios en la televisión muestran mujeres delgadas, saludables, bellas, que trabajan a tiempo completo,

son madres comprometidas y triunfadoras. Cuando no se puede alcanzar ese nivel de exigencia, se pueden generar sentimientos de fracaso, disminución de la autoestima y de la confianza en sus recursos (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

La sociedad actual se caracteriza por un consumo masivo en la cual se propicia el deseo de comer, mediante la publicidad y el marketing, pero, simultáneamente, la industria de las dietas frustra ese deseo. Esto genera mucha confusión respecto a la alimentación y en torno al propio cuerpo (Montilla Bravo, 2009). Asimismo, Rivarola y Penna (2006) destacan que la cultura exige un cuerpo extremadamente delgado, pero a su vez se exigen metas contradictorias con dicha delgadez, como tener un busto grande, lo que termina generando más confusión aún.

5.3. FISIOPATOLOGIA

La principal hipótesis sobre la fisiopatología de la TCA se relaciona con Los cambios fisiopatológicos que se producen en la AN son parecidos a los observados en otros estados de inanición. Cuando un individuo se somete a una situación de ayuno prolongado tienen lugar en el organismo una serie de mecanismos de adaptación encaminados a mantener la vida. Todas aquellas funciones «no vitales» (crecimiento, reproducción) pasarán a un segundo plano. Tales adaptaciones, sin embargo, no ocurren sin un coste: se produce un deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad del individuo para realizar normalmente sus actividades físicas y mentales. Desde el punto de vista metabólico, a parte de un intento de conservar la energía, uno de los mecanismos más importantes es la cetoadaptación. A diferencia de lo que ocurre en otras situaciones de déficit de ingesta, en las que en un primer momento existe un aumento del gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares, glicerol y lactato, en la AN no se produce esta cetoadaptación y las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar sólo los depósitos grasos.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS



La AN comienza habitualmente en la segunda década de la vida. El inicio antes de la menarquia ocurre en menos del 10% de los casos. A pesar de no disponer de datos concluyentes, se sugiere que la enfermedad es más frecuente entre clases socioeconómicas altas, rara en individuos de raza negra (quizás debido a factores biológicos que afectan su vulnerabilidad) y parece que es 10 veces más frecuente en ciertas profesiones como gimnastas, bailarinas o modelos. En cambio, en la bulimia, cuando se utilizan criterios estrictos para su diagnóstico, la tasa de prevalencia entre adolescentes y adultos jóvenes oscila entre el 1 y 2% y parece que es virtualmente inexistente en varones.

La prevalencia de vida de la AN en los adolescentes es del 0,3% al 2,2% y puntual del 0,1% al 1,5%. La mayor prevalencia de este trastorno es entre los adolescentes del sexo femenino¹⁹, aunque Swanson y cols., en un estudio de adolescentes de 13 a 18 años de edad, no han encontrado diferencias significativas a lo largo del tiempo entre ambos sexos.

Estudios previos que evaluaron datos de servicios de salud, indicaron que la incidencia global de la AN, según los criterios del DSM-IV ha tenido tasas más estables en el tiempo. En los Países Bajos, las tasas de incidencia global se han mantenido estabilizadas cuando se evalúan los años 80 y 90 (7,4/100.000/año para 1985-1989 y 7,7/100.000/año para 1995-1999), sin embargo, cuando se evaluó la incidencia teniendo en cuenta la edad se registró en el período 1995 a 1999, un aumento significativo del 94% de AN en el grupo de niñas con edades comprendidas entre 15 y 19 años (56,4/100.000 personas/año para 109/100.000 personas/año). Valores aún más significativos en el estudio poblacional realizado con gemelos finlandeses, arrojando la cifra de 270/100.000 personas/año.

A pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia, hay consenso entre las investigaciones en que el período de la vida en que tiene un riesgo mayor las mujeres, es durante la adolescencia media y tardía. Sin embargo, es importante señalar que la aparición de AN puede ocurrir en niños y niñas muy pequeños y las proporciones estimadas entre



mujeres-hombres en la población general y entre adolescentes son, respectivamente, 12:01 y 15:01.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Las adolescentes y las mujeres jóvenes son más propensas que los adolescentes y los hombres jóvenes a tener anorexia o bulimia; sin embargo, los hombres también pueden tener trastornos de la alimentación. Aunque los trastornos de la alimentación pueden ocurrir en un intervalo de edad amplio, suelen manifestarse durante la adolescencia y poco tiempo después de cumplir 20 años. Ciertos factores pueden aumentar el riesgo de tener un trastorno de la alimentación, entre ellos:

- **Antecedentes familiares.** Hay una probabilidad significativamente mayor de que los trastornos de la alimentación ocurran en las personas cuyos padres o hermanos hayan presentado un trastorno de este tipo.
- **Otros trastornos de salud mental.** Las personas con un trastorno de la alimentación suelen tener antecedentes de trastorno de ansiedad, depresión o trastorno obsesivo compulsivo.
- **Dieta y hambre.** Estar a dieta es un factor de riesgo de padecer un trastorno de la alimentación. El hambre afecta el cerebro e influye en los cambios del estado de ánimo, la rigidez en el pensamiento, la ansiedad y la reducción del apetito. Existen pruebas contundentes de que muchos de los síntomas de un trastorno de la alimentación en realidad son síntomas de hambre. El hambre y el adelgazamiento pueden cambiar la manera en la que funciona el cerebro en personas vulnerables, lo cual puede perpetuar las conductas alimentarias restrictivas y dificultar el regreso a los hábitos alimentarios normales.
- **Estrés.** Ya sea que te vayas a la universidad, te mudes, consigas un nuevo trabajo o tengas un problema familiar o de relación, los



cambios pueden generar estrés, lo que tal vez aumente tu riesgo de tener un trastorno de la alimentación.

5.5.1. Medio Ambiente

Los factores ambientales que podrían contribuir al desarrollo del TCA. **Factores biológicos:** vulnerabilidad familiar. Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles (personas sin la enfermedad). En el caso de la anorexia nerviosa, la genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad a padecer el trastorno.

Factores socioculturales: distintos estudios identifican la relación entre TCA y modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados. Por otro lado, se encuentran los factores culturales relacionados con el culto al cuerpo, un ideal de belleza excesivamente delgado, la influencia de la moda y de los medios de comunicación, y el impacto de las redes sociales en los jóvenes.

Factores psicológicos: se han asociado con los TCA rasgos de personalidad de excesiva rigidez, perfeccionismo, auto exigencia, retraimiento social y baja autoestima, así como una historia personal de dificultades alimentarias.

Acontecimientos vitales potencialmente estresantes: se han relacionado abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital.

5.5.2. Estilos de Vida

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

5.5.3. Factores Hereditarios



Fueron identificados diferentes genes y se han desarrollado hipótesis para explicar la influencia de éstos en los TCA a través de la interacción de los cambios del componente genético con las variables ambientales y su influencia probablemente mediada por variables psicológicas y por la pubertad. Pero, aun así, es necesario aclarar los mecanismos por los que suceden la contribución genética en este complejo proceso.

Se estima que, durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo, indicando con ello que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA, que los factores ambientales. No obstante, Klump y cols. entienden que poca o ninguna influencia del medio ambiente compartido en los TCA identificada en estos estudios, no excluye la participación de los factores socioculturales en este proceso.

La evidencia sugiere que el tipo de riesgo genético para los atracones puede estar mediado por el género y las estimaciones de heredabilidad de los síntomas de TCA son compartidos en una pequeña proporción por ambos géneros. El deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal, la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal fueron significativamente más bajos entre los niños en comparación con las niñas. Sin embargo, altas estimativas de heredabilidad del Índice de Masa Corporal (IMC) superior a lo normal fueron similares entre los sexos (el 80% para las mujeres y el 76% para los hombres).

Algunos investigadores sugieren que las motivaciones para la pérdida de peso son más significativas en niñas homocigotas para el polimorfismo en el gen transportador de la serotonina asociado con una mayor actividad de la monoamino oxidasa plaquetaria. Por otra parte, no se detectó ninguna interacción significativa entre la



dieta restrictiva, la impulsividad y los genes de la serotonina para el atracón.

VI.- CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Enfermedades psiquiátricas y psicológicas, que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. En consecuencia, aparece una malnutrición que afecta a todo el organismo y al funcionamiento cerebral, lo que puede llegar a perpetuar el trastorno mental.

Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia o adultez joven y afecten en mayor medida a mujeres que a hombres.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) comprenden la anorexia nerviosa (AN), la Bulimia nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón, y el Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta Alimentaria.

Anorexia Nerviosa (F50.0)

La anorexia nerviosa se caracteriza por la **restricción de la ingesta** en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

La persona con este trastorno mantiene **un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla**. Existe una clasificación, en la que se especifica que el individuo debe tener un



Índice de Masa Corporal IMC igual o inferior a 17 Kg/m². Generalmente, la pérdida de peso se consigue por una disminución de la ingesta total. Los individuos empiezan por excluir de su dieta cualquier alimento calórico y la mayoría de ellos acaban con una dieta altamente restringida, limitada a unos pocos alimentos. También las personas con anorexia pueden perder peso mediante las purgas (vómitos provocados, laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un **miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesos**, incluso estando por debajo del peso normal, de hecho, este miedo va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, con una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal. Algunas personas se sienten obesas y otras se dan cuenta que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado obesas, puede que sean conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. Emplean una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como pesarse constantemente en una báscula, medir obsesivamente las diferentes partes del cuerpo o mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina, y ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

En mujeres pospuberales, la presencia de amenorrea puede ser una señal a tener en cuenta, por ejemplo, ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos, o cuando la menstruación aparece únicamente con tratamientos hormonales. En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica y consecuencia generalmente de la pérdida de peso, y en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia puede retrasar la aparición de la menarquia.

Frecuentemente son los familiares los que llevan a la persona al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso o cuando observan que no aumenta de peso. Los pacientes deciden buscar ayuda por sí mismas normalmente debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona comer tan poco.

Las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan e inventan historias poco creíbles al respecto. Es necesario tener siempre la información de los padres u otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y características de la enfermedad.

Existen dos subtipos de anorexia, que especifican la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa.

- En el **tipo restrictivo** la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No recurren a regularmente a atracones ni purgas.
- El tipo **compulsivo/purgativo** en cambio, se caracteriza porque la persona recorre regularmente a atracones o purgas o ambos (por ejemplo, provocación del vómito, uso de laxantes diuréticos o enemas).

La mayoría de las personas que pasan por el episodio de atracón también lo hacen por el de purga, usando vómitos, laxantes o diuréticos de forma excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Además de los signos propios de la Anorexia Nerviosa, la persona presentará otros síntomas y trastornos asociados, como estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.



La autoestima suele estar relacionada con el peso, y este es un factor para considerar, dado que por lo general suelen estar insatisfechos con el peso alcanzado. Esta insatisfacción es la que sostiene las prácticas de control. Hacen lo que consideran necesario para lograr su objetivo que es perder peso: esconden o tiran comida, escupen la medicación, ocultan información, se pesan con objetos, etc.

Pueden darse enfermedades médicas asociadas, como son anemia, función renal alterada, trastornos cardiovasculares, absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol.

En la anorexia también puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva, hipotensión, hipotermia, sequedad de la piel (se deshidrata, se seca y se agrieta), vello fino en el tronco (llamado lanugo, en la espalda, los antebrazos, los muslos, el cuello y las mejillas), edemas periféricos, petequias, color de piel amarillento (piel coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies por la acumulación de carotenos en las glándulas sebáceas), hipertrofia de las glándulas salivales, erosiones dentales, cicatrices o callos en el dorso de la mano, disminuye la masa ósea y se crean dolores al sentarse y llagas, en los casos muy tempranos se frena la velocidad de crecimiento, las uñas se quiebran, se produce pérdida de cabello.

A nivel psicopatológico debería destacar los síntomas depresivos:

Insomnio, llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia. También la ansiedad: inquietud, movimiento; así como la insatisfacción corporal y de su autoestima y los sentimientos de culpa tras la ingesta. También son evidentes otros **cambios personales y emocionales**: cambio en el carácter en general, cambios de humor, inestabilidad, menor tolerancia a situaciones o emociones desagradables, dificultad en el manejo de las emociones, dificultad en identificar, reconocer y expresar sus sentimientos.

A nivel cognitivo y de pensamiento existen alteraciones:

Pensamiento distorsionado en relación con el cuerpo y el peso, excesiva preocupación en torno a la comida y la silueta, alteración en la percepción interoceptiva de hambre y saciedad, pensamiento dicotómico (si no peso muy poco engordaré mucho), creencias irracionales (uno tiene el cuerpo que quiere, el cuerpo es infinitamente maleable), pensamientos obsesivos acerca del peso y la comida, pensamientos perfeccionistas, abstracciones selectivas, uso selectivo de la información, generalizaciones, supersticiones, ideas sobrevaloradas, se magnifica el lado negativo de cualquier situación, ideas autorreferenciales, inferencia arbitraria, empobrecimiento de la creatividad y la fantasía, vinculación de la autoestima a estar delgado, disminución de la atención, concentración y memoria.

A nivel conductual existen alteraciones comportamentales:

Cabe destacar que además de los síntomas mencionados encontramos otras conductas alteradas: cambios en la manipulación de los alimentos, descontrol en la comida, preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos, utilización de trampas para evitar la comida, esconder comida, esparcirla por el plato, cortarla en trozos muy pequeños, preparar comida para otros y no comer, alteración de la sensación de saciedad y plenitud antes de las comidas, náuseas, hinchazón, revisar continuamente dietas, cambios importantes en la actividad física, obsesión por la imagen, la báscula, los estudios y el deporte, pesarse mucho o nunca, medirse partes del cuerpo, cubrirse el cuerpo con mucha ropa, comprobar su cuerpo en espejos o no hacerlo nunca, disminución de actividades cotidianas, aumento de la agresividad, aumento de la impulsividad, conducta desordenada, mentiras frecuentes, posible abuso de sustancias o de promiscuidad sexual.

A nivel social se constatan cambios sociales:



Disminución de la comunicación, refugio en el estudio, disminución de la asertividad y déficit de las habilidades sociales, reducción de los centros de interés, sentimiento de ser diferente, mayor conflictividad familiar, problemas de pareja, aumento del aislamiento, disminución de citas y contactos sociales, alianzas y manipulaciones patológicas.

En general, La anorexia nerviosa pocas veces se inicia antes de la pubertad, **sin embargo, en los últimos años los clínicos diagnostican este proceso en la etapa prepuberal**, asimismo algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en casos prepuberales. En base a ello y a pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria se producen típicamente al final de la adolescencia, las conductas y actitudes de ingestión alteradas están apareciendo en niños pequeños a un ritmo que va en aumento, **en los últimos tiempos está descendiendo la edad de inicio**. En la etapa prepuberal hay también que destacar que los niños y niñas tienen un porcentaje de grasa corporal menor que los adolescentes, con lo que las pérdidas de peso pueden ser mucho más nocivas que en edades posteriores.

Bulimia Nerviosa (F50.2)

Se caracteriza por la existencia de episodios recurrentes de atracones. Se considera como atracón a la ingesta de una cantidad de comida claramente superior a la que la mayoría de la gente puede tomar en un periodo determinado de tiempo (de aproximadamente dos horas), acompañada de la sensación de pérdida de control durante este episodio. La persona trata de compensar de forma repetida lo ingerido para evitar el aumento de peso mediante el vómito auto provocado, el ejercicio excesivo, el ayuno o el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos. La persona con Bulimia Nerviosa siente una gran preocupación por su peso y su imagen corporal.

La Bulimia Nerviosa se presenta con frecuencia a fines de la adolescencia y suele detectarse cuando ya tiene varios años de evolución. Los atracones y conductas compensatorias generalmente se tienen a escondidas, lo que dificulta la detección temprana. Generalmente los pacientes tienen peso



normal o sobrepeso, su autoestima suele estar muy relacionada con la figura y refieren miedo intenso a aumentar de peso y deseos de adelgazar. El principal factor de mantenimiento del trastorno es el circuito restricción-atracón-purga: el paciente restringe, la restricción alimentaria conduce a un episodio de exceso/atracón, el mismo genera culpa, y la culpa conduce a conductas compensatorias. La presentación del trastorno es variable en relación con la frecuencia de los episodios de exceso/atracón, y el tipo de conductas compensatorias. Una vez consolidado el circuito, es muy difícil salir del mismo.

A diferencia de la Anorexia Nerviosa, suelen tener una vida social más activa, pero tienen un perfil de personalidad impulsivo y normalmente son más propensos a involucrarse en situaciones de riesgo.

Trastorno alimentario compulsivo

Cuando tienes el trastorno alimentario compulsivo, habitualmente comes en exceso (atracón) y tienes la sensación de pérdida de control sobre lo que comes. Puedes comer con rapidez o consumir más alimentos de los que tienes pensado, incluso cuando no tienes apetito, y seguir comiendo mucho tiempo después de sentirte demasiado lleno.

Después de un atracón, puedes sentir culpa, enojo o vergüenza por la conducta y por la cantidad de alimentos consumidos. Sin embargo, no intentas compensar esta conducta con el ejercicio desmesurado o la purga, tal como lo haría una persona bulímica o anoréxica. La vergüenza puede provocar que comas solo para ocultar tus atracones.

Por lo general, se produce una nueva ronda de atracones por lo menos una vez a la semana. Puedes tener un peso normal, sobrepeso u obesidad.

Trastorno de rumiación

El trastorno de rumiación es la regurgitación repetida y continua de los alimentos después de comer, pero que no se debe a una enfermedad ni a



otro trastorno de la alimentación, como anorexia, bulimia o trastorno alimentario compulsivo. La comida vuelve a la boca sin náuseas ni arcadas, y puede que la regurgitación no sea intencional. A veces, los alimentos que se regurgitan se mastican nuevamente y se vuelven a tragar, o bien se escupen.

El trastorno puede derivar en desnutrición, si los alimentos se escupen o si la persona come mucho menos para evitar la conducta. El trastorno de rumiación puede ser más frecuente en los niños pequeños o en las personas que tienen una discapacidad intelectual.

Trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos

Este trastorno se caracteriza por no alcanzar los requerimientos nutricionales diarios mínimos por la falta de interés en alimentarse; es decir, evitas las comidas con determinadas características sensoriales, como el color, la textura, el aroma o el sabor; o bien estás preocupado por las consecuencias al comer, como el temor a atragantarse. No evitas alimentos por temor a aumentar de peso.

El resultado del trastorno puede ser un adelgazamiento significativo o la imposibilidad de aumentar de peso en la niñez, así como deficiencias nutricionales que pueden acarrear problemas de salud.

6.1.2. Interacción cronológica

Las manifestaciones de TCA van a variar según la etapa de desarrollo y generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 10 y 20 años de edad, cuando ya las características del TCA empiezan a impactar negativamente en el funcionamiento diario de los adolescentes. Al realizar la historia clínica podemos darnos cuenta que los síntomas iniciaron a una edad más temprana a la del diagnóstico, puede existir una correlación evolutiva en el TCA.

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el



que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar. El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva en los primeros dos años de vida a la madre, en la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo, otros miembros de ella) y sólo secundariamente considerar el manejo con fármacos.

En la adolescencia, permanecerán con el diagnóstico la mayoría de los adolescentes 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 auto concepto de sí mismo, 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 el consumo de sustancias. Si se presenta comorbilidad con trastornos afectivos puede incrementarse el riesgo de ideación y conductas suicidas.

6.2. DIAGNOSTICO

Es importante mencionar que el diagnóstico de la TCA 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 de la conducta alimentaria, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva. El adolescente y adulto joven 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 TCA es exclusivamente clínico, realizado a través de la observación, entrevista clínica, examen mental, y recopilación de información del médico y/o profesional de la salud. 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, existen dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de obesidad relacionadas con alteraciones psicológicas. Así mismo incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a los trastornos psicológicos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN LA CIE-10 [F50.0]

El diagnóstico de Anorexia Nerviosa se ha de realizar de forma estricta, porque es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:
 - 1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:



2. Vómitos autoprovocados.

3. Purgas intestinales autoprovocadas.

4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisogonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexual (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. .

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA SEGÚN LA CIE10 [F50.2]

Para hacer el diagnóstico de Bulimia Nerviosa han de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de manera que constituyen pautas diagnósticas estrictas:

- A. Preocupación persistente por la comida, juntamente con un deseo intenso o un sentimiento de compulsión por comer, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los métodos siguientes: Vómitos auto



provocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito o anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, pueden abandonar su tratamiento con insulina.

- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo/a se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o a su peso óptimo o sano. Con frecuencia existen antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, SEGÚN LA CIE-10

Anorexia nerviosa atípica [F50.1]

Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la anorexia nerviosa [F50.0], como amenorrea o pérdida significativa de peso pero que, por lo demás, presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermedades que tienen todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no puede utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

Bulimia nerviosa atípica [F50.3]

Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la bulimia nerviosa [F50.2], pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos con frecuencia tienen un peso normal o incluso superior al normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros los síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo se ha de hacer un doble



diagnóstico).

Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas [F50.4]

Se ha de codificar de acuerdo con este apartado la ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad.

Vómitos en otras alteraciones psicológicas [F50.5]

Pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos, en la hipocondría y en el embarazo. Incluye: Vómitos psicógenos, hiperémesis gravídica psicógena.

Otros trastornos de la conducta alimentaria [F50.8]

Incluye: Disminución psicógena del apetito (hiporexia), pica de origen orgánico en adultos.

Trastornos de la conducta alimentaria sin especificación [F50.9]

Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia [F98.2]

Anorexia precoz severa en el lactante, marisismo o rumiación (a partir de 6-8 meses y suele acompañarse de intensa desnutrición).

Hiperfagia, coprofagia, potomanía.

Pica en la infancia [F98.3]

Ingesta de sustancias no nutrientes (tierra, yeso...)

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

ANOREXIA NERVIOSA

No suele planear dificultades. Pueden presentarse además síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica. Deben distinguirse de esa enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.



BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa debe ser diferenciada de:

- a) Trastorno del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos (no existe la psicopatología característica).
- b) Alteración más profunda de la personalidad ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con dependencia al alcohol y conducta antisocial (por ejemplo: robar en comercios).
- c) Trastornos depresivos (ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos).

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología clínica

Desde el punto de vista psicológico, el cuadro clínico de los TCA se caracteriza por:

1. **Ansiedad:** El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. En los pacientes con TCA la ansiedad está siempre presente: En bulimia precede al atracón, que la calma momentáneamente, aunque después vuelve con gran intensidad. En anorexia se manifiesta, sobre todo, en los momentos en que la paciente se enfrenta a las comidas. Y en ambas, la frustración al no conseguir un "cuerpo perfecto" potencia este síntoma que termina siendo incapacitante en muchos casos (Morandé, 1995).
2. **Obsesiones:** La obsesión por adelgazar constituye un aspecto básico en los TCA, tanto anorexia como bulimia. La diferencia está en que mientras la anoréxica logra su objetivo, para la bulímica es un objetivo casi siempre inalcanzado. En la paciente con TCA siempre están presentes dos ideas obsesivas: Peso y comida.
3. **Depresión:** La tristeza y el cambio de carácter es muy frecuente en estas pacientes y pueden ser los primeros síntomas que detectan las personas de su entorno. En muchos casos, la inanición conlleva



aparejada la depresión. Es muy frecuente que al realimentar a estas pacientes el cuadro depresivo mejore significativamente (Toro y Vilardell, 1987). El cuadro depresivo culmina, desgraciadamente, en muchos casos con intentos de autolisis que son particularmente frecuentes en bulimia.

4. **Distorsiones cognitivas:** La distorsión fundamental en estas pacientes es la imagen corporal, y es una de las características más incomprendidas por las personas de su entorno. El nivel de distorsión no es estable. En los pacientes con anorexia este nivel aumenta conforme la paciente va reduciendo su peso. Es muy frecuente encontrarse pacientes con un índice de masa corporal muy bajo que continúan pensando que están enormemente obesas. Este tipo de distorsiones es menos frecuente en pacientes bulímicas.
5. **Baja autoestima:** Todas las personas con TCA tienen una autoestima muy pobre (McKay y Fanning, 1991). No se valoran ellas mismas y creen no ser valoradas por los demás. Todo lo que hacen está mal. No encuentran ningún aspecto positivo en su físico ni en su manera de ser. Sus pensamientos automáticos irracionales son tan abundantes que continuamente están destrozando su autoestima (*como estoy gorda, nadie me va a querer....*)
Junto a lo anterior, hay que destacar que estos pacientes son enormemente perfeccionistas, y en particular los que se encuentran en fase de anorexia. Las elevadas expectativas sólo consiguen frecuentes frustraciones que conllevan un mayor deterioro en el nivel de autoestima.
6. **Falta de autocontrol,** especialmente marcado en bulimia. Lacey, citado por Fairburn (1998), ha señalado que "estas personas tienen un problema del control de los impulsos y su problema alimentario es una expresión de aquél".

6.3.2. De exámenes especializados complementarios



Análisis de sangre y electrocardiograma.

En el caso de un diagnóstico o sospecha de un Trastorno de la Conducta Alimentaria se solicita un análisis de sangre completo y un electrocardiograma para evaluar posibles complicaciones médicas.

6.3.3. Instrumentos de evaluación para TCA

- Test de Matrices de RAVEN Adultos y niños
- Inventario multifasico de personalidad de Minnesota MINIMULT
- Inventario de personalidad de EYSENCK Forma B
- Test proyectivo de la Figura humana de Karen Machover
- Test de retención visual de Benton (TRVB)

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales y preventivas

6.4.2. Terapéutica

Todos las adolescentes y adultos jóvenes con TCA 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 TCA (anorexia y bulimia) y deterioro funcional asociado.

El tratamiento tiene como objetivo mejorar los síntomas físicos y psicológicos del TCA, optimizar el funcionamiento y disminuir las distorsiones cognitivas, emocionales y conductuales.

Tratamiento Psicológico:

Psicoeducación Educativa:

La información, que se proporciona a los pacientes, irá dirigida a:

A. Ayuda diagnóstica:

En la mayoría de los pacientes existe una falta de conciencia total de la enfermedad. Es fundamental, en un primer momento, informarles de la sintomatología y características de la misma.

La información adecuada les ayudará a identificar sus conductas y a comenzar a tener conciencia de enfermedad.

B. Evolución y pronóstico de la enfermedad:

Se les informa de las consecuencias físicas y psicológicas de las dietas drásticas, de los atracones, vómitos y otros tipos de conductas purgativas. El paciente deberá tener información adecuada de los terribles riesgos que los TCA conllevan para su salud, tanto física como mental.

C. Consejos nutricionales:

Es preciso, antes de nada, corregir las creencias erróneas nutricionales (Schmidt y Treasure, 1996) tan frecuentes en este tipo de pacientes (una paciente puede creer que el uso de una crema hidratante la hace ganar peso).

Posteriormente, se debe informar de las características de una dieta adecuada, tanto en calidad de alimentos integrantes como de cantidad de los mismos.

Contrarrestar la presión social:

Hay que liberar, en la medida de lo posible, a los pacientes de los efectos perjudiciales de los medios de comunicación, y en particular, de la publicidad engañosa y sesgada a que se ven sometidas.

Modificación conductual:

Dirigida a los siguientes aspectos:

- Identificación de los **factores precipitantes** y de **mantenimiento** de las conductas problemáticas.
- Establecer **estrategias incompatibles con las conductas problema**. Ejemplo: Asignar ciertas tareas para realizar en los momentos en que la paciente suele presentar conductas purgativas.
- Reorganización de los **patrones alimentarios correctos**. Hay que proporcionar, tanto a los pacientes como a sus familiares, unas normas claras y precisas que incluirán aspectos como: Número de comidas al día, lugar donde se realizan, cierre de la cocina si es preciso, conveniencia de comer acompañada, etc.



- **Fijar metas adecuadas.** Las metas que se acuerden con los pacientes deben ser concretas y realistas, en todo caso de dificultad progresiva, lo que les proporcionará logros que aumenten su autoestima (Branden, 1995) y seguridad. Hay que evitar metas altas, inalcanzables, como las que se imponen los mismos pacientes en su afán de perfeccionismo que lo único que consiguen es incrementar su frustración.
- Establecimiento de un **sistema de refuerzos**. Los pacientes, en la medida en que vayan consiguiendo metas sucesivas, recibirán gratificaciones que ayudarán a extinguir las conductas relacionadas con su enfermedad.
- Trabajar la **intolerancia al cambio** de la paciente buscando moderar su rigidez mental.

Modificación cognitiva:

Se deberá centrar en los siguientes aspectos:

- Un primer objetivo es cambiar el **pensamiento pasivo** de estas pacientes con la intención de que se hagan sujetos activos y asuman responsabilidad en el tratamiento.
- Modificar los **pensamientos distorsionados** relacionados con el comer, el peso y los alimentos. Al introducir pensamientos más adaptativos, se reducirá la ansiedad y el malestar de los pacientes.
- Identificación y modificación de los **pensamientos automáticos irracionales**. Estos pensamientos, tan frecuentes, deterioran continuamente la autoestima de las pacientes y obligatoriamente hay que sustituirlos por otros más realistas y positivos.
- Modificación de las **distorsiones perceptivas** que originan una imagen negativa del cuerpo. La paciente rechaza persistentemente su propio cuerpo lo que repercute en sus conductas alimentarias negativas y termina originando un auténtico círculo vicioso (Toro, 1996).
- Modificación de los miedos: Miedo a no destacar, a perder el cuerpo delgado, a no ser aceptada por los demás, a engordar, etc.

Tratamiento Farmacológico

El uso de la medicación en los TCA no es necesario en muchos casos y en ninguno de ellos, se recomienda como tratamiento único, sino juntamente con un tratamiento psicológico. En la Anorexia Nerviosa no hay un tratamiento farmacológico eficaz. En la practica el Psiquiatra utiliza:

Los antidepresivos son los medicamentos más comunes que se usan para tratar los trastornos alimentarios que implican atracones o purgas, pero, según la situación, a veces se recetan otros medicamentos. Tomar un antidepresivo puede ser especialmente útil si tienes bulimia o un trastorno alimentario compulsivo.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Consideraciones especiales

Cuando vaya a tomar un medicamento por prescripción, tenga las siguientes precauciones:

- Tómelos como se lo indiquen; ni más, ni menos, ni a una hora diferente.
- No deje de tomarlos sin consultarlo con su profesional en el cuidado de la salud.
- No los comparta con alguien más.
- Conozca cuáles efectos y efectos secundarios esperar, y repórtelos con su médico.
- Si usted está tomando más de un medicamento, incluso si es de venta libre, asegúrese de revisar con un médico o farmacéuta acerca de las interacciones con medicamentos.
- Planee con anticipación los reabastecimientos para que no se quede sin existencias.



6.4.4. Signos de alarma

En relación con la alimentación

- Utilización injustificada de dietas restrictivas.
- Estado de preocupación constante, que puede llegar a la obsesión por todo lo que esté relacionado con la alimentación.
- Interés exagerado por recetas de cocina, dietas, tablas de calorías, etc.
- Preferencia por no comer en compañía.
- Interés por cocinar para los demás y hábito de encontrar excusas para no comer.
- Sentimiento de culpabilidad por haber comido.
- Comportamiento alimentario extraño (comer de pie, desmenuzar la comida en trozos muy pequeños, jugar, esconderlo, etc.).
- Levantarse de la mesa y encerrarse en el baño después de cada comida.

En relación con el peso

- Pérdida de peso injustificada o detención del aumento.
- Miedo y rechazo exagerados con respecto al sobrepeso.
- Práctica del vómito autoinducido o del ayuno y utilización de laxantes o diuréticos con el objetivo de controlar el peso o perderlo.

En relación con la imagen corporal

- Percepción errónea de tener un cuerpo graso
- Intentos de esconder el cuerpo con la utilización de ropa ancha, evitando el bañador, etc.

En relación con el ejercicio físico

- Hacer ejercicio en exceso y mostrar nerviosismo si no se hace.
- Utilización del ejercicio para adelgazar.

En relación con el comportamiento



- Insatisfacción personal constante.
- Estado depresivo e irritable, con cambios de humor frecuentes.
- Disminución de las relaciones sociales, con tendencia al aislamiento.
- Aumento aparente de las horas de estudio.
- Dificultad de concentración.

Señales de alerta que nos pueden hacer sospechar que existe un TCA

- Uso injustificado de dietas restrictivas.
- Estado de preocupación constante por la comida.
- Interés exagerado para recetas de cocina.
- Sentimiento de culpa por haber comido.
- Comportamiento alimentario extraño (velocidad ingesta, comer derecho, etc.)
- Otros signos de alarma es la ideación suicida, y exacerbación de síntomas de otros trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, manía).

6.4.5. Criterios de Alta

Teniendo en cuenta que los signos y síntomas del TCA, se 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.

Tomar en cuenta los criterios de alta:

- IMC mayor de 18 kg/m² mantenido una semana.
- Generalización de conducta alimentaria en su domicilio.
- Mejoría psicopatológica.
- Establecimiento o inicio del programa de tratamiento ambulatorio o de hospital de día.
- Restablecimiento de la actividad social y funcionamiento familiar mínimos.



6.4.6. Pronóstico

El pronóstico depende de diversos factores siendo uno de los más importantes la detección precoz y la posibilidad de un tratamiento adecuado.

Habitualmente se recomendaba considerar una duración de tratamiento entre 2 a 4 años, advirtiéndose que no se debe hablar de curación antes de los 4 años de evolución y que el tratamiento debe continuar más allá de la mejoría meramente sintomática y de la recuperación de un peso adecuado (INSALUD, 2000). Estos criterios han tendido a flexibilizarse planteando un mínimo de 12 meses en la última Guía de Práctica Clínica (en adelante, GPC) publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2009. En cualquier caso, esta consideración dependerá del caso y de los factores de protección y variables de vulnerabilidad detectadas.

La morbimortalidad asociada se estima entre el 6 y el 15 por ciento (Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011). Otros estudios sitúan los índices en porcentajes más bajos (4 por ciento en anorexia nerviosa; 3,9 por ciento en bulimia nerviosa y 5,2 por ciento en trastorno alimentario no especificado (Crow et al, 2009), advirtiéndose de las ratios elevadas de suicidio en todos los trastornos, incluyendo bulimia nerviosa y no especificados, que clásicamente han sido vistas de forma errónea a la luz de los datos (Winkler et al., 2014), como trastornos alimentarios "menos severos". El riesgo de mortalidad se reduce cuando las pacientes son tratadas por equipos interdisciplinarios especializados (Winkler et al., 2015).

Prevalencia

Hoy en día se acepta que la anorexia nerviosa afecta a un 1 por ciento de la población adolescente. En el caso de la bulimia la proporción se duplica, afectando a más del 2 por ciento de la población adolescente. Los casos de formas parciales pueden afectar hasta al 5 por ciento de esta población.

Factores de buen o mal pronóstico

Problemas metodológicos



Cuando intentamos analizar los predictores lo primero que tenemos que hacer es recoger distintos estudios, ya que cuanto mayor sea el volumen de casos más consistencia tienen los resultados. Pero el problema es que los criterios diagnósticos varían, por ejemplo el concepto de bulimia ha cambiado entre el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV.

Además a la hora de valorar la respuesta al tratamiento en la mayoría de los casos no hay una intervención que se aplique en todos ellos, por ejemplo siguiendo con la bulimia hay tres formas de tratamiento psicoterapéutico que han demostrado su efectividad (la terapia conductivo-conductual, la terapia dialéctica y la terapia interpersonal) y los fármacos para la bulimia en muchos casos no se usan. Si el abordaje de los pacientes graves -sí medicados- se compara con aquellos atendidos a nivel primario, es difícil hacer que los datos procedentes de diferentes estudios se puedan comparar.. Por ejemplo:

-Recuperación completa significa (en bulimia nerviosa) que el paciente no ha tenido atracones ni vómitos en los seis meses previos o una puntuación en la PSR (Psychiatric Status Rating) inferior a 3 durante 8 semanas consecutivas, o sin síntomas durante los 12 meses anteriores a la evaluación, o bien que no tenga trastorno alimentario o no cumplir criterios de DSM-IV.

-Una buena evolución es que el paciente no presenta atracones o vómitos, o los presenta menos de una vez por mes.

-Remisión parcial es si los atracones o vómitos se producen una vez al mes o más, pero menos de una vez por semana.

La “inestabilidad” clínica de los TCA

Un paciente puede sufrir migración entre categorías diagnósticas, así que tendremos que normalizar esta situación. También es importante el momento de la evaluación. Se hizo un estudio que plantea la evolución de los pacientes a 12 años. Puede ser muy distinta la evaluación que se hace de una paciente si se hace en el momento que es dada de alta y la predicción de la respuesta tiene que ver con el tiempo de hospitalización.



En ese momento está más disminuida la puntuación del EDI que si la hago dos años después en la que ya ha subido de forma significativa. Es decir, el tiempo debería ser uniforme en todos los estudios, la forma de tratamiento también debería ser uniforme y los pacientes deberían ser lo más uniformes posible, porque si no tenemos eso los resultados van a ser “resbaladizos”.

Factores asociados al abandono del tratamiento

El abandono del tratamiento es el principal factor asociado a un mal pronóstico. Las tasas de abandono están directamente relacionadas con la técnica terapéutica. Por ejemplo en la BN si uso terapia ecléctica hasta el 60 % de las pacientes se van a escapar. Si uso una terapia con poca contención de las pacientes (que la atrapa poco), p ej. la terapia de grupo, hay hasta un 50 % de deserciones en el tratamiento. En cambio si uso la terapia individual cognitivo-conductual las tasas de abandonos se reduce al 15 %.

Las variables asociadas al abandono del tratamiento son:

- Baja motivación
- Gravedad de la patología alimentaria
- Impulsividad
- Antecedentes de AN (en BN)
- Determinados rasgos de personalidad: paranoides, psicoticismo y sensibilidad interpersonal (ser muy sensible frente a la opinión de los demás).
- Depresión: no se puede hacer psicoterapia en una paciente que tiene un estado depresivo intenso, primero hay que tratar la depresión.

Factores asociados al pronóstico a nivel del paciente

Se han estudiado características del paciente, de su entorno y del proceso de tratamiento.



En relación con el paciente se han valorado determinadas variables biológicas, la patología alimentaria específica, la psicopatología y determinadas características psicológicas.

A nivel de psicopatología, que haya otros problemas psiquiátricos asociados: la comorbilidad. Una paciente que tiene BN y depresión, o trastorno de personalidad, o trastorno fóbico, o en la AN un TOC... son pacientes que van a funcionar peor si no hago un tratamiento asociado a esa patología. En la AN el principal escollo a nivel de personalidad parecen ser los rasgos evitativos porque dificultan la interacción. Y en el caso de BN los rasgos borderline (más asociado a la impulsividad a la hora de actuar).

La depresión, que existan tendencias autodestructivas, intentos de suicidio, abuso de sustancias... son todos factores de mal pronóstico. Y en el caso de las pacientes con AN la obsesividad y la tendencia a la somatización y en la BN la historia familiar de depresión o de alcoholismo.

Una baja autoestima, un sentimiento de ineffectividad y la impulsividad son factores comunes de mal pronóstico tanto en AN como en BN. La sensibilidad social, la desconfianza interpersonal y la hostilidad parecen influir negativamente en el caso de la AN. Y el funcionamiento del yo, la alexitimia o el sentimiento de autodirectividad en el caso de las pacientes con BN.

Factores asociados al pronóstico a nivel del entorno

El entorno es importante. Se han hecho estudios sobre la familia del paciente y si las relaciones son positivas, cálidas, si los vínculos familiares están conservados, si no existen malos tratos, ni antecedentes de abusos sexuales, o no existen conflictos con la pareja actual, el pronóstico es mucho mejor.

Un paciente con mejor apoyo ambiental va a mejorar más que el que no lo tiene. Y el nivel socioeconómico también juega un papel en la evolución. Si el nivel es más alto el pronóstico es mejor. La adaptación social también es un predictor de buen pronóstico y es negativa la ausencia de actividad



laboral, estar aislado o no compartir los valores culturales, como sucede en el caso de la emigración.

Factores asociados al pronóstico a nivel del tratamiento

El tratamiento también va a determinar el pronóstico. Una mayor duración del tratamiento se asocia a mejor evolución. Los fracasos en tratamientos previos suelen ser un factor de mal pronóstico y la disposición para el cambio -la motivación del paciente- es un elemento fundamental.

Factores asociados a la recurrencia del trastorno

Hay factores presentes antes del tratamiento como el bajo nivel de motivación, un peso ideal más bajo, edad más baja, o mayor intensidad de síntomas bulímicos. Estos pacientes tienen más posibilidad de recaer en un futuro.

Y hay factores presentes tras el tratamiento: que el paciente haya tenido tratamiento en una clínica especializada o general (si es especializada hay menos posibilidades de recaída), que haya necesitado o no hospitalización, la persistencia de los vómitos, o que hayamos resuelto su desconfianza interpersonal.

6.5. COMPLICACIONES

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 TCA.

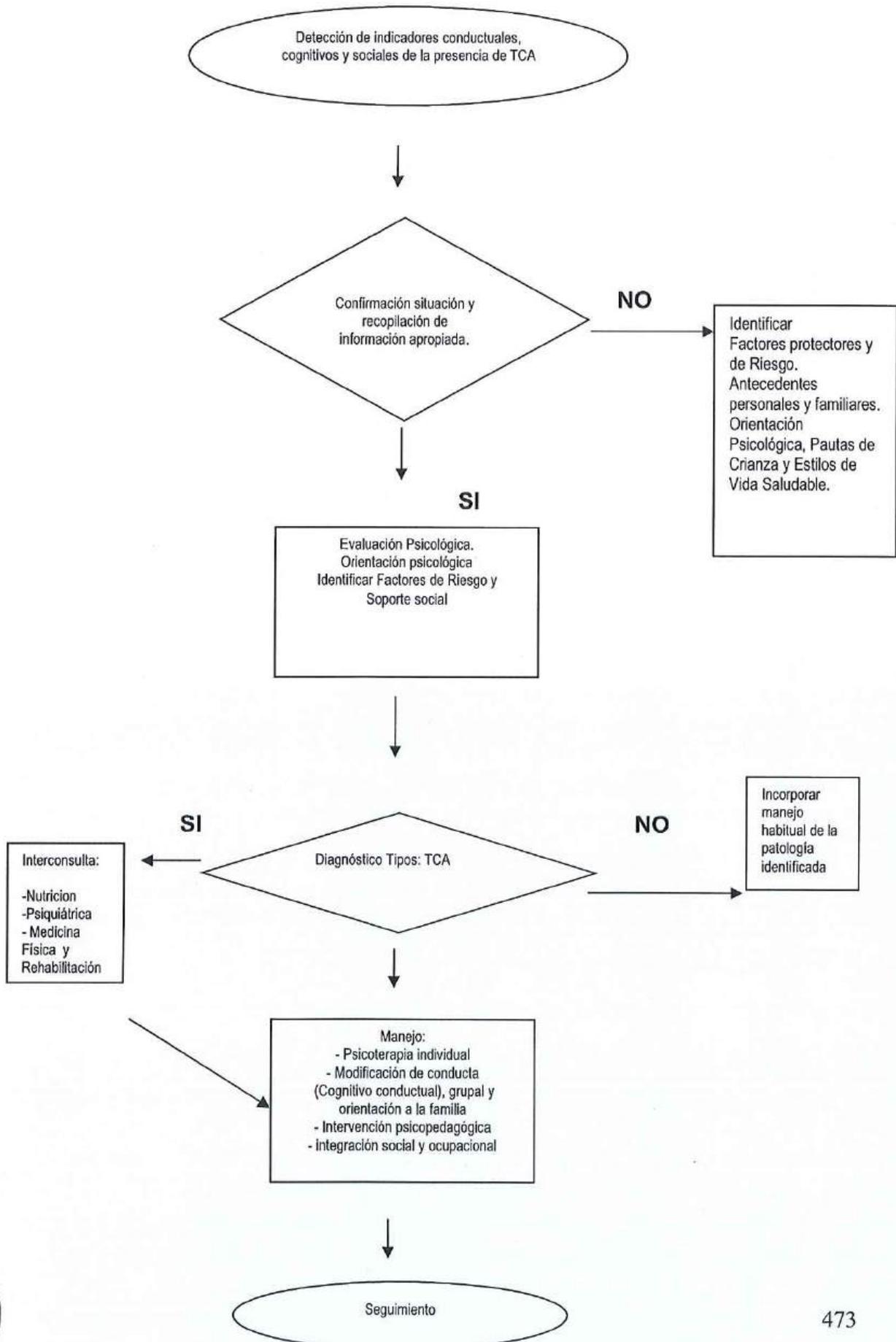
Criterio de Contrarreferencia

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



VIII. ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE PROPUESTA DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

HABITOS DIETÉTICOS PREVIOS

TIPO DE TRASTORNO

HISTORIA DEL TCA

I.M.C.

GRADO DE MOTIVACIÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

GRAVEDAD MÉDICA

GRAVEDAD PSIQUIÁTRICA

ANALÍTICA BÁSICA: hemograma, bioquímica, electrolitos, urea, creatinina.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE ACONSEJEN EL INGRESO



INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y PROTOCOLOS

INTELIGENCIA ADULTO

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN ESCALA COLOREADA

Instituto, Escuela o Clínica _____

Nombre: _____

Forma de Aplicación _____ Prueba No. _____

Fecha de nac. _____	Motivos de la apl. _____
Edad: _____ Años _____ meses Grado _____	Fecha de hoy: _____
Colonia: _____ Ciudad: _____	Hora de inic.: _____ Duración: _____
Municipio: _____	Hora de fin.: _____

A		A _B		B	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
Punt. Par.:		Punt. Par.:		Punt. Par.:	

ACTITUD DEL SUJETO	DIAGNÓSTICO
<i>Forma de Trabajo</i>	Edad cron. _____ Puntaje _____
Reflexiva	T/minut. _____ Percent. _____
Intuitiva	Discrep. _____ Rango _____
Rápida	Diagnóstico
Lenta	
Inteligente	
Torpe	
Concentrada	
Distraída	
<i>Disposición</i>	
Dispuesta	
Fatigada	
Interesada	
Desinteresada	
Tranquila	
Intranquila	
Segura	
Vacilante	
<i>Perseverancia</i>	
Uniforme	
Irregular	
	EXAMINADOR



INTELIGENCIA NIÑOS Y ADOLESCENTES

PERSONALIDAD

**PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN
ESCALA ESPECIAL**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EXPEDIENTE N°: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

FORMA DE APLICACIÓN: _____ MOTIVACIÓN DE APLICACIÓN: _____

EDAD: _____ años _____ meses _____ GRADO: _____ FECHA: _____

ESCUELA: _____ HORA DE INICIO: _____

DISTRITO: _____ HORA FIN: _____ DURACIÓN: _____

A		AB		B	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
Punto Parcial		Punto Parcial		Punto Parcial	

ACTITUD DEL SUJETO	RESULTADOS												
<p><i>Forma de trabajo</i></p> <p>Reflexiva _____ Intuitiva _____</p> <p>Rápida _____ Lenta _____</p> <p>Inteligente _____ Torpe _____</p> <p>Concentrada _____ Distrada _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Disposición</i></p> <p>Dispuesta _____ Fatigada _____</p> <p>Interesada _____ Desinteresada _____</p> <p>Tranquila _____ Intranquila _____</p> <p>Segura _____ Vacilante _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Persistencia</i></p> <p>Uniforme _____ Irregular _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Edad cronológica</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">Puntaje</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Tiempo en minutos</td> <td></td> <td>Percentil</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Discrepancia</td> <td></td> <td>Rango</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; background-color: #d3d3d3; padding: 5px; font-weight: bold; margin-top: 5px;"> DIAGNÓSTICO </div> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">EXAMINADOR</p>	Edad cronológica		Puntaje		Tiempo en minutos		Percentil		Discrepancia		Rango	
Edad cronológica		Puntaje											
Tiempo en minutos		Percentil											
Discrepancia		Rango											



M.M.P.I. FORMA ABREVIADA MINI - MULT

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Ud. Encontrará en este folleto, una serie de frases. Lea cada una atentamente e indique, con una X, una C ó F en el espacio correspondiente de la hoja de respuesta, si en su caso la frase es cierta (C) o falso (F). Trate de ser sincero(a) consigo mismo y use su propio criterio. Si le es posible no deje de contestar ninguna de las frases.

PREGUNTAS	CIERTO	FALSO
1. Tengo buen apetito.		
2. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.		
3. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.		
4. Trabajo bajo una tensión muy grande.		
5. De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.		
6. Muy raras veces sufro de estreñimiento.		
7. A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.		
8. A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.		
9. Sufro ataques de náuseas y de vómitos.		
10. Nadie parece comprenderme.		
11. A veces siento deseos de maldecir.		
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.		
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.		
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.		
15. Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.		
16. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.		
17. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.		
18. Mi sueño es irregular e intranquilo.		
19. Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.		
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.		
21. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.		
22. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.		
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.		
24. Algunas veces me enojo.		
25. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.		
26. Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.		
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.		
28. Casi siempre soy feliz.		
29. Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.		
30. Creo que están conspirando contra mí (cuando se unen varias personas contra alguien).		
31. La mayor parte de la gente se valen de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.		
32. Sufro mucho de trastornos estomacales.		
33. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.		
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.		
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.		
36. Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.		
37. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.		
38. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.		
39. Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.		



INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos _____ y _____ Nombres: _____

Lugar de Nac.: Fecha de Nac.: Edad: _____

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57	<input type="radio"/>

N:

L:

.....



**FICHA TECNICA DE TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA
HUMANA DE KAREN MACHOVER DFH-DAP**

TITULO : Figura humana de Karen Machover.

AUTOR : Karen Machover.

CLASIFICACIÓN: Test proyectivo.

OBJETIVO : Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

EDAD : A partir de 7 años. Niños, adolescentes y adultos.

TIEMPO : 5 a 10 minutos aproximadamente.

MODALIDAD DE APLICACIÓN: individual o colectiva.

MATERIAL: 2 hojas blancas tamaño carta y lápiz del número 2 con goma de borrar.

INSTRUCCIÓN: "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.

APLICABILIDAD: Clínica, Organizacional, Educativa, cualquier nivel académico.

SUGERENCIAS: anotar que parte de la figura hizo primero y cual al final; de que sexo es el dibujo que realizó primero.

POR QUE LA FIGURA HUMANA

PAUTAS DE APLICACIÓN E INTERPRETACION:

El dibujo de una persona ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflicto con su cuerpo.

INSTRUCCIONES

PRIMER DIBUJO: dibuje una persona.

Segundo dibujo: se le da al sujeto una segunda hoja de papel.

Se le dice que dibuje otra figura del sexo contrario a la dibujada antes.

Instrucciones especiales: si el sujeto alega no saber dibujar o que no tiene habilidad para ello.

TOMAR NOTA DFH.

ENTREVISTA DE ASOCIACION LIBRE.

TOMAR NOTA DE LOS DFH

- a. LUGAR QUE OCUPA LA UBICACIÓN DE CADA UNA DE LAS FIGURAS EN LA PÁGINA.



TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON

Elaborado por Arthur Benton, es un instrumento que busca medir el grado de deterioro mental que puede tener el evaluado, asimismo nos puede ayudar a determinar algún deterioro en una alguna parte específica del cerebro, ya sean lóbulos o hemisferios.

Esta prueba es usualmente se utiliza en grupos particulares como los drogodependientes, esquizofrénicos, pacientes con Alzheimer, entre otros.

Los Gráficos e imágenes son tomados del autor. Esta prueba mide tres aspectos:

- La **percepción visual**. - Requiere del análisis intelectual de la situación, así mismo es la capacidad de percibir el espacio ser capaz de captar la separación entre su Yo y el mundo que le rodea, estableciendo relaciones de proximidad y lejanía de los objetos consigo mismo y de los objetos o personas entre sí.
- La **memoria visual**. - Capacidad que tiene la persona para **configurar**, discriminar y relacionar diversos objetos que van a ser percibidos visualmente. Asimismo, nos permite guardar y evocar los preceptos.
- La **habilidad viso constructiva**. - Capacidad del individuo de realizar actividades en un tiempo corto, se relaciona mucho con la destreza y la inteligencia, que es algo innato. Esta capacidad está atenuada por la información visual y el aprendizaje.

5.1. Administración

Posee cuatro tipos de administración (A, B, C, D). Básicamente está constituida por una serie de dibujos que serán presentados al evaluado por un lapso de 10 SEGUNDOS, terminado este lapso le proporcionaremos *la mitad* de una hoja bond A4, un lápiz, y un borrador de tinta (Se recomienda este tipo de borrador ya que estos manchan la hoja y así se nos hará más fácil, calificar cuantas veces el evaluado ha borrado.).

5.2. Calificación

Cuando el evaluado haya terminado de plasmar todas las figuras que se le proporcionó, comenzaremos a calificar.

Se calificará de 0 a 1, si el dibujo es correcto, se le otorgará 1 punto, si es incorrecto se le otorgará 0 puntos, y en la hoja de protocolo especificaremos que tipo de error presenta el dibujo. **También se puede calificar por error** (1 punto cada respuesta incorrecta).

El test propone seis tipos de errores, los cuales son: Omisiones, Distorsiones, Perseveraciones, Rotaciones, Desplazamientos y Errores de tamaño.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. AETCA/ADANER (1997). *Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes*. Madrid: Jornadas AETCA.
2. Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
3. Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
4. Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y de la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca. Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
5. INSALUD (1995). *Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
6. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evolución y mejora*. Barcelona: Martínez Roca. Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
7. Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy. Madrid.
8. Rodríguez Cantó F. (1997). *Psicoterapia de grupo en trastorno de alimentación*. Madrid: Jornadas de AETCA.
9. Schmidt, U. y Treasure, J. (1996). *Aprender a comer*. Barcelona: Martínez Roca. Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
10. Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
11. Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
12. Vandereycken, W., Castro, J., y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
13. Adults being treated with antidepressant medications. FDA Public Health Advisory. Food and Drug Administration website. Disponible



en: <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI200507.htm>. Accedido marzo 31, 2007.

14. Eating disorders: facts about eating disorders and the search for solutions. National Institute of Mental Health website. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorders.cfm>. Accedido abril 8, 2007.
15. Periactin. PDRhealth website. Disponible en: http://www.pdrhealth.com/drug_info/rxdrugprofiles/...gs/per1328.shtml. Accedido abril 12, 2007.
16. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed, American Psychiatric Association, 2006. Accedido abril 12, 2007 at: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/EatingDisorde...ePG_04-28-06.pdf
17. Beato, L; Díaz, P ;Soriano;García Muñoz, A: Protocolo de actuación de enfermería en una unidad de tratamiento para los trastornos del comportamiento alimentario: Unidad de trastornos alimentarios. Servicio de psiquiatría. Hospital del Carmen. Ciudad Real. An.Psiquiatría (Madrid) Vol.18, Nº4, pp 170-175, 2002.
18. Calvo, R.S.: Anorexia y Bulimia. Guía para padres educadores y terapeutas. Ed. Planeta SA 2002.
19. Fernández, A y V. Turon. Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de tratamiento en anorexia y Bulimia. Ed.Masson, Barcelona 1998.
20. García Camba, E. Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y obesidad, Ed. Masson, 2001. Guía clínica de la APA para el tratamiento de los TCA. 3ª edición, Julio 2006.
21. Plan de Reordenación de la atención a los trastornos de la conducta alimentaria desde la red sanitaria pública de Cataluña. Protocolo de trastornos del comportamiento Alimentario. INSALUD. Madrid. 1995. Programa de



hospitalización en Anorexia Nerviosa del adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid 2003.

22. Protocolos operativos de la Unidad de Desórdenes Alimentarios (UDAC). Hospital de Conxo. Santiago de Compostela. Enero 2002.



XIII.-GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTROAUTISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

I.- FINALIDAD

Contribuir con un instrumento técnico que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones sobre la detección precoz, criterios clínicos de diagnóstico, así como estrategias de intervención psicológicas para una atención oportuna e integral del Trastorno del Espectro Autista, que se presenta en los niños y adolescentes, en el marco de la mejora continua, seguridad y calidad de la atención de los pacientes del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

II.- OBJETIVO

Esta Guía de Práctica Clínica, tiene los siguientes objetivos:

- Unificar y estandarizar criterios de atención integral para evaluar y diagnosticar Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes, brindando orientación basada en evidencia.
- Brindar a los profesionales de la salud recomendaciones sobre el Autismo, con el propósito de que ellos puedan atender e informar a los niños, adolescentes y padres de familia.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del HCLLH según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III.- AMBITO DE APLICACION

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación en el Servicio de Psicología, en el Área de Psicología Especializada del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz .

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

IV.- NOMBRE Y CODIGO:

El Autismo se encuentra clasificado en el CIE-10 dentro de los TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO, clasificados en los códigos CIE 10 del F80-F89.



La presente Guía de Práctica Clínica, hace referencia principalmente a los Trastornos Generalizados del Desarrollo del Código CIE 10 F84, que a su vez comprenden:

AUTISMO EN LA NIÑEZ: CIE10: F84.0

AUTISMO ATÍPICO: CIE10: F84.1

SÍNDROME DE RETT: CIE10: F84.2

OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA: CIE10: F84.3

TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADO: CIE10: F84.4

SÍNDROME DE ASPERGER: CIE10: F84.5

OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO: CIE10: F84.8

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACIÓN:
CIE10: F84.9

V.- CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1.- DEFINICIÓN

El Autismo es un trastorno neuropsiquiátrico crónico caracterizado por déficit en la interacción social, problemas para el uso del lenguaje, así como conductas repetitivas y restringidas, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales, que causan múltiples dificultades en la vida diaria de la persona afectada.

5.2 ETIOLOGÍA

El Autismo es considerado un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial, se conoce que existen varias causas genéticas, exposiciones intrauterinas a los anti convulsionantes y factores perinatales asociados. Los factores genéticos juegan un papel importante, aunque pocos genes específicos se han descubierto. El Autismo es altamente heredable, contamos con estudios donde se estima una proporción de riesgo atribuible a factores genéticos en el 80% aproximadamente.



La susceptibilidad genética puede ser modulada por factores ambientales. Influencias ambientales establecidas como probables causas incluyen la exposición prenatal a la rubéola, talidomida y el ácido valproico.

Otros factores de riesgo no genéticos potenciales incluyen un parto prematuro, bajo peso al nacimiento, edad elevada de los progenitores. Aunque algunas personas con Autismo tienen respuestas inmunes disfuncionales, numerosos estudios epidemiológicos no han apoyado una relación causal entre la vacunación y el espectro autista.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Se han podido documentar alteraciones macroscópicas en los cerebros de niños con autismo, destacando un crecimiento en la corteza del lóbulo frontal y temporal, así como un aumento de volumen en la amígdala.

De forma microscópica, se ha observado una alteración en la distribución de las capas neuronales de diferentes áreas de asociación de la corteza cerebral, así como proliferación de dendritas y alteraciones en la formación de sinapsis, con zonas de hiper o hipo conectividad neuronal.

Funcionalmente, los encéfalos de los niños con Autismo se caracterizan por una disociación de las conexiones entre los centros de control y pequeños circuitos encargados de funciones cognitivas involucrados en el establecimiento de relaciones interpersonales, empatía y comunicación.

También se propone una disfunción de las neuronas “espejo”, cuya función implica la observación e imitación de movimientos o gestos de otros individuos.

Una de las teorías más difundidas es la que establece que existe una desregulación de señales excitatorias e inhibitoras dentro de diferentes circuitos neuronales, las cuales están reguladas por los neurotransmisores gaba y glutamato.

La señalización neurotransmisora excitatoria, a través de los receptores de glutamato, modula las funciones cognitivas tales como la memoria y el aprendizaje, las cuales se encuentran alteradas generalmente en la tea. El glutamato, el principal neurotransmisor excitatorio, en concentraciones excesivas, puede actuar como una potente neurotoxina que conduce a la muerte neuronal y que puede jugar un papel

relevante en la fisiopatología de algunos trastornos neuropsiquiátricos. Aunque el glutamato no cruza fácilmente la barrera hematoencefálica, la concentración de glutamato en la sangre y el sistema nervioso central están estrechamente correlacionados. Se ha reportado que la concentración plasmática de glutamato es significativamente más alta en niños con tea comparado con controles sanos y controles con discapacidad intelectual, lo cual ha sido corroborado en estudios post mortem en los que se han encontrado cambios anatómicos en la región del cerebelo y del hipocampo. Lo anterior apoya un papel importante de las alteraciones de la señalización por glutamato en la fisiopatología del autismo, no obstante, se requieren más estudios que permitan conocer desde un enfoque mecanístico las bases del origen del TEA.

Se ha sugerido, también, una relación entre la aparición de este trastorno con diferentes alteraciones cerebelosas. Se ha observado que los pacientes con tea tienen diferentes grados de hipoplasia y atrofia cerebelar, así como disminución en el número de células de Purkinje en dicha estructura, aunado a un volumen reducido del vermis.

5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se calcula que uno de cada 160 niños tiene un Autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de Autismo en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida.

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

Un estudio del mes de abril del año 2019, concluyen que el 81% de personas en el Perú que reciben un tratamiento por autismo son varones, quienes procesan la información de manera diferente, literal, característica que por lo general no es bien



entendida y les genera diversos malos entendidos, detalló el Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa), Yuri Cutipé Cárdenas.

En el Perú, 15,625 personas padecen el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y de esta cifra el 90.6% corresponde a menores de 11 años.

5.3.FACTORES DE RIESGO

5.3.1.Medio ambiente

Se han identificado asociaciones con diferentes factores ambientales que podrían interactuar con alteraciones genéticas e incrementar el riesgo de presentar la enfermedad. Muchos de ellos, se relacionan con alteraciones pre, peri y posnatales, los cuales impactan en el desarrollo cerebral durante los primeros meses de vida. Los factores más fuertemente asociados son la edad paterna y materna al momento de la concepción, así como la prematuridad; destacan la presencia de infecciones virales durante el embarazo (citomegalovirus, influenza, rubeola), obesidad y diabetes materna, asfixia perinatal, bajo peso al nacer, uso de fármacos anticonvulsivantes durante la gestación (valproato de magnesio), deficiencia de zinc, deficiencia de vitamina D, exposición a neurotóxicas, entre otros factores.

5.3.2.Estilos de vida

Si bien se sabe que el autismo tiene una alta carga genética y está asociado a diversos factores ambientales. Un entorno familiar en el que el paciente tenga poca estimulación y un pobre vínculo afectivo con sus padres y/o cuidadores pueden contribuir a que el niño tenga un pronóstico aún más desfavorable.

5.5.3 Factores Hereditarios

En un porcentaje importante de casos existe una causa genética identificable, dicha causa está relacionada con el síndrome X frágil y la esclerosis tuberosa. Paralelo a ello, existen diferentes alteraciones cromosómicas, como variantes en el número de copias, traslocaciones o deleciones, así como mutaciones puntuales, mosaicismos poscigóticos y polimorfismos de un solo nucleótido que se han visto asociadas al desarrollo del TEA. Lo anterior ha llevado a que algunos autores clasifiquen al autismo como primario y secundario.

El autismo primario o idiopático es genéticamente inespecífico, con predominancia masculina, en 70% de los casos se acompaña de retraso mental y no presenta evidencias de algún marcador biológico constante que permita identificar el trastorno. A pesar de ello, estudios recientes proveen información sobre una posible asociación con la duplicación de la región 15q11-q13, de 1% a 3%, en este loci se encuentran genes que codifican para receptores específicos para el ácido gamma amino-butírico (gaba).

El autismo secundario o sindromático, forma parte del espectro clínico de algunas afecciones neurológicas que frecuentemente cuentan con una base genética representan entre 10 y 30% de los casos.

Otro factor probablemente causal es la presencia de mutaciones en genes que codifican para neuroliginas, especialmente la neuroligina 1 y 3, proteínas de membrana que tienen un papel importante en las sinapsis glutaminérgicas excitatorias y en la interacción con los receptores del ácido α -amino-3-hidroxi-5-metilo-4-isoxazolpropiónico (ampa) para glutamato a nivel cerebeloso. Es probable que dichas mutaciones estén asociadas al patrón repetitivo de comportamiento que caracteriza al TEA, sin embargo, el entendimiento de su contribución sigue siendo incompleto.

VI.-CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1.- CUADRO CLÍNICO

Para el DSM-IV y la CIE 10, los criterios para el diagnóstico de autismo eran solo clínicos con un núcleo central en las definiciones, los trastornos del espectro autista (TEA) caracterizados por la alteración de 3 dominios del comportamiento o dimensiones:

- 1.- -La interacción social (alteración en la capacidad de socializarse),
- 2.-El lenguaje, la comunicación capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada), y
- 3.-El Juego imaginativo, gama de intereses y actividades (patrones de comportamientos restringidos y repetitivos).



Una lista de criterios que deben estar presentes antes de los 36 meses de edad (para el diagnóstico de autismo o síndrome autista). El DSM-IV diferenció las cinco condiciones donde se debe contemplar el diagnóstico de autismo y corresponden a las siguientes categorías:

- ✓ Trastorno autista (TA).
- ✓ Trastorno del desarrollo no especificado.
- ✓ Síndrome / trastorno de Asperger.
- ✓ Síndrome de Rett.
- ✓ Trastorno desintegrativo de la niñez.

Dentro del conjunto de los TEA, los casos del trastorno autista (TA) son los más frecuentes y mejor definidos, el resto de TEA se confunde con otros trastornos como el retardo mental, trastornos del lenguaje, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia entre otros. Las herramientas de diagnóstico clínico desarrolladas sobre la base de criterios del DSMIV, intentaban separar el trastorno autista (TA) de las otras categorías, apelando a observaciones más objetivas (ADOS - Autism Diagnostic Observation y el ADI-R - Autism Diagnostic Interview-Revised entre otros). La actual versión del DSM, el DSM-V, consolidó conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica del DSM-IV, como sustento a la reformulación de la clasificación está la lógica del planteamiento dimensional. Se conoce lo suficiente sobre el síndrome de Rett para definirlo como una enfermedad de base genética con algunos síntomas de los TEA y por tanto este se excluye.

En el caso del trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno autista no especificado, no existen hasta ahora datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguirlos cualitativamente como entidades completamente diferenciadas o excluyentes, por esa razón, desaparecen las 5 categorías del DSM-IV.



Bajo el término 'trastornos del espectro autista' (TEA) se engloba un conjunto heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo cuya sintomatología definitoria incluye, además de un trastorno en el desarrollo socio comunicativo y un patrón restringido de actividades e intereses, otro tipo de manifestaciones clínicas que varían enormemente de un individuo a otro. Hay personas en las que el cuadro de autismo se acompaña de discapacidad intelectual, otras muestran una alteración grave en el desarrollo lingüístico, y otras, además, centran gran parte de su actividad espontánea en la realización repetitiva de conductas autoestimuladoras. Frente a eso, algunas personas, a pesar de compartir ese mismo diagnóstico, presentan un alto potencial cognitivo, capacidades elaboradas de juego o habilidades lingüísticas acordes a su nivel de desarrollo cronológico (Síndrome de Asperger).

6.1.1 Signos y síntomas:

Las características clínicas deben observarse en los ámbitos de: Sociabilidad, Juego, Impulsos y afectos, Lenguaje o Comunicación y patrón de habilidades cognitivas.

En los antecedentes se encuentra que los síntomas ya están presentes antes de los 30 meses de edad (presente desde el nacimiento).

Sabemos que los recién nacidos tienen un marcado interés en la interacción social, en los niños con Autismo el rostro humano es un objeto de poco interés. Los trastornos se pueden ver tempranamente en relación al apego y atención conjunta.

Iteraciones del Lenguaje y la comunicación

El retraso en el desarrollo del lenguaje es la manifestación más común, muchos niños no llegan a hablar, manifiestan prosodia particular, dificultades en la comprensión, pragmática y ecolalia frecuente. La ausencia de lenguaje es preocupación principal de los padres en las consultas neurológicas. No comprenden bromas, ironías.

Ausencia o Déficit del Juego Simbólico

Presentan dificultades en el juego simbólico y dificultades en el cambio de rutina. Las características conductuales de un niño autista se ven claramente reflejadas en la pobreza de su juego, manipulan juguetes en vez de jugar con ellos, pueden llegar a ser capaces de realizar algún juego imaginativo, pero suele ser la repetición de un "escenario aprendido".

Disfunciones de la Interacción Social



En relación a la sociabilidad a algunos niños los irrita el contacto físico, otros se aproximan colgándose a los brazos de familiares o extraños. Prefieren a los adultos más que a niños de su edad, su sociabilidad es indiscriminada y tienen ausencia de ansiedad de separación. Algunos niños pueden tener completo desinterés por otras personas. Hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social en movimiento.

Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas. O invadir el espacio de otros, acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos.

Inestabilidad del Estado de Animo

En el área de afectividad, la ansiedad puede llegar a impedirles enfrentar experiencias inesperadas, labilidad afectiva: llanto, risa o agresión sin causa. Baja tolerancia a frustraciones, gritos, pataletas o comportamientos autoagresivos.

Comportamiento Estereotipado.-

Síntomas motores frecuentes son las estereotipias, son casi universales a toda edad como mecer el cuerpo, aleteo de las manos. Con frecuencia aplauden, giran o corren en círculos, caminan en puntas de pie. Autoestimulación.

Con frecuencia los niños hacen girar, chocar o alinear objetos, pueden pegar apego a objetos inanimados. Los niños con Autismo muestran dificultad a aceptar cambios como puede ser trasladarse a una casa nueva, cambiar la colocación de objetos de una habitación, cambios en su rutina diaria, dando lugar a rabietas e irritabilidad de difícil control.

Respuesta a Estímulos Sensoriales

Buen número de pacientes con Autismo responden de manera exagerada a determinados estímulos y de manera insuficiente a otros estímulos de tipo sensorial. Pueden no responder a la voz de una persona, pero interesarse por un sonido específico como el sonido de un reloj. Algunos niños presentan umbral del dolor elevado, no buscando ayuda o auxilio ante una caída o un golpe. Muchos niños con autismo disfrutan la música y suelen tararear la música o cantar antes de poder utilizar el lenguaje para comunicarse con otras personas. Otros disfrutan de la estimulación vestibular como girar sobre su eje, balancearse o realizar movimientos de arriba y abajo.

Comorbilidades Psiquiátricas Asociadas



Los niños con autismo pueden tener como comorbilidad una variedad de trastornos adicionales. Condiciones psiquiátricas comórbidas comunes en la población con Autismo son trastornos de ansiedad y estado de ánimo depresivo, con tasas de estos trastornos más altas que en la población general. Trastornos de atención y nivel de actividad aumentado son también características comórbidas comunes.

Cerca de las dos terceras partes de niños con Autismo presentan un funcionamiento en el intervalo de déficit intelectual. Los Coeficientes Intelectuales de los niños con Autismo tienden a mostrar los problemas más graves en la relación con la secuenciación verbal y la capacidad de abstracción.

Síndromes Genéticos Asociados al Autismo

Síndrome de Prader-Willi (SPW)

El síndrome es consecuencia de una delección del cromosoma 15, región q11-q13, este síndrome se presenta del 1-4% de los casos de autismo, y sus síntomas son hipotonía, discapacidad intelectual, obesidad, avidez por la comida, trastorno obsesivo compulsivo, baja sociabilidad; son individuos que hablan en exceso y que tienen altos niveles de oxitocina.

Síndrome de Angelman

Este síndrome se observa del 2-4% de los autistas y se encuentra afectada la misma región que el Síndrome de Prader-Willi (SPW), aunque la alteración proviene del lado materno. Los individuos portadores de esta alteración presentan hiperactividad, aleteo de manos, convulsiones, discapacidad intelectual, epilepsia, estrabismo y muy baja habilidad lingüística; también puede haber criptorquidia o microcefalia.

Síndrome del X frágil

Con una incidencia del 4-8% en pacientes con diagnóstico de autismo, este síndrome se caracteriza por discapacidad intelectual, macroquidia, lenguaje perseverante y repetitivo, pobre contacto visual y dismorfias faciales características. La alteración del gen FMR1 localizado en el cromosoma X, usualmente proviene de un estado desmetilado del lado materno, por lo que las afectaciones se aprecian principalmente en varones.

Síndrome de Down



Existe una estrecha relación entre el síndrome de Down y el autismo. Algunas personas con síndrome de Down pueden presentar también trastornos del espectro autista en una proporción que está entre el 6 y el 12%, es decir, en una proporción superior a la que se aprecia en la población general.

sclerosis Tuberosa (ET)

La esclerosis tuberosa (ET), es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con penetrancia completa, poco frecuente, que produce la formación de masas anormales (tumores no cancerosos) en algunos órganos del cuerpo, como pueden ser: la retina, la piel, los pulmones, los riñones y el corazón.

La ET es una enfermedad que ha permitido el estudio de la asociación entre Epilepsia y Trastornos del Espectro del Autismo. Además, ha facilitado el estudio de los signos tempranos del autismo, dada la alta prevalencia de TEA en esta población, es decir una población con alto riesgo. Del 40 a 50% de los niños con ET pueden presentar autismo o conductas autísticas, de tal manera que la prevalencia de TEA en la población con el Complejo ET es mayor que la de muchas de sus conocidas manifestaciones clínicas.

Síndrome de Rett

El síndrome de Rett es un trastorno neurológico infantil de causa epigenética, lo que quiere decir que afecta a la configuración de muchos genes y a la producción de proteínas muy importantes para el desarrollo. Es una enfermedad que se origina por una alteración del gen MECP2, debido a encontrarse la causa de esta patología salió de la lista de trastornos psiquiátricos en el año 2013.

El síndrome de Rett es un trastorno en el desarrollo neurológico infantil caracterizado por una evolución normal inicial seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres.

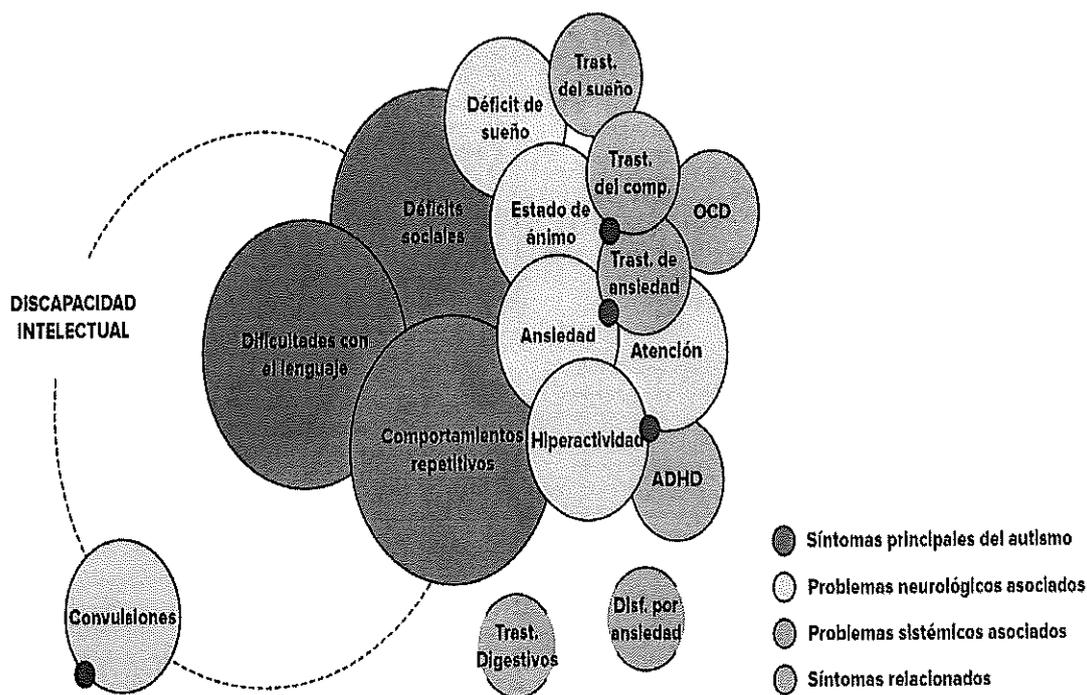
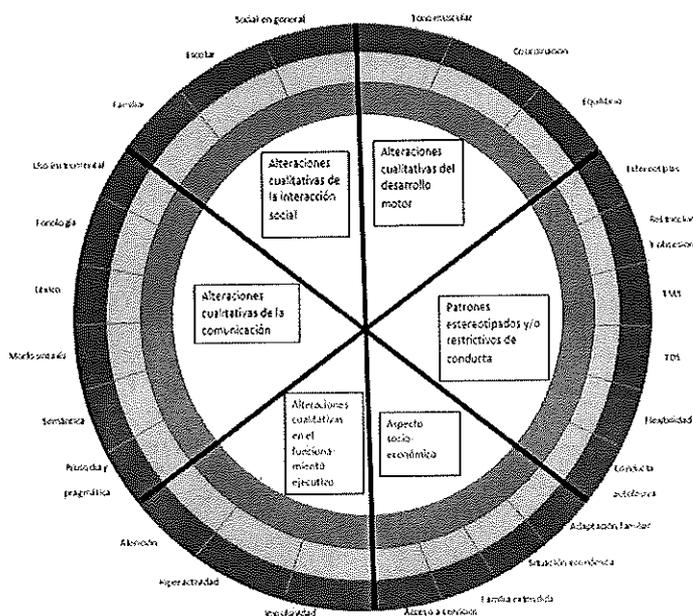
6.1.2 Interacción cronológica:

Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano, es decir antes de los 3 años de edad. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades.



Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida. Por este motivo es que, en casos de trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, el diagnóstico definitivo puede tener un retraso.

Gráficos, Diagramas y Fotografías



6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

Los criterios del Autismo Infantil según el CIE- 10 son:

Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.

Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.

Juego y manejo de símbolos en el mismo.

Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.

Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.

Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.

Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña



de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).

Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).

Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.

Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.

Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.

Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.

Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70–72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).



6.2.2 Diagnóstico diferencial:

A. Esquizofrenia de Inicio en la Infancia

Existe poca información sobre casos de esquizofrenia antes de los 12 años. La esquizofrenia se acompaña de alucinaciones y alteraciones del pensamiento como las delusiones, con menor incidencia de epilepsia, retardo mental que el autismo.

B. Trastorno Mixto del lenguaje receptivo expresivo

Algunos niños con este trastorno presentan ciertos rasgos autistas leves, por lo que se puede presentar un problema diagnóstico. A diferencia del autismo, los niños con trastorno de lenguaje suelen intentar sociabilizar a pesar de sus dificultades, presentan juego imaginativo y no presentan conductas estereotipadas en tanta frecuencia como niños con autismo.

C. Sordera Congénita o Alteración grave de la capacidad auditiva

Debido a que los niños autistas a menudo muestran una falta de interés selectiva en el lenguaje hablado, con frecuencia se considera que son sordos. Los factores que permiten establecer la diferencia son los siguientes: los niños pequeños con autismo pueden balbucear solo de forma infrecuente, mientras que los niños sordos presentan una historia de balbuceo relativamente normal, que posteriormente va decayendo hasta interrumpirse hacia los seis meses o el año de edad.

Los niños sordos solo responden ante sonidos fuertes, mientras que los niños autistas pueden ignorar sonidos de intensidad fuerte o normal y responder a sonidos suaves o incluso de baja intensidad. Lo más importante es que el audiograma o los potenciales evocados auditivos indican una importante pérdida de audición en los niños sordos. Al contrario que los niños autistas, los niños sordos generalmente se relacionan con sus padres, buscan su afecto y cuando son lactantes, les gusta que los sostengan en brazos.

D. Carencia Psicosocial



Las alteraciones graves del entorno físico y emocional como la privación materna o el hospitalismo, pueden provocar en el niño un aspecto apático, de rechazo o alienado. Las habilidades motoras y del lenguaje pueden retrasarse. Los niños con estos hallazgos casi siempre mejoran cuando se les coloca en un entorno psicosocial favorable, mejoría que no se observa con los niños autistas.

E. Retraso mental con síntomas conductuales

Cerca del 40% de los niños con autismo presentan retardo mental, La diferencia en los niños con retardo mental puro es que se interesan por la interacción social, logrando relacionarse con adultos y con otros niños de acuerdo a su edad mental, usan el lenguaje que tienen para comunicarse.

F. Afasia Epiléptica Adquirida

Es una enfermedad rara que a veces es difícil de diferenciar del autismo. Los niños con esta enfermedad son normales durante años antes de empezar a perder su lenguaje tanto expresivo como receptivo durante un periodo de semanas o meses, la mayoría presenta alguna crisis epiléptica. Algunos niños logran recuperarse pero con una considerable alteración del lenguaje.

G. Trastorno Obsesivo Compulsivo

En el TEA, observamos intereses restringidos, inusuales y no compartidos, que conducen a conductas repetitivas, junto a la inflexibilidad de las rutinas y la resistencia al cambio. La rigidez conductual del TEA, junto a la ansiedad que experimentan ante los cambios (cambio de ropa, necesidad de comer los mismos alimentos cada día, incluso el cambio de mobiliario de su hogar) puede confundirse con las conductas ritualizadas del TOC.

En el TOC, la persona se siente obligada a realizar las compulsiones, con el fin de "neutralizar" una obsesión que le genera malestar. El punto clave que diferencia a ambas es que, en el TEA, los intereses y conductas repetitivas (alineación de los juguetes, mirar como la ropa da vueltas dentro de la lavadora, las ecolalias o la observación

repetitiva del movimiento de las hojas de los árboles) les genera una sensación placentera, o incluso de fascinación.

H. Fobia Social

En la fobia social, el individuo es consciente de que el miedo o la ansiedad experimentada, es desproporcionada a la situación social vivida, provocándole una limitación significativa en el área social y laboral.

Como sabemos, el TEA se caracteriza por limitaciones en la comunicación, la interacción y la reciprocidad social

Son mayoría, las personas con TEA que desearían mantener relaciones de amistad, compartir vivencias o tener pareja, aunque con frecuencia, después de múltiples experiencias percibidas como fracaso, desisten y desarrollan conductas evitativas en los ámbitos sociales. En resumen, pueden desear contacto social, pero no saben cómo obtenerlo.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

En nuestro medio no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria en el diagnóstico de Autismo.

El diagnóstico del Autismo es fundamentalmente clínico. Existen, sin embargo, algunas ayudas diagnósticas como:

- **Cociente Intelectual:** Escala de Inteligencia Stanford Binet, RIAS.
- **Entrevista para el Diagnóstico de Autismo:** Lista de Chequeo M – CHAT (1 a 3 años).
- **Madurez Social:** Instrumento que permite la evaluación de conductas sociales y de comunicación de acuerdo con la edad cronológica y nivel de lenguaje. Para ello se utilizara la Escala de Madurez Social de Vineland.



6.3.1. De Patología clínica

No existen exámenes de patología clínica para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

6.3.2. Imágenes

No existen exámenes de imágenes para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

6.3.3. De exámenes especiales complementarios

No existen exámenes especiales complementarios para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Diversas investigaciones han demostrado que todos los sentidos humanos comienzan a ser operativos durante el segundo trimestre del embarazo y que el feto va respondiendo a los estímulos auditivos, táctiles, de presión, térmicos, vestibulares, gustativos y dolorosos.

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración.

De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entorno más próximo.

Los signos de alarma como factores de riesgo de posible funcionamiento autista en la vida fetal se corresponden con fetos pasivos, que presentan movimientos auto-sensoriales repetitivos y duraderos, así como una tendencia a no explorar su entorno uterino.

La interacción padre- hijo durante los primeros años de vida es fundamental para estimular los sentidos, el área social del



niño, así como para poder apreciar signos de alarma que puedan hacer pensar en algún trastorno del neurodesarrollo como el espectro autista.

Llevar a los controles de crecimiento y desarrollo y una evaluación periódica por el pediatra durante el desarrollo del menor, nos servirá también para poder observar algún signo de alarma de espectro autista y poder hacer un diagnóstico y tratamiento precoz si fuera el caso.

6.4.3. Terapéutica

Existe consenso internacional acerca de que el tratamiento de los niños con Autismo es multimodal y necesariamente interdisciplinario. Idealmente todos los miembros del equipo deben tener algún tipo de entrenamiento en el tratamiento de Autismo, y al menos un miembro debe estar entrenado en su evaluación y diagnóstico con instrumentos específicos.

Es fundamental que todos los integrantes del equipo interviniente trabajen en forma armónica realizando reuniones interdisciplinarias frecuentes con el objetivo de implementar los tratamientos más adecuados para cada paciente. Los objetivos primordiales del tratamiento son maximizar la independencia funcional y la calidad de vida del paciente minimizando las características nucleares del trastorno; facilitando el desarrollo y el aprendizaje, promoviendo la socialización, reduciendo las conductas disruptivas, y educando y apoyando a las familias y sus docentes. Para esto existen estrategias educativas y relacionales, y terapias asociadas que son los tratamientos primarios para los niños con autismo.

La optimización del cuidado de la salud general tiene también probabilidades de producir un efecto positivo en el proceso de habilitación, resultado funcional y calidad de vida. Debe considerarse un trabajo integral, tanto el manejo psicológico



como las intervenciones farmacológicas para las conductas disruptivas y agresivas o a la aparición de trastornos psiquiátricos comórbidos que lo requieran, así como también de otras especialidades como terapia de lenguaje, ocupacional, sensorial y física. El tratamiento debe ser individualizado y requiere estructura, intensidad y generalización, así como, participación familiar.

A. TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS:

Terapia cognitivo - conductual:

La Terapia de conducta, tiene como objetivo reducir las estereotipias y la rigidez de la conducta y favorecer la adaptación del niño, eliminando las conductas inapropiadas. La Terapia de conducta que se aplica cuando el niño es pequeño mejora el lenguaje, la conducta de adaptación y el cociente intelectual. La terapia cognitivo conductual puede aliviar la ansiedad del paciente y favorecer la adaptación social.

Programas Educativos:

Los programas educativos se orientan a mejorar el nivel de lenguaje, los mecanismos de comunicación e interacción social y el aprendizaje en general.

Algunas características de conductas propias del autismo plantean un serio reto a la hora de llevar los programas educativos, como son: el periodo de atención corto, la falta de motivación, las dificultades de comprensión, las dificultades de generalizar el aprendizaje, por lo que estos programas educativos deben comenzar lo antes posible.

Terapia de Lenguaje:

Mejorar el lenguaje del niño para lograr que se comuniquen y se relacionen con los demás es un objetivo muy importante. Se debe de ampliar el vocabulario, fomentar que se use de forma adecuada y perfeccionar la sintaxis cuando sea posible.

Terapia Ocupacional – Sensorial:



Su finalidad es mejorar las dificultades en el área motriz del menor, además de disminuir los problemas sensoriales que son comunes en este grupo de pacientes como son la hipersensibilidad a ciertos sonidos, olores, texturas. Además de la disminución de movimientos estereotipados.

□ **Entrenamiento en Habilidades Sociales:**

El ser humano es un ser social por naturaleza, por lo que trabajar las habilidades sociales en el paciente con autismo es un objetivo primordial. Se recomienda el empleo de refuerzos positivos para fomentar un incremento en habilidades sociales como saludar, pedir por favor, se, hacer contacto visual, sonreír.

□ **Entrenamiento y Apoyo a los padres:**

Se ha convertido en un pilar fundamental del tratamiento. Los padres necesitan ayuda personal y apoyo del médico, tiempo para entender y aceptar la gravedad de lo que sucede al hijo, esperanza de que pueda mejorar y un buen aprendizaje de estrategias educativas y comportamentales para enfrentarse a los síntomas clínicos en la vida diaria.

La ayuda del colegio, el contacto con otros padres y el formar parte de asociaciones es otro aspecto fundamental, pues les ofrece la oportunidad de compartir sus dudas y preocupaciones y constatar que otras personas les comprenden y pasan por una situación similar.

Las creencias de los padres condicionan la prescripción y el cumplimiento del tratamiento, lo que refuerza la importancia de dedicar tiempo y esfuerzo a mejorar sus conocimientos sobre el trastorno y a que desaparezcan ideas erróneas que perjudican al niño, empeoran el pronóstico y aumentan a la larga el sufrimiento de la familia.

B. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO



Los principales antipsicóticos, comprobados mediante ensayos clínicos, que auxilian en el Autismo y aprobados por la FDA son el aripiprazol y la risperidona.

También suelen utilizarse estabilizadores del ánimo como C arbamazepina y Valproato de sodio para acompañar el tratamiento de los antipsicóticos atípicos.

Además, se prescriben otros fármacos para tratar comorbilidades como son los Inhibidores de la recaptación de Serotonina en el caso de una depresión o ansiedad concomitante en el paciente o Metilfenidato y Atomoxetina en pacientes con diagnóstico comórbido de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

6.4.2 Efectos Adversos o Colaterales con el Tratamiento:

No se han encontrado efectos colaterales o adversos con el tratamiento para el trastorno de espectro autista.

6.4.3 Signos de alarma

- ✓ No Balbucear a los 12 meses.
- ✓ No interesarse por otras personas a los 12 meses.
- ✓ No ser capaz de sonreír en respuesta a la sonrisa de otros a los 12 meses.
- ✓ No reaccionar cuando se le habla a los 12 meses.
- ✓ No emplear gestos para comunicarse como señalar o saludar.
- ✓ No utilizar palabras aisladas con carácter propositivo a los 18 meses.
- ✓ No hacer frases de dos palabras de forma espontánea a los 24 meses.
- ✓ Alguna pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.



- ✓ Ausencia de juego imaginativo a los 24 meses.

6.4.4 Criterios de Alta:

Los pacientes diagnosticados con TEA, su condición no cambia por tanto a lo largo de su vida siempre va a tener que requerir de la ayuda psicológica y de las demás especialidades, de acuerdo a su complejidad. Queda a criterio del especialista darle de alta o derivarlo a otras áreas que lo requiera.

6.4.6 Pronóstico:

El Autismo es generalmente una enfermedad de por vida que presenta un pronóstico reservado. Los niños con autismo que tienen un coeficiente intelectual por encima de 90 y aquellos que emplean un lenguaje comunicativo a la edad de 5 a 6 años tienen un mejor pronóstico.

6.5 COMPLICACIONES

Debido a que algunos pacientes presentan un déficit intelectual severo o profundo, tendrán que ser dependientes de un cuidador de por vida.

Además, algunos pacientes tienen un síndrome genético asociado que puede traer complicaciones médicas como en el caso de Esclerosis Tuberosa (presencia de tumoraciones), Síndrome de Down (cardiopatías), Síndrome de Rett (cuadros epilépticos).

Otro grupo de pacientes con autismo presentan problemas auditivos y otra epilepsia complicando el pronóstico.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Criterios de Referencia

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

Los hospitales de nivel II y III tiene capacidad resolutive plena para el tratamiento de los casos de autismo. Como la necesidad de



realizar terapias de lenguaje, ocupacional, sensorial y conducta.

Criterios de Contra referencia:

Una vez establecido el cuadro y alcanzados los objetivos básicos del tratamiento, se derivara a su lugar de origen al paciente para proseguir con el mismo y el posterior seguimiento, siempre y cuando dicho establecimiento cuente con un psicólogo para la atención. De estar disponibles también se podrán recurrir a Redes, ONGS y demás servicios comunitarios acreditados en la zona de origen.

6.7.1 FLUXOGRAMA



PS. ESPECIALIZADA

Detección de indicadores neuropsicológicos, conductuales, cognitivos, sociales y emocionales de la presencia de TEA.

SI

Ev. psicológica, orientación psicológica, se identifica factores de riesgo y soporte emocional y se le deriva a otras especialidades.

NO

Pasa a Ps. Niños y Adolescentes.

Derivación a un Centro de Salud

I/C

Neurología

I/C

Psiquiatría Infantil

I/C

Terapia de Lenguaje, Ocupacional y Sensorial

Diagnostico TEA

Manejo con psicoterapia individual o grupal, orientación a la familia.
Intervención Neuropsicológica.

Seguimiento y Alta



VII.- ANEXOS:

M-CHAT-RTM (01 a 03 años)

	SI	NO	Por
1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?).			
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?			
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche)			
4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles)			
5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)			
6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance)			
7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino)			
8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)			
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete)			
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?)			
11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa?			
12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?)			
13. ¿Su hijo/a camina?			
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste?			
15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga)			
16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando?			
17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice "mírame"?)			
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende "pon el libro en la silla" o "tráeme la cobija" sin que usted haga señas?)			
19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? (POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?)			
20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento? (POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas)			

favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste no. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra sí o no como respuesta, Muchas gracias.

Algoritmo del puntaje



Para todos los artículos excepto 2, 5 y 12, la respuesta "NO" indica riesgo de TEA; para los artículos 2, 5 y 12, "SI" indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo maximiza las propiedades del

M-CHAT-R:

BAJO RIESGO: Puntaje total de 0-2; si el niño es menor de 24 meses, evaluar nuevamente luego de cumplidos los 2 años. No hace falta ninguna acción al menos que al observarlo haya algún indicio de riesgo para TEA.

RIESGO MEDIO: Puntaje total de 3-7: Administre el Cuestionario de Seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional sobre las respuestas de riesgo. Si el puntaje del M-CHAT-R/F continúa en 2 o más, el niño se evalúa como positivo. Acción requerida: refiera al niño para una evaluación de diagnóstico y una evaluación de elegibilidad para intervención temprana. Si el puntaje del Seguimiento es 0-1, la evaluación es negativa. No se requiere ninguna otra acción al menos que por observación se considere en riesgo para TEA.

El niño debería ser re-evaluado cuando vaya a sus chequeos anuales futuros.

ALTO RIESGO: Puntaje total de 8-20: Es aceptable el de saltar el Cuestionario de Seguimiento y referirlo inmediatamente a una evaluación diagnóstica más una evaluación de elegibilidad para intervención temprana



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)
1. Tablero de formas (1) () 2. Respuesta diferida (2) () 3. Partes del cuerpo (4) () 4. Torre de bloques () () 5. Vocabulario de imágenes (3) () 6. Combinación de palabras (2) () PS.: Identificar objetos por su nombre (5) ()	1. Identificar objetos por su uso (3) () 2. Identificar partes del cuerpo (6) () 3. Nombrar objetos (5) () 4. Vocabulario de imágenes (8) () 5. Repetir dos dígitos (1) () 6. Obedecer ordenes 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)
1. Ensartado de cuentas 2' (4) () 2. Vocabulario de imágenes (10) () 3. Puente de cubos () () 4. Memoria de imágenes (1) () 5. Copiar un círculo (1) () 6. Dibujar una línea vertical (1) () PS.: Repetir tres dígitos (1) ()	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6) () 2. Paciencia: Figuras (6) () 3. Discriminar figuras de animales (4) () 4. Describir garabato: Nivel I (2) () 5. Clasificar botones 2' () () 6. 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)
1. Vocabulario de imágenes (14) () 2. Nombrar objetos de memoria (2) () 3. Analogías opuestas I (2) () 4. Identificar imágenes (3) () 5. Discriminación de formas (8) () 6. Comprensión II (2) () PS.: Memoria de frases I (1) ()	1. Comparaciones estéticas (3) () 2. Analogías opuestas I (3) () 3. Semejanzas/Diferencias de figuras I (3) () 4. Materiales (2) () 5. Tres encargos (3) () 6. Comprensión III (1) () PS.: Identificar imágenes (4) ()
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO VI (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
1. Completar dibujo de hombre (2) () 2. Doblar papel: Triángulo () () 3. Definiciones (2) () 4. Copiar un cuadrado (1) () 5. Semejanzas/Diferencias de figuras II (9) () 6. Paciencia: Rectángulo en dos (2) () PS.: Nudo I () ()	1. Vocabulario (6) () 2. Diferencias (2) () 3. Figuras incompletas (4) () 4. Concepto de numero (4) () 5. Analogías opuestas II (3) () 6. Recorrer un laberinto (2) () PS.: Describir garabato: Nivel II (2) ()
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)	AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)
1. Figuras absurdas I (4) () 2. Semejanzas entre dos cosas (2) () 3. Copiar un rombo (1) () 4. Comprensión IV (3) () 5. Analogías opuestas III (2) () 6. Repetir 5 dígitos (1) () PS.: Repetir tres dígitos al revés (1) ()	1. Vocabulario (8) () 2. Memoria de cuentos (5) () 3. Absurdos verbales I (3) () 4. Semejanzas y diferencias (3) () 5. Comprensión IV (4) () 6. Nombrar días (orden correcto +2) () PS.: Interpretar situaciones I (2) ()



RIAS ESCALA DE INTELIGENCIA DE REYNOLDS

RIAS Cuadernillo de anotación

Apellidos y nombre _____

Sexo Varón Mujer

Centro _____

Nivel educativo _____

Examinador _____

Motivo de la consulta _____

Año _____ Mes _____ Día _____

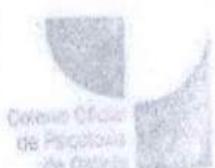
Fecha de evaluación _____

Fecha de nacimiento _____

Edad cronológica _____

RESUMEN DE PUNTUACIONES

PD	Puntuaciones T (Baremo _____)			
	VERBAL	NO VERBAL		MEMORIA
Adivinanzas (Ad)				
Categorías (Ca)				
Analogías verbales (An)				
Figuras incompletas (Fi)				
Memoria verbal (Mv)				
Memoria no verbal (Mnv)				
Suma de puntuaciones T		+	=	
	IV			IM
Índices del RIAS				
Intervalo de confianza al _____ %				
Percentil				
	Índice de inteligencia verbal			Índice de memoria
		Índice de inteligencia no verbal		
			Índice de inteligencia general	



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.



.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Estudio Epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes 2019.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
3. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Revista de Neurología. 2013; 57 (Supl 1):S185-91.
4. American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatry Association, 2002.
5. Moyano MB, Alonso M , Aspirtart A , Brío M , Cleffi, V , Cukier S, et al . Guía para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. 2013.
6. Bautista Mercado E, Sifuentes Romero N, Jiménez Santa Cruz B, et al. Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. Revista Intercontinental de Psicología y Educación 2008; 10(1): 49-62
7. Martos-Pérez J. Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. Rev Neurol 2006; 42(2): S99-S101
8. Martos, J. & Comí, M. (2017). El niño al que se le olvidó cómo mirar: comprender y afrontar el autismo. Madrid: La Esfera de los Libros.
9. Paula, I. (2018). La autolesión en el autismo: ¿Búsqueda o liberación del dolor. Madrid: Alianza Editorial.



10. Rogers, S., Dawson, G. & Vismara, L. (2018). Atención temprana para su niño o niña con autismo : cómo utilizar las actividades cotidianas para enseñar a los niños a conectar, comunicarse y aprender. vila: Autismo Ávila.
11. Grandin, T. & Panek, R. (2014). El cerebro autista: el poder de una mente distinta. Barcelona: RBA Libros.
12. Tuya, M. (2017). Tener un hijo con autismo. Barcelona: Plataforma editorial.
13. Mas, M. J. (2020). *El cerebro en su laberinto los trastornos del neurodesarrollo*. Pamplona: Next Door.
14. MIMP. (2017). Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro AutistaTEA.
15. MINEDU. (n.d.-a). Educación Básica Especial. Retrieved October 2, 2017, from <http://www.dreim.gob.pe/educacion-basica-especial>.
16. OMS. (2016). ¿Qué son los trastornos neurológicos? Retrieved October 2, 2017, from <http://www.who.int/features/qa/55/es/> 81. ONG Superándote. (2014). com



XIV.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RETARDO MENTAL

I. Finalidad

Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de práctica clínica, basadas en evidencias científicas ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.

II. Objetivo

Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de práctica clínica que aprueba el ministerio de salud.

III. Ámbito de aplicación

La presente norma técnica de salud es de aplicación por el instituto de gestión de servicios de salud, las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud o las que hagan sus veces y por los establecimientos de salud a su cargo, así como otros prestadores de servicios de salud público (Seguro Social de Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Gobiernos regionales y Locales) y privados, según corresponda.

IV. NOMBRE Y CODIGO

CIE 10 Retardo Mental F70

V. Consideraciones generales

5.1 DEFINICIÓN

Retardo mental es una condición en donde no se completa o se detiene el desarrollo mental. Puede estar asociada a otras enfermedades físicas



o mentales. Altera así mismo, las áreas cognitivas, las habilidades de lenguaje, las sociales y las motrices

El retraso mental es un estado de funcionamiento cognitivo significativamente inferior al normal para la edad del paciente, que se manifiesta durante el curso del desarrollo y que se expresa por el deterioro de las capacidades adaptativas del mismo

El retraso mental es una situación clínica caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa. La prevalencia de este estado se sitúa entre el 1 y el 3% en la población pediátrica. Los grados de retraso mental, obtenidos mediante exámenes de inteligencia baremados para la edad del niño, señalarán un pronóstico funcional evolutivo. Éste será radicalmente diferente en relación con la dependencia, la escolarización o la futura capacidad laboral. Aunque definitivamente es una discapacidad permanente, diferentes medidas de intervención psicopedagógica pueden mejorar las habilidades cognitivas y adaptativas del paciente, por lo que el diagnóstico precoz desde la atención primaria tiene una especial relevancia, principalmente en las formas leves. Del mismo modo, la aproximación etiológica no sólo favorece un pronóstico más ajustado, sino que podrá anticipar tratamientos específicos o complicaciones asociadas a la enfermedad de origen.

5.2 ETIOLOGIA

A nivel nacional, 506 mil personas tienen limitación de forma permanente para entender o aprender, principalmente dificultad para entender y cumplir órdenes o varias tareas al mismo tiempo, dificultad para resolver y afrontar por sí solos problemas y nuevos retos, dificultad para aprender y aplicar conocimientos de acuerdo a su edad.

Como origen de estas limitaciones está la edad avanzada (39,1%), problemas de nacimiento (24,4%), enfermedad crónica (8,1%), enfermedad común (3,3%), accidente común en el hogar (1,7%), accidente común fuera del hogar (1,4%), negligencia médica (1,3%), entre otros.

El retraso mental tiene un origen plurietiológico. Aunque las causas de esta situación son múltiples, en general no se llega a conocer la etiología del retraso en más del 50% de los casos. Si nos ajustamos a la gravedad del problema, la distribución es diferente según la etiología.

En las formas leves no se llega a conocer la etiología en el 55-65% de los casos. Se presupone un origen poligénico, intensificado por factores ambientales, como el mayor responsable de este grupo idiopático; indudablemente, los avances neurorradiológicos y genéticos están reduciendo de forma notable estos porcentajes a favor de los retrasos mentales de causa conocida.

Es posible identificar las causas del RM severo en el 60 o 70% de los casos de todas las edades, las más comunes son:

1. Defectos cromosómicos (30%): síndrome de Down 20%, otras cromosomopatías 4% y síndrome del cromosoma X frágil 6%.
2. Lesiones, incluyendo teratógenos y lesiones pre, peri y postnatales (del 15 al 20%).
3. Anomalías o malformaciones del sistema nervioso central, incluyendo los defectos del tubo neural, holoprosencefalia, hidranencefalia, hidrocefalia y microcefalia (del 10 al 15%).
4. Síndromes de anomalías congénitas múltiples bien caracterizados, cuyo origen por el momento es desconocido (del 4 al 5%).
5. Causas endócrinas y metabólicas (del 3 al 5%). Aún en los casos de RM severo en que no se logra hacer un diagnóstico



etiológico específico, es notable la cantidad de anomalías estructurales que sugieren su origen prenatal.

5.3 FISILOGIA

Las discapacidades intelectuales ocurren porque el cerebro resulta lesionado o porque algún problema impide que el cerebro se desarrolle normalmente. Estos problemas suelen ocurrir durante la etapa gestacional, el nacimiento o después de que el niño ha nacido. No obstante, en muchos casos los médicos no saben cuál es la causa.

A continuación se incluyen algunos problemas que pueden provocar discapacidades intelectuales:

- Un problema con los genes del bebé, que están presentes en todas las células y determina de qué manera se desarrollará el cuerpo. Puede heredar genes normales o anormales los cuales se pueden alterar en el desarrollo del bebe.
- Un problema durante el embarazo. A veces, la mamá se enferma o tiene una infección que puede dañar al bebé. Tomar algunos medicamentos durante el embarazo puede provocar problemas al bebé. Beber alcohol y tomar drogas ilegales también puede dañar el cerebro del bebé que está desarrollándose.
- No recibe suficiente oxígeno, hipoxia.
- Prematuridad.
- Después de nacer, obtiene una infección cerebral grave.
- Una lesión grave en la cabeza puede dañar al cerebro y provocar discapacidades intelectuales en cualquier momento de la vida.

Estos trastornos del sistema nervioso afectan el funcionamiento del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso, lo que



puede afectar la inteligencia y el aprendizaje. Estas enfermedades también pueden causar otros problemas como trastornos del comportamiento, dificultades del habla o el lenguaje, convulsiones y problemas con el movimiento.

A nivel sensorial, estos trastornos afectan los sentidos (vista, audición, tacto, gusto y olfato) o cómo el cerebro procesa o interpreta la información de los sentidos. Respecto al metabolismo, los trastornos afectan cómo el cuerpo utiliza los alimentos y otros materiales para obtener energía y crecer. Por ejemplo, el hipotiroidismo congénito son ejemplos de enfermedades metabólicas.

Por otro lado, las personas con trastornos degenerativos pueden parecer o ser normales al nacer y desarrollarse de manera normal por un tiempo, pero luego comienzan a perder destrezas, habilidades y funciones debido a la enfermedad. En algunos casos, el problema puede no ser detectado hasta que el niño es adolescente, o incluso adulto, y comienza a mostrar signos de pérdida de funciones. Algunos trastornos degenerativos son consecuencia de otras enfermedades como problemas metabólicos no tratados.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dio a conocer que en nuestro país el 5,2% de la población (1 millón 575 mil personas) presenta algún tipo de discapacidad. De este total, el 52,1% son mujeres que equivale a 820 mil 731 personas y 47,9% son hombres (754 mil 671), es decir, es mayor la proporción de mujeres que tienen alguna discapacidad.



El estudio mostró que la discapacidad motora (dificultad para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas), es la que más afecta, alcanzando 932 mil personas (59,2%), dificultad para ver (50,9%), para oír (33,8%), para entender o aprender (32,1%), para relacionarse con los demás (18,8%) y para hablar o comunicarse (16,6%).

En nuestro país, 932 mil personas tienen limitación en forma permanente para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas. Los tipos de dificultades que se presentan son: dificultad para caminar o fuera de su casa en distancias cortas o largas, no mantiene el equilibrio, no se mueve o camina con dificultad dentro de su casa; y no puede usar las piernas ni los pies para mover o alejar un objeto, entre otros.

Del total de personas que presentan alguna discapacidad motora, el 56,4% son mujeres (525 mil 719 personas) mientras que los hombres representan el 43,6% (406 mil 274 personas).

Este tipo de discapacidad se presenta en personas de edad avanzada (32,5%), con enfermedad crónica (24,4%), genético/congénito o de nacimiento (9,8%), enfermedad común (6,8%), accidente común fuera del hogar (4,9%), accidente común en el hogar (4,6%), accidente de tránsito (4,0%), entre otros.

A nivel nacional, 506 mil personas tienen limitación de forma permanente para entender o aprender, principalmente dificultad para entender y cumplir órdenes o varias tareas al mismo tiempo, dificultad para resolver y afrontar por sí solos problemas y nuevos retos, dificultad para aprender y aplicar conocimientos de acuerdo a su edad.

Como origen de estas limitaciones está la edad avanzada (39,1%), problemas de nacimiento (24,4%), enfermedad crónica (8,1%), enfermedad común (3,3%), accidente común



en el hogar (1,7%), accidente común fuera del hogar (1,4%), negligencia médica (1,3%), entre otros.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1. 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.



5.5.2. ESTILOS DE VIDA

La malnutrición, una vivienda completamente inadecuada, el cuidados médicos e higiénicos, durante el embarazo, parto, postparto y primera infancia, favorecen el retraso mental. Además, se añaden los peligros, como la intoxicación y otros riesgos que el retraso mental, debida a falta de atención y vigilancia del niño. Otro problema añadido es la falta de escolarización, o la escolarización irregular e inestable, frecuente en familias pertenecientes a ambientes marginales, en los que, se suele añadir la alternancia de educadores y cuidadores dentro de la familia o familias (hogares rotos, hijos ilegítimos, etc.), lo cual, disminuye la eficacia de su función.

La privación cultural y la falta de incentivos y motivaciones intelectuales juegan también un papel importante en la etiopatogenia de algunas formas de retraso mental, junto con la privación afectiva y comportamientos de malos tratos, negligencia o falta de disciplina que, en la práctica, se suman a todas estas características, además de las dificultades económicas graves, la incapacidad de los adultos para buscar ayuda oportuna.

5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS:

Dentro de los factores de hereditarios son múltiples, las bases genéticas del RM son muy variadas y complejas. Actualmente disponemos de tecnología para realizar muchos tipos de estudios; no obstante, casi la mitad de los casos de RM quedan sin diagnosticar. Los antecedentes familiares, si son positivos, permitirán emitir un consejo genético aunque no tengamos un diagnóstico. Es necesario llegar a un diagnóstico exacto para poder ofrecer un diagnóstico prenatal o preimplantacional. Las causas del RM son extremadamente heterogéneas.



Las causas genéticas podemos agruparlas en: alteraciones cromosómicas, alteraciones monogénicas, metabólicas y multifactoriales. Gracias al desarrollo de nuevas técnicas de alta resolución –arrays de hibridación genómica comparada (CGH) y *multiplex ligation probe amplification* (MLPA)– se pueden detectar microduplicaciones y microdeleciones a lo largo de todo genoma, lo que está contribuyendo a la identificación de nuevos síndromes y genes asociados al RM.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.6.1. SIGNOS Y SINTOMAS:

Síntomas asociados: Puede mostrar síntomas de una condición subyacente, por ejemplo, características faciales del Síndrome Alcohólico Fetal o Síndrome de Down.

Condiciones médicas:

- Epilepsia
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad visual
- Puede haber dificultades en la defecación e incontinencia urinaria
- Hipotiroidismo, envenenamiento por plomo y algunos defectos congénitos del metabolismo (por ejemplo, fenilcetonuria)
- Anomalías cardíacas (especialmente en el síndrome de Down)

Trastornos mentales y del comportamiento:

- Aumento de la prevalencia de otros trastornos asociados, por ejemplo: trastornos disfóricos
- Dependencia, aislamiento social, nerviosismo periódico, comportamiento agresivo o antisocial

Dentro de los signos físicos a continuación se muestran los síndromes que incluyen retardo mental (tabla 1)

Tabla 1 Síndrome que muestran Retardo Mental y signos físicos

Síndrome (defecto genético/ cromosómico ó ambiental)	Signos físicos
Down (autosomas: trisomía 21)	facies típica, pliegue palmar único oreja pequeña y de implantación baja (pelo también)
Turner (cromosoma sexual ausente: fórmula X0)	mujer con talla baja, cuello alado presencia de nevos, tórax amplio, teletella (pezones muy separados)
Klinefelter (cromosoma sexual X extra: fórmulas X, XXY, XXXY, etc.)	varón talla alta hipogonadismo en la adultez
X-Frágil. X: repetición de triplete (región cercana al gen FMR-1) en el Xq27	patrón de herencia (mas de un afectado) pabellones auriculares grandes mentón grande macro-orquidia (post puberal)
Neurocutáneos: 1) Neurofibromatosis 2) Esclerosis tuberosa	manchas café con leche manchas hipocrómicas
Prader-Willi: (defecto en el cromosoma 15).	Obesidad, hiperfagia, manos y pies pequeños, diámetro bifrontal acortado, ojos almendrados.
Síndrome de Williams: (defecto del cromosoma 7)	Facies de duende, cachetes caídos, cejas en arco, edema periorbitario, orejas en punta.
Angelman: (alteración a nivel del cromosoma 15).	Accesos sonrisa y risa con una marcha atáxica por lo que se describe el cuadro como de una "marioneta feliz."
Fetal alcohólico (El alcohol y sus metabolitos, acetaldehído afectan la síntesis proteica)	hirsutismo Telecanito - hipotelorismo

Hay que considerar la siguiente clasificación para tener en cuenta el grado de retardo mental y la edad cronológica (tabla2)

EDAD		
0 a 5 años Maduración y desarrollo	6 a 20 años Entrenamiento y educación	21 años a mayores Adaptación social y vocacional
Grado: Leve (CI= 50-69/70) Desarrollo general de habilidades sociales y de comunicación. Probablemente no sean distinguidas hasta la escuela.	Puede aprender habilidades de hasta el 4to o 5to grado de primaria al llegar a los 18 o 19 años de edad. Puede integrarse a una sociedad.	Es capaz de realizar actividades y laborales para su integración en una fuerza de trabajo con salario mínimo.

Grado: Moderado (CI =35-49) Puede hablar o aprender a comunicarse. Algunas dificultades con habilidades motoras.	Dificultad para alcanzar objetivos académicos del 2do grado de primaria	Es parcialmente capaz de mantenerse económicamente en trabajos manuales bajo protección.
Grado: Severo (CI= 20-34) Limitaciones marcadas en habilidades motoras. Lenguaje mínimo.	Puede hablar o aprender a comunicarse. Puede aprender hábitos elementales de limpieza personal	Podrá parcialmente contribuir en su manutención económicamente bajo supervisión total.
Grado: Profundo (CI=<20) Retraso significativo, mínima habilidad funcional en áreas sensorio motoras. Necesita cuidados básicos		Algo de desarrollo motor y de lenguaje. Puede aprender muy limitadamente habilidades de cuidado personal

6.6.2. INTERACCIONES CRONOLOGICAS

Hay un amplio intervalo de presentaciones dependiendo de la severidad del trastorno subyacente y la discapacidad.

En el nacimiento o la infancia:

- Identificado por la familia o el trabajador social como de aspecto "inusual"
- Apariencia característica, por ejemplo, Síndrome de Down



- Retraso en el desarrollo. Alimentación o tono motor pobres
- Retraso en el desarrollo ordinario para edad y etapa correspondientes

En niños:

- Retraso en el desarrollo ordinario (caminar, hablar, control de esfínteres)
- Dificultades con el trabajo escolar, además de con los otros niños por dificultades en el aprendizaje
- Problemas de comportamiento por ejemplo, ingesta de material no orgánico, ausencia de juego con juguetes, actividad no constructiva repetitiva, auto-lesión, tendencia a ignorar a otros niños, fracaso en la respuesta a órdenes, oposición
- El niño puede estar socialmente aislado, ser marginado u objeto de acoso o estigma

En adolescentes:

- Dificultades con sus iguales
- Comportamiento sexual inapropiado
- Dificultades en la transición a la edad adulta
- Víctimas de explotación social, laboral y sexual

En adultos:

- Discapacidad en el funcionamiento cotidiano (por ejemplo, cocinar, limpiar)
- Problemas en el desarrollo social normal, (por ejemplo, encontrar trabajo, relaciones, crianza de los hijos)
- Problemas de comportamiento (por ejemplo, comportamiento agresivo, retraimiento, comportamiento antisocial)

6.6.3. GRAFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFIAS

Descripción clínica:

Desarrollo lento o incompleto que tiene como resultado un deterioro de las habilidades que contribuyen a la capacidad intelectual general, es decir, las habilidades cognitivas, lingüístico, motor y social. Por lo general asociado



con importantes dificultades de aprendizaje y problemas de adaptación social.

Discapacidad clasificada como grave cuando la edad mental del niño no ha alcanzado la mitad de su edad cronológica, es decir, el niño no está haciendo lo que podría esperarse de alguien con la mitad de su edad.

Discapacidad leve o moderada cuando no ha alcanzado una edad mental de tres cuartas partes de la edad cronológica

- ✓ Casos severos normalmente identificados antes de los dos años: necesitan ayuda con tareas diarias y sólo tienen capacidad para el discurso simple
- ✓ Casos moderados normalmente identificados entre los 3-5 años: necesitan guía o supervisión en actividades diarias
- ✓ Discapacidad del aprendizaje leve o límite: puede tener limitaciones en los logros escolares pero tiene capacidad para vivir sólo y desempeñar trabajos sencillos

Dentro de los síndromes asociados al retardo mental tenemos:

PRADER - WILL



SINDROME DE DOWN



SIDROME X FRAGIL O SINDROME DE MARTIN Y BELL



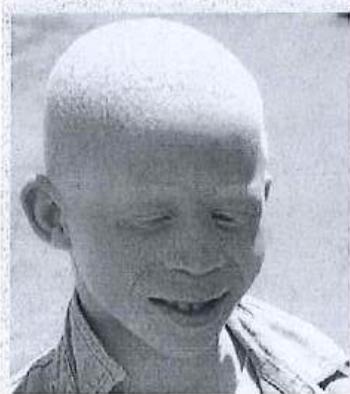
SINDROME DE DRAVET



SINDROME DE RETT



FENILCETONURIA



PARÁLISIS CEREBRAL



Diagnóstico diferencial:

1. Dificultades específicas de aprendizaje
2. Trastorno por déficit de atención
3. Trastornos motores (por ejemplo, parálisis cerebral)
4. Problemas sensoriales (por ejemplo, sordera)
5. Trastorno del espectro autista

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia,

confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Tabla 3 Síndromes comunes y sus perfiles cognitivos conductuales

Síndrome (defecto genético/ cromosómico ó ambiental)	Perfil cognoscitivo	Perfil Conductual
Down (autosomas: trisomía 21)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: alto procesamiento visual vs. auditivo, ordenamiento y organización de la información (procesamiento secuencial, simultáneo y de logro, ⁽⁹⁾). ❖ debilidades: bajo lenguaje expresivo, gramática y pronunciación. 	❖ bajo: nivel de psicopatología, problemas de inatención, impulsividad, hiperactividad, agresión.
X-Frágil. X: repetición de triplete (región cercana al gen FMR-1) en el Xq27	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: alta memoria verbal de largo plazo. ❖ debilidades: baja memoria a corto plazo, coordinación visomotora, procesamiento en el orden y organización del pensamiento (secuencial) matemáticas, atención. 	Hiperactividad, estereotipias bajo nivel de socialización (pares).
Prader-Willi: (defecto en el cromosoma 15).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: buen vocabulario expresivo, memoria de largo plazo, integración visoespacial y memoria visual. Interés inusual en rompecabezas. ❖ debilidades: bajo procesamiento en el orden y organización del pensamiento. 	Hiperfagia, atracones de comida, obesidad mórbida, berrinches, labilidad emocional, síntomas afectivos, ansiedad, pellizcamiento de piel y sintomatología obsesivo-compulsiva
Síndrome de Williams: (defecto del cromosoma 7)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: facilidad en el reconocimiento facial, lenguaje inusual, "hablante". ❖ debilidades: deficiencias en la habilidad visoespacial e integración visomotora, 	Hipersociable, temores, fobias, hiperactividad.

6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Evaluación en 3 etapas:



1. Medir el Coeficiente Intelectual.
2. Evaluar habilidades emocionales y de comportamiento.
3. Evaluar el impacto de las limitaciones del individuo en su habilidad para realizar actividades de la vida diaria.

Existen diversas escalas de inteligencia que pueden ser utilizadas para el diagnóstico:

- Wechsler Intelligence Adult Scale (WAIS) para mayores de 17 años
- Wechsler Intelligence Children Scale (WISC) para niños entre 6 y 16 años
- WIPPSI III para niños preescolares para edades de 2 años y 6 meses entre 7 años y 7 meses.
- RIAS Escala de inteligencia de Reynolds

Para efectos de diagnóstico de causalidad y de prevención, la siguiente clasificación de las causas y condiciones asociadas al RM es muy útil:

A. Prenatales:

1. Intrínsecas al feto (del desarrollo o morfogenéticas)

- a) Aberraciones cromosómicas
- b) Síndromes monogénicos
- e) Síndromes de génesis desconocida
- d) Síndromes de herencia multifactorial y asociaciones

2. Extrínsecas al feto (teratogénicas)

- a) Infecciones congénitas (rubeola, TORCH, sífilis)
- b) Exposición a alcohol, drogas, plomo, medicamentos, radiación ionizante
- c) Fenilcetonuria materna
- d) Desnutrición materna crónica
- e) Deficiencia de yodo y ácido fólico
- f) Embarazo gemelar

B. Perinatales

1. Prematuridad
2. Hipoxia



3. Trauma de parto
4. Ictericia neonatal
5. Hipoglicemia neonatal severa
- C. Posnatales
 1. Infecciones (meningitis, encefalitis, sarampión, tosferina, tétanos)
 2. Síndrome del niño agredido
 3. Intoxicación con plomo
 4. Convulsiones
 5. Anemia ferropénica
 6. Situaciones sociales adversas
 7. Desnutrición y deshidratación
 8. Traumatismo cráneo-encefálico
 9. Tumor cerebral

6.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación. En algunas del trastorno del lenguaje puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades socia secundarias. Sin embargo, el trastorno del lenguaje específico normalmente no está asociado con comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses actividades restringidas y repetitivas.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Las anormalidades en la atención (excesivamente centrado o fácilmente distraído) son frecuentes en los individuos con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Se debería considerar el diagnostico de trastorno por déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) si las dificultades atencionales o la hiperactividad superan las que; normalmente se observan en los individuos de edad mental comparable.

Trastorno generalizado del desarrollo, se trata de un trastorno caracterizado por alteraciones de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de



intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones.

Se puede utilizar, si se desea, un código adicional para identificar cualquier enfermedad médica o retraso mental asociados.

6.4. EXAMENES AUXILIARES

DE PATOLOGIA CLINICA

Análisis genéticos como en el síndrome de Down y el síndrome de X frágil. Así como exámenes de resonancia, la enfermedad de Alzheimer que en etapa adulta puede

DE IMÁGENES

Según sea el caso entre las imágenes que se puede realizar son: Electrofisiología, neuroimagen.

6.5. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Para prevenir se basa desde la etapa pre gestacional, gestacional y post natal. Debido que son encuentran diversos factores de riesgo.

6.4.2. TERAPEUTICA

Dentro de las terapias complementarias se tiene que tener en cuenta:

- Rehabilitación neuropsicológica
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje
- Terapia conductual



6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

No se reporta. Mas es necesario contar con un tratamiento multidisciplinario para lograr conductas adaptativas según su etapa de vida y nivel de retardo, haciendo a la persona más funcional en sus actividades de vida diaria.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

Hay que reconocer que existen diversos signos de alarma:

Dificultades en su desarrollo gestacional

Dificultades en su desarrollo psicomotor,

Dificultades en el desarrollo del lenguaje

Dificultades en el desarrollo sensorial

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

El criterio de alta no existe como definió, debido a que solo se da altas a ciertos programas que se instalen en el paciente

6.4.6. PRONOSTICO

Dentro del pronóstico se maneja el RESERVADO.

Por tal razón se considera la intervención psicológica para:

- Lograr un mejor bienestar psicológico
- Empoderar el yo y los recursos del paciente
- Trabajo con la familia para la aceptación de la discapacidad intelectual
- Orientación psicológica para unificar criterios en trato al paciente
- Mejorar el vínculo afectivo y el sistema de apoyo familiar

- Orientación sexual
- Modificación de conductas en el paciente y la familia
- Determinación del coeficiente intelectual
- Determinación de la aptitud vocacional
- Fortalecer la adherencia al tratamiento
- Favorecer las habilidades sociales
- Ayudar a establecer redes de apoyo

6.6. 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 oposicionista-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.

6.7. CRITERIOS DE 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 del retardo mental.

2.- 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.



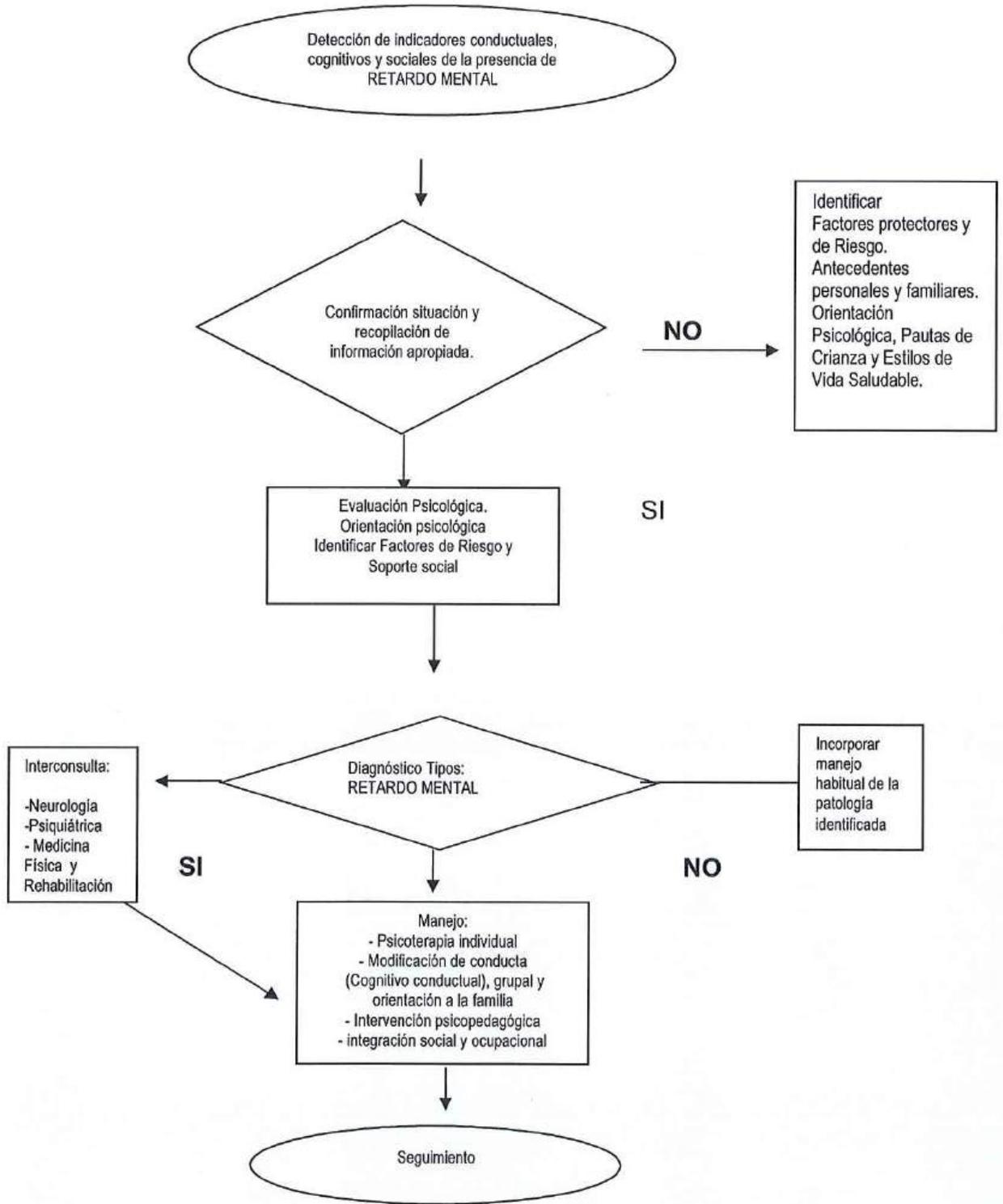
De estar disponibles, se podrá también recurrir a Redes, ONGs y demás servicios comunales acreditados en la zona de origen.

Por la naturaleza del retardo mental no se dan altas definitivas. Se realizan altas temporales según los siguientes criterios:

- Meta lograda
- Programa culminado
- Inclusión escolar
- Inclusión laboral
- Abandono del tratamiento

7. FLUXOGRAMA

RETARDO MENTAL



VII. ANEXOS

Wechsler Inteligencia de Adultos (WAIS)

WAIS-IV Protocolo de Registro

Nombre: _____

Nombre Apellido: _____

Fecha de Evaluación:

Año	Mes	Día

Fecha de Nacimiento:

Año	Mes	Día

Edad:

Año	Mes	Día

Conversión de Puntajes Brutos a Puntajes Equivalentes

Subprueba	Puntaje Bruto	Puntaje Equivalente				Coeficiente de Intelecto
Comprensión Verbal						
Analogías						
Relación de Dignos						
Matrices de Homenajes						
Vocabulario						
Arbitraje						
Discriminación de Símbolos						
Hay que completar Vacantes						
Información						
Clave						
Señales de Dirección - Rotación						
Matrices						
Comprensión						
Clasificación						
Figuras Intermedias						

Nombre de Puntaje Equivalente: _____

Comp. Verbal: _____

Razonamiento: _____

Matrices: _____

Matrices: _____

Clave: _____

Señales de Dirección - Rotación: _____

Matrices: _____

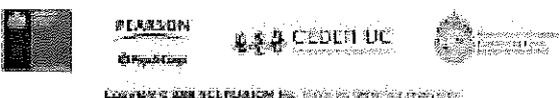
Comprensión: _____

Clasificación: _____

Figuras Intermedias: _____

Conversión de Puntajes Equivalentes a Puntajes Compuestos

Escala	Suma de Puntajes Equivalentes	Puntaje Compuesto	Normal	Índice de Coeficiente de Intelecto (95% a 105%)
Comprensión Verbal		ICV		
Razonamiento Perceptual		IRP		
Matrices de Trabajo		IMT		
Velocidad de Procesamiento		IVP		
Escala Total		ETI		



Copyright © 2008 by PEARSON, Inc. Todos los derechos reservados.

Perfil de Puntajes Equivalentes

Subprueba	Comprensión Verbal				Razonamiento Perceptual				Matrices de Trabajo				Velocidad de Procesamiento			
	ICV	IRP	IMT	IVP	ETI	ICV	IRP	IMT	ETI	ICV	IRP	IMT	ETI	ICV	IRP	IMT
100																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
15																
10																
5																
0																

Perfil de Puntajes Compuestos

	ICV	IRP	IMT	IVP	ETI
120					
115					
110					
105					
100					
95					
90					
85					
80					
75					
70					
65					
60					
55					
50					
45					
40					
35					
30					
25					
20					
15					
10					
5					
0					



Wechsler Intelligence Children Scale (WISC)



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				
Relación de dígitos				
Conceptos con dibujos				
Cleaves				
Vocabulario				
Sucesión de números y letras				
Matrices				
Comprensión				
Búsqueda de símbolos				
Figuras incompletas				
(Registros)				
Información				
(Aritmética)				
Palabras en contexto (Palos)				

Suma de puntuaciones escalares

	Comprensión verbal	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento	Escala Total
Suma de puntuaciones escalares					
Número de subpruebas	+ 10	+ 3	+ 3		
Puntuación media					

* La media total se obtiene a partir de las 10 subpruebas esenciales.

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®
DRA. F. 2005 (Actualización)
Edición: E. Sotelo, S. Sotelo, J. A. & C.V.
Av. Lerma 306, C54 (Bogotá), 06101
México, D.F.

MP
75-3

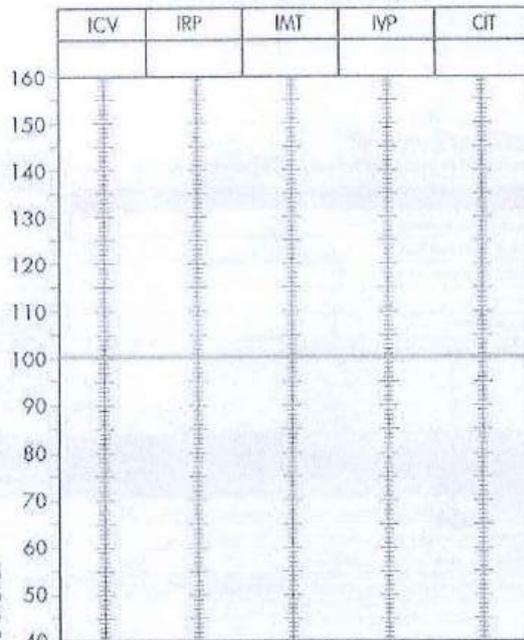
* Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, USA. Traducción al Español copyright © 2004 por The Psychological Corporation, S.R.L. Licencia de adaptación en Español. D.R. © 2007 por Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación de información o transmitida por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc., sin permiso previo por escrito de la Editorial.
ISBN: 978-970-265-4 (Protocolo de registro)
9789-970-270-263-3 (Prueba completa)

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

	Comprensión verbal					Razonamiento perceptual				Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento		
	SE	VA	CA	(N)	(C)	DC	CD	MT	(F)	RD	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



WIPPSI IV para niños preescolares para edades de 2 años y 6 meses entre 7 años y 7 meses.



Cuadernillo de anotación Edad 4:0-7:7

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

	Cálculo de la edad cronológica		
	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad cronológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	PD	Puntuación escalar				
		1	2	3	4	5
Cubos	<input type="text"/>					
Información	<input type="text"/>					
Matrices	<input type="text"/>					
Búsqueda de animales	<input type="text"/>					
Reconocimiento	<input type="text"/>					
Semejanzas	<input type="text"/>					
Conceptos	<input type="text"/>					()
Cancelación	<input type="text"/>					()
Localización	<input type="text"/>					()
Rompecabezas	<input type="text"/>					()
Vocabulario	<input type="text"/>					()
Clave de figuras	<input type="text"/>					()
Comprensión	<input type="text"/>					()
Dibujos	<input type="text"/>					
Nombres	<input type="text"/>					
Cancelación aleatoria	<input type="text"/>					
Cancelación estructurada	<input type="text"/>					
Suma puntuaciones escalares						
		Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido	Mem. trabajo	Vel. proces. total

Perfil de puntuaciones escalares

Edad	Comprensión verbal				Visoespacial		Razon. fluido		Memoria de trabajo		Velocidad de procesamiento		
	I	S	V	CO	C	RO	M	CON	R	L	BA	CA	CF
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Perfil de puntuaciones compuestas

	ICV	IVE	IRF	IMT	IVP	CIT
180						
175						
170						
165						
160						
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						
40						

Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma punt. escalares	Puntuación compuesta	Percentil	Intervalo de confianza 90% a 95%
Comprensión verbal	<input type="text"/>	ICV <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visoespacial	<input type="text"/>	IVE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Razonamiento fluido	<input type="text"/>	IRF <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Memoria de trabajo	<input type="text"/>	IMT <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de procesamiento	<input type="text"/>	IVP <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala total	<input type="text"/>	CIT <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



RIAS Escala de inteligencia de Reynolds

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
Adivanzas (Ad)					
Categorías (Ca)					
Analogías verbales (An)					
Figuras incompletas (Fi)					
Memoria verbal (Mv)					
Memoria no verbal (Mnv)					
Suma de puntuaciones T			+	=	
		IV			IM
Índices del RIAS					
Intervalo de confianza al _____ %					
Percentil					
		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 (específico) _____
- 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.



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)
1. Tablero de formas (1) () 2. Respuesta diferida (2) () 3. Partes del cuerpo (4) () 4. Torre de bloques () () 5. Vocabulario de imágenes (3) () 6. Combinación de palabras (2) () PS.: Identificar objetos por su nombre (5) ()	1. Identificar objetos por su uso (3) () 2. Identificar partes del cuerpo (6) () 3. Nombrar objetos (5) () 4. Vocabulario de imágenes (8) () 5. Repetir dos dígitos (1) () 6. Obedecer ordenes 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)
1. Ensartado de cuentas 2' (4) () 2. Vocabulario de imágenes (10) () 3. Puente de cubos () () 4. Memoria de imágenes (1) () 5. Copiar un círculo (1) () 6. Dibujar una línea vertical (1) () PS.: Repetir tres dígitos (1) ()	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6) () 2. Paciencia: Figuras (6) () 3. Discriminar figuras de animales (4) () 4. Describir garabato: Nivel I (2) () 5. Clasificar botones 2' () () 6. 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)
1. Vocabulario de imágenes (14) () 2. Nombrar objetos de memoria (2) () 3. Analogías opuestas I (2) () 4. Identificar imágenes (3) () 5. Discriminación de formas (8) () 6. Comprensión II (2) () PS.: Memoria de frases I (1) ()	1. Comparaciones estéticas (3) () 2. Analogías opuestas I (3) () 3. Semejanzas/Diferencias de figuras I (3) () 4. Materiales (2) () 5. Tres encargos (3) () 6. Comprensión III (1) () PS.: Identificar imágenes (4) ()
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	AÑO VI (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)
1. Completar dibujo de hombre (2) () 2. Doblar papel: Triángulo () () 3. Definiciones (2) () 4. Copiar un cuadrado (1) () 5. Semejanzas/Diferencias de figuras II (9) () 6. Paciencia: Rectángulo en dos (2) () PS.: Nudo I () ()	1. Vocabulario (6) () 2. Diferencias (2) () 3. Figuras Incompletas (4) () 4. Concepto de número (4) () 5. Analogías opuestas II (3) () 6. Recorrer un laberinto (2) () PS.: Describir garabato: Nivel II (2) ()
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)	AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)
1. Figuras absurdas I (4) () 2. Semejanzas entre dos cosas (2) () 3. Copiar un rombo (1) () 4. Comprensión IV (3) () 5. Analogías opuestas III (2) () 6. Repetir 5 dígitos (1) () PS.: Repetir tres dígitos al revés (1) ()	1. Vocabulario (8) () 2. Memoria de cuentos (5) () 3. Absurdos verbales I (3) () 4. Semejanzas y diferencias (3) () 5. Comprensión IV (4) () 6. Nombras días (orden correcto +2) () PS.: Interpretar situaciones I (2) ()



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Versión 1995.
2. DSM V. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Guía de Uso. Editorial Masson, 2005. México D.F. Cuarta Edición.f
3. TRATADO DE PSIQUIATRIA CLINICA. Hales, Yudofsky. Editorial Masson, 2005. México D.F. Cuarta Edición.
4. Rodriguez-Revenga,L. Retardo mental de origen genético. Rev 2006; Vol 43.2006
5. Monografias.com <https://www.monografias.com/trabajos104/discapacidad-intelectual/discapacidad-intelectual>
6. Medline Plus (gov). 2023. Discapacidad intelectual. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001523.htm>

