

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE
PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN NEUROPSICOPEDAGOGÍA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOPEDAGOGÍA
VI PROMOCIÓN
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MANIZALES, NOVIEMBRE, 2005**

ASESORAS DE PROYECTO

**Liliana González Benítez, MD. Mg.
Gloria Cecilia Henao López, Mg.
Vilma Varela Cifuentes, Mg.**

ASISTENTES DE INVESTIGACION

**Cristina Acosta Olaya
Ximena Alexandra Amaya Adams
Andrea Arciniegas Naranjo
Aura Nury Arcos Nieto
Luz Yadira Betancur García
Maria Eugenia Burbano Bolaños
Nidya Cristina Camacho Rojas
Diana Marcela Cardona Lozada
Martha Margarita Dávila Ramírez
Lina María Galindo Orjuela
Esperanza Gaona Pérez
María Eugenia García Gómez
Isabel Cristina Gil Montoya
Lina María Giraldo zapata
Luz Amanda Gómez López
Eliana Patricia Guevara Melo
Martha Cecilia López Roche
Lina María Mahecha Bermúdez
Olga Patricia Moscoso Grajales
Adiela Naranjo Ramírez
Sandra Ospina Cuellar
Jenny Marcela Prieto Olaya
Liliana María Sánchez Villada
Tania Suárez Méndez
Elizabeth Zuluaga Castro
Gloria Helena Zuluaga Gómez**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOPEDAGOGÍA
VI PROMOCIÓN
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MANIZALES, NOVIEMBRE, 2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN.....	2
CONTEXTUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
LA EVALUACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA.....	5
APROXIMACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA.....	7
1 DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE ESCOLAR.....	9
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL.....	9
1.2 DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DAE.....	11
1.2.1 Trastornos Específicos del Aprendizaje.....	12
1.2.1.1 Criterios para el diagnóstico de los TEA.....	14
1.2.1.2 Subtipos de Trastornos Específicos del Aprendizaje.....	15
1.2.1.3 Teorías explicativas de los TEA	24
1.2.1.4 Factores de mantenimiento de los TEA.....	28
1.3 EVALUACIÓN DE LOS TEA.....	28
1.3.1 Consideraciones previas para el análisis clínico de cada dimensión....	28
1.3.2 Esquema evaluativo de los TEA.....	29
1.3.2.1 Protocolo Neuropsicopedagógico para la evaluación de las Áreas Instrumentales Básicas	30
1.3.2.2 Cuestionario para el rastreo de dificultades de aprendizaje en niños de edad escolar CEPA.....	30
1.3.2.3 Batería de evaluación de los procesos lectores de los niños de Educación Primaria PROLEC.....	30
1.3.2.4 Prueba de Comprensión Lectora de Complejidad Lingüística Progresiva CLP.....	31
1.3.2.5 Evaluación de la conciencia metalingüística	32
1.3.2.6 Inventario de Aritmética.....	33
1.3.2.7 Escala Wechsler de Inteligencia.....	33
1.3.2.8 Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI	34
Anexos	
A. Formato Protocolo Neuropsicopedagógico para la Evaluación de las Áreas Instrumentales Básicas	
A1. Formato Habilidades de la conciencia metalingüística	
A2. Formato Inventario de Aritmética	

B. Formato Cuestionario para el rastreo de dificultades de Aprendizaje CEPA

2	RETARDO MENTAL.....	35
2.1	RESEÑA HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE RM.....	35
2.2	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL RM.....	37
2.2.1	Categorías diagnósticas del RM.....	39
2.2.2	Teorías explicativas del RM.....	41
2.2.3	Modelos teóricos en la comprensión del RM.....	43
2.2.4	Factores etiológicos y de mantenimiento del RM	47
2.3	EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL.....	49
2.3.1	Criterios de evaluación.....	51
2.3.2	Instrumentos de evaluación.....	53
2.3.2.1	Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN.....	53
2.3.2.2	Test Breve de Inteligencia K.Bit.....	54
2.3.2.3	Escalas de inteligencia Wechsler para niños.....	54
2.3.2.4	Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños.....	57
2.3.2.5	Escalas Stanford Binet IV.....	61
2.3.2.6	Test de Terman y Merrill.....	64
	Anexos	
	Formatos Escalas de Habilidades Adaptativas	
	Formato Anamnesis	
3	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.....	65
3.1	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS TGD.....	65
3.1.1	Descripción y características del Autismo.....	65
3.1.2	Descripción y características del Trastornos de Asperger.....	70
3.1.3	Descripción y características del Trastorno de Rett.....	71
3.1.4	Descripción y características del Trastorno Desintegrativo de la Niñez.....	72
3.2	EVALUACIÓN DE LOS TGD.....	72
3.2.1	Autismo y Asperger.....	72
3.2.2	Trastorno de Rett.....	76
3.3	FACTORES DE MANTENIMIENTO.....	76
3.3.1	Evolución del Autismo y Asperger.....	76
3.4	EVALUACIÓN DE LOS TGD.....	80
3.4.1	Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista.....	80
3.4.2	Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger.....	81
3.4.3	Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Rett.....	82
3.4.4	Criterios para el diagnóstico del Trastorno Desintegrativo Infantil.....	82
3.4.5	Esquema evaluativo de los TGD.....	83
	Gráficas 1y 2 Encrucijada diagnóstica en el autismo	
	Tabla1 Estadios evolutivos clínicos del Trastorno de Rett	
	Tabla 2 Inventario Diagnóstico del Autismo IDEA	
4	TRASTORNOS COMPORTAMENTALES.....	94
4.1	DESCRIPCIÓN GENERAL.....	94

4.1.1	Definición y características del TDAH.....	94
4.1.1.1	Criterios diagnósticos para el TDAH.....	95
4.1.1.2	Teorías explicativas del TDAH: Factores etiológicos y de y de mantenimiento.....	97
4.1.2	Definición y características del Trastorno Negativista Desafiante.....	99
4.1.2.1	Criterios diagnósticos para el Trastorno Negativista Desafiante.....	99
4.1.2.2	Teorías explicativas del TND: Factores etiológicos y de y de mantenimiento.....	100
4.1.3	Definición y Características del Trastorno Disocial de la Conducta.....	101
4.1.3.1	Criterios diagnósticos para el Trastorno Disocial de la Conducta.....	101
4.1.3.2	Teorías explicativas del TDC: Factores etiológicos y de mantenimiento.....	103
4.2	ASPECTOS NEUROCOGNITIVOS EN LOS TRASTORNOS COMPORTEMENTALES.....	104
4.3	EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS COMPORTEMENTALES.....	109
4.3.1	Esquema evaluativo.....	111
4.3.1.1	Escalas comportamentales.....	112
4.3.1.2	Instrumentos para la evaluación de las habilidades intelectuales y cognoscitivas.....	113
	Test de Inteligencia para Niños.....	113
	Pruebas de Control Mental.....	113
	Prueba de Retención de Dígitos.....	114
	Pruebas de Rastreo o TMT.....	115
	Prueba claves Dígito-Símbolo.....	117
	Test de Percepción Visual No Motriz.....	117
	Curvas de Memoria Auditiva y Memoria Visual.....	118
	Figura Compleja de Rey.....	119
	Prueba de Comprensión del Discurso ENI.....	119
	Prueba de Seguimiento de Instrucciones ENI.....	119
	Pruebas de Denominación y Designación de imágenes ENI.....	119
	Prueba de Denominación Rápida de Estímulos Alternados.....	119
	Pruebas de Fluidez Verbal.....	119
	Prueba de Coherencia Narrativa ENI.....	120
	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin.....	122
	Test Stroop de Colores y Palabras.....	123
	Anexos	
	A. Checklist para TDAH (DSM IV)	
	B. Criterios Trastorno Negativista Desafiante (DSM IV)	
	C. Cuestionario Trastorno Disocial de la Conducta (DSM IV)	
	D1. Cuestionario de Síntomas para Padres	
	D2. Cuestionario para el Maestro	
	E1. Escala Multidimensional de la Conducta (Padres) 4 – 5 años	
	E2. Escala Multidimensional de la Conducta (Maestros) 4 – 5 años	
	E3. Escala Multidimensional de la Conducta (Padres) 6 – 11 años	
	E4. Escala Multidimensional de la Conducta (Maestros) 6 – 11 años	
	E5. Escala Multidimensional de la Conducta (Padres) 12 –18 años	
	E6. Escala Multidimensional de la Conducta (Maestros) 12–18 años	

E7. Escala Multidimensional de la Conducta (Autoinforme) 8–11 años
 E8. Escala Multidimensional de la Conducta (Autoinforme) 12–18 años
 F. Formato Protocolo Neuropsicopedagógico para la evaluación de Trastornos Comportamentales

5	DEPRESIÓN INFANTIL.....	124
5.1	DESCRIPCIÓN GENERAL	124
5.1.1	Trastorno del estado de Animo en Niños	125
5.1.1.1	Implicación a nivel cognitivo comportamental de la depresión infantil	126
5.1.2	Etiología y patogenia de la depresión	126
5.1.2.1	Factores bioquímicos.....	126
5.1.2.2	Factores psicosociales.....	127
5.1.2.3	Teorías del desarrollo.....	127
5.1.2.4	Factores predisponentes de la depresión	129
5.1.2.5	Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.....	130
5.1.2.6	Curso y Pronóstico.....	130
5.1.3	Diagnóstico del trastorno depresivo en niños.....	131
5.1.3.1	Eje semiológico	131
5.1.3.2	Eje patogénico.....	131
5.1.3.3	Eje terapéutico.....	131
5.1.3.4	Eje etiológico.....	131
5.1.4	Diagnóstico diferencial.....	132
5.2	EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS INFANTILES	132
5.2.1	Inventario de la Depresión en Niños –CDI-.....	132
5.2.2	Escala de Depresión para Niños –CDS-.....	133
	Anexos	
	A. Formato Inventario de la Depresión en Niños	
	B. Descripción de Algunas Subescalas CDS	
	C. Formatos Listas de chequeo Padres- Profesores	
	D. Formatos Escalas de Evaluación para Depresión Infantil	
6	TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	143
6.1	DESCRIPCIÓN GENERAL.....	143
6.1.1	Categorías diagnósticas.....	143
6.1.1.1	Miedos y fobias.....	143
6.1.1.2	Fobias específicas.....	143
6.1.1.3	Fobias sociales.....	144
6.1.1.4	Ansiedad por separación.....	144
6.1.1.5	Trastorno de Ansiedad Generalizado.....	145
6.1.1.6	Crisis de Angustia y Trastorno de Pánico.....	145
6.1.1.7	Trastorno por Estrés Postraumático.....	145
6.1.1.8	Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	146
6.2	TEORIAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	146
6.2.1	Teoría Biológica.....	146
6.2.2	Teoría Cognitiva.....	147
6.3	FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	147

6.4	EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	148
6.4.1	Esquema evaluativo.....	148
6.4.1.1	El inventario de miedos para niños.....	150
6.4.1.2	Pruebas de observación en situaciones artificiales.....	151
6.4.1.3	Pruebas de observación de la expresión emocional.....	151
6.4.1.4	Cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños.....	151
6.4.1.5	Escala de ansiedad manifiesta para niños CMAS-R.....	151
6.4.1.6	Entrevista para síndromes psiquiátricos CHIPS.....	152
6.4.1.7	Cuestionario de personalidad para niños.....	153
6.4.1.8	Early School Personality Questionarie.....	153
6.4.1.9	Registros psicofisiológicos.....	153
	Anexos	
	A. Cuestionario para Padres	
	B. Cuestionario para Docentes	
	C. Cuestionario para el Niño	
	D. Cuestionario de Autorregulación Emocional (Padres)	
	E. Cuestionario de Autorregulación Emocional (Docentes)	
	F. Contenido de reactivos subescalas CMAS-R	
	G. Preguntas Entrevista para síndromes psiquiátricos CHIPS	
7	TALENTOS O CAPACIDADES EXCEPCIONALES	162
7.1	DESCRIPCIÓN GENERAL	162
7.1.1	Características observadas en Niños con Talentos.....	163
7.1.1.1	Excelencia académica general.....	163
7.1.1.2	Aptitudes específicas.....	163
7.1.1.3	Pensamiento productor.....	164
7.1.1.4	Liderazgo.....	164
7.1.1.5	Conducta de Adaptación Social.....	164
7.1.1.6	Habilidad psicomotriz.....	165
7.2	TEORIAS EXPLICATIVAS	165
7.2.1	Un primer intento: El estudio de Galton.....	165
7.2.3	El Macroestudio de Therman Merrill.....	165
7.2.4	Modelos de la Excepcionalidad Intelectual.....	167
7.2.4.1	Modelos Basados en las capacidades.....	167
7.2.4.2	Modelos basados en el rendimiento.....	167
7.2.4.3	Modelos de componentes cognitivos.....	167
7.2.4.4	Modelos socioculturales.....	167
7.3	EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS CON TALENTOS	168
7.3.1	Listas de chequeo.....	168
7.3.2	Pruebas de medición del coeficiente intelectual.....	168
7.3.2.1	Escala de Inteligencia de Stanford-Binet.....	168
7.3.2.2	Prueba de rendimiento individual Peabody.....	168
7.3.2.3	Batería Psicoeducativa Woodcock-Johnson.....	168
7.3.2.4	Escala de inteligencia WISC – R.....	169
7.3.2.5	Escala WPPSI para preescolar y primaria.....	169
7.3.2.6	Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños.....	169
7.3.2.7	RAVEN- Matrices progresivas.....	169

Anexos

A. Aspectos a tener en cuenta en un niño con Talento

B. Listas de Chequeo

C. Padres de Familia: Aspectos a observar

D. Docentes: Aspectos a observar

CONCLUSIONES

176

BIBLIOGRAFÍA

177

INTRODUCCIÓN

Los docentes y estudiantes del programa de especialización en Neuropsicopedagogía - VI cohorte – concientes de que los procesos inherentes al **Desarrollo Infantil** se encuentran influenciados por las condiciones de vida, los factores biológicos, las relaciones sociales y el medio natural y cultural, en un contexto en donde nuevas tendencias y enfoques teóricos; nuevas alternativas metodológicas, los diversos aportes realizados por otras disciplinas y las condiciones socio-culturales cambiantes, conllevan a la apremiante necesidad de hacer una reflexión crítica sobre la dinámica del cambio humano, que derive impacto en la conceptualización, la evaluación, la intervención y la investigación en los procesos de desarrollo de nuestra población infantil.

Procesos inherentes al Desarrollo Humano, como son su evaluación e intervención, tanto en el plano clínico como en el educativo y el comunitario, requieren de aportes Interdisciplinarios específicos en el estudio, tanto de sus secuencias y logros adecuados, como en la detección, comprensión e intervención de sus trastornos. De allí que consideremos el proyecto de **“Diseño e Implementación de Protocolos de Evaluación Neuropsicopedagógica”**, como una alternativa eficiente al generar e implementar guías de evaluación dirigidas a los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios encargados de brindar atención a la población infantil, que permitan una lectura múltiple e integrada, en un abordaje conceptual y metodológico desde diferentes disciplinas y experiencias, al recomendar y sugerir instrumentos y procedimientos de evaluación, como insumo para su análisis crítico, como estrategia para optimizar y potenciar tanto los procesos de desarrollo como los referentes al desempeño escolar.

En este trabajo, los protocolos están dirigidos a la implementación de procesos de evaluación en los siguientes grupos:

- Dificultades del Aprendizaje Escolar
- Retardo Mental
- Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Trastornos Comportamentales
- Depresión Infantil
- Trastornos de Ansiedad
- Talentos o Capacidades Excepcionales

Cada uno de los capítulos están compuestos por dos apartados básicos: el primero presenta la ubicación teórica del grupo, correspondiente a características y aspectos descriptivos básicos del mismo y un segundo apartado relativo al proceso de evaluación y el protocolo a utilizar.

CONTEXTUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente el concepto de evaluación ha estado ligado al contexto educativo y clínico, vinculado a diversas concepciones e intereses tanto teóricos como prácticos: Desde la identificación de sujetos que potencialmente se podrían beneficiar de la educación (Binet, 1911), pasando por el estudio de las relaciones entre la psicología y la pedagogía (destacándose aportes como los de Vigotsky, Piaget, Bruner, Ausubel), hasta el problema de la detección y evaluación de las Dificultades del Aprendizaje, entre otros asuntos.

Es así como las diversas concepciones han conllevado a la definición operacional de términos como: **Habilidades, Funciones, Conocimientos, Destrezas, Competencias**, para referirse a aspectos puntuales de la evaluación. Concretamente con relación a la evaluación del desarrollo y aprendizaje infantil, el análisis de las diferencias individuales en el ámbito de las destrezas intelectuales es tal vez uno de los más pertinentes desde el punto de vista del aprendizaje y la educación. En general, este se ha realizado en un contexto definido en términos de inteligencia y/o coeficiente intelectual, apoyado en una metodología correlacional y del análisis factorial como técnica estadística que busca la definición de los diferentes rasgos de la inteligencia en términos de la ejecución de los individuos en pruebas mentales: este enfoque es aún vigente, no exento de críticas ni de propuestas alternativas, como la del modelo jerárquico (Catell, 1971).

Este modelo postula diferentes niveles de destrezas intelectuales y plantea la distinción básica entre: **Inteligencia cristalizada**: la cual tiene su origen en la experiencia y su organización, y se origina por medio del aprendizaje en un medio educativo formal. Su medición se establece mediante tests de capacidad escolar y rendimiento. **Inteligencia fluida**: Aspecto de la inteligencia general que se plasma en situaciones nuevas que requieren adaptación flexible. Se desarrolla al margen del contacto del individuo con la educación y se refleja fundamentalmente en tests de razonamiento analítico y tareas de resolución de problemas no ligadas a aprendizajes previos. Este modelo ha generado nuevas conceptualizaciones y trabajos empíricos de innegable interés en el campo psicoeducativo.

Por su parte y gracias al cambio sustancial en el énfasis que los enfoques psicométricos ponen en el análisis de las habilidades intelectuales, surge el interés por definir los procesos psicológicos responsables de las ejecuciones de los individuos en los tests mentales y de otras conductas calificadas como inteligentes. Este interés surge a partir de los planteamientos teóricos y metodológicos de la psicología cognitiva, y en especial de los modelos de procesamiento de la información, existiendo hoy en día una gran proliferación de trabajos que intentan precisar las relaciones entre el nivel de ejecución en determinados tests psicométricos y el nivel de ejecución en diversos tipos de tareas de aprendizaje cognitivo, lo cual constituye una interesante vía para la comprensión de las diferencias individuales.

Lo anterior ha traído como consecuencia la definición de diferentes énfasis (según las diversas aproximaciones teóricas) los cuales dan como resultado diversas maneras de aproximarse a un proceso de evaluación y diagnóstico, es decir, se propone establecer un trabajo ordenado y certero en torno a la posibilidad de ejecutar una evaluación con miras a establecer descripciones claras sobre el desarrollo de un niño o sobre la posible presencia de un trastorno en él.

OBJETIVOS

General

Enriquecer los procedimientos psicométricos utilizados en la evaluación neuropsicopedagógica a través de la compilación de diferentes protocolos que faciliten las prácticas de evaluación, diagnóstico, intervención e investigación de los procesos de desarrollo de la población infantil.

Específicos

Desarrollar un marco teórico que de cuenta del grupo nosológico al cual irá dirigido el proceso evaluativo y diagnóstico.

Compilar los protocolos de evaluación, que permitan obtener una sistematización de la información relevante, sobre variables neuropsicológicas y psicopedagógicas inherentes al grupo que se desea abordar en el proceso.

Editar y publicar los protocolos, con el fin de cualificar y direccionar las prácticas de evaluación neuropsicopedagógica utilizadas en nuestro medio para el diagnóstico en población infantil.

LA EVALUACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA

La Neuropsicopedagogía como campo del saber, comparte como común denominador a todas las interdisciplinas, el hecho de que surge en los escenarios donde se aplica y convalidan los conocimientos teóricos, los modelos de intervención, los instrumentos de medición y demás herramientas de trabajo profesional.

Su dominio conceptual y técnico-procedimental se fundamenta en el conocimiento interdisciplinario de las bases **Neuropsicológicas y Comportamentales en el campo del aprendizaje escolar**, así como en las alteraciones cognoscitivas y comportamentales del desarrollo que afectan los procesos de aprendizaje escolar. Hace especial énfasis en el aspecto pedagógico de las funciones psicológicas, enfocando la escuela en sus prácticas y sus metodologías. La Neuropsicopedagogía por tanto, particulariza, dentro del amplio campo de la Neuropsicología, la relación “cerebro en maduración-conducta” (subdisciplina denominada “Neuropsicología Infantil”).

Usualmente la obtención del **perfil Neuropsicopedagógico** se delimita en tres grandes áreas.

Procesos Cognitivos: Estos focos o áreas (que surgen a partir de estudios experimentales o clínicos) así delimitados facilitan la comprensión de la actividad cognoscitiva, mediante la observación clínica y la utilización de instrumentos especializados de medición, para las diversas sub-habilidades en cada una de ellas. Generalmente se utilizan baterías Neuropsicológicas (procedimiento psicométrico puro); o seleccionan pruebas acordes a condiciones particulares tales como motivo consulta, edad, nivel educativo, objetivo de la evaluación (procedimiento clínico). En nuestro medio existe una amplia disponibilidad de pruebas cuya selección está influida por la aproximación teórica del profesional, la edad del niño y su condición neurológica.

Nivel intelectual: La determinación de un coeficiente intelectual total en términos de los factores que agrupa -verbal y manipulativo-, permite ir más allá del dato psicométrico en la medida en que este se contextualiza dentro de la Evaluación Neuropsicopedagógica (ENPP). La determinación de la capacidad intelectual es de gran importancia pues ayuda a determinar si el niño presenta un compromiso global de la función cognoscitiva (retardo mental) o si se trata de un problema Neuropsicológico específico (dislexia).

La contextualización del coeficiente intelectual como dato psicométrico se ejemplifica claramente en el proceso diagnóstico del niño con retardo mental; recordemos que la nueva definición del retardo mental se basa en un modelo de funcionamiento (del individuo en su medio ambiente) y no exclusivamente como un rasgo inherente; es decir se consideran no sólo las limitaciones de la inteligencia sino también las habilidades de adaptación; El coeficiente intelectual es sólo uno de los criterios del diagnóstico.

Habilidades Instrumentales: La evaluación de las habilidades en lectura, escritura y cálculo debe estar presente en la ENPP. El análisis concreto de las dificultades idealmente debe permitir ir más allá del “síntoma” en términos de los niveles de procesamiento (es decir, se trata de identificar dificultades en los procesos de bajo nivel o automáticos o en los procesos superiores o controlados).

Dada la interdependencia entre el lenguaje oral y escrito, cuando se presentan dificultades de adquisición del dominio escrito es necesario diferenciar entre lo que pueden ser problemas generales del lenguaje, de los que son problemas específicos de la lectura o la escritura. Es de particular interés la evaluación de las habilidades en conciencia fonológica, dado el gran peso de las investigaciones que la señalan como responsable de las dificultades en el proceso de adquisición del código lecto-escrito.

En cuanto al cálculo, su evaluación debe abarcar las habilidades de: Numeración (correspondencia biunívoca, ordenación, cardinalidad) sin olvidar sus prerrequisitos en términos de operaciones lógicas (seriación, conservación, etc.), Cálculo aritmético (operaciones básicas), Resolución de problemas (comprensión de la estructura lógica – relaciones semánticas-), así como la Estimación, medidas y nociones geométricas.

En la actualidad, las investigaciones en este aspecto, intentan comprender la naturaleza de la ejecución matemática, las demandas cognitivas que implica y las estrategias que usan los niños para resolver problemas.

Nivel Comportamental y Afectivo Emocional: En la determinación del perfil comportamental se han venido empleando escalas o cuestionarios diligenciados por padres, maestros y/o autoinformes que evalúan diferentes dimensiones (conductuales, de personalidad, adaptativas, emocionales).

Usualmente en estos instrumentos se distinguen los de tipo categorial y los de tipo multidimensional. Los primeros son cuestionarios (checklists) que facilitan un diagnóstico categórico; es decir, con miras a establecer categorías específicas de trastornos como los establecidos en el DSM IV-TR, que deben ser analizados con relación a los criterios médicos definidos para cada entidad nosológica.

Los instrumentos de tipo multidimensional, por ejemplo la Escala Multidimensional de la Conducta -sigla en inglés BASC- miden distintos aspectos de la conducta y de la personalidad incluyendo dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas), de gran valor interpretativo porque están construidas alrededor de situaciones o conductas claramente especificadas, fáciles de administrar y calificar (Kamphaus, et al 2000).

APROXIMACIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA

La aproximación neuropsicopedagógica de los procesos de evaluación en el contexto educativo debe:

1. Asegurar una aproximación interactiva en la evaluación de competencias y capacidades de los niños, así como de sus dificultades en los procesos de desarrollo y aprendizaje: Las diferentes dimensiones de la evaluación implican actuaciones de distinta naturaleza en las que intervienen distintos agentes dada la naturaleza interactiva y contextual del desarrollo y el aprendizaje (características individuales –desde su funcionamiento bio-psicológico-, familia, institución, entorno social).

Dado que el proceso de evaluación es por naturaleza indivisible e interrelacionado, el trabajo en equipo (profesionales, padres, maestros), debe posibilitar la creación de un lenguaje común a través del cual se amplíe la visión de la persona con trastornos del desarrollo/aprendizaje, identificando sus deficiencias pero sobre todo sus potencialidades.

Por lo tanto el equipo de trabajo debe disponer de una serie de conocimientos comunes sobre los procesos habituales de adquisición y desarrollo de competencias Neuropsicológicas y Pedagógicas, las cuales deben ser confrontadas y analizadas en el marco de los avances investigativos sobre el desarrollo normal o alterado, de tal manera que permitan el diseño de propuestas alternas de evaluación que desde una visión holística valoren las diferentes dimensiones de la persona y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, promoviendo la participación y el compromiso de los padres de familia y los educadores.

2. Garantizar acuerdo en los criterios inter-profesionales para asumir el proceso evaluativo: La excesiva segmentación en la comprensión de la situación del niño y la niña, además de la confusión en la comunicación con profesores y familias, puede reflejar la forma parcelada en que se obtiene la información. La sub-especialización de los diferentes profesionales, si no hay un acuerdo de equipo, puede conllevar a lagunas o repeticiones en el proceso de evaluación por el hecho de compartir el ámbito de sus intervenciones por lo cual es recomendable delimitar los alcances de dichas intervenciones.

Lo importante es que la participación de cada profesional en el proceso de evaluación parta de una concepción interactiva del desarrollo (con independencia de la participación directa de uno u otro profesional) y se oriente claramente a comprender el proceso enseñanza-aprendizaje del estudiante para diseñar la oportuna respuesta educativa.

Tipos de acuerdos:

- Criterios y procedimientos comunes para analizar y priorizar las solicitudes de evaluación
- Confeccionar y/o adaptar instrumentos comunes de evaluación y registro
- Los contenidos del informe según los objetivos de la evaluación
- Acordar criterios para la elaboración de las conclusiones y orientaciones

En resumen, se trata de elevar la interdisciplinariedad por encima de las actuaciones individuales de los profesionales.

3. Asumir un carácter científico y responsable: Darle el carácter científico requerido al proceso de evaluación, en términos de adopción de las teorías que subyacen a los diferentes

modelos de evaluación del desarrollo, diseño y selección de procedimientos e instrumentos, sustentados en criterios de validez y confiabilidad. Tal y como señalan Berger & Yule (1987), el valor y utilización que pueden tener las pruebas que determinan coeficientes (intelectuales, de desarrollo) debe realizarse y evidenciarse al trascender el mero inventario de la información; sostienen que a pesar de sus limitaciones, el uso de pruebas para obtener datos sobre la inteligencia, aptitudes o rendimientos de los estudiantes tiene sentido en el contexto de la evaluación global para: "la identificación de similitudes y diferencias en las puntuaciones de los tests. Los cambios observados en el tiempo, la interpretación de los perfiles de habilidad y para establecer las áreas en que posteriormente hay que evaluar el funcionamiento concreto del alumno". Agregan que las dificultades que se presentan no radican tanto en las pruebas mismas sino en la inadecuada interpretación de sus resultados; este hecho obedece al desconocimiento sobre las limitaciones de los instrumentos de medida y de evaluación atribuyéndoles una precisión absoluta que no poseen.

Estas observaciones acerca de las limitaciones en el uso de las pruebas e instrumentos, de ninguna manera niegan su real validez, ya que muchos de los errores que se presentan habitualmente en un proceso de evaluación pueden ser obviados si se estudia cuidadosamente las teorías que subyacen a los modelos de evaluación del desarrollo y al diseño de los instrumentos. Infortunadamente, los profesionales corremos el riesgo de aportar datos diagnósticos y programas específicos de intervención, por lo general, fuera de la comprensión y del control de las diferentes instancias y/o personas que tienen a su cargo programas de atención a las personas con trastornos del desarrollo y/o el aprendizaje.

1. DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Las diversas concepciones sobre las *Dificultades del Aprendizaje Escolar* (DAE), término genérico que engloba condiciones particulares que comprometen los procesos de aprendizaje de los contenidos curriculares propios del grado escolar al cual asiste un alumno, necesariamente remiten tanto a los enfoques epistemológicos que pretenden dar cuenta sobre la forma cómo se adquiere el conocimiento como a las explicaciones causales de dichas dificultades. La comprensión de estos aspectos es el punto de partida para asumir desde la perspectiva neuropsicopedagógica un protocolo de evaluación integral de las DAE, con el fin establecer una sólida base teórica y metodológica en la selección, uso e interpretación de los instrumentos a emplear, así como para evitar los reduccionismos y/o la excesiva segmentación en la interpretación de la información recolectada a través de un protocolo. Como proceso de recolección, la aplicación del mismo debe favorecer una aproximación interactiva entre la evaluación de las capacidades y competencias de los menores, así como de sus dificultades en los procesos de aprendizaje.

Con respecto a la adquisición del conocimiento, diversas teorías ayudan a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano: es decir cómo se adquieren destrezas y habilidades en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. Entre las teorías psicológicas del aprendizaje que han tenido gran impacto en los procesos educativos dado el sólido cuerpo de conocimientos que de ellas se han derivado, se encuentran las que explican dicha adquisición por asociación (conductistas) y las que lo atribuyen a la construcción de modelos para interpretar la información que recibe el individuo (teorías de la reestructuración).

Las teorías del aprendizaje por asociación postulan que el aprendizaje se basa en la extracción de regularidades en el entorno, lo que permite aprender a asociar fenómenos que tienden a ocurrir juntos. Es decir, se asocian estímulos y respuestas, siendo los mecanismos asociativos la contigüidad, la repetición, la contingencia etc. Dentro de este enfoque se destacan el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje social.

Las teorías del aprendizaje por reestructuración por su parte, consideran que el conocimiento es siempre una interacción entre la nueva información y la ya almacenada; por lo tanto, aprender es construir modelos para interpretar la información. Dentro de este grupo sobresalen los aportes de Piaget, Vigotsky y Ausubel. El primero plantea el aprendizaje como un proceso de construcción individual (que requiere del desarrollo de estructuras cognitivas que van desde las operaciones concretas hasta las operaciones formales) y la enseñanza como un conjunto de situaciones de resolución de problemas (por lo tanto plantea una *pedagogía del descubrimiento*). En el aprendizaje, un nuevo objeto de conocimiento produce un conflicto en las estructuras cognitivas y, a través de los procesos de acomodación y asimilación, se produce una equilibración en las mismas. Vigotsky por su parte, formula la construcción social del conocimiento basada en la interdependencia entre el aprendizaje y el desarrollo y propone la *zona de desarrollo próximo* como aquella donde tiene lugar la mayor parte de los aprendizajes que el niño logra con un poco de ayuda. Por lo tanto, los procesos pedagógicos deben establecer la secuencia que

permita el progreso en forma adecuada así como agilizar los procesos internos en la zona de desarrollo potencial con un autonomía creciente. Otorga gran importancia al lenguaje y a la interiorización gradual de los actos externos y transformación en acciones mentales. Ausubel a su vez da una importancia fundamental a la instrucción como estrategia determinada para producir un aprendizaje y plantea que el proceso esencial es la *asimilación* ya que en esta se produce elaboración de una nueva información a partir de los conceptos extraídos de la vida cotidiana, que son la base para el aprendizaje de conocimientos. Distingue el aprendizaje como los procesos del sujeto que aprende y la enseñanza como las estrategias planificadas para fomentar dicho aprendizaje. Este va desde el aprendizaje por *repetición* (memorístico) hasta el *significativo* y la enseñanza parte desde la recepción hasta el descubrimiento autónomo.

En la actualidad el concepto de metacognición, entendido genéricamente como la capacidad de autorregular el propio aprendizaje, plantea importantes implicaciones para los procesos pedagógicos ya que sus componentes aunque están descritos de muchas maneras, buscan finalmente que el alumno *aprenda a aprender* y *aprenda a pensar*. Dichos componentes según los diversos autores pueden hacer referencia ya sea al conocimiento de la persona, la tarea y la estrategia, a la planeación, monitoreo y revisión, o al autoconocimiento y autocontrol así como al conocimiento y control del proceso. Desde la perspectiva pedagógica los procesos metacognitivos permiten al estudiante evaluar sus logros y dificultades, potenciando los recursos cognitivos existentes a través de tareas que requieren procesos automáticos y controlados, permitiendo un alto funcionamiento en los diferentes procesos psicológicos a nivel superior.

El fin último de las teorías del aprendizaje es contribuir a mejorar la eficacia del mismo haciendo que las personas responsables de estos procesos tomen conciencia de las dificultades que enfrentan y de las vías que tienen para superarlas, situación que solo es posible a través de una mejor enseñanza: Aprender y Enseñar son dos verbos que tienden a conjugarse juntos. El aprendizaje es un sistema complejo, compuesto por tres subsistemas que interactúan entre sí: los resultados del aprendizaje (lo que se aprende), el proceso (como se aprende) y las condiciones prácticas (en que se aprende), estos son los tres componentes básicos para un buen aprendizaje.

En cuanto a las explicaciones causales de las DAE, se hace necesario distinguir entre aquellas dificultades determinadas por factores externos al individuo que aprende (influencias extrínsecas derivadas de la dinámica familiar, los establecimientos educativos y/o la comunidad en lo que se desenvuelve el estudiante y que limitan o inhiben la adquisición de las destrezas académicas) y aquellas ocasionadas por alteraciones en el desarrollo de la maduración neuropsicológica. Esta última distinción es la que orientará el protocolo propuesto en este capítulo.

El protocolo de evaluación neuropsicopedagógica que se propone está destinado a procesos de evaluación e intervención de la población infantil con Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA), a través de instrumentos de evaluación adecuados a los requerimientos teóricos y metodológicos disciplinares y profesionales comprometidos en el proceso de evaluación de niños y niñas con trastornos del desarrollo en contextos clínicos, educativos y comunitarios. En este trabajo se considerará la aproximación neuropsicopedagógica como el marco de referencia que permite integrar conocimientos interdisciplinares ya que por un lado se apoya en las bases del desarrollo neuropsicológico infantil y por otra parte considera los procesos pedagógicos como eje fundamental sobre el que se articulan las habilidades propias del aprendizaje académico.

1.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DAE

En el estudio de las dificultades del aprendizaje se pueden advertir dos grandes tendencias históricas. La primera de ellas, fue abordarlas con enfoque clínico, que estableció una definición de las dificultades de aprendizaje escolar y permitió diferenciarlas de otras alteraciones emocionales. El otro enfoque, en un marco pedagógico, se ha centrado más en subsanar algunas deficiencias del sistema escolar, de la formación de los profesores, de los métodos de la enseñanza, de la calidad de la docencia y del equipamiento de las escuelas, planteando como hipótesis implícita, que las dificultades de los niños son consecuencia de las diferencias señaladas.

La génesis y/o unificación inicial del concepto de dificultades de aprendizaje según Kirk (1963), citado por Defior Citoler (1996) surgió en una reunión de un grupo de padres en Chicago, quienes convocaron expertos para buscar respuestas a esta problemática y para exigir fondos estatales destinados a la creación de servicios educativos eficientes. También se estableció que este grupo particular de niños se caracterizaba por no presentar deficiencias sensoriales, ni retardo mental pero si “unas dificultades inexplicables para el aprendizaje de la lectura”, las cuales tampoco eran atribuibles al nivel de inteligencia, al ambiente familiar o a la instrucción educativa ordinaria proporcionada, que eran adecuadas. Esta propuesta no fue médica, sino educativa ya que se definió como *dificultades del aprendizaje* en términos del *aprendizaje académico*. Este consenso terminológico generó una dinámica activa y positiva con un gran rigor científico, lo que hizo surgir un nuevo campo, una nueva disciplina y nuevo trastorno del desarrollo que permitiría la comunicación entre profesionales, expertos, padres, maestros, administrativos y la sociedad en general. Desde esa época y hasta la actualidad, el concepto ha sufrido una serie de cambios y adecuaciones de acuerdo con los avances del conocimiento, lo que ha resultado en diversas perspectivas de abordaje tanto explicativas (causales), como de evaluación e intervención.

Una distinción interesante acerca de esta problemática es la realizada por Bravo Valdivieso (1996), consistente en diferenciar entre *Problemas Generales del Aprendizaje (PGA)* y *Trastornos Específicos de Aprendizaje (TEA)*. Según el autor, los primeros se manifiestan de diversas maneras y tienen orígenes igualmente diversos que interfieren el rendimiento normal y se expresan como un retardo general de todo el proceso del aprendizaje; los considera globales porque el retardo en el proceso del aprender además de evidenciarse en varias materias, aun cuando puede presentar ciertas características, se manifiestan con lentitud y desinterés para el aprendizaje y a veces pueden aparecer como retardo mental leve o como deficiencias en la atención y concentración. Señala además que la presencia de los PGA dependen en alto grado de las características de la escuela, de las metas y objetivos propuestos por los programas para cada curso y del nivel de exigencia, sin tener en cuenta la madurez escolar o el nivel de desarrollo intelectual real de los niños.

Los TEA por su parte y siguiendo al autor, hacen referencia a dificultades para seguir un ritmo escolar normal en niños con inteligencia normal que viven en un ambiente sociocultural, familiar y educacional satisfactorio, no presentan retardo mental, ni dificultades sensoriales o motoras graves (ceguera, sordera, parálisis cerebral, afasia, etc. ni deprivación sociocultural ni trastornos emocionales graves). Dichas dificultades se delimitan a ciertas áreas del aprendizaje, manifestándose reiteradamente; no se solucionan con los métodos corrientes de enseñanza. Los TEA están asociados y dependen de alteraciones en el desarrollo de la maduración neuropsicológica del niño y pueden

manifestarse en el nivel de recepción del contenido educacional (insuficiente percepción auditiva o visual); en el nivel de comprensión, integración y organización mental de los procesos asimilados (diferencias en el pensamiento, insuficiente comprensión del lenguaje o de la lectura, incapacidad para efectuar operaciones del cálculo); en el nivel de la retención de los contenidos (memoria visual y aditiva); en el nivel de la expresión verbal o escrita o en el nivel de la creatividad escolar, a partir de los contenidos aprendidos (aprendizaje solamente asociativo, mecánico, sin creación o aporte personal).

La importancia y magnitud social de las DAE crece día a día, al igual que las polémicas en torno a una posible sobreidentificación de casos, particularmente de los TEA. Sin embargo, los avances investigativos en este campo son amplios y plantean ciertos debates relacionados con su delimitación, etiología, diagnóstico diferencial, aspectos específicos de la instrucción y pronóstico y especialmente relacionados con la heterogeneidad de manifestaciones, lo que ha conllevado a plantear diversos subtipos.

Las tendencias actuales tienden a considerar las DAE a lo largo de un *continuo de gravedad* y de *diferencias* entre las personas, además de considerar que es un problema que puede acontecer a las personas a lo largo de su *ciclo vital*: en niños, parece existir consenso acerca de la identificación de los procesos fonológicos como el núcleo del problema en las dificultades para el aprendizaje de la lectoescritura; con relación a los adolescentes se enfatiza la importancia de la instrucción estratégica. Con relación a los adultos, en cambio, no existe un campo de investigación convergente que dé unidad a las características de este grupo de edad (los estudios van desde “la ansiedad ante las matemáticas”, características de personalidad y adaptación psicosocial, análisis de características entre adultos “exitosos” – para determinar variables determinantes del éxito que puedan ser objeto de instrucción efectiva, o estudios sobre comorbilidad psicosocial en adultos con trastornos del aprendizaje).

En este protocolo se desarrollará el concepto de TEA, así como los criterios básicos para su diagnóstico y evaluación desde la perspectiva neuropsicopedagógica.

1.2.1 Trastornos Específicos del Aprendizaje

Las polémicas en torno a la definición de los TEA han conllevado a la necesidad de plantear definiciones consensuadas, con diferentes fines:

- Legales (Oficina de Educación de Estados Unidos, sigla en inglés USOE, 1977): “Una Dificultad de Aprendizaje puede encontrarse si un niño tiene una discrepancia severa entre el logro y la habilidad intelectual en una o más de las diversas áreas: expresión oral, expresión escrita, comprensión oral o comprensión escrita, habilidades de lectura básicas, cálculo matemático, razonamiento matemático o deletreo. Una “discrepancia severa” se define cuando el logro en una o más áreas está por debajo del 50% del nivel de logro esperado del niño, cuando la edad y las experiencias educativas previas se toman en consideración”. Incluye déficits perceptuales, lesiones cerebrales, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo pero no incluye problemas de aprendizaje causados por factores primarios como dificultades visuales, auditivas o motoras, retardo mental o desventajas ambientales
- De comunicación interprofesional (Junta del Comité Nacional de dificultades de aprendizaje, sigla en inglés de *National Joint Committee on Learning Disabilities*, NJCLD,

1988): “Dificultad de Aprendizaje (DA) es un término general que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en la adquisición y uso de la recepción, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, suponiéndose debidos a una disfunción del SNC y pueden ocurrir a lo largo del ciclo vital. Pueden existir junto con las DA, problemas en las conductas de autorregulación, percepción social e interacción social, pero no constituyen en sí mismas una DA. Aunque las DA pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones incapacitantes (deficiencia sensorial, retardo mental, trastornos emocionales graves) o con influencias extrínsecas (diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficiente) no son el resultado de estas condiciones o influencias”.

- Adopción de criterios utilizados en trabajos de investigación (inteligencia normal, discrepancia rendimiento-capacidad, fracaso académico, trastornos en los procesos psicológicos y el criterio de exclusión), siendo el más utilizado el *criterio de discrepancia*, criterio adoptado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 1994). En este manual se definen los trastornos de aprendizaje (TA) como “Trastornos que se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad”. Comprende los subtipos trastornos de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado. Estos subtipos se ubican en la categoría Trastornos del Aprendizaje (antes trastornos de las habilidades académicas), que hacen parte a su vez de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia al lado del Retraso Mental, Trastorno de las Habilidades Motoras (trastorno en el desarrollo de la coordinación), Trastornos de la Comunicación, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Como señala Ardila (1997), los criterios utilizados para la clasificación de los TA por el DSM IV son estrictamente de tipo escolar.

Estos enfoques aunque facilitan la diferenciación entre niños con DAE y TEA u otros trastornos del neurodesarrollo, conllevarían a plantear también la necesidad de diferenciar entre niños con bajo rendimiento (bajos logros académicos), así como al debate acerca de incluir o no personas con diversidad de aprendizajes y/o con “necesidades curriculares”.

Elementos de análisis en las definiciones:

- *Las DA como un término genérico referido a un grupo heterogéneo de trastornos:* Descarta la hipótesis de un déficit unitario dada la heterogeneidad de manifestaciones en donde la variabilidad de características es un hecho constatado como muestran las evidencias empíricas procedentes de la práctica y de los estudios de los subtipos: déficits globales (PGA) Vs déficit específicos (TEA). Los primeros atribuibles a bajo rendimiento académico por diversas causas extrínsecas al individuo y los segundos, como por ejemplo dificultades en el aprendizaje de la lectura, atribuibles a trastorno primario del funcionamiento lingüístico (trastorno del procesamiento fonológico básico, trastorno del emparejamiento grafema/fonema o trastorno para encontrar palabras). De acuerdo a los déficits primarios se encontrarían diversos subtipos: disfonémico (procesamiento fonológico), disidético (procesamiento visual) y mixto.

- *Dificultades significativas en la adquisición y uso de la recepción, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas:* Estos conceptos resaltan la variabilidad y heterogeneidad de las dificultades según estas sean de predominio Verbal Vs No Verbal.

- *Dificultades intrínsecas al individuo:* Se supone debidas a disfunción del sistema nervioso central (SNC) por defectos disfuncionales o de maduración. Esta idea se apoya desde los estudios neuropsicológicos y genéticos. Por ejemplo la “dislexia” como trastorno del desarrollo tiene un marco teórico compartido en tres niveles causales o explicativos:

Nivel neurobiológico: Disfunciones cerebrales de base

Nivel cognitivo: Déficits de procesamiento

Nivel conductual: Manifestaciones de la dificultad

El anterior modelo incluye una relación causal compleja y en cada uno de los niveles la influencia del entorno interactúa matizándolos y particularizándolos.

- *Problemas en las conductas de autorregulación, percepción social e interacción social:* Estas condiciones no constituyen por sí mismas una DA; este concepto ayuda a diferenciar por ejemplo los TEA del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Esta coocurrencia puede explicarse desde la práctica clínica, en los correlatos cognitivos entre ambos problemas y que serían los problemas de memoria operativa –procesos de codificación- y de las funciones ejecutivas y no en la supuesta diferenciación respecto al aprendizaje o la atención. Parece también un hecho constatado el que se dan niveles de habilidades sociales más bajos entre las personas con TDAH pero que no les diferencia de las que presentan bajo rendimiento. Aunque se admita el diagnóstico de la coocurrencia entre DA y otros trastornos, las DA no son debidas a esos trastornos. Dichas condiciones pueden producir DA pero no se clasifican como tales.

1.2.1.1 Criterios para el diagnóstico de los TEA

Los siguientes criterios resumen las principales tendencias en el campo de los TEA para establecer el diagnóstico:

Exclusión: Este criterio establece que deben descartarse déficits causados por discapacidad mental, sensorial, emocional, privación sociocultural, ausentismo escolar o inadecuación en las metodologías de enseñanza. En cuanto al funcionamiento intelectual normal se estipula que este debe estar en torno a una desviación estándar respecto a la media (CI de 85, media 100 y desviación típica 15).

Discrepancia: Debe evidenciar una falta de concordancia entre el resultado real de un aprendizaje y el esperado en función de las capacidades cognitivas del individuo. Para cuantificar esta discrepancia se recurre a una de las siguientes formas:

- Establecer desviación con respecto al curso escolar (uno o dos años por debajo del nivel escolar que correspondería de acuerdo con la edad)

- Calcular la discrepancia a través de una fórmula matemática (por ej: calcular un *cociente de aprendizaje*, dividiendo la *edad en el ámbito específico* –lectura, escritura o matemáticas- establecido mediante alguna prueba por la *edad esperada*).

- Comparar las puntuaciones en habilidad intelectual y rendimiento académico, convirtiendo ambas a un sistema métrico común o puntuaciones estándar (usualmente con una media de 100 y una desviación estándar de 15)

Especificidad: Consiste en determinar el dominio específico o patrón académico en que se presenta la dificultad de aprendizaje (dislexia, disortografía, disgrafía o discalculia).

1.2.1.2 Subtipos de Trastornos Específicos del Aprendizaje

Dislexia

Descrita inicialmente con términos como “ceguera para las palabras”, “ceguera verbal congénita”, “estrefosimbolia”. Durante mucho tiempo se han empleado términos como *dislexia del desarrollo* y *dislexia específica*. Hoy en día se tiende a utilizar el término *Trastorno de la Lectura* (DSM IV), como un concepto que permite incluir tanto las dificultades en la *precisión lectora* (decodificación de palabras) como las relacionadas con la *comprensión lectora*.

Según Bravo Valdivieso (1996), la dislexia consiste en un desorden en la receptividad y comprensión de la comunicación escrita. Como proceso de decodificación, la lectura requiere dos procesos fundamentales: el primero se refiere al reconocimiento o decodificación de palabras cuyo dominio implica aprender a discriminar e identificar letras aisladamente, que forman palabras que se pueden identificar como una forma ortográfica con significado a la que es posible atribuirle una pronunciación (este proceso puede realizarse por dos vías: la fonológica o indirecta y la léxica-visual o directa). El segundo proceso significa comprender el mensaje escrito (Defior Citoler, 1996). Esta disociación se hace evidente en niños que decodifican adecuadamente pero no logran acceder al significado de los textos que leen, condición denominada por Bravo Valdivieso como *dislexia de comprensión* en la cual el niño puede obtener un significado global y vago, pero no puede precisar el significado textual en aspectos específicos como relaciones espaciotemporales, relaciones causa-efecto, reconocimiento de frases subordinadas, entre otras. Evidentemente, si el primer proceso falla, la comprensión textual se verá comprometida.

Bravo Valdivieso (1996) distingue la dislexia específica del atraso para aprender a leer (atraso lector simple). Este último se manifiesta como una mayor lentitud para aprender a leer a causa de una inteligencia lenta, menor destreza sociocultural del lenguaje o del empleo de métodos inadecuados de enseñanza.

Dislexia específica

Desde el enfoque psicolingüístico, en la dislexia específica como dificultad para el reconocimiento de palabras el núcleo del trastorno se atribuye a deficiencias en procesos cognitivos intermediarios que transforman la información visual gráfica en verbal. Numerosas investigaciones han demostrado como problema común de los disléxicos las deficiencias en la conciencia fonológica, así como en la segmentación e integración auditivo-fonémica de los componentes visuales de las palabras. La hipótesis perceptivo-visual que hasta los años 80's había explicado las fallas para aprender a leer (tales como problemas en la orientación espacial de las letras y otros errores visuales) perdió bases ya que se demostró que los aparentes errores visuales de lectura dependen del contexto en que se encuentran, llevando a considerarlos de origen lingüístico más que visual (Bravo Valdivieso, 1999).

Esta línea de trabajo ha sido ampliada por diversos investigadores citados por el mismo autor, tales como Vellutino y cols (1972-1995), quienes plantean la dislexia como un “déficit específico del lenguaje” caracterizado por la dificultad para verbalizar la información ortográfica, lo cual afecta la decodificación y la comprensión lectora y cuyo déficit básico estaría en la memoria verbal operacional de corto término. Myklebust (1978) por su parte también atribuye la dislexia a un “desorden del lenguaje”. Boder (1973) estableció tres subtipos de acuerdo con los errores cometidos en el dictado, copia y lectura de palabras:

- *Dislexia disfonética o auditiva*: Se reconocen las palabras leídas en su totalidad pero no se logran descomponer en sus fonemas constituyentes. Los errores se manifiestan en la lectura de palabras complejas o poco frecuentes y para escribirlas al dictado. A este grupo correspondería según la autora, la mayoría de los disléxicos.
- *Dislexia diseidética o visual*: Se manifiesta en dificultad para leer de manera global y rápida; los niños tienden a deletrear y a leer separadamente sus fonemas, haciendo la lectura muy lenta e hiperanalítica.

Este modelo fue aplicado en disléxicos de habla hispana en Uruguay, encontrándose predominio de características diseidéticas o visuales, no encontrando disléxicos disfonéticos, lo cual se atribuyó a las características fonéticas del idioma castellano (Carbonell y otros, 1971; Lluch y Montero, 1977 y Santino, 1977), citados por Bravo Valdivieso, 1999).

Desde los estudios neuropsicológicos de las dislexias, se ha investigado sobre la relación entre subtipos disléxicos, estrategias lectoras y maduración cerebral, lo que ha permitido diferenciar entre *dislexia perceptiva* y *dislexia lingüística*. En la primera los disléxicos tienen una lectura lenta aunque formalmente exacta, con baja comprensión, lo cual se atribuye a que trabajan con estrategias del hemisferio derecho, por lo que enfatizan el análisis perceptivo visual de las palabras. En la segunda, los disléxicos tratan de lograr el significado del texto (acceso al léxico sin pasar por el análisis fonémico) ya que trabajan con estrategias del hemisferio izquierdo sin atender bien a la información gráfica, lo cual conlleva a múltiples errores específicos en la decodificación, ya que la lectura se caracteriza por ser rápida pero insegura y con múltiples errores.

A pesar de los diferentes enfoques y clasificaciones de la dislexia, es posible al menos distinguir dos variantes básicas (Ardila, Rosselli & Matute, 2005) que se derivan de explicaciones neuropsicológicas cognitivas y psicolingüísticas (Defior Citolier, 1996; Bravo Valdivieso, 1999):

Por déficit en el procesamiento fonológico (Dislexia Fonológica): Las fallas en la lectura son resultantes de dificultades en el procesamiento auditivo, en la conciencia fonémica (segmentación fonológica) y en la habilidad para relacionar símbolos gráficos y sus sonidos correspondientes; involucra también la memoria operacional para el acceso al léxico (procesos que permiten retener y relacionar toda la información para efectuar la decodificación y leer las palabras). El procesamiento fonológico es un módulo deficitario en los disléxicos, que opera con independencia del resto de las estructuras intelectuales, lo cual explica que los disléxicos puedan tener un CI normal, a pesar de sus dificultades para leer. Sin embargo, como este déficit aparece tempranamente, puede ocasionar deficiencias en otros procesos que interactúan con él, tales como la memoria verbal o la comprensión lectora. De esta manera las dificultades en el procesamiento fonológico producirían un “cuello de botella” que disminuye el paso de la información y afecta la asimilación de las percepciones de nivel inferior (fonemas) por el nivel cognitivo superior (comprensión), además de producir una sobrecarga en la memoria operacional.

En consecuencia, los niños con dislexia no pueden leer con mayor velocidad, afectándose la calidad de la comprensión. Este grupo de disléxicos puede leer palabras familiares o frecuentes (regulares e irregulares), pero se les dificulta leer las poco familiares y las pseudopalabras (cuando estas se parecen a una palabra cometen errores de lexicalización, ej: leen “sapo” por “sape”). También cometen errores morfológicos o derivativos (mantienen la raíz pero cambian el resto de la palabra, por ej: leen “comerían” por “comerciaban”) y en palabras funcionales en mayor proporción que las de contenido.

Por déficit en el procesamiento visual simultáneo y rápido de los grafemas que constituyen una palabra (Dislexia visual o Superficial): Por fallas en la lectura resultantes de dificultades para explorar ordenadamente el material escrito y lograr un reconocimiento simultáneo de los grafemas que constituyen una palabra. El disléxico visual utiliza estrategias de tanteo para ver si acierta con la pronunciación adecuada y al hacerlo acceden al significado. Es decir, pueden reconocer las palabras por el sonido (al subvocalizar lo que leen por ejemplo). Sus dificultades se hacen evidentes en la lectura de palabras irregulares (que tienden a regularizar) pero pueden leer mejor las pseudopalabras ya que aplican las reglas de conversión grafema a fonema para leerlas. Confunden palabras homófonas y cometen errores por omisión, adición o sustitución de letras. Dado que en castellano son pocas las palabras irregulares, la mejor forma de evaluar este nivel es determinar si la lectura de homófonos les permite dar las definiciones correspondientes.

Usualmente la dislexia se reconoce en los primeros años escolares, sin embargo es evidente que existen algunos precusores de la dislexia tales como retrasos del lenguaje, fallas articulatorias y para secuenciar palabras, dificultades para aprender nombres de letras y colores, así como para recordar información.

En la actualidad y dados los avances en el conocimiento de la dislexia con relación a los procesos subyacentes y conjunto de alteraciones que la caracterizan, es válido considerar definiciones que pretenden integrar los hallazgos. Por esta razón se incluye en este apartado la definición propuesta por Catts (1989) y citada por Bravo Valdivieso (1999): “ La dislexia es un desorden del desarrollo del lenguaje que comprende déficit(s) específico(s) en el procesamiento de la información fonológica, cogénito y persistente en la vida adulta. Este desorden del lenguaje es más amplio que las dificultades lectoras y se manifiesta en alteraciones en el procesamiento de la información fonémica que incluyen: la codificación de la información auditiva verbal, en la memoria de largo término (MLT); el uso de códigos fonémicos en la memoria de corto término; la recuperación de la información fonémica de la MLT; la producción de secuencias fonémicas complejas y la sensibilidad a la estructura fonémica del lenguaje. Todas ellas se manifiestan en un déficit unitario de la codificación fonológica y son una característica primaria de las dislexias del desarrollo”.

En cuanto a las bases neurobiológicas de las dislexias se ha demostrado que los disléxicos presentan anormalidades corticales microscópicas, particularmente en áreas circundantes a la cisura de Silvio reconocidas como sustrato del lenguaje (particularmente el giro angular, el área de Wernicke, el fascículo arqueado y el área de Broca). Específicamente se han señalado variaciones en la asimetría interhemisférica y en la actividad eléctrica cerebral en las áreas occipital y temporal izquierda y frontal bilateral. Las dislexias también se asocian con algunos signos neurológicos “blandos” y con dificultades para aprender series (letras, números, días, meses), para aprender a reconocer el reloj, fallas en el manejo de dimensiones espaciales y el denominado síndrome Gerstmann del desarrollo (disgrafía, discalculia, confusión derecha-izquierda y agnosia digital (Ardila, 1997).

Dislexia de comprensión

El fracaso en la comprensión de lectura se encuentra en niños que aunque decodifican adecuadamente las palabras, no comprenden el significado textual. Sus causas, que frecuentemente están interrelacionadas, van desde deficiencias en la decodificación, confusiones sobre las demandas de la tarea, problemas de memoria, insuficientes conocimientos previos (por ej: pobreza de vocabulario) y/o estratégicos y de control de la comprensión hasta dificultades de tipo afectivo-emocional (baja autoestima y escaso interés

en la tarea). De los anteriores factores, el déficit estratégico es al que se le atribuyen principalmente los fracasos, en especial cuando este déficit se explica por la falta de estrategias metacognitivas de control y guiado de la propia comprensión.

Según Carr & Levy, 1990; Oakhill & Garnham, 1987 y Sánchez, 1993, citados por Defior Citoler (1996), la comprensión de un texto es el producto de un proceso regulado por el lector, en el que se produce una interacción entre la información almacenada en su memoria y la que le proporciona el texto. Un lector hábil requiere la concurrencia de una serie de operaciones que se inician con los procesos de reconocimiento de palabras (rutas de la lectura) y se combinan con procesos de almacenamiento, de relación de información nueva con conocimientos previos y de extracción de la información esencial.

La persistencia de fallas en la decodificación actúa como un “cuello de botella” que dificulta la comprensión ya que los recursos atencionales se concentran en esta tarea, lo que a su vez recarga la memoria operativa, conllevando a perder el hilo conductor y por lo tanto, a perder el significado global de las frases del texto. Por su parte las confusiones en las demandas de la tarea se manifiestan como fallas para manejar las claves estructurales y contextuales, la estructura gramatical y/o la integración del significado de las frases en un todo, así como para ajustar estrategias en función de los objetivos de la lectura y las características del texto.

En cuanto a la pobreza de conocimientos previos y de conceptos, las dificultades se reflejarán en el nivel inferencial ya que no habrá posibilidad de establecer relaciones o asociaciones en la red de conocimiento. En el caso de problemas de la memoria, especialmente la operativa o de trabajo, se afectará la retención del sentido de las palabras y el mantenimiento del hilo temático para poder comprender las ideas. El desconocimiento y/o falta de dominio de estrategias de comprensión (déficit estratégico) se refleja en fallas para localizar ideas principales, realizar inferencias sobre información explícita e implícita, resumir, releer o autocuestionarse. Finalmente el escaso control y dirección del proceso lector (o manejo de estrategias metacognitivas) hará que el niño no se dé cuenta de que no comprende la información del texto que está leyendo y por lo tanto no buscará una estrategia para remediarlo. Es decir, evidenciará fallas en la capacidad para guiar, revisar, evaluar y controlar su propia actividad.

Ardila y Rosselli (1997) citando a Naidoo (1972) señalan un perfil cognoscitivo específico para el caso de la dislexia que se hace evidente al usar medidas psicométricas como la escala Wechsler y que se ha denominado “*patrón o perfil ACID*”. Puntuaciones bajas en las subpruebas de Aritmética, Claves, Información y Dígitos y puntuaciones normales o superiores en las demás subpruebas serían características de este patrón, especialmente en niños mayores de 8 años. Este patrón sería resultante de déficit en habilidades verbales, memoria verbal a corto término y visoespaciales.

De acuerdo con el manual del WISC-III (Wechsler, 1997), para la obtención del perfil ACID se han empleado varios métodos, según diferentes investigaciones. Uno de ellos consiste en sumar las puntuaciones correspondientes a dichas subpruebas y convertir esta puntuación en un puntaje estándar con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Para la conversión se emplea la media (40.1) y la desviación estándar (8.87) de los puntajes de la muestra de estandarización del WISC III. De acuerdo con este método, se esperaría un perfil ACID deprimido por una desviación estándar plena ($DE=15$) en niños con discapacidad de aprendizaje y una desviación estándar de aproximadamente la mitad para el grupo con perturbaciones de la lectura. Otra forma de observar el perfil ACID consiste en determinar si

los puntajes equivalentes de las 4 subpruebas son iguales o menores que el puntaje equivalente mas bajo de cualquiera de las restantes subpruebas (excluyendo laberintos y búsqueda de símbolos). Sin embargo, es importante tener en cuenta, tal como se plantea en este manual, que cuando esta presente el perfil ACID, la posibilidad de un trastorno de aprendizaje debe ser investigada a fondo pero tampoco se puede descartar cuando dicho perfil esta ausente.

Disgrafía

El concepto de disgrafía hoy en día se asimila dentro del concepto más general *Trastorno de la expresión escrita*. Según el DSM IV, para el diagnóstico de este trastorno se requiere “que las habilidades de escritura se ubiquen claramente por debajo de lo esperado para la edad cronológica, el nivel intelectual y la relación edad-grado escolar del evaluado; estos problemas deben interferir con el desempeño académico y en las actividades de la vida diaria que requieren la escritura”. Inicialmente, en término disgrafía hacía referencia al aspecto motor de la escritura, pero los avances en su estudio han ampliado el concepto al considerar que la escritura implica diversos niveles de procesamiento que permiten una representación simultánea de aspectos del lenguaje oral al lenguaje escrito. Desde la aproximación cognitiva, escribir involucra no sólo producir palabras aisladas (procesos léxicos) sino también comunicar un mensaje a través de la producción textual. En este sentido, los procesos léxicos se consideran de bajo nivel, mientras que la producción textual (composición o escritura narrativa) involucra niveles de complejidad superior (Defior Citoler, 1996).

Los procesos léxicos implican la capacidad de convertir una cadena de sonidos en los grafemas que los representan para lograr la forma ortográfica correspondiente, a través de dos rutas posibles: la fonológica (o indirecta) y la ortográfica (directa, visual o léxica). La primera emplea mecanismos de conversión basados en las reglas de correspondencia fonema a grafema (RCFG) para lograr la escritura de la palabra, lo cual requiere el análisis de la palabra oral en sus fonemas constituyentes (segmentación fonológica) y la conexión con sus respectivos grafemas. La segunda ruta recurre a un nivel lexical donde se almacenan las representaciones ortográficas de las palabras previamente procesadas. Ambos mecanismos deben ser automatizados para una escritura hábil conducente al dominio de los diferentes niveles de composición textual.

En la composición textual hasta los años setenta, los modelos explicativos se basaban en un proceso por etapas: preescritura (búsqueda de ideas), escritura (primer borrador) y reescritura (reelaboración para llegar al texto final), de tipo lineal y unidireccional; es decir se centraban en el proceso de crecimiento del texto, del producto, sin prestar atención a los procesos internos del escritor. Actualmente, los modelos cognitivos intentan explicar los procesos que lleva a cabo el escritor, las operaciones, estrategias y conocimientos que debe poseer y cómo interactúan entre sí todos estos aspectos. Flower & Hayes (1981), citados por Defior Citoler (1996), proponen un modelo de composición que identifica tres elementos básicos: la memoria a largo plazo, el contexto de producción del texto y los procesos cognitivos implicados en la producción. Estos procesos de acuerdo con el modelo, están sometidos a un sistema activo de control y de guiado que hace de la composición un proceso cíclico y recursivo en si mismo. Dichos procesos son la *planificación* (búsqueda de ideas e información, y elaboración de un plan de escritura), la *textualización* (conversión de ideas en palabras escritas que traduzcan el mensaje planificado de acuerdo con la interacción de los procesos léxicos, sintácticos y semánticos, además de los elementos de estilo, coherencia y cohesión) y la *revisión* (evaluación y revisión del texto escrito a fin de precisar y comprobar la coherencia de la ideas así como el cumplimiento de los objetivos).

Cuando se alteran los patrones motores de las letras (forma motriz o caligráfica) es más apropiado designar esta condición como *disgrafía* (dentro de los trastornos del desarrollo de la coordinación, de acuerdo con el DSM IV). Por su parte el término *disortografía* hace referencia a los errores del código –errores no homófonos- que se hacen evidentes tanto en la lectura oral como en la escritura por fallas en el manejo de la equivalencia entre fonemas y grafemas y descritos usualmente como errores específicos.

Ardila, Rosselli & Matute (2005) plantean que el trastorno de la expresión escrita puede ser abordado considerando la escritura como *sistema* (de acuerdo con las alteraciones observadas en la escritura) y como *proceso* (según las dificultades en los procesos cognoscitivos implicados en el dominio del sistema de escritura).

En la escritura como sistema distinguen siete subsistemas específicos, cuyo dominio aumenta progresivamente a lo largo de los años escolares: el trazo gráfico, la composición gráfica de la palabra (incluyendo aspectos ortográficos), la separación entre las palabras, el acento ortográfico, la puntuación, la gramática y la coherencia de los textos.

En la escritura como proceso consideran tres componentes que participan en las diferentes fases que exige una tarea de escritura: el componente cognoscitivo (funciones encargadas de la percepción, almacenamiento y expresión de los estímulos ambientales: lenguaje, memoria, praxias y pensamiento), las funciones ejecutivas (que permiten al individuo involucrarse exitosamente en un comportamiento independiente y propositivo para alcanzar una meta) y las variables afectivas. En cuanto a la disortografía, estos investigadores señalan que la adquisición de la escritura de tipo alfabético requiere del dominio de ciertas habilidades sublexicales, además del manejo de la ortografía; estas habilidades son: las habilidades fonológicas (capacidad de discriminar y producir los fonemas que el español distingue, necesaria para el establecimiento de la relación fonema-grafema), la conciencia fonológica en general y la fonémica en particular, y las habilidades de análisis y de memoria visual.

La conciencia fonológica permite reconocer el lenguaje como divisible para manipular los sonidos de una emisión verbal. Esta conciencia se adquiere gradualmente, de acuerdo con ciertas etapas que van desde el reconocimiento de sílabas, rimas, fonemas iniciales, etc., hasta poder realizar un análisis más fino, basado en fonos (conciencia fonémica).

Dado que el dominio del sistema ortográfico del español requiere el aprendizaje de las reglas de conversión grafema a fonema (en la lectura) y de conversión fonema a grafema (en la escritura) se debe considerar que algunos fonemas tienen más de una representación posible y que algunos grafemas representan a más de un sonido. Esta situación hace que para la lectura los grados de correspondencia fonema-grafema sean biunívocas y constantes (a cada grafema le corresponde un solo fonema, excepto los casos en que se deben manejar las reglas dependientes del contexto, por ej: la lectura del grafema C cambia según esté acompañado de a, o, u ó de e, i,). Para la escritura esta correspondencia no siempre es biunívoca ya que a algunos fonemas les corresponden dos o más grafemas (por ej: el sonido /k/ se puede representar por los grafemas c, k ó q). Estas particularidades hacen que los errores derivados de dificultades para el manejo del sistema ortográfico del español sean de dos tipos (Ardila, Rosselli & Matute, 2005) :

- Errores Homófonos: La palabra producida es fonológicamente equivalente a la palabra meta (ej: “bolbió” por volvió; “isieron” por hicieron).

- Errores no-homófonos: Se producen por la sustitución de un grafema por otro, o por omisiones, lo que resulta en una palabra o no palabra fonológicamente diferente (ej: “jugetona” por jugueta)

Finalmente vale la pena señalar la propuesta de clasificación clínico-etiológica de las alteraciones de la escritura según Auzias (1970) citado por Monedero (1995), que se refieren a las funciones neuropsicológicas alteradas:

- Desórdenes de organización motriz: motricidad débil con torpeza y retraso motor o torpeza asociada a ligeras perturbaciones del equilibrio y de la organización cinética – tónica
- Desórdenes de la organización del gesto y del espacio: alteraciones somato – espaciales y del esquema corporal
- Problemas en la expresión gráfica del lenguaje
- Trastornos de comportamiento

Discalculia

Diferentes denominaciones se han empleado para referirse a las dificultades que presentan algunos niños en el desarrollo de la habilidad para realizar cálculos, tales como “desórdenes aritméticos, desórdenes del desarrollo aritmético, acalculia, discalculia evolutiva o del desarrollo, dificultades específicas de las matemáticas, dificultades de aprendizaje de las matemáticas” (Molina, Sinues, Deaño, Puyuelo & Bruna, 1998).

Desde la perspectiva neuropsicológica este concepto se refiere a alteración en las habilidades para realizar cálculos matemáticos, las cuales requieren a su vez el dominio de habilidades conceptuales, verbales y espaciales que se sustentan en diversas estructuras cerebrales. Sin embargo es importante aclarar que la *acalculia* es un desorden causado por lesión cerebral que se da después de haber adquirido el aprendizaje de las habilidades matemáticas, mientras que la *discalculia (evolutiva o del desarrollo)* como tal se produce durante o antes del periodo del aprendizaje. En particular, la neuropsicología cognitiva distingue tres tipos de discalculia: la *discalculia aléxica o agráfica*, que se refiere a dificultades en la lectura o escritura de los números, lo cual se relaciona con problemas atencionales más que con una inhabilidad para leer o escribir números. La *discalculia visoespacial*, como la dificultad en la representación espacial de la información numérica y en las habilidades para interpretar el valor de esas informaciones y por último la *discalculia disaritmética*, dificultad para comprender el mecanismo de la numeración, retener el vocabulario, concebir la idea de las cuatro operaciones básicas, contar mentalmente y utilizar sus adquisiciones en la resolución de problemas (Molina et al, 1998).

El DSM IV utiliza la denominación *Trastorno del Cálculo* para referirse a “una dificultad anormal para aprender a realizar operaciones aritméticas, dificultad que impide un rendimiento escolar adecuado en el manejo de números, en contraste con una capacidad intelectual normal. Este trastorno no se explica por disminución en la agudeza visual o auditiva, ni por una condición neurológica establecida”.

Desde el punto de vista de la investigación sobre el aprendizaje de las matemáticas, se destacan los aportes de Piaget, quien estudió las operaciones lógicas que subyacen a las actividades matemáticas básicas y que consideró como prerrequisitos para la comprensión del número y de la medida. Introdujo los conceptos de seriación, conservación, transitividad e

inclusión de clases. Otros autores como Vigotsky, Bruner y Ausubel entre otros, se esforzaron por dilucidar que es lo que realmente hacen los niños cuando llevan a cabo una actividad matemática, llegando a la conclusión de que el objetivo de la enseñanza debía ser el cultivo de la comprensión y no los procedimientos mecánicos del cálculo, defendiendo que la mera repetición no lleva a la comprensión. De esta manera se dió paso a considerar los procesos internos en la ejecución de las diferentes habilidades dentro del enfoque de procesamiento de la información, de tal forma que hoy en día las competencias matemáticas se conciben como un proceso de construcción lento y gradual que va desde lo concreto y específico a lo abstracto y general y que las actividades concretas y manipulativas con los objetos constituyen el cimiento de esta construcción (Defior Citoler, 1996).

De acuerdo con el enfoque cognitivo, los conocimientos matemáticos básicos se descomponen en las siguientes subhabilidades:

- *Numeración*: Requiere conceptos básicos como más-menos, etc.; concepto de número, órdenes de unidades y valor posicional en los números de varias cifras. A su vez, esta subhabilidad requiere del dominio de los siguientes principios: correspondencia uno a uno, ordenación estable, cardinalidad, abstracción e irrelevancia del orden.

- *Cálculo* : Dominio de las cuatro operaciones aritméticas básicas y de la ejecución de algoritmos o procedimientos de cálculo compuestos por una secuencia ordenada de pasos que permiten llegar a la solución correcta en operaciones con multidígitos.

- *Resolución de problemas*: Implica la capacidad de razonamiento matemático, así como la rapidez y precisión del cálculo. Requiere conocimientos no sólo matemáticos, sino lingüísticos ya que estos permiten la comprensión de la estructura lógica de un problema

- *Estimación*: Definida como la capacidad de estimar el resultado de un problema antes de resolverlo. Requiere dominar los conceptos y combinaciones numéricas básicas y los órdenes de unidades.

- *Manejo de fracciones y decimales*: Requiere experiencia concretas para comprender las relaciones entre las partes y el todo y la equivalencia entre fracciones y decimales

- *Concepto de medida* (longitud, tiempo, peso, superficie, volumen, sistemas monetarios) y nociones geométricas: Deben ser enseñadas en situaciones cotidianas antes de su estudio formal dentro del currículo.

- *Uso de instrumentos tecnológicos*: El uso de la calculadora y del computador apoyan el aprendizaje de las matemáticas, además de permitir una evaluación inmediata y completa de las competencias del estudiante.

El adecuado conocimiento de los diferentes elementos que componen cada una de las anteriores subhabilidades son las bases para determinar donde se sitúan las dificultades que contribuyen a un diagnóstico acertado y por ende, para proponer las estrategias de intervención.

Desde el punto de vista de la organización cerebral involucrada en el cálculo aritmético y dado que esta tarea exige tanto habilidades verbales, espaciales como conceptuales, se supone la participación de diversas estructuras cerebrales. Autores como Keller y Sutton (1991), citados por Molina et al, (1998), dicen que las diferentes capacidades del cálculo

están mediadas por los dos hemisferios; por ejemplo en el lóbulo occipital se dan las experiencias visuales, se controla la discriminación visual de símbolos matemáticos escritos, se asocian con cálculos de rutina y geometría. El lóbulo temporal se encarga de mediar las habilidades matemáticas que involucran percepción auditiva y memoria verbal a largo plazo y el lóbulo temporal dominante es responsable de la memoria de series. El lóbulo parietal tiene que ver con la organización cortical de los sentidos y funciones motrices y comportamentales que involucran sensaciones táctiles y el lóbulo parietal izquierdo se encarga de capacidades de secuenciación. El lóbulo frontal es el centro para el resumen y el cálculo mental rápido, para la conceptualización, la resolución de problemas y la ejecución de habilidades orales y escritas (Molina García et al, 1998).

En el análisis de las dificultades específicas que presentan los niños con discalculia, los errores se presentan a diferentes niveles:

- Manejo simbólico: Como sistema logográfico y/o fonográfico que se traducen en dificultades para el reconocimiento numérico
- Memoria y atención: Dificultades en la memoria a corto plazo (por ej: olvido de la unidad que se lleva o presta en operaciones de varias cifras), errores en detalles visuales (confundir signos, olvidar puntos o comas en las unidades de mil, etc.)
- Formación de números: Errores de tipo grafomotor
- Organización espacial: alineación de números o símbolos y manejo de la direccionalidad en el procedimiento (ej: organizar espacialmente la multiplicación y la división y seguir la dirección del cálculo), ubicación de unidades, decenas, centenas, entre otros
- Procedimiento: Dar significación a las operaciones que realiza y/o para aplicarlas a la resolución de problemas; pobre manejo de estrategias o pasos precisos para la resolución de problemas
- Juicio y razonamiento: Lentitud en el ritmo de adquisición de los conceptos matemáticos, cálculos con resultados imposibles, detección de otras formas de resolución del problema, etc.
- Funciones ejecutivas: Lectura rápida en detrimento de la comprensión lectora, no reorganización de la información (que a veces conlleva a abandonar el problema), o no establecimiento previo de un orden o plan de trabajo, etc.

Áreas de diagnóstico de los Trastornos Específicos del Aprendizaje

Factores etiológicos: (Alteran el SNC) Genéticos, disfunción cerebral, maduración cerebral atípica	Factores Psicológicos del Aprendizaje: (Alteran el procesamiento de información) Desarrollo cognitivo, psicolingüístico y del pensamiento
Factores Concomitantes: (Acompañan a los TEA pero no los originan) Déficit atencional, impulsividad, aprendizaje lento Alteraciones emocionales y conductuales	Factores Intervinientes: (Afectan el pronóstico) Deprivación, pobreza, problemas de salud crónicos Deficiencias escolares o familiares
Factores Consecuentes: Reacciones emocionales y conductuales Alteraciones familiares, rechazo al estudio, segregación "invisible" de su curso	

1.2.1.3 Teorías explicativas de los TEA

Numerosas teorías han pretendido explicar las causas directas e indirectas de los TEA; en este apartado se agruparán las principales explicaciones causales de acuerdo con los siguientes enfoques: neurobiológico, neuropsicológico, psicolingüístico y pedagógico.

Enfoque neurobiológico:

- *Lesiones o disfunciones del SNC*: El daño del sistema nervioso central puede producirse durante la gestación, el parto o después del nacimiento. Se han estudiado complicaciones a nivel pre, peri o post natales que están relacionadas con los problemas de aprendizaje tales como ingesta de licor y medicinas, exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo, prematuridad, anoxia, parto prolongado, daño producido por instrumental quirúrgico. Los accidentes y enfermedades posteriores al nacimiento que pueden desembocar en daño cerebral o en futuros problemas de aprendizaje incluyen las convulsiones, fiebres altas, encefalitis, meningitis y golpes en la cabeza. Sin embargo, el efecto del daño cerebral parece depender de la extensión o localización de la lesión, tanto como la edad del individuo ya que está relacionada con la plasticidad del cerebro o con su capacidad para compensar el daño, formando nuevas conexiones neuronales.

En cuanto a la disfunción cerebral, los TEA se han atribuido a anomalías sutiles (estructurales y funcionales) cerebrales, tales como defectos en la lateralización del lenguaje y en la preferencia manual, defectos en la migración neuronal y en los patrones de asimetría cerebral, menor activación cerebral (temporoparietal izquierda) durante la ejecución de tareas verbales (con relación a la dislexia), entre otros. La discalculia por su parte, se ha asociado a inmadurez funcional del hemisferio derecho (lóbulo parietal inferior, occipital y frontal).

También se ha postulado que ciertas anomalías bioquímicas (desequilibrios en los neurotransmisores tales como la serotonina, dopamina, norepinefrina, acetilcolina) podrían ser responsables de causar dificultades en la transmisión de impulsos neuronales y, consecuentemente, de provocar problemas de aprendizaje y conducta.

- *Factores genéticos*: La observación de la mayor frecuencia de TEA en niños que en niñas y/o su presentación por líneas familiares ha dado gran peso al origen constitucional de dichos trastornos. Parece haber una tendencia biológica familiar a procesos alérgicos o auto inmunes que pueden conducir a sufrir sutiles lesiones cerebrales durante la segunda mitad de la gestación o poco después del nacimiento.

Enfoque neuropsicológico

Hinshelwood (1917) citado por Gearheart (1985), sugirió que ciertas partes del cerebro eran congénitamente defectuosas en personas con TEA y teorizó que la circunvolución angular del hemisferio izquierdo del cerebro era defectuosa y que por tanto algunas personas tenían mucha dificultad para aprender a leer aunque fueran normales en otros aspectos.

El retraso madurativo localizado a nivel neurológico o en las funciones psicológicas pueden ser causa directa de los Trastornos de Aprendizaje:

- Retrasos evolutivo–funcionales del hemisferio izquierdo, que producen alteraciones perceptivas y en los procesos simbólicos (retraso del desarrollo perceptivo visual, retraso en adquisición del esquema corporal, retraso en el desarrollo de la coordinación dinámica, retraso en el desarrollo de los procesos psicolingüísticos y simbólicos básicos; retrasos o dificultades en el desarrollo psicomotor (dispraxias) y problemas perceptivo - motrices).

- Retrasos en el desarrollo del hemisferio izquierdo, originados por anomalías neuroanatómicas, como las malformaciones del tejido neuronal.

Otros modelos neuropsicológicos postulan dificultades en la integración sensorio motriz relacionados con la integración del nivel subcortical del sistema nervioso central, sugiriendo que el aprendizaje es una forma de movimiento en respuesta al estímulo (integración sucesiva de la percepción del estímulo, el movimiento, la conciencia de la imagen corporal y el logro del aprendizaje).

Modelo de procesamiento de la información: Este modelo está conceptualizado como el estudio de la manera en que la información sensorial recibida es transformada, reducida, elaborada, almacenada, recordada y utilizada. El ser humano es un sistema activo que selecciona, identifica e interpreta la información proveniente del medio, la distribuye en categorías y finalmente toma una decisión que puede dar o no lugar a una respuesta. Kirk & Gallagher (1989) citados por Acle (1995), consideran que los problemas de aprendizaje reflejan desviaciones del desarrollo normal en las funciones psicológicas o lingüísticas y que estas dificultades están relacionadas con el inadecuado procesamiento de información o manera inapropiada en la que el individuo recibe, interpreta y/o responde a los estímulos sensoriales lo cual puede afectar incluso las funciones ejecutivas.

Por su parte, Deruiter y Wansart (1982) citados por Gearheart (1985) plantean que el procesamiento incluye atención (sostenida, selectiva y dividida), percepción (discriminación, coordinación y secuenciación), memoria (retención, evocación), cognición (reconocimiento, identificación, asociación y significación) y codificación (evocación, organización y verificación), procesos que son esenciales para el aprendizaje normal y que los estudiantes con dificultades para aprender pueden tener déficit en uno o varios de estos procesos. Sternberg y Wargner (1982) mencionan que las “incapacidades” de aprendizaje son resultado de habilidades de automatización inadecuadas y que los niños con este trastorno deben poner atención consciente a tareas que se han vuelto automáticas para algunos. Por tanto, los “recursos de procesamiento que han sido liberados y usados en otros para dominar tareas nuevas, están en los niños con dificultades dedicados a trabajos que algunos ya han dominado”. Estas fallas en la automatización se aplican a todos los niveles a procesamiento de la información y se observa por ejemplo, en niños con dificultades en lectura que nunca automatizan completamente el código fonético básico del lenguaje, el esfuerzo y atención requerido para dar sentido fonético a lo que está leyendo, se aparta de los niveles superiores de procesamiento, necesarios para entender en su totalidad, lo que están leyendo; estas fallas en la automatización relacionadas con el código fonético son las que llevan a una incapacidad para el aprendizaje de la lectura.

Enfoque psicolingüístico

En los últimos años diversas investigaciones se han centrado en aspectos lingüísticos (específicamente agrupados como *problemas del lenguaje hablado y déficits de procesamiento fonológico*) como explicación de las dificultades que presentan los niños con dislexia; estas explicaciones surgieron debido a las observaciones relacionadas con:

- La alta frecuencia de niños con retrasos en la adquisición del lenguaje que posteriormente desarrollan las alteraciones propias de la dislexia
- La observación de niños que presentan habilidades para el análisis lingüístico a edades tempranas que se convierten en buenos lectores

- Las comparaciones entre buenos y malos lectores, que demuestran que estos últimos fallan en habilidades verbales como la producción, percepción, comprensión, segmentación del lenguaje y memoria lingüística
- El entrenamiento específico en habilidades de análisis del lenguaje oral que tiene un efecto positivo sobre el rendimiento lector

Como problemas del lenguaje hablado específicamente se encuentran :

- Problemas de discriminación auditiva: Referidas a fallas en las habilidades finas de percepción del habla que son las que permiten distinguir palabras fonéticamente similares (ej: *besa* y *mesa*)
- Pobreza de vocabulario: Particularmente la denominación rápida de palabras que permite el acceso inmediato al significado de las mismas
- Dificultades en la memoria verbal a corto plazo: Habilidad que permite conservar información procesada mientras se procesa nueva información
- Problemas de comprensión: Específicamente dificultades para detectar la estructura sintáctica y semántica de las frases y oraciones

En cuanto a los déficits de procesamiento fonológico (Marivain, 1992, citado por Bravo Valdivieso, 1999), también denominado *dominio fonológico* o *conciencia fonológica*) se ha postulado que las habilidades para operar de manera conciente sobre los fonemas (discriminar, segmentar e integrar las unidades acústicas del lenguaje oral) constituyen una habilidad metalingüística que refleja tanto el conocimiento como la capacidad para analizar y manipular los elementos constituyentes del lenguaje oral, sean estas palabras, sílabas o fonemas); esta habilidad está estrechamente relacionada con la lectoescritura de palabras en los sistemas alfabéticos ya que permite al niño establecer y dominar las reglas de correspondencia fonema a grafema (en la lectura) y de grafema a fonema (en la escritura). El procesamiento fonológico de acuerdo con lo anterior, constituye el “motor de partida” para la decodificación que se requiere para leer y escribir palabras, es decir, disponer tanto de la toma de conciencia de la estructura fonológica del lenguaje hablado como de la comprensión de que el sistema de representación ortográfica de una lengua alfabética se apoya en la posibilidad de dividir las palabras en segmentos fonológicos.

El procesamiento fonológico, como componente esencial para el aprendizaje de la lectura involucra tres procesos principales (Warner y Torgesen (1987), citados por Bravo Valdivieso (1999):

- La *conciencia fonológica* (o “dominio fonológico”) propiamente dicha: La destreza para operar sobre los fonemas (integrándolos o articulándolos en una palabra o invirtiendo su ordenamiento secuencial) para poder realizar la operatoriedad verbal.

- La *decodificación fonológica*: Decodificación de secuencias fonémicas para que sean pronunciables (por ejemplo en tareas de lectura y el dictado de pseudopalabras, las cuales no dependen de la memoria semántica ni visual de los sujetos). El término decodificación ha sido definido como “el proceso de extraer información suficiente de las unidades de las palabras, de tal modo que active el léxico mental y adquiera significado.

- La *memoria fonológica operacional*: Proceso que permite retener la información parcial de la secuencia de los fonemas mientras se procesa la totalidad de la palabra. Esta a su vez, depende de la memoria verbal de corto termino (equivale a la que se emplea para retener brevemente una cifra telefónica mientras se efectúa la llamada). Los trabajos de Liberman et

al (1977), encontraron que los buenos lectores tienen mayor facilidad para evocar o reactivar en la memoria algunos fonemas después de un rato y utilizar estrategias más eficaces de recodificación fonética. En conclusión, los lectores deficientes tendrían representaciones fonéticas de inferior calidad que los lectores normales, lo cual demora la evocación oportuna del código.

Existe acuerdo en considerar que el significado es la esencia de la lectura, lo cual es posible porque el lector extrae de la decodificación fonológica los elementos que le permiten reconstruir las palabras y entender el mensaje del texto. El acceso al léxico es un proceso paralelo de reconocimiento visual y fonológico destinado a incorporar el contenido del texto en la corriente lingüística del sujeto. En consecuencia, entre los procesos fonológicos y los semánticos hay una estrecha interacción y cierta continuidad.

La relación entre los procesos fonológicos y los procesos intelectuales superiores no es directa. Stanovich (1988), citado por Bravo Valdivieso (1999), estima que el procesamiento fonológico aparece dissociado de otras destrezas cognitivas de alto nivel, lo cual explica que los disléxicos no tengan problemas de aprendizaje en otras áreas, ni tampoco bajo rendimiento intelectual. Sin embargo, la deficiencia temprana en este proceso puede provocar una “cascada de déficits en las destrezas cognitivas que interactúan y llegan a ser más envolventes a medida que progresa la escolaridad”. Lo denomina “efecto Mateo”, que consiste en que los niños que tienen problemas de aprendizaje iniciales van acumulando el déficit escolar a medida que avanzan. Si las dificultades no son subsanadas a tiempo pueden transformarse en un fracaso escolar generalizado en años posteriores.

Con fines tanto de evaluación como de intervención, es preciso distinguir desde el punto de vista evolutivo las habilidades de la conciencia fonológica propias de los niños prelectores y las que van apareciendo posteriormente. A nivel general se acepta que primero el niño toma conciencia de las palabras como componentes de las frases (conciencia o segmentación léxica) y que los niños prelectores resuelven mejor las tareas silábicas que las fonémicas; es decir primero aparece la conciencia silábica que la conciencia fonémica. Sin embargo, existe una etapa intermedia entre estas dos denominada conciencia intrasilábica que es la que permite la reflexión sobre la unidad de inicio (en inglés *onset*) de la sílaba, es decir, aislar el fonema inicial en distintas estructuras silábicas (primero vocálicos y luego consonánticos). Esta habilidad es la que permite realizar tareas con rimas, por ejemplo identificar en tríos de sílabas con estructura consonante-vocal-consonante (CVC) presentadas oralmente la que suena diferente: *van-les-fan*.

Enfoque pedagógico

- *Institucionales*: Cuando las exigencias y/o características de la escuela, del currículo y/o de las metodologías privilegian el desarrollo programático desconociendo el nivel de madurez y/o desarrollo cognitivo de los niños ya que no se permite adecuación de los programas a las características del niño, particularmente en menores deprivados socioculturalmente o con retrasos madurativos.

- *Modelo de déficit en la estrategia de aprendizaje*: Este modelo supone que los estudiantes con dificultades para aprender pueden tener información o conocimiento al que quizá no tengan acceso bajo la mayor parte de condiciones y que tienen estrategias en el aprendizaje que no son capaces de activar. Más que tener déficit específico de habilidad, no han aprendido cómo vigilar su propio proceso.

Finalmente, se han propuesto teorías ecológicas y ambientales dada la influencia que tiene el medio sobre la formación y desarrollo de la personalidad. En el ámbito educativo, se toma en cuenta tanto la ecología del aula como la ecología de la escuela. Vayer, Duval y Racin (1991) ponen de manifiesto que lo que el alumno comprende y aprende, está en estrecha relación con la organización de las estructuras del entorno; un entorno favorable, facilita las interacciones e interrelaciones necesarias para la diversificación de intercambio en los diferentes contextos. En relación a la ecología de la escuela, John Egglestan refiere aspectos geográficos, sociales, políticos y económicos.

De acuerdo con el modelo ecológico, el no aprendizaje puede ocurrir por muchas complejas razones: falta de confianza y de auténtica relación maestro – alumno, currículo inflexible; falta de relaciones entre las materias, desigualdades étnicas,....etc.

1.1.1.4 Factores de mantenimiento de los TEA

Dado que los TEA se presentan en el contexto de la compleja red de interacciones sociales en las que se desarrolla el niño, el fracaso escolar que potencialmente se deriva de estos, se vé mantenido por la falta o pobre respuesta del medio a las necesidades del niño, formándose una cadena o círculo vicioso que empieza en el ámbito académico y compromete progresivamente aspectos psicoemocionales.

1.3 EVALUACIÓN DE LOS TEA

Los objetivos de la evaluación de un niño con TEA además de permitir determinar la presencia del trastorno, deben buscar precisar tanto las áreas deficitarias como las de mayor rendimiento y posibilitar de esta manera brindar las bases para diseñar el programa de intervención. El esquema evaluativo, por lo tanto se puede resumir en las siguientes dimensiones:

- Perfil de las funciones cognitivas implicadas, es decir, de las aptitudes cognitivas generales (inteligencia general) y de las funciones neuropsicológicas específicas que intervienen en estas áreas.
- Evaluación de cada una de las áreas instrumentales básicas (lectura, escritura y cálculo)

1.3.1 Consideraciones previas para el análisis clínico de cada dimensión

Aptitudes cognitivas generales: Se requiere obtener una medida del nivel intelectual con el fin de excluir lentitud de desarrollo o bajo funcionamiento intelectual como causas potenciales del fracaso escolar. Esta información permitirá establecer interrelaciones entre la capacidad intelectual, la edad cronológica y los logros escolares a fin de analizar posibles discrepancias entre estas. Además, dependiendo del instrumento a emplear, se podrá construir un perfil cognitivo al identificar áreas de bajo y alto funcionamiento.

En el análisis del perfil de inteligencia, uno de los instrumentos más utilizados lo constituye las escalas Wechsler (WPPSI, WISC-R y WISC III). Estas escalas permiten establecer dicho perfil según se consideren los siguientes análisis (Soprano & Chevie-Muller, 1998):

- *Análisis de discrepancia:* La eventual discrepancia entre el cociente intelectual verbal (CIV) y el coeficiente intelectual manipulativo (CIM) puede indicar trastorno específico de la lectura cuando el CIV es inferior al CIM. Sin embargo, es preciso diferenciar entre los dos subtipos básicos del trastorno de lectura (fonológica –disfonética- y visual –diseidética) porque en la situación inversa (CIM menor que el CIV) podría tratarse del segundo subtipo.

- *Agrupamientos de subtests*: Si se analiza el rendimiento en ciertos agrupamientos de subtests, es frecuente encontrar que puntuaciones selectivamente bajas en Aritmética, Claves, Información y Dígitos (perfil ACID) se pueden asociar con dislexia. Otro tipo de agrupamiento consiste en agrupar los diferentes subtests de acuerdo con 4 factores: *espacial* (figuras incompletas-cubos-rompecabezas), *secuencial* (dígitos-historietas-claves), *conceptual* (comprensión- semejanzas-vocabulario) y *conocimientos adquiridos* (información, aritmética-vocabulario). De acuerdo con este análisis, los niños con dislexia comparados con población normal obtendrían un peor rendimiento en el factor secuencial y en el de conocimientos adquiridos, más en el espacial e igual en el conceptual.

- *Rendimiento en cada subtest*: Al considerar las habilidades que deben ponerse en juego para la resolución de cada subtest, es posible identificar posibles áreas deficitarias. Por ejemplo, un rendimiento exitoso en el subtest de claves implica aptitud para reconocer y memorizar símbolos con rapidez, coordinación visomotora, atención sostenida frente a una tarea rutinaria, habilidades gráficas, secuenciales, de barrido izquierda-derecha y espaciales (discriminación de formas y direccionalidad).

Funciones neuropsicológicas específicas: La evaluación de las funciones cognitivas implicadas en el desempeño en cualquiera de las áreas instrumentales básicas permite analizar la forma en que eventuales déficits neuropsicológicos interactúan con procesos específicos de cada área y/o contribuyen en la presentación de las dificultades. Sin embargo, el análisis aislado de cada función psicológica (atención, memoria, percepción, etc) no es suficiente para comprender las eventuales dificultades ya que el hallazgo de déficits aislados no garantiza que ellos sean la causa o la consecuencia de los trastornos. Por ello, la experiencia y el juicio clínico del evaluador deben estar sustentados en su solvencia teórica acerca del desarrollo neuropsicológico, así como de los procesos involucrados en las diferentes tareas lectoescriturales y del cálculo.

Evaluación de las habilidades lectoescriturales y del cálculo: La evaluación de cada una de estas habilidades debe establecer la distinción entre dichas habilidades como *proceso* o como *producto*, de manera previa a la selección de los instrumentos. En la evaluación de las habilidades como proceso (ej: acto lector y escritor, estrategias para la resolución de problemas) es indispensable el análisis de los errores en cada una de las tareas según los protocolos ya que permiten relacionarlos con procesos neuropsicológicos subyacentes (factores cognitivos, verbales, espaciales, secuenciales, mnémicos), estadio de pensamiento, entre otros. Requiere el uso de instrumentos tipificados o no, dentro de un contexto clínico.

La evaluación de estas habilidades como producto permite comparar el rendimiento obtenido frente a lo esperado por nivel de desarrollo y/o grado escolar (ej: grado de comprensión de lectura y/o composición escrita, dominio de conceptos matemáticos). Usualmente este aspecto requiere de pruebas pedagógicas objetivas.

1.3.2 Esquema evaluativo de los TEA

El protocolo de evaluación neuropsicopedagógica de los TEA que se propone en este trabajo aunque se orienta bajo el criterio de discrepancia *rendimiento Vs capacidad intelectual* de acuerdo con el DSM IV, considera además de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños de 6 a 16 años, instrumentos de tipo complementario para el rastreo de los TEA (Cuestionario CEPA), de evaluación neuropsicológica general (Batería ENI) e instrumentos de análisis específico en las tres áreas instrumentales básicas: Lectura, Escritura y Cálculo.

En este apartado se hará una breve descripción de los mismos y su utilidad específica en el campo de los TEA. Los instrumentos estandarizados se adquieren comercialmente y deben ser aplicados de acuerdo con los respectivos manuales.

1.3.2.1 Protocolo neuropsicopedagógico para la evaluación de las áreas instrumentales básicas (Anexo A): Con fines operativos y prácticos, el diseño del protocolo contempla espacios para consignar de manera condensada los resultados de los instrumentos aplicados formalmente y que disponen de sus respectivas hojas de registro de respuestas y/o calificación (ej: Batería PROLEC). Sin embargo, en las áreas de Lectura y Escritura se han extractado algunos reactivos de instrumentos estandarizados para facilitar la secuencia de aplicación del protocolo, así como el registro de respuestas y calificación, conservando los lineamientos originales de dichos instrumentos.

Para el Área de Matemáticas se incluye un inventario informal (Arias, 2003) que permite detectar dificultades en la misma que pueden ser complementadas con los reactivos para evaluar las habilidades del cálculo y/o Aritmética propuestos por la ENI y La Escala Wechsler respectivamente.

1.3.2.2 Cuestionario para rastreo de dificultades de aprendizaje en niños de edad escolar CEPA (Bravo, 1979)-Anexo B-: Se puede utilizar para detectar las dificultades de aprendizaje que tienen los alumnos en las distintas áreas, dentro del contexto de su propio curso; su utilidad radica en la posibilidad de derivar oportunamente al alumno para el diagnóstico. Consta de 39 apartados que a su vez se subdividen en 8 áreas posibles de dificultad: Recepción de la información; expresión del lenguaje oral; atención, concentración y memoria; lectura; escritura; matemáticas y evaluación global. Debe ser diligenciado por el profesor. Su calificación consiste en la sumatoria de las puntuaciones de cada área (que va de 0 a 3). La puntuación máxima es de 89. Se considera que una puntuación mayor a 55 es sugestiva de TEA. En el anexo se presenta la versión del cuestionario CEPA modificada por Gómez, Arboleda & Pineda (2003).

1.3.2.3 Batería de Evaluación de los Procesos Lectores de los niños de Educación Primaria-PROLEC- (Cuetos, F.; Rodríguez, B. & Ruano, E., 2000): El objetivo de la PROLEC es obtener una puntuación de la capacidad lectora de los niños además de información sobre las estrategias que cada niño utiliza en la lectura de un texto, así como de los mecanismos que no están funcionando adecuadamente y que por lo tanto no permiten realizar una buena lectura. La fundamentación teórica de la PROLEC se basa en un modelo psicolingüístico de los procesos cognitivos que intervienen en la lectura.

La estructura de la batería agrupa 4 bloques correspondientes a los 4 procesos que intervienen en la comprensión del material escrito: a) Identificación de letras, b) Procesos léxicos, c) Procesos sintácticos y d) Procesos semánticos.

Su aplicación es individual para niños de primer a cuarto nivel, disponiendo de baremos obtenidos en una población de 403 niños. Las normas interpretativas (medias y desviaciones típicas) están discriminadas para cada prueba y nivel escolar.

Su utilidad radica en la posibilidad de precisar el o los niveles de procesamiento deficitarios con miras a delimitar las áreas que deben ser intervenidas.

1.3.2.4 Prueba de Comprensión Lectora de Complejidad Lingüística Progresiva –CLP- (Alliende, F., Condemarín, M & Milicic, N (1997): De manera complementaria, la comprensión lectora se puede evaluar con las estrategias desarrolladas en la CLP, instrumento de origen chileno, “estandarizado para medir la capacidad de lectura en las etapas en que ésta necesita y puede ser aprendida en forma más intensa”. Las normas de calificación fueron obtenidas en una población de 641 sujetos; el manual de aplicación presenta normas en percentiles, puntajes Z y puntajes T por curso y forma. Su utilidad, además de precisar el nivel de dominio de las competencias lectoras, consiste en orientar sobre el tipo de estrategias que deben ser enseñadas y/o estimuladas en los alumnos, con base en las habilidades esperadas para cada grado. Dado que posee formas paralelas (Forma B) permite hacer evaluaciones de seguimiento.

Cada nivel de la prueba (en total 8) está construido atendiendo a una dificultad creciente desde el punto de vista lingüístico (formas A y B). En cada nivel a su vez, se tienen en cuenta tres operaciones específicas de la lectura y cuatro áreas de aplicación:

- Traducir los signos a sus correspondientes signos orales
- Dar a cada palabra el sentido correcto dentro del texto y retener su significación
- Descubrir, retener y manejar las relaciones que guardan entre sí los diversos elementos del texto y determinar sentidos globales

Áreas de la lectura que se evalúan con la CLP:

Área de la palabra: Palabras aisladas que deben ser unidas con su correspondiente ilustración (Sólo para el primer nivel de lectura).

Área de la oración o frase: Dar el sentido correcto a cada palabra o expresión que compone la frase y captar su sentido global (Tres primeros niveles de lectura).

Área de párrafo o texto simple: Pequeños conjuntos de oraciones vinculadas por un tema o situación común, cuya lectura implica la capacidad de leer el texto, reconociendo las afirmaciones particulares y globales que contiene (Segundo y tercer nivel de lectura).

Área del texto complejo: Verifica el dominio de las lecturas de cierta extensión que habitualmente realiza un lector. Cada texto representa una situación compleja o está referido a un conjunto de situaciones o reflexiones (desde el tercer nivel de lectura).

NIVEL	Niveles de lectura de la CLP: HABILIDADES A EVALUAR POR GRADO ESCOLAR
1°	-Unir la palabra escrita con la respectiva ilustración -Correlacionar una oración o frase con su respectiva ilustración
2°	-Leer oraciones incompletas y seleccionar una o varias palabras que las completen adecuadamente -Leer una oración y reconocer las afirmaciones que contiene -Leer un párrafo o texto simple y reconocer las afirmaciones que contiene
3°	-Interpretar el sentido de una oración o frase leída, señalando otra oración o frase de sentido equivalente -Obtener instrucciones escritas que indiquen diferentes modos de trabajar un texto -Leer descripciones narraciones simples y demostrar que se entienden la afirmaciones que contienen
4°	-Interpretar elementos deícticos y anafóricos -Globalizar las informaciones proporcionadas -Distinguir entre hechos y opiniones -Categorizar objetos y personas -Establecer relaciones de causa y efecto entre los hechos mencionados
5°	-Categorizar objetos, hechos y personas -Interpretar elementos simbólicos -Caracterizar adecuadamente personajes literarios -Especificar el sentido de palabras y expresiones de un texto
6°	Dominio de habilidades para la comprensión narrativa tales como: -Ordenar hechos de acuerdo a su secuencia -Señalar relaciones causa-efecto entre los hechos relatados -Dominar relaciones de inclusión existentes en afirmaciones -Captar informaciones entregadas a través de diálogos
7°	Dominio de la comprensión textual referida a textos narrativos complejos y a textos descriptivos: -Determinar sentidos precisos (captación de claves contextuales) -Situar hechos en perspectivas espaciales y temporales -Realizar inferencias (basadas en comprensión global y captación de intencionalidades)
8°	Dominio del conjunto de habilidades previas, aplicándolas a textos libremente estructurados y más complejos: -Combinar informaciones y opiniones con desarrollos temporales de hechos -Incluir elementos abstractos Vincular la comprensión a ciertos conocimientos culturales, históricos y geográficos -Representar opiniones contrapuestas o cambiantes

1.3.2.5 Evaluación de la conciencia metalingüística–Anexo A1-: De acuerdo con las diferentes etapas evolutivas, en este protocolo se proponen diversas tareas:

- *Conciencia léxica:* Identificar palabras como componentes de frases y oraciones. Debido a la dificultad para reconocer los nexos gramaticales como palabras se recomienda iniciar con oraciones sin nexos (por ej: “María juega”) y progresivamente ir aumentando el número de estas (de oraciones simples a oraciones coordinadas). Complementariamente se pueden proponer tareas para comparar el número de palabras que contienen dos oraciones diferentes, omitir la palabra inicial o añadir palabras nuevas en una oración, entre otras.

- *Conciencia silábica*: Se proponen tareas de acuerdo al grado de dificultad de la siguiente manera: Tareas de síntesis silábica y luego de análisis silábico (aislar sílabas en palabras, comparación de sílabas, omisión de sílabas). En estas últimas considerar la posición (inicial, final o medial) de la unidad silábica en la palabra.

- *Conciencia intrasilábica*: Consiste en presentar tareas para comparar la rima (en palabras o sílabas) y para aislar el fonema inicial (onset) en distintas estructuras silábicas (VC, CV, CVC, CCV). Además del tipo de estructura silábica, se debe considerar el tipo de segmento (vocálico o consonántico) y la posición del segmento (inicial, medial o final) de la sílaba a aislar.

- *Conciencia fonémica*: Esta habilidad aparece más tardíamente en el curso del desarrollo evolutivo y requiere del aprendizaje previo de las habilidades lectoescriturales propias de los primeros años escolares, en particular del dominio de las reglas de conversión grafema a fonema y viceversa. Para su evaluación se propone la *Prueba de Conciencia Fonémica* para grados superiores de primaria (Montiel & Matute, 2003). Ver Anexo A1.

1.3.2.6 Inventario de Aritmética (Arias, 2003) -Anexo A2- : Su objetivo es determinar dificultades o errores en el aprendizaje del cálculo. Consiste en un cuestionario de 26 problemas para ser aplicado desde el grado kinder al grado 5°. Comprende nociones correspondientes al nivel preescolar y básica relacionadas con colores, posiciones, tamaños, cuantificadores, figuras geométricas y nociones numéricas y aritméticas básicas hasta fracciones, tiempo, operaciones, solución de problemas, decimales y porcentajes. Ofrece datos que permiten no sólo detectar los errores cometidos, sino también hacer una diferenciación entre los alumnos según su forma de trabajar: eficientes pero lentos, eficientes y rápidos pero inseguros, y lentos e inseguros.

1.3.2.7 Escalas Wechsler de Inteligencia (WISC- R; WISC III): Instrumentos de uso clínico para ser administrado individualmente con el fin de evaluar la capacidad intelectual en niños de 6 a 16 años y 11 meses de edad. Consta de dos subescalas (verbal y manipulativa o de ejecución) que muestran el desempeño cuantificado en tres puntajes compuestos (CI Verbal, de Ejecución y Escala Completa), que proveen estimación de la capacidad intelectual del individuo. La prueba proporciona datos normativos, materiales, contenidos y procedimientos de administración. La escala WISC III proporciona además cuatro puntajes índice basados en factores opcionales: Comprensión Verbal, Organización Perceptual, Ausencia de Distractibilidad y Velocidad de Procesamiento.

Descripción de las subescalas (WISC III):

Escala de ejecución:

- *Completamiento de figuras*: Evalúa identificación de objetos y diferenciación de aspectos esenciales de los no esenciales, discriminación y alerta visual
- *Claves*: Mide destreza visomotora, capacidad de aprendizaje asociativo y velocidad de ejecución
- *Ordenamiento de historias*: Mide percepción, integración visual secuencial y síntesis en un conjunto inteligible, razonamiento no verbal
- *Construcción con cubos*: Evalúa la capacidad para analizar, sintetizar y reproducir dibujos geométricos abstractos (organización visoespacial y construccional)
- *Composición de objetos*: Mide la habilidad para sintetizar un objeto conocido a través de sus partes (síntesis visual) y para la coordinación visomotora
- *Laberintos*: Mide coordinación visomotora, rapidez y capacidad de planificación y previsión
- *Búsqueda de símbolos*: Mide atención sostenida y discriminación visual

Escala verbal:

- *Información*: Evalúa conocimientos generales y atención a la información del ambiente
- *Analogías*: Mide la capacidad para formar y relacionar conceptos verbales y proporciona información acerca del carácter lógico de los procesos de pensamiento
- *Aritmética*: Mide la habilidad para el razonamiento numérico, atención y concentración
- *Vocabulario*: Valora la riqueza lexical, reserva de información e ideas y formación de conceptos
- *Comprensión*: Valora el juicio social y práctico, sentido común, adquisición e interiorización de elementos culturales.
- *Retención de dígitos*: Evalúa la memoria auditiva inmediata y el volumen atencional (dígitos en progresión) y atención dividida, resistencia a la distracción (dígitos en regresión)

La utilidad de estas escalas, además de objetivar psicométricamente la capacidad intelectual para analizar el criterio de discrepancia en el diagnóstico de un TEA, permite elementos para ampliar el análisis clínico-cualitativo del perfil de aciertos y errores con el fin de:

- Excluir un déficit cognitivo generalizado (por ej: retardo mental)
- Obtener un perfil cognitivo, con el fin de establecer diferencias básicas entre áreas de alto y de bajo nivel de funcionamiento.
- Analizar las interrelaciones y discrepancias entre el nivel intelectual, edad cronológica y desempeño escolar.
- Determinar el coeficiente intelectual total y analizar las discrepancias entre el CIV y el CIE con el fin de predecir el desempeño académico general y/o para correlacionarlas con los trastornos de lectura, escritura o cálculo
- Determinar la eventual presencia del perfil ACID como indicador de un trastorno de tipo disléxico que permita aportar elementos para el análisis clínico
- Analizar el comportamiento de los factores de la escala (Comprensión verbal, ausencia de distractibilidad, velocidad de procesamiento y organización perceptual) con el fin de correlacionarlos con el cuadro clínico.

Es importante tener en cuenta que las discrepancias entre el CIV y el CIE pueden reflejar diferencias en el estilo de aprendizaje del individuo y en su capacidad para manejar distintos estímulos; para interpretar las diferencias entre el CIV y el CIE se considera necesaria una discrepancia de más o menos 15 puntos. La persona que obtiene un CI total por encima de 115 puntos, requiere una discrepancia superior a 20 puntos entre CIV – CIE para que tal diferencia sea considerada significativa.

1.3.2.8 Evaluación Neuropsicológica Infantil -E.N.I.- (Matute,E.; Rosselli, M.; Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F. En prensa): Es una batería desarrollada con el objetivo de obtener una evaluación neurocognitiva integral en niños hispanohablantes con edades comprendidas entre los 5 y los 16 años; también realiza una evaluación de la preferencia lateral y de signos neurológicos blandos. Evalúa 13 áreas cognitivas (Atención, Habilidades Constructivas, Memoria, (Codificación y evocación diferida), Percepción, Lenguaje Oral, Habilidades Metalingüísticas, Lectura, Escritura, Matemáticas, Habilidades Conceptuales y Funciones Ejecutivas).

En Colombia existen datos normativos obtenidos en una población de 252 niños escolarizados en establecimientos públicos y privados de la ciudad de Manizales.

Su utilidad consiste en mostrar el perfil neuropsicológico del niño para ampliar el análisis diagnóstico en caso de necesidad y/o detectar áreas potencialmente útiles para la intervención.

2. RETARDO MENTAL

2.1 RESEÑA HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE RETARDO MENTAL (RM)

Históricamente el término de Retraso Mental (RM) ha estado presente a lo largo de toda la humanidad y ha tenido diferentes connotaciones, que lentamente se han ido reconceptualizando para lograr una imagen más reivindicativa en la concepción de la persona con RM, fundamentada y acorde con los descubrimientos de la biología y de las neurociencias en el campo de la mente y de la inteligencia. En este proceso de reconceptualización se destacan los estudios de Pinel, a quien se debe la liberación del término de persona *idiot*, *bufón* o *demente*, por el de una persona susceptible de recibir educación y con potencial para aprender. A partir de Rosseau y sus ideas aplicadas a la educación de los retrasados y su influencia en forma decisiva en Pestalozzi y Flobel, pudo replantearse la concepción de retraso mental e iniciarse una concientización sobre las posibilidades de educación de dichas personas, multidimensionando la concepción de limitación en donde el RM se convierte solo en una situación o condición de la persona que no la califica como impotente o incapaz.

En el siglo XIX la valoración psicológica del RM y la aplicación de pruebas estandarizadas por parte de Binet, condujeron a considerar el término de RM desde una mirada fundamentalmente clínica y se comenzaron a desarrollar intentos educativos y terapéuticos.

Ya en el siglo XX, el concepto de retraso mental se estudia para tratar de llegar a una definición unificada, basada en modelos psicológicos que buscan ampliar el análisis del concepto, como lo fueron el análisis psicométrico, el evolutivo, el psicodinámico, el cognitivo y el análisis funcional y comportamental (Fierro, 1984 y Rubio, 1987). El concepto de RM es una de las denominaciones diagnósticas más antiguas con la que se calificaba a todas aquellas personas que presentaban dificultades en la adaptación al medio por alteraciones en el funcionamiento neurológico; pero, la responsabilidad de establecer hoy día una definición acertada es mucho más compleja. Actualmente, una definición de Retraso Mental esta más obligada a componer una teoría emergente emancipatoria para la personas con discapacidad, así como una idea inclusionista en el marco de la atención y el respeto a la diversidad.

Como categoría diagnóstica, el RM abarca una serie bastante amplia de síntomas y manifestaciones de tipo comportamental, adaptativo y de desempeño, que lo complejizan tanto en el proceso de identificación como de intervención. Por ello, la neurobiología, la psicología, las ciencias del desarrollo y el comportamiento, han tratado durante años de identificar componentes básicos que permitan caracterizar el cuadro clínico y establecer con claridad patrones de evaluación y atención oportuna; pero todos los esfuerzos han resultado parcialmente admisibles, pues se trata de un ejercicio en el que juegan un sin fin de variables, concepciones, actitudes y prácticas, sin mencionar los aspectos éticos y de procesos de intervención, que impiden tomar decisiones que perduren y tengan trascendencia en la calidad de vida de estas personas.

Como parte de esta discusión, se introduce el concepto de *Discapacidad Intelectual* (DI), el cual es bastante amplio y recoge diversas denominaciones del desempeño intelectual, tales como discapacidad cognitiva, dificultades generales y específicas de aprendizaje, déficit cognitivos simples y complejos, entre otros. Representa una categoría cercana a propuestas

de atención a la diversidad y a las estrategias inclusionistas, como lo enuncia R. Schalock actual vocero de la AAMR (sigla en inglés de Asociación Americana de Retardo Mental). Dentro de este constructo general que es la discapacidad intelectual, aparece el concepto de *Discapacidad Cognitiva* (DC) que se entiende como una disposición funcional específica en procesos cognitivos, habilidades de procesamiento y estilos de pensamiento, que determinan el desempeño y el aprendizaje de una persona, lo que lo hace un concepto mucho más específico que la discapacidad intelectual y más cercano a las prácticas educativas por su relación directa con los procesos de aprendizaje (Ministerio de Educación Nacional –MEN-, 2005).

Desde su fundamentación teórica, el concepto de DC se nutre tanto de teorías derivadas del enfoque conductista (modelo psicométrico y cognitivo– comportamental), como de la psicología del procesamiento de la información y de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva y de entrenamiento cognitivo (con posiciones funcionalistas basados en los aportes de Vigotsky, Piaget, Ausubel y Feuerstein, entre otros).

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que las personas con discapacidad cognitiva son aquellas que presentan dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta, que intervienen en el procesamiento de la información y por ende en el aprendizaje; lo que hace necesario el ofrecimiento de apoyos que mejoren su funcionalidad.

El concepto de discapacidad cognitiva no se refiere exclusivamente a categorías diagnósticas como retraso mental o dificultades de aprendizaje, sino que constituye un concepto más ecológico y funcional que alude al desempeño cognitivo de cualquier persona. Un ejemplo de ello se puede evidenciar en la función cognitiva de entrada denominada “*orientación espacial*”, la cual hace parte de la estructura de procesamiento de la información de todos los estudiantes independiente de su diagnóstico clínico (MEN 2005).

Una de las instancias de mayor nivel de representatividad en materia de RM la constituye la *Asociación Americana de Retardo Mental* (AAMR), una entidad de trayectoria en la investigación de aspectos conceptuales y prácticos relacionados con el RM que lo definen como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años” (Luckansson, 2.002)

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada en el medio plantea las siguientes premisas:

- Las limitaciones en el funcionamiento son comprensibles en ambientes comunitarios típicos de lo iguales en edad y cultura.
- Enfatiza la importancia del funcionamiento del individuo y la limitación intelectual. Las limitaciones coexisten con capacidades.
- La evaluación ha de tener en cuenta las diferencias en la comunicación, en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
- Los apoyos son clave del proceso de atención y posibilitan desarrollar los planes de atención.
- El sistema de apoyos se ofrece en intensidades variables de acuerdo con el ciclo de vida y repercute en calidad de vida de la persona.

Cabe señalar que dentro de este paradigma no se establecen grados de retraso mental (leve, moderado, severo y profundo) y que las intensidades de apoyo que propone se relacionan con los tiempos y los ciclos de vida en que debe ofrecerse el acompañamiento.

En esta revisión del concepto de retraso mental del 2002, la AARM presenta el concepto de *discapacidad intelectual*, como un concepto dinámico y funcional, que permite entenderlo más desde el desempeño que desde los rasgos clínicos observables. Lo cual quiere decir que resulta de mayor relevancia en esta definición, la forma como las personas responden a las demandas del entorno en que se encuentran y las maneras en que logran adaptarse a las circunstancias particulares de la cotidianidad.

En edición, “*Hacia una nueva concepción de la discapacidad.*” Schalock, citado por Verdugo y Borja (1999), refirió la necesidad de aplicar modelos de evaluación de tipo ecológico/funcional que se ajusten a las características de los contextos y que articulen los conceptos de habilidades adaptativas y de inteligencia, permitiendo definir el *retraso mental* como *discapacidad intelectual*, en términos de desempeño y funcionamiento intelectual. Como resultado de estas reflexiones surgidas de las necesidades impuestas por la biodiversidad y la integración, vistas desde una mirada psicoeducativa y social, así como de la influencia de las teorías emergentes de la inteligencia y las concepciones del ser humano, de una manera sutil y casi natural el concepto de RM ha comenzado a ser insertado en las categorías de *discapacidad intelectual y cognitiva*.

Esta evolución del concepto de RM hacia el de *discapacidad intelectual*, permite concebir a la persona como alguien que presenta una forma particular, dinámica y con posibilidades siempre abiertas para su desarrollo y que dentro de su condición específica merece ser llevada al máximo nivel del progreso posible, en el contexto de las interacciones en las que participa o debería participar (Correa, 2003).

La discapacidad intelectual es entonces un concepto más amplio que el de RM, puesto que habla del desempeño o forma como las personas hacen las actividades que les corresponden y así se adaptan al medio; está relacionado con los enfoques de la psicometría moderna, del desarrollo mediado de los procesos superiores del pensamiento (Vygotski), de inteligencias múltiples (Howard Gardner), de inteligencia triárquica de Sternberg y los enfoques ecológicos y de calidad de vida. Estas aproximaciones se ampliarán en el apartado “teorías explicativas del RM”.

2.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL RM

El RM o la deficiencia mental engloba un grupo de personas muy heterogéneo que se distingue por su dificultad para afrontar los aprendizajes escolares y el funcionamiento independiente en la comunidad. Se diagnostica en los primeros años de vida, pero en ocasiones no es detectado hasta que el niño o la niña comienzan la escolaridad (Verdugo y Jenaro, 2002).

En la definición de la AAMR (1996), el RM se considera como un “estado particular de funcionamiento que comienza en la niñez y que se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como de las habilidades de adaptación. Refleja además el grado de armonía entre las capacidades del individuo, la estructura y expectativas de su medio ambiente”. Esta redefinición se apoya en un modelo de funcionamiento, ya que describe el funcionamiento actual del individuo en un momento dado, no como un estado inherente o permanente, que

no implica necesariamente un estado de incompetencia total. Las limitaciones del RM se definen de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve el individuo y se dan cuando los recursos intelectuales y de adaptación comprometen la capacidad del individuo para enfrentar los desafíos de la vida diaria dentro de su comunidad.

La anterior definición lleva implícita el concepto de que la *limitación funcional* es el efecto de las debilidades específicas en el funcionamiento o capacidad del individuo; que dicha incapacidad es la expresión de la limitación en el contexto social y que el RM es una incapacidad sólo como un resultado de la interacción entre las limitaciones en la capacidad (inteligencia y habilidades de adaptación) y las exigencias del medio ambiente.

Dicha definición de RM se basa en un enfoque multidimensional que abarca cuatro dimensiones:

Dimensión I:

Funcionamiento intelectual y habilidades de adaptación: Es la dimensión que permite diagnosticar el RM, en cuanto a capacidad inadecuada para realizar aprendizajes en relación con la disminución en el funcionamiento intelectual (aptitudes intelectuales, procesos y habilidades relacionadas con el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, la comprensión de ideas complejas, el ritmo de aprendizaje y la contextualización, generalización y transferencia del aprendizaje).

La *capacidad intelectual general* se establece por el coeficiente de inteligencia (CI) obtenido por evaluación con un instrumento normalizado de medición de la inteligencia. Las *habilidades de adaptación* por su parte, se refieren a las formas efectivas de afrontamiento que utilizan los individuos para sortear las exigencias de la vida cotidiana y al cumplimiento de normas de autonomía personal de acuerdo con la edad, origen sociocultural y contexto comunitario. La evaluación de la capacidad adaptativa debe recoger información de varias fuentes (educadores, historia médica, evolutiva, académica) o a partir de escalas diseñadas para medir comportamientos adaptativos.

Dimensión II:

Consideraciones psicológicas/emocionales: Su enfoque se centra en el potencial del individuo, sus intereses y el apoyo socio-emocional. La evaluación de la existencia de una enfermedad mental en un individuo con RM debe apoyarse tanto en información interdisciplinaria como en la opinión clínica (observaciones comportamentales, entrevistas con personal de apoyo, evaluaciones estandarizadas- escalas adaptativas, inventarios, cuestionarios, entre otros, evaluaciones médicas)

Dimensión III:

Consideraciones de salud física y etiología: Los problemas de salud de las personas con RM no son inherentemente diferentes de aquellos individuos sin RM. Los efectos de estos problemas pueden afectar su nivel de funcionamiento y en algunos, la causa del RM puede predisponer a determinados problemas de salud. La evaluación de esta dimensión requiere un enfoque interdisciplinario coordinado por personal sanitario. En cuanto a la etiología, esta es compleja y multifactorial; pueden existir causas primarias, secundarias o contribuyentes. La importancia de su determinación radica en favorecer la programación de apoyos.

Dimensión IV:

Consideraciones ambientales: Consiste en la evaluación de las características del ambiente que facilitan o limitan el desenvolvimiento, desarrollo y bienestar del individuo, ya sea para proveer oportunidades (en la vida, el trabajo, la educación, la recreación y uso del

tiempo libre), para fomentar el bienestar (físico, material, social, ocupacional, en las actividades de ocio y en la percepción cognoscitiva), o para promover la estabilidad (ampliar el aprendizaje, las amistades, el sistema de apoyo social y el sosiego mental).

Con respecto a la definición de RM del año 1996 planteada por la AMRR y denominada “paradigma de Retraso Mental”, la revisión del año 2002 añade una nueva dimensión a las cuatro existentes en la cual se tienen en cuenta los espacios de participación, interacciones y roles sociales enmarcándola con el nombre de *contexto social: ambiente, cultura y oportunidades*, lo que la acerca a modelos interpretativos y prácticas pedagógicas de tipo ecológico/funcional, en las que tiene gran relevancia el contexto en el que se desenvuelve la persona. La estructura de esta dimensión es la siguiente:

Dimensión V:

Contexto social: ambiente, cultura y oportunidades

A través de esta dimensión se valoran los niveles de actuación de la persona con retraso en el contexto, se diseñan e implementan apoyos que faciliten su integración desde cada uno de los siguientes niveles:

- Microsistema o entorno vital (relación de la persona con lo inmediato a él, como familia, el lugar de trabajo y el grupo de compañeros).
- Mesosistema (ambientes cercanos como el barrio, los vecinos y organizaciones con servicios directos a las necesidades como ser humano).
- Macrosistema (patrones culturales, sistemas económicos y tendencias sociopolíticas).

La implementación de la evaluación del RM de acuerdo con el anterior marco conceptual, excede el propósito de este trabajo. Para este efecto, la AAMR dispone del **Manual Práctico** para la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo en el Retardo Mental. Desde la perspectiva neuropsicopedagógica, interesa desarrollar la implementación de la dimensión I puesto que permitirá ofrecer un aporte concreto al precisar los requerimientos teóricos y metodológicos que hacen parte del proceso de evaluación diagnóstica en los aspectos intelectuales y adaptativos.

2.2.1 Categorías diagnósticas del RM

La operacionalización de la dimensión I se traduce en criterios clínicos que se deben documentar para el diagnóstico de RM, propuestos por diversas sociedades científicas. En el medio, los más conocidos son los propuestos por la CIE-10 y el DSM IV.

Criterios diagnósticos de La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE –10 de la OMS. Los métodos utilizados para definir los niveles de gravedad del RM difieren ligeramente entre uno y otro sistema. La CIE-10 define estos niveles con puntos de corte exactos:

Leve entre 50 y 69, moderado entre 35 y 49, grave entre 20 y 34, y profundo por debajo de 20. En cambio, el DSM IV-TR se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formulando un espectro solapado y teniendo en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo.

Criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV- (1.994).

Criterio A: Capacidad Intelectual significativamente inferior al promedio: Un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (En el caso

de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio)

Criterio B: Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las siguientes áreas: Comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Criterio C: El inicio es anterior a los 18 años.

Nota: Este corte de edad asume que en nuestra sociedad los individuos se desempeñan típicamente como adultos a partir de esta edad.

Desde el punto de vista de la gravedad (en correspondencia con el CI y las expectativas a nivel académico) el RM se clasifica en:

Retraso mental leve (CI de 50-55 a 70). Los niños incluidos en esta categoría son considerados **Educables**. Adquieren habilidades sociales y de comunicación en el periodo preescolar (o a 5 años) y presentan déficits sensoriomotores mínimos. Esto hace que, a menudo, sea difícil distinguirlos de los niños de su edad que no presentan deficiencias. Pueden adquirir habilidades escolares equivalentes a los contenidos curriculares de educación primaria (6° curso). Durante su vida adulta pueden adquirir habilidades sociales y profesionales de tipo práctico, que le permitan una vida independiente y adaptada a su comunidad, si no existen otros trastornos asociados. Si muestran falta de madurez social o emocional, pueden presentar dificultades para integrarse en el entorno social o para responder a las exigencias que supone el matrimonio y la educación de los hijos, por ejemplo.

Retraso Mental Moderado (CI de 35-40 a 50-55). Los niños con este nivel de retraso son calificados como **Entrenables**. Presentan lentitud en la adquisición y desarrollo del lenguaje, en cuanto a su comprensión y uso, alcanzando un dominio muy limitado. No suelen adquirir conocimientos escolares más allá de los propios del ciclo inicial de educación primaria (2° curso). Pueden beneficiarse de un entrenamiento profesional y realizar trabajos que no requieren mucha habilidad bajo supervisión estrecha. Se adaptan bien a la vida comunitaria y pueden desarrollar, normalmente, su capacidad para relacionarse con los demás y participar en actividades sociales sencillas. No pueden mantener una vida completamente independiente.

Retraso Mental Grave (CI de 20-25 a 35-40). Los niños con este nivel de retraso son calificados como **Custodiables**. En sus primeros años, los niños con este tipo de retraso, presentan un desarrollo motor pobre y adquieren muy pocas habilidades de comunicación. Durante la edad escolar se pueden beneficiar de un entrenamiento en los principales hábitos de higiene y aprender algunos habilidades de conversación. En la vida adulta pueden realizar tareas muy sencillas bajo supervisión muy estrecha. No pueden mantener una vida independendiente.

Retraso Mental Profundo: (CI por debajo de 20-25). Los niños con este nivel de retraso son calificados como **Custodiables**. En sus primeros años estos niños tienen un funcionamiento sensoriomotriz mínimo. Requieren un ambiente muy estructurado y supervisión continua. Están incapacitados para comprender instrucciones y seguirlas. Presentan una movilidad restringida o inexistente; la mayoría no controla los esfínteres. El

entrenamiento les puede ayudar a adquirir habilidades motoras, de comunicación y de autonomía muy elementales. No pueden valerse por sí mismos y son incapaces de llevar una vida independiente.

Finalmente, cabe considerar que en el análisis de los criterios empleados para diagnosticar RM, este puede tener significados diferentes, que en algunos casos pueden traslaparse (Bravo Valdivieso, 1996):

- Un retardo clínico de desarrollo psicológico que presenta subrendimiento intelectual acompañado de manifestaciones conductuales anormales. Se encuentran preferentemente en los niveles más severos del retardo.
- Un retardo intelectual en el desarrollo de funciones cognitivas y del lenguaje, y que se refleja en el rendimiento escolar y los tests de inteligencia tradicionales. En un bajo porcentaje de casos presentan desadaptación social o sintomatología clínica.
- Un retardo social que afecta principalmente la capacidad de adaptarse a la vida laboral y tener una vida independiente.

El proceso diagnóstico del RM, siguiendo al autor, debe por lo tanto evidenciar que el retardo intelectual o cognitivo sea un proceso irreversible, que afecte el desarrollo mental global y que origine una incapacidad para la vida escolar y una adaptación laboral y social precaria, dentro de su propio contexto sociocultural. En consecuencia de lo anterior se hace necesario diferenciar el RM de:

- Retardo Sociocultural (falta de estimulación, privación social)
- Seudo RM por factores emocionales (autismo, depresión)
- Seudo RM por factores orgánico- cerebrales (disfunción cerebral, afasia del desarrollo)
- Seudo RM por factores fisiológicos (subalimentación, debilidad física)
- Retraso escolar y de aprendizaje
- Inmadurez del desarrollo (retardo perceptivo, retardo psicomotor o retardo del lenguaje).

De acuerdo con las anteriores consideraciones se sustenta la necesidad de realizar un diagnóstico interdisciplinario que contemple criterios de orden *clínico* (evaluación del nivel intelectual y funciones psíquicas), *psicopedagógico* (rendimiento escolar, capacidad de aprendizaje, integración, historia de logros, fracasos, etc), *médico* (factores genéticos y antecedentes patológicos del desarrollo), y *social* (condiciones sociofamiliares y socioculturales).

2.2.2 Teorías explicativas del RM

A nivel general, se reconocen dos tipos de factores etiológicos: culturales y orgánicos. En el primer grupo el RM es consecuencia de factores culturales, familiares y ambientales, que usualmente se observan en hijos de padres con baja inteligencia, frecuentemente asociados con defectos de índole motriz y sensorial (aproximadamente el 75% de los casos). El RM orgánico (sintomático de daño cerebral) se presenta en el 25% de la población restante y se atribuye a causas de tipo hereditario o a procesos infecciosos, metabólicos y traumáticos ocurridos principalmente en la etapa perinatal Rosselli, Ardila, Pineda y Lopera (1997).

En el siguiente apartado se precisarán las aproximaciones teóricas que intentan explicar el RM desde una perspectiva causal.

Enfoque médico: Este modelo considera que la persona con RM es una persona enferma, lo que se manifiesta a través de un conjunto de síntomas psicopatológicos. Los términos que utiliza el modelo médico son los de síndromes y trastornos. Este modelo ha aportado clasificaciones de los diferentes síndromes y los relaciona con medidas preventivas que son de aplicación. La AAMR agrupa las causas en las siguientes categorías:

- Infecciosas
- Agentes tóxicos
- Traumatismos
- Desórdenes metabólicos
- Aberraciones Cromosómicas
- Neomalformaciones
- Influencias Prenatales desconocidas
- Causa desconocidas con signos neurológicos
- Causa desconocida sin signos neurológicos

Bajo esta aproximación, la evaluación médica analiza si existen condiciones patológicas que interfieren en el funcionamiento biopsicológico del niño. El retraso mental obedece a un fenómeno estrictamente del organismo humano, caracterizado por la incompletud de los sistemas biopsíquicos, provocando la incapacidad de razonamiento sobre los propios actos. En este sentido, el retraso mental es considerado como un estado permanentemente deficitario y, como tal, patológico y anormal del cuerpo y de la mente.

Enfoque sociocultural: El concepto de RM desde un enfoque sociocultural ha sido ampliamente abordado por Bravo Valdivieso (1996) quien se apoya en los aportes de estudios transculturales y de investigaciones en grupos deprimidos culturalmente insertados en determinadas culturas dominantes, para plantear que la inteligencia medible no es igual para todas las culturas puesto que las diferentes necesidades derivadas de un ambiente particular, desarrollan de manera selectiva ciertas habilidades en desmedro de otras; por lo tanto la validez de los tests tradicionales de inteligencia no tienen el mismo grado para todas las culturas. Plantea específicamente, que niños de sectores obreros o campesinos han tenido una menor estimulación verbal y cognitiva, por lo que se produciría una maduración más lenta de dichas funciones, que son requeridas para el aprendizaje escolar tradicional, en particular la lectoescritura.

Las anteriores consideraciones plantean la necesidad de distinguir entre “retardo absoluto” y “retardo relativo”, citando a Kanner (1962):

En el “retardo absoluto” los sujetos son “tan notoriamente deficientes en sus potencialidades cognitivas, emocionales y constructivas, que permanecerán como retardados en cualquier cultura existente”. Su retardo ocurre en todas las esferas de su desarrollo mental.

El “retardo relativo” (o inadecuación intelectual) se presenta en un sujeto “cuyas limitaciones están relacionadas definitivamente con los estándares de una cultura particular que lo rodea su principal limitación consiste en un mayor o menor grado de inhabilidad para cumplir con las exigencias intelectuales de la cultura”. De acuerdo con este planteamiento se hace necesario distinguir entre *capacidad cognitiva o potencial intelectual* de *rendimiento intelectual*. El rendimiento como tal no refleja directamente la capacidad, sino fragmentos o aspectos de ella en relación con las exigencias concretas que se hagan. Estos aspectos de la capacidad intelectual pueden desarrollarse de manera diferente de acuerdo a las exigencias de la cultura, lo cual se refleja en el rendimiento en algunos tests determinados. Este tipo de RM es el que la AAMR identifica como “Retardo Mental cultural-familiar”, que se

caracteriza por ausencia reconocible de factores biológicos y por estar dentro del rango de “retardo leve” (CI entre 50 y 70). Los argumentos básicos en los cuales se sustenta la hipótesis del “retardo mental sociocultural” (Bravo Valdivieso, 1996) son:

- Mayor incidencia de un rendimiento deficitario o limítrofe en los tests psicométricos, en los niños pertenecientes al nivel socioeconómico bajo
 - Mayor cantidad de fracasos escolares en este mismo sector de la población
 - El supuesto que todos los niños provenientes de estratos socioeconómicos bajos presentan “deprivaciones” sociales, lingüísticas o intelectuales que interfieren su desarrollo cognitivo.
- Los anteriores elementos configurarían un tipo particular de RM que se caracteriza por presentar una etiología “cultural”.

Finalmente vale la pena anotar, siguiendo al autor, que la anterior visión no constituye un rechazo a los tests tradicionales de inteligencia como instrumentos operacionales de inteligencia, sino un llamado a conocer y superar las limitaciones de estos instrumentos y a buscar nuevos criterios o perfeccionar los existentes para la evaluación y diagnóstico del RM en países subdesarrollados.

2.2.3 Modelos teóricos en la comprensión del RM: Dada la complejidad del concepto *inteligencia* es preciso realizar un rastreo desde las concepciones planteadas por diversos modelos teóricos que intentan aclarar tanto el término mismo de inteligencia como los imaginarios conceptuales frente al RM.

Modelo psicométrico

Desde este modelo la inteligencia se conceptualiza como una estructura o potencial interno, cuya actividad permite el “ensayo” adaptativo a la realidad y la selección de las formas de actuar. Es una capacidad unitaria y global que se sintetiza en cuatro funciones básicas: *comprensión* (de las situaciones, problemas y de la realidad); *invención* (establecimiento de relaciones entre los elementos y descubrimiento de nuevos elementos), *dirección* (o estado de conciencia director de las acciones, incluye tanteo y ensayo) y *sentido crítico* (facultad de control conciente sobre las propias acciones que permiten la auto corrección). Wechsler también definió la inteligencia como una “*capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para manejar efectivamente el ambiente*” capacidad que puede ser medida objetivamente en sus componentes o agregados. Considerada globalmente, la inteligencia es un concepto más amplio que el de las aptitudes o capacidades cognitivas e integra junto a éstos, rasgos de personalidad. La inteligencia se puede “medir” y con los resultados de esta medición se pueden describir las características psicológicas de un sujeto, clasificarlo en función de las mismas y predecir su comportamiento.

El concepto de la *normalidad* desde esta perspectiva está mediatizado por el entorno y significa que el sujeto cumple los roles esperados en su medio. En consecuencia, el sujeto puede ser valorado como normal en un contexto y como atípico en otro. La normalidad así, es una valoración de la eficacia adaptativa de un sujeto en el sistema social en el que se desenvuelve. Según este modelo, son personas con RM, aquellas que tienen un coeficiente intelectual inferior a dos desviaciones estándar de la media fijada para la población que forman parte. Las puntuaciones requeridas para incluir a las personas con RM en las diferentes categorías varían según los instrumentos empleados (Binet y Simón, Terman y Merrill, Wechsler, Mc Carthy, Kauffman, entre otras).

La utilización de instrumentos psicométricos es útil para hacer una primera evaluación global de la persona, que sirva para determinar si hay retraso y reconocer el nivel de gravedad. Esta evaluación puede ser útil para resolver cuestiones de tipo administrativo (derecho a percibir subsidio familiar, interdicciones, etc) y también a nivel educativo (tipo de atención, centro educativo) (Berger & Yule, 1987). Particularmente en el campo educativo, el modelo psicométrico permitió la organización escolar en grupos homogéneos según la capacidad y fue el origen de la educación especial en centros específicos y de algunos modelos de integración basados en aulas de educación especial o de apoyo. La psicometría favoreció el desarrollo de instrumentos para la selección de aquellos sujetos a los que se les debe aplicar la educación especial y el desarrollo de una enseñanza prescriptiva basada en los déficit, es decir, de una enseñanza especializada propia para sujetos con retraso mental. Ejemplos de algunos instrumentos de medida son:

- El inventario de conducta adaptativa para niños (Adaptative Behavior Inventory for Children: AIBC). Evalúa la conducta del sujeto en casa, la escuela y la comunidad a través de una entrevista a los padres.
- Escalas de inteligencia Wechsler (WPPSI, WISC-R, WISC III): Con ellas se pueden evaluar diferentes habilidades, lo que en un momento dado permite no solo conocer el potencial intelectual general de individuo, sino el desarrollo de sus funciones cognoscitivas. Estas escalas muestran altos índices en su confiabilidad y validez. Debido a estas características se han llevado a cabo múltiples estudios con poblaciones con deficiencias intelectuales, atencionales y del nivel del rendimiento académico de los procesos de lectura y escritura (Esquivel Ancona, 1999).

Modelo conductista

El modelo conductista considera que la persona deficiente presenta una conducta retrasada y sus dificultades en el aprendizaje están asociadas a deficiencias en las conductas que rigen dicho aprendizaje. La conducta anormal no se considera cualitativamente distinta de la normal y se explica por los mismos principios que rigen el aprendizaje en el contexto social. Para este modelo, la conducta es medible y observable y es el objeto de la intervención y de la evaluación. El modelo conductista aplicado al diagnóstico en la educación del retraso mental ha tenido dos aportaciones fundamentales (Salvia e Ysseldyke, 1974) referidos al análisis de tareas y al entrenamiento de habilidades. Otra aportación importante del conductismo es el desarrollo y aplicación de técnicas de modificación de conducta no sólo en el campo de la terapia sino también en la de la educación, y más especialmente, en la educación de sujetos con retraso mental. Otras técnicas se han utilizado para la enseñanza del lenguaje, en programas de moldeamiento (creación de hábitos, eliminación de conductas perturbadoras en el aula, incremento del rendimiento escolar, eliminación de fobias y ansiedades, entre otras) (Pelechano, 1984).

Las teorías conductistas se basan en los trabajos de Pavlov, Hall, Skinner, (condicionamiento operante, condicionamiento clásico) y las investigaciones de Bandura (Teoría del Aprendizaje Social). De acuerdo con estas, los programas de intervención sostienen que las conductas de los sujetos con RM, pueden orientarse hacia un mejor nivel de adaptación e independencia de acuerdo a las circunstancias ambientales.

Modelo cognitivo

Dentro del contexto pedagógico, es pertinente considerar elementos teóricos que se relacionan con el aprendizaje y las habilidades cognitivas a fin de reconocer aspectos

convergentes y divergentes que tienen importantes implicaciones conceptuales cuando se trata de abordar el tema de la discapacidad intelectual desde la perspectiva cognitiva. Para ello es preciso entender la cognición como un constructo genérico referido a la capacidad de solucionar problemas, de tener procesos creativos y constructivos necesarios en la integración de la información (capacidad para identificar, interpretar, organizar y aplicar al entorno información).

Bajo el modelo cognitivo se agrupan una serie de teorías de muy diversa índole; brevemente en el siguiente apartado se retomarán los elementos conceptuales de las principales teorías cognitivas que de una manera u otra se relacionan explícita o implícitamente con el concepto de inteligencia:

La construcción del conocimiento (Piaget 1989): La inteligencia humana no es ni maduracionista (determinada por la herencia) ni asociacionista (determinada por el ambiente), si no interaccionista. Se origina y progresa por la necesaria interacción del otro y el objeto; en esta relación ambos se modifican mutuamente de lo que resulta un progresivo desarrollo del sujeto y una consecuente transformación de las modificaciones de los objetos. Es decir, se trata de una construcción intelectual del mundo real por el del sujeto (García González, 1999).

Génesis social de las funciones superiores: Según Vigotsky (1995) el desarrollo de la inteligencia no es otra cosa que el despliegue gradual de cualidades ya contenidas en la construcción genética del ser humano; este desarrollo psíquico como maduración de estructura, solo se puede promover a través del medio. Para el sujeto, en cada etapa de desarrollo hay una especial combinación de las condiciones internas y las condiciones externas que determinan el curso de su desarrollo; a esto llama Vigotsky “situación del desarrollo”. Los espacios de agrupamiento, es decir los espacios de interacción grupal que tienen los sujetos marcan el paso al plano social externo influenciado por el plano individual interno de los productos histórico culturales de la humanidad, es decir, las costumbres y las formas de comportamiento cultural. El sujeto no posee desde un inicio todos los elementos para un comportamiento eficiente, sino que requiere del apoyo del medio social y cultural siendo este un proceso de transformación y de desarrollo permanente (García González, 2000).

La modificabilidad estructural cognitiva (Rey, Feurestein 1979): Desde esta postura se defiende que el desarrollo cognitivo es fruto de la interacción del sujeto con su medio y que la Inteligencia del individuo se ve reflejada en la capacidad para usar las experiencias del aprendizaje previas y para adaptarse (ajustarse a situaciones nuevas). Así, las capacidades de un sujeto no son estáticas, sino que se aprenden. El organismo está abierto hacia la modificabilidad en todas las edades de desarrollo, con las limitaciones provocadas por las diferencias orgánicas y determinados trastornos hereditarios o genéticos. La fuente de la modificabilidad está dada por la estimulación que se recibe. El docente, padre, adulto es un mediador (monitor) que equivale a una guía privilegiada del proceso de aprendizaje (Forns & Amador, 1995).

Teoría triàrquica de la inteligencia (Sternberg (1977, 1978, 1985): Define la inteligencia como la capacidad para adaptarse, moldear y seleccionar los ambientes para lograr las propias metas y aquellas de la propia sociedad y cultura. Este enfoque pretende dar cuenta de las relaciones entre la inteligencia y el mundo interno y el externo del individuo a través de los componentes de la *inteligencia exitosa*: Componential, Experiencial y Contextual. Cada una

supone formas diferentes de conducta inteligente y las tres mantienen entre si mutua relación.

La primera se verifica en el estudio de las formas lógicas de resolución de los problemas cognitivos (procesos ejecutivos, ejecución y adquisición de conocimientos). La segunda se refiere a la capacidad creativa o capacidad de síntesis divergente y analiza las formas mediante las cuales los sujetos se enfrentan y resuelven tareas y situaciones nuevas. La tercera involucra la actividad mental que participa en la adaptación propositiva, el moldeamiento y la selección de los ambientes reales idóneos para la propia vida (relaciones entre la inteligencia y el mundo exterior, explica la adaptación al ambiente) (Foms & Amador, 1997).

La teoría de las Inteligencias Múltiples (Gardner, 1998): El autor define la inteligencia como la capacidad para resolver problemas cotidianos, generar nuevos problemas para resolver y para crear productos u ofrecer servicios valiosos dentro del propio ámbito cultural. Propone una familia de inteligencias humanas mucho más amplias y generó una definición pragmática renovada sobre el concepto de la inteligencia.

Desde la perspectiva psicológica actual se profundiza en los mecanismos cognitivos que permiten la diferenciación entre sujetos normales y con RM. Se ha argumentado que la principal diferencia entre ambas poblaciones está en sus habilidades metacomponenciales (Sternberg, 1987). Tres teorías se perfilan como fundamentales en esta perspectiva (Campbell B., Campbell D. & Dickeson, 2000):

La teoría del déficit metacognitivo: Esta afirma que en el retraso mental fallan los procesos ejecutivos del sistema cognitivo. Entre las operaciones claves del sistema ejecutivo cabe destacar la planificación, el establecimiento de comparaciones, el control y la evaluación. Se postula que en el retraso, se da cierta incompetencia en la coordinación espontánea de los procesos de planificación y de búsqueda de soluciones, lo cual implicaría dificultades en la autorregulación o procesos de autocontrol (Kendall, 1990). Campione (1987) se refiere a este mismo tema indicando que la principal inhabilidad de los retrasados mentales se refiere a la falta de transferencia de las estrategias aprendidas, especialmente cuando la transferencia debe ser distante.

La teoría del déficit en el uso de estrategias: Ellis (1970) considera que las personas con RM no usan las estrategias mnemónicas para organizar y controlar de modo eficaz el sistema de procesamiento de información. Los estudios se centran en determinar como los sujetos elaboran el recuerdo, cuáles son sus sistemas de categorización, de elaboración verbal, y defienden que el aprendizaje de estrategias adecuadas incrementa sus ejecuciones.

La aproximación centrada en el dominio específico de la tarea: Se basa en las diferentes formas de resolver las tareas por los expertos. Enfoca el tema del retraso mental como una deficiencia en la activación del conocimiento implícito y la falta de representación global de la tarea, lo cual impide guiar la solución de un problema en el área de conocimiento apropiado.

También se ha sugerido, a partir del uso de la técnica de los potenciales evocados, que los déficits de los sujetos retrasados mentales pueden deberse a deficiencias en la responsividad y organización cerebral, que afectan a sus mecanismos de memoria, orientación y cognición.

La inteligencia es una capacidad para comprender (no es comprensión ni el cumplimiento de saberes que posee un individuo). Es la condición para aprehender (no el aprendizaje). Así, una persona inteligente no siempre es la que sabe muchas cosas, sino, quien hace buen uso del saber. En general las diversas teorías consideran un sujeto inteligente cuando domina

aspectos como: la capacidad de ajuste o adaptación a todos los problemas y situaciones nuevas del medio; la aptitud para aprender y para pensar de forma abstracta usando conceptos y símbolos; para crear y ser original; la velocidad en resolución de tareas y la capacidad de respuesta del sistema nervioso (Forns & Amador, 1995).

Modelo ecológico

El modelo ecológico considera que el comportamiento de un sujeto es el resultado de variables internas y externas o ambientales y de la interacción entre ambas. Esta interacción supone que el individuo se adapta a las exigencias del ambiente y que éste se modifica para responder adecuadamente a las necesidades individuales. El proceso es dinámico y en continuo cambio; es decir esta perspectiva acepta la propuesta de que el desarrollo humano implica que se den cambios en las características de un individuo y estos cambios sugieren una reorganización a lo largo del tiempo y del espacio en unos contextos dados. Así el desarrollo es un concepto evolutivo del entorno y su relación con éste (Verdugo, 2001).

El modelo ecológico engloba perspectivas variadas que se encuentran en plena evolución, pero que tienen en común una fundamentación interactiva, el énfasis en los aspectos contextuales y ambientales, su carácter comunitario y su finalidad integradora. Lo anterior implica analizar los distintos niveles del ecosistema en que se encuentra inmerso el sujeto. Este ecosistema tiene niveles diversos como el individual, las relaciones familiares, las relaciones diádicas, la red social y cultural y otros. Todos estos niveles interactúan y es precisamente su interacción o interdependencia el objeto de estudio.

En lo relativo al proceso educativo, este modelo reconoce la influencia de los ambientes en el aprendizaje, concibe que la persona se desarrolla en una relación dinámica y como parte inseparable de todos los escenarios en los que funciona durante su vida, plantea que el desarrollo ocurre mediante la adaptación o ajustes continuos entre el individuo y su entorno, es una adaptación mutua y progresiva que se sucede a lo largo de toda la vida entre los individuos en crecimiento y su entorno cambiante. Un ejemplo de operativización del modelo ecológico lo constituye “el nuevo paradigma del RM” propuesto por la AARM (2002).

2.2.4 Factores etiológicos y de mantenimiento del RM

El RM como síndrome clínico puede tener etiologías múltiples. Cualquier condición neurológica que comprometa el sistema nervioso central en forma difusa, puede producir RM. De acuerdo con estas condiciones, el DSM IV TR lo ubica en enfermedades médicas en el eje III de la clasificación multiaxial, siendo importante aclarar que una enfermedad médica no implica necesariamente la presencia de retraso mental, pero en algunas circunstancias si constituyen factores causales.

Existen varios factores etiológicos principales y algunos factores secundarios o posibles que puedan contribuir a la etiología. La concepción multifactorial sobre la etiología del retraso mental que se presenta en el Manual de la AAMR es más abarcativa, ya que incluye factores *influyentes, predisponentes y/o dependientes* de condiciones particulares, los cuales se resumen a continuación:

Factores influyentes

- Biomédicos: Se refiere a aquellos factores relacionados con procesos biológicos, como son los trastornos genéticos o de nutrición.

- Sociales: Se relacionan con la interacción del niño o niña en el medio familiar o social, donde resulta de gran importancia la estimulación y comportamiento de los adultos hacia el niño o la niña.
- Conductuales: Tiene que ver con conductas o actividades peligrosas que puedan dar origen a la discapacidad (por ejemplo, el abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre).
- Educativos: Prestan atención a la existencia o no de apoyos educativos para promover desarrollo mental y de habilidades de adaptación.

Factores Predisponentes de Retraso Mental Asociación Americana de Psiquiatría (APA 2000)

- Causas Prenatales: Incluye factores hereditarios y alteraciones tempranas del desarrollo embrionario. Conjuntamente suponen un 35% de las causas del retraso mental. La herencia representa aproximadamente un 5% de las causas e incluye errores innatos del metabolismo (por ej: enfermedad de TAYSACHS, complejo TORSCH). Aproximadamente el 30% de las alteraciones embrionarias incluyen las alteraciones cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down debido a trisomía 21) y afectaciones prenatales por toxinas (por ejemplo, consumo materno de alcohol, tabaco, consumo de medicamentos ototóxicos), desnutrición y prematurez.
- Causas Perinatales: Comprenden aproximadamente un 10% del total y se refiere a problemas en el proceso de parto estos factores incluyen malnutrición fetal, prematurez, hipoxia, infecciones y otros traumatismos.
- Causas Postnatales: Comprenden aproximadamente un 25% del total e incluyen infecciones, traumatismos y envenenamiento por plomo, episodios de anoxia, influencias ambientales, como privación de crianza y de estimulación lingüística .

Factores dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Ciertos factores etiológicos especialmente perinatales y postnatales están asociados a un estatus socioeconómico inferior. La aparición de retraso mental sin causa biológica especificada (30 – 40 % del total) suele aparecer en mayor medida en las clases sociales más bajas. En este caso el retardo mental tiende a ser más leve, aunque se pueden dar todos los niveles de gravedad. El retraso mental es más común en varones con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5 % según la APA (1995).

En el mantenimiento del trastorno hay un factor de importancia a tener en cuenta, la influencia ambiental la cual se refleja principalmente en diferencias cualitativas en el desarrollo cognitivo y verbal del sujeto, que no dependen solo, de las condiciones económicas o macroculturales, sino principalmente de los modelos de interacción familiar y de la calidad de la comunicación lingüística al interior del hogar. Aspectos que no deben pasar inadvertidos, principalmente por los modelos educativos, los cuales deben lograr a través de la adquisición de nuevos aprendizajes, el desarrollo verbal y cognitivo del sujeto con RM, aprovechando los potenciales intelectuales individuales, evitando el aumento de la deficiencia al realizar adecuaciones curriculares e implementando estrategias psicoeducativas que enriquezcan dicho desarrollo y amplíen los conocimientos socioculturales (Valdivieso, 1996).

2.3 EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL

La evaluación de la capacidad intelectual es un asunto polémico dada la naturaleza compleja del concepto *inteligencia*; en su definición como constructo no existe acuerdo unánime y constituye más bien una abstracción polémica que se hace evidente no sólo desde los enfoques teóricos que pretenden sustentar dicho constructo, sino también desde su forma de organización entendida como los factores específicos que la conforman. En cuanto a la forma de evaluarla, se han considerado desde observaciones de las características físicas de los sujetos (etapa precientífica), pasando por el análisis de los contenidos psíquicos manifestados tanto en características físicas como en variables internas y en las formas de acción y reacción de los sujetos (observación comportamental), hasta el análisis de la conducta inteligente en los procesos que la subyacen, a partir del análisis de las formas de resolución de problemas, estilos y estrategias de aprendizaje, entre otros (Forns & Amador, 1995).

A pesar de todo, existe evidencia que indica que “la inteligencia consiste tanto en una capacidad general o unitaria como de un conjunto de dotes o aptitudes independientes y separadamente mensurables” Como nivel general de funcionamiento cognitivo y desde la perspectiva neuropsicológica, se busca establecer las habilidades cognoscitivas que subyacen a los tipos de inteligencia (verbal y manipulativa) reconocidos por investigadores de diferentes escuelas (Ausubel & Sullivan, 1991).

En este protocolo se privilegiará la perspectiva psicométrica en la evaluación de la capacidad intelectual para atender al criterio A para el diagnóstico de RM (DSM IV), de acuerdo con la dimensión I propuesta por la AAMR. Sin embargo, es importante precisar los criterios de contraste que señala (Silva, 1997) que de acuerdo a la perspectiva teórica, permiten “definir en qué medida una conducta mostrada por un sujeto es más o menos inteligente que la manifestada por otros”. La comprensión de estos criterios resulta de utilidad especialmente a la hora de seleccionar instrumentos de medición:

Perspectiva evolutiva

El criterio evolutivo o de edad en la medición de la inteligencia tiene sus raíces en los aportes de Binet-Simon, ya que se parte del presupuesto de que las funciones cognitivas evolucionan con la edad y que la posición de un individuo en este recorrido refleja distintos grados de inteligencia. Las pruebas están elaboradas con tareas que pretenden reflejar lo que se espera debe realizar un sujeto a una edad particular; el éxito o el fracaso en tales tareas permitiría identificar el nivel de desarrollo mental. Se suministran items distintos para cada nivel de edad. La identificación de este desarrollo es métricamente fácil en edades hasta los 8 o 10 años aproximadamente; después de esta edad, se hace difícil aplicar items suficientemente sensibles.

Otro enfoque basado en escalas de edad la constituye la *perspectiva operatoria de la inteligencia* propuesta por Piaget, organizada en cuatro grandes estadios (sensoriomotor, pensamiento preoperacional, pensamiento concreto y operaciones formales). A partir de los problemas cognitivos diseñados por Piaget para llevar a cabo sus estudios, sus sucesores han intentado organizarlos como pruebas de medición; entre estas se destaca el *Test de Operaciones Formales (TOF)* y la *Escala de Pensamiento Lógico (EPL)* de Longeot (1965) y la *Escala Colectiva de Nivel Lógico de Hornemann (1972)*, según citan Forns y Amador (1995).

Dentro de esta categoría también se pueden incluir escalas de desarrollo general que son útiles en casos de niños menores de 6 años o en aquellos en los cuales se sospecha la existencia de un retraso mental, pero que debido a un marcado desfase evolutivo y/o condición incapacitante asociada, no es posible ser evaluado mediante pruebas convencionales de tipo normativo. Entre estas escalas se encuentran entre otras, la *Escala de Desarrollo de Gesell*, la *Escala Bayley del Desarrollo Infantil*, el *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN*.

Perspectiva de criterios diferenciales-normativos

Dentro de este enfoque se pretenden comparar ejecuciones entre sujetos de un mismo grupo, diferenciándose entre sí por su grado de aptitud; por lo tanto se deben aplicar los mismos ítems a todos los sujetos. Por lo general, cada ítem posee un valor en función de la precisión, calidad y/o velocidad de respuesta dada. El total de puntos obtenidos se refiere a una escala estándar y cada grupo de edad tiene su propia referencia distribucional. Se destacan las *Escalas Wechsler de Inteligencia para niños* (WPPSI-R, WISC_R y WISC III), la *Escala de Inteligencia Stanford-Binet*, las *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños*, la *batería de Evaluación Kaufman para niños*, entre otras.

Perspectiva criterial/curricular

Los tests elaborados bajo este enfoque pretenden medir con detalle las adquisiciones realizadas en un dominio de aprendizaje bien definido y bien organizado a fin de facilitar el conocimiento del grado de avance en el conocimiento de los alumnos por parte de los educadores, establecer la eficacia de los programas educativos y/o replanteamiento de los procesos de enseñanza; es decir permiten realizar adaptaciones curriculares.

Perspectiva de criterios independientes de la norma de grupo

Se basa en el diseño de pruebas independientes de la norma de grupo que cumplen el requisito de la *Teoría de Respuesta al Ítem*, ya que se apoya en la idea de la unidimensionalidad de la habilidad analizada. Por esta razón, las puntuaciones que se obtienen en una prueba no requieren comparaciones con los resultados normativos de un grupo, ya que representan en sí mismas, unos valores determinados en la dimensión de la aptitud analizada.

Perspectiva ecológica

Según Yela (1987) citado por De Juan-Espinosa (1997) la “inteligencia ecológica” consiste en la manera más o menos inteligente de afrontar los problemas y perseguir los objetivos que plantea la vida diaria, dentro de las demandas peculiares del ambiente, la sociedad y la cultura en la que vive el individuo. Dentro de esta perspectiva se podrían ubicar escalas de funcionamiento adaptativo tales como la *Escalas de Comportamiento Adaptativo de Vineland*.

Neisser y colaboradores (1996), citado por Ardila (1994) resume en un documento, las conclusiones expresadas en un informe considerado como el más autorizado y contemporáneo acerca del concepto inteligencia, las siguientes:

- Hay muchas formas de ser inteligente y hay también muchas conceptualizaciones diferentes de lo que es inteligencia

- La psicometría ha podido medir un amplio rango de habilidades. Estas son distintas unas de otras aunque están inter-correlacionadas, entonces es posible describir la compleja relación entre estas habilidades en formas o maneras diferentes. Algunos autores han buscado un *factor general de inteligencia* (“factor G”) mientras otros han preferido referirse a una serie de *factores independientes*. Otros, han optado por hacer una lista de *factores jerárquicos*
- La inteligencia se ha correlacionado con los logros académicos en alrededor de 0.50 (algo alrededor del 25% de la varianza)
- Como sucede con otras funciones cognoscitivas, la inteligencia es el producto de interacciones conjuntas de factores genéticos y ambientales
- La escolaridad afecta la inteligencia de diferentes maneras: transmitiendo información específica, desarrollando ciertas destrezas y aptitudes. Es evidente que la desescolarización tiene efectos negativos en los puntajes de los tests de las pruebas de inteligencia
- Algunas condiciones biológicas tienen consecuencias negativas sobre la inteligencia (complicaciones perinatales, exposición a tóxicos ambientales, altos niveles de alcohol en la sangre materna)
- Hay un estado de incremento a lo largo del tiempo en los puntajes de los tests de inteligencia: el llamado *efecto Flynn*, que significa que el puntaje del CI total se ha incrementado más de 15 puntos en los últimos cincuenta años. Algunas razones quizá puedan explicar este evento: la mejora en la nutrición, cambios culturales, la experiencia al enfrentarse a las pruebas psicométricas, cambios en el enfoque escolar y la práctica de lectura temprana de los niños, o algunos otros factores desconocidos
- Las diferencias étnicas en la inteligencia reflejan un patrón complejo. No todas las generalizaciones que se hacen acerca de esto son apropiadas
- Muchas de las preguntas críticas acerca de la inteligencia permanecen aún sin contestar

Finalmente, Ardila (1998) propone una perspectiva neuropsicológica de la inteligencia, y propone que las actuales pruebas psicométricas de inteligencia son limitadas para evaluar la actividad cognoscitiva, ya que fracasan en la medición de algunas habilidades como las funciones ejecutivas, la memoria o las habilidades visoespaciales. También critica el valor de las pruebas de inteligencia en la predicción del rendimiento escolar. Propone que hacia el futuro, los instrumentos de evaluación neuropsicológica podrían reemplazar a las pruebas actuales de inteligencia.

2.3.1 Criterios de evaluación

El protocolo de evaluación que se propone pretende implementar la dimensión I para diagnosticar el RM, de acuerdo con la AAMR. De acuerdo con este planteamiento, se debe documentar un funcionamiento intelectual por debajo del promedio esperado (criterio A), limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación (Criterio B) e inicio antes de los 18 años (Criterio C).

Criterio A: Capacidad intelectual y/o Nivel de desarrollo

Para la evaluación de la capacidad intelectual se proponen instrumentos que corresponden a baterías estandarizadas de evaluación. En el caso de niños menores y/o en los que aunque exista una clara sospecha de RM no se encuentren en condiciones de ser sometidos a una batería estandarizada, se pueden emplear Escalas de Desarrollo. En este apartado se presentan los lineamientos generales de las baterías más utilizadas.

A pesar de las controversias acerca del concepto de inteligencia y su medición, existe acuerdo general en considerar que las pruebas psicométricas constituyen la mejor forma de dirigirse a su medición dentro de ciertas normas. Un puntaje disminuido obtenido en una prueba de inteligencia sin la confirmación del funcionamiento de adaptación del individuo no se debe considerar suficiente para el diagnóstico de un “funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio”.

Las pruebas de inteligencia deben ser analizadas en conjunto con el resto de información disponible por parte de un equipo interdisciplinario. En cuanto al CI se deben tener en cuenta las siguientes observaciones (según la AAMR):

- Un CI de 100 es el valor promedio que ocurre con mayor frecuencia en los grupos normativos seleccionados
- Cerca de la mitad de todos los puntajes están entre 90 y 110, e indican un alcance “promedio” de la inteligencia
- Cerca de 2/3 del puntaje cae entre 85 y 115, 1/6 cae por debajo de 85 y 1/6 por encima de 115; este comportamiento ilustra el concepto de *distribución normal de la inteligencia*
- Cerca de un 2.3% de los cocientes intelectuales cae por debajo de 70 y otro tanto por encima de 130. Un CI entre 70 - 75 o menos sugiere que hipotéticamente cerca de un 3 a 5% de la población examinada podrá tener un funcionamiento intelectual significativamente más bajo que la norma

Las puntuaciones obtenidas en diferentes subtests de una prueba estándar pueden mostrar una significativa dispersión, o una marcada discrepancia entre puntuaciones verbales Vs manipulativas; por lo tanto, la aptitud de aprendizaje del individuo evaluado puede definirse mejor por el perfil de aciertos y fracasos, así como por el tipo de errores cometidos que por el CI derivado matemáticamente.

Criterio B: Habilidades de Adaptación

Las limitaciones en las habilidades de adaptación deben estar más explicadas por las limitaciones intelectuales que por circunstancias asociadas como diversidad cultural, lingüística o limitación sensorial. El funcionamiento intelectual bajo por sí solo no es suficiente para establecer el diagnóstico de RM. Las limitaciones en dos áreas o más, requiere documentar una limitación generalizada para minimizar la probabilidad de un diagnóstico erróneo; estas pueden coexistir con capacidades conservadas en otras áreas. Esta parte del diagnóstico requiere la evaluación de las habilidades de adaptación en el comportamiento, de juicio clínico, exigencias ambientales y los potenciales sistemas de apoyo.

Para documentar este criterio, se proponen escalas para cada una de las habilidades adaptativas de acuerdo con la AAMR en las siguientes áreas :

- Comunicación
- Cuidado propio
- Vida de hogar
- Habilidades sociales
- Utilización de la comunidad

- Autodirección
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas
- Ocio y tiempo libre
- Trabajo y ocupación

El Centro de Servicios Pedagógicos adscrito a la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia en el año 1998, realizó un trabajo donde recopiló habilidades específicas por cada área adaptativa, junto con las habilidades académicas de cada grado escolar. En este protocolo se retoma dicha propuesta por considerarla útil dado que se ajusta a las áreas que propone la AAMR. Sin embargo, es preciso advertir que la AAMR en el 2002, sugirió el uso de un instrumento estandarizado, que arrojará puntuaciones típicas que permitieran evaluar la Conducta Adaptativa en los mismo términos que el funcionamiento intelectual, esto es: un funcionamiento inferior al promedio evidenciado en una puntuación correspondiente a 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media y para esto sugiere instrumentos como la *Escala de Madurez Social de Vineland* o el ICAP (*Inventario para la planificación y programación individual*).

Existen otras escalas de medición del comportamiento adaptativo que proveen puntos de corte clínico basados en rendimientos demostrados en diferentes áreas de la capacidad adaptativa. Idealmente, deben seleccionarse instrumentos acordes con el nivel sociocultural, nivel educativo, discapacidades asociadas, motivación y grado de cooperación.

Criterio C: Inicio antes de los 18 años

La revisión de la historia clínica del individuo, permite la comprobación de este criterio. En este protocolo se propone un modelo de entrevista familiar basado en los tópicos usuales que se examinan durante la elaboración de una anamnesis.

2.3.2 Instrumentos de evaluación

2.3.2.1 Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil –CUMANIN-

Autor(es): Portellano, JA.; Mateos, R & Martinez, R. Año: 2000

Objetivo: Evaluar el desarrollo neuropsicológico infantil en niños entre 3 y 6 años de edad.

Descripción: Se trata de un sistema integrado de exploración neuropsicológica que permite conocer el grado de desarrollo madurativo alcanzado en cada una de las áreas que evalúa: *Escalas Principales* (psicomotricidad, lenguaje articulario, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, estructuración espacial, visopercepción, memoria icónica y ritmo) y *Auxiliares* (atención, fluidez verbal, lectura, escritura y lateralidad).

Administración, requisitos de aplicación y calificación: Diseñada para la administración individual en niños menores y cuyos ámbitos de aplicación son básicamente educativo, psicológico y médico. Su administración requiere entre 30 y 50 minutos. Proporciona puntuaciones centiles y un cociente de desarrollo.

2.3.2.2 Test Breve de Inteligencia K.BIT

Autores: Kaufman, A & Kaufman, N. Año: 1997

Objetivo: Obtener una medida de la inteligencia verbal y no verbal en niños, adolescentes y adultos.

Descripción: La batería original (Batería de Evaluación Kaufman para niños K-ABC) se apoya en la convergencia de diferentes modelos cognitivos; específicamente asume la concepción dicotómica del procesamiento de la información (secuencial Vs simultáneo) que se deriva de los conceptos neuropsicológicos lurianos. Se orienta a la evaluación psicoeducativa y la planificación educativa. La inteligencia se define en términos del estilo individual de procesar información o resolver problemas. Consta de dos grandes escalas: Una de procesamiento mental que incluye escalas de procesamiento secuencial y simultáneo (considerada como medida de inteligencia fluida) y otra de logro académico. La versión abreviada se desarrolló con fines de “screening” y ofrece una rápida apreciación de la inteligencia, por lo cual se recomienda su aplicación en casos en los cuales se requiera una identificación previa de niños de alto riesgo que requieran una evaluación posterior en profundidad y/o para detección con fines de diagnóstico escolar, entre otros.

Administración, requisitos de aplicación y calificación: Su aplicación toma entre 15 y 30 minutos y consta de dos subtests:

- *Vocabulario* (que incluye vocabulario expresivo y definiciones): Mide habilidades verbales, relacionadas con el aprendizaje escolar (pensamiento cristalizado) apoyándose en el conocimiento de palabras y la formación de conceptos verbales.

- *Matrices*: Aprecia habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas (pensamiento fluido) a partir de la aptitud para percibir relaciones y completar analogías.

En la calificación se ofrecen puntuaciones típicas relacionadas con la edad, media de 100 y desviación típica 15 para cada uno de los subtests, así como una puntuación de CI global compuesto K-Bit.

2.3.2.3 Escalas de Inteligencia Wechsler para Niños: WPPSI - R, WISC- R y WISCIII

Autor: David Wechsler

La primera escala se publicó en 1939 y fue actualizada en 1946 (Wechsler-Bellevue). Posteriormente las publicaciones han sido: Las Escalas Wechsler de Inteligencia para los niveles preescolar y primario -WPPSI Revisada (1967, 1989)- y Las Escalas Wechsler de Inteligencia para el nivel escolar-WISC-R y WISCIII (1949, 1974, 1991)-.

Objetivo: Determinar las diferentes habilidades mentales del sujeto, que en su conjunto reflejan la capacidad intelectual del mismo.

Descripción: Las escalas agrupadas en subtests verbales y manipulativos según la concepción de su autor, “representan distintas maneras a través de las que la inteligencia se manifiesta. Los subtests son diferentes medidas de la inteligencia, no medidas de diferentes tipos de inteligencia”. Estas escalas tanto de niños como de adultos utilizan el mismo formato (verbal y de ejecución o manipulativo), con una métrica común para el CI y proporciona

cocientes de inteligencia de desviación para las escalas Verbal, de Ejecución y Completa (Media=100 – DE=15) y puntuaciones estándar para las subpruebas (Media=10 – DE=3).

La escala WPPSI-R está diseñada para evaluar la inteligencia de niños de 3 a 7 años, 3 meses de edad. Las escalas WISC-R y WISC III se desarrollaron para usarse con sujetos entre los 6 y los 16 años de edad. La estructura de las escalas y subescalas, con los correspondientes aspectos a evaluar se describen en la tabla No 1.

Tabla 1. Subescalas que componen cada una de las Escalas Wechsler (Tomado de Forns y Amador, 1997)

ESCALA VERBAL	
1.	Información: Se pregunta al niño sobre conocimientos que puede adquirir tanto a través de la educación formal en la escuela, como informal, en el ambiente en el que se desenvuelve. Evalúa conocimientos básicos y atención a la información del ambiente.
2.	Semejanzas: Se presentan dos conceptos y se pide al sujeto que establezca entre ellos una relación de semejanza. Mide la formación de conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal.
3.	Aritmética: La tarea consiste en resolver problemas aritméticos sencillos. Evalúa la habilidad para utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas y la capacidad de atención y concentración.
4.	Vocabulario: Requiere la definición de palabras, refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje y el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto.
5.	Comprensión: El sujeto debe explicar qué haría en determinadas circunstancias o por qué se siguen determinadas prácticas. Evalúa el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales.
6.	Digitos (Prueba verbal complementaria): La tarea del sujeto es repetir una serie de dígitos que se le presentan oralmente. Evalúa la memoria auditiva inmediata y la capacidad de atención y resistencia a la distracción.

ESCALA MANIPULATIVA	
1.	Figuras incompletas: La tarea del sujeto es indicar en un tiempo de inspección visual controlado, qué parte de los dibujos presentados es la que falta. Requiere la identificación de objetos y utensilios familiares y el aislamiento y distinción de los aspectos esenciales de los no esenciales.
2.	Historietas: La tarea del sujeto es disponer las tarjetas en una secuencia determinada para que relaten o reflejen una historia. Evalúa la percepción, la integración visual de una serie de elementos presentados secuencialmente y su síntesis en un conjunto inteligible. Se controla el tiempo de ejecución.
3.	Cubos: En este subtest el sujeto debe construir con cubos unos dibujos de complejidad creciente. Evalúa la capacidad para analizar, sintetizar y reproducir dibujos geométricos abstractos, bajo control del tiempo de ejecución.
4.	Rompecabezas: La tarea consiste en ensamblar una serie de figuras que se presentan cortadas en trozos para formar una figura completa dentro de un tiempo límite. Mide la habilidad para sintetizar un objeto conocido a partir de sus partes. Requiere, capacidad de síntesis visual para trabajar imaginando lo que está construyendo y coordinación visomotora.
5.	Claves: La tarea del sujeto es completar con los símbolos adecuados, los dibujos o dígitos que se le presentan. Evalúa, sobre todo la destreza viso motora el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo y la velocidad de ejecución.
6.	Laberintos: (Prueba manipulativa complementaria): La tarea es encontrar la salida del laberinto señalándola con un lápiz. Mide la coordinación visomotora, la rapidez y la capacidad de planificación y previsión.

Desde el modelo factorial de la cognición, se postula que las funciones cognitivas están formadas por múltiples componentes, los cuales pueden ser específicos para cada función o tener alguna porción de su variabilidad compartida con otras funciones. Este modelo acepta la existencia de sistemas localizados del cerebro, pero no se interesa en la localización, sino en la explicación de la organización de la actividad cognoscitiva con relación al funcionamiento cerebral. De acuerdo con lo anterior, el modelo propone la existencia de eslabones que permiten compartir variables en funciones diferentes. Dentro de un análisis factorial que se realizó a partir de la estandarización de la escala WISC-R se puso de manifiesto la existencia de 3 factores: *comprensión verbal*, *organización perceptiva* e *independencia a la distracción*, cuya composición, de acuerdo con las diferentes subescala quedó conformada así (Ver Tabla No 2):

Tabla No 2. *Composición de los tres factores de la Escala WISC- R*

Factores	Comprensión verbal	Organización perceptiva	Independencia a la distracción
Subtests que lo integran	Información Semejanzas Vocabulario Comprensión	Figuras incompletas Historietas Cubos Rompecabezas Laberintos	Aritmética Dígitos Claves

Administración, requisitos de aplicación y calificación

Se debe seguir la forma de administración y calificación propuestas en los manuales de las diferentes versiones, ya que los cambios pueden afectar las cualidades métricas de la escala y las puntuaciones del sujeto. Sin embargo, conviene resaltar las siguientes consideraciones:

- Existen distintos puntos de inicio, que varían según la edad del sujeto.
- Se introducen procedimientos de ayuda para todos los subtests. El examinador da al sujeto, si es necesario, la respuesta correcta en el primer ítem del subtest para asegurarse de que ha comprendido la tarea a realizar. También se especifica claramente cómo proseguir cuando se producen fracasos en los primeros ítems aplicados.
- Se investigan las respuestas con el fin de determinar si el sujeto conoce realmente la respuesta o no y para comprobar la amplitud de la misma. El WISC-R indica, en los criterios de corrección, con una P las respuestas que deben ser indagadas. En los elementos que exigen dos razones para alcanzar la puntuación máxima, el examinador debe pedir otra si el sujeto da una sola idea. Estos elementos están señalados en el protocolo con un asterisco.
- Se establece la idea de respuestas "estropeadas": Se consideran "estropeadas" las respuestas que, en un principio, fueron buenas pero que se convierten en erróneas cuando el sujeto intenta completarlas o precisarlas. Este tipo de respuestas se puntúa con 0 ya que indica que el sujeto posee un conocimiento superficial y que presenta errores conceptuales fundamentales cuando intenta profundizar en ellas.

Ventajas y limitaciones de las escalas Wechsler

De acuerdo con Forns y Amador (1997) se encuentra que:

- El rango de CI de la escala total de la WISC-R está entre 40 y 160, lo cual puede ser insuficiente para evaluar sujetos con graves retrasos
- Existe un efecto techo en las edades superiores de aplicación de la prueba, por lo que existe un limitado poder discriminativo para sujetos brillantes mayores de 14 años
- La escala WISC III tiene cambios que suponen un incremento en sus cualidades métricas: incremento en el número de subtests (como *búsqueda de símbolos* que evalúa velocidad de procesamiento, rapidez perceptivo-visual y habilidad de planificación), actualización del contenido de los ítems, modificación en el orden de aplicación, mayor bonificación por la velocidad de respuesta y eliminación de ítems con contenido clínico y/o carga emocional.
- La interpretación de la escala WISC III se ve enriquecida con la identificación de 4 factores:
 - Comprensión verbal
 - Organización perceptiva
 - Independencia a la distracción: Se divide en factor de distractibilidad (aritmética y dígitos) y velocidad de procesamiento (claves y búsqueda de símbolos).

2.3.2.4 Escala McCarthy de aptitudes y Psicomotricidad para niños

Autor: Dorothes McCarthy Año: 1991

Objetivo: Satisfacer la necesidad de un instrumento unitario que facilite la evaluación a través de la obtención de puntuaciones o índices (derivados de una observación sistemática) de diferentes conductas cognitivas y motóricas

Descripción: Las Escalas McCarthy constituyen una prueba de inteligencia que tienen una gran influencia teórica de la psicología evolutiva representada en Gessell y Piaget. Fue elaborada con base en la experiencia clínica con niños por parte de la autora. Contienen 18 tests independientes que evalúan las variables aptitudinales del sujeto en cinco escalas: Verbal, Perceptivo-manipulativa, Numérica, Memoria y Motricidad. Además puede calcular un Índice Cognitivo General (a partir de las tres primeras escalas).

La escala de memoria contiene cuatro (4) tests incluidos también en algunas de las escalas componentes del GCI (Verbal, Perceptivo, Manipulativa y Numérica). Tres de los test de la Escala de Motricidad no puntúan en ninguna otra dimensión ni están incluidos en el GCI ya que sus evaluaciones se refieren a la coordinación motora no fina; los dos restantes tests de la escala están incluidos también en la Escala Perceptivo-Manipulativa, y por tanto, en el GCI.

En cada una de las seis escalas, la puntuación directa del sujeto se transforma en una puntuación típica (denominada índice), de acuerdo con su edad cronológica. El índice General Cognitivo (GCI), tiene una medida de 100 y una desviación típica de 16. En los demás, la media se ha situado convencionalmente en 50 y la desviación típica presenta un valor de 10 y se han denominado Índice Verbal, Índice Perceptivo-Manipulativo, etc.

- Escala Verbal (V): Los test que constituyen esta escala evalúan la aptitud del niño para expresarse verbalmente, así como la madurez de sus conceptos verbales.
- Escala Perceptivo-Manipulativa (PM): Está formada por tareas de típico lúdico que no exigen del niño respuestas verbales, y evalúan su capacidad de razonamiento mediante la manipulación de materiales.
- Escala Numérica (N): Esta escala evalúa en el niño su facilidad para los números y su comprensión de términos cuantitativos.
- Escala General Cognitiva: Esta constituida por todos los test que forman las escalas V, PM y N. Todas estas tareas son de Naturaleza cognitiva y, en su conjunto, permiten una evaluación de los procesos mentales generales del sujeto.
- Escala de Memoria: Cada uno de los tests que componen esta escala evalúa en el niño la memoria de materias o contenidos de pequeña amplitud. Memoria Pictórica y Secuencia de golpeo presentan, simultáneamente, estímulos visuales y auditivos; Memoria Verbal y Memoria Numérica sólo incluyen estímulos auditivos.
- Escala de Motricidad: Estos test evalúan la coordinación del niño en la ejecución de diferentes tareas motoras finas y no finas.

Administración, requisitos de aplicación y calificación:

Se debe regir por las especificaciones de los respectivos manuales de aplicación.

Ventajas y limitaciones: Según Silva (1997), estas escalas son especialmente adecuadas para ser aplicada en niños pequeños. Como limitación se encuentra que las escalas no son tan discriminativas para apreciar las aptitudes de los niños mayores con GCI superiores a 129, como para los niños muy dotados de menor edad. Además, el examen de los niños con defectos de lenguaje, como el de los niños muy pequeños, presenta problemas especiales al examinador, pues la mayoría de ellos todavía están desarrollando su capacidad de articulación.

En la Tabla No 3 se resumen los contenidos de las subescalas.

Tabla No 3. Contenido de los subtests de las escalas de McCarthy
(Tomado de Forns y Amador, 1997)

Subtest	Tareas	Habilidades	Escalas
Construcción con dados	Reproducción. <i>con</i> modelo real, de estructuras especiales.	Coordinación visuo-motora, relaciones espaciales.	Perceptiva y General.
Rompecabezas	Organización de fichas dándole un significado.	Percepción visual, coordinación visuo-motora, relaciones espaciales.	Perceptiva y General.
Memoria pictórica	Recordar el nombre de objetos después de 10 segundos de visualización.	Memoria inmediata (auditiva y visual), conocimiento de vocabulario, atención.	Verbal, Mnemónica y General.
Vocabulario	Denominación de objetos y definición de palabras.	Conocimiento semántico, expresión verbal, formación de conceptos verbales	Verbal y General
Cálculo	Presentación de problemas de información numérica y de cálculo elemental.	Comprensión verbal, atención, cálculo aritmético básico, razonamiento numérico.	Numérica y General.
Secuencia de golpeo	Reproducción de secuencias de golpes en un xilófono.	Memoria inmediata (visual), coordinación visuo-motora, atención.	Perceptivo-manipulativa, Mnemónica y General.
Memoria verbal	Repetición de palabras y de las principales ideas de una frase corta y de un texto.	Recuerdo inmediato auditivo-verbal, comprensión verbal, atención, concentración y expresión verbal	Verbal, Mnemónica y General
Orientación derecha-izquierda	Realización de ordenes indicando las distintas partes de su cuerpo. (Sólo administrable a niños mayores de 8 años).	Relaciones espaciales. Formación de conceptos verbales direccionalidad	Perceptivo-manipulativa y General.
Coordinación de piernas	Ejercicios de motricidad y de equilibrio.	Coordinación motora gruesa, equilibrio.	Motora.
Coordinación de brazos	Botar una pelota. Atrapar una bolsa y tiro al blanco.	Coordinación motora gruesa, precisión de movimientos.	Motora.
Acción imitativa	Imitación de gestos realizados por el examinador.	Coordinación motora gruesa precisión de movimientos.	Motora.
Copia de dibujos	Reproducción, bajo modelo, De figuras geométricas.	Coordinación grafo-motora fina.	Perceptivo-manipulativa, Motora y General.
Dibujo de un niño	Dibujar un niño. Verso.	Coordinación grafo-motora fina, organización del esquema corporal.	Perceptivo-manipulativa Motora y General
Memoria numérica	Memoria inmediata Auditiva-numérica y reversibilidad	Memoria inmediata auditiva-numérica y reversibilidad	Numérica, Mnemónica y General

2.3.2.5 Escalas Stanford Binet IV

Autor(es): Binet y Simon Año: 1905

Objetivo: Identificar las capacidades intelectuales de niños en edad escolar

Descripción: Desde su primera aparición, las escalas Stanford-Binet han sufrido diferentes adaptaciones que han perfeccionado el instrumento inicial. En la actualidad existe una adaptación denominada Stanford-Binet IV que presenta un cambio sustancial en relación al modelo teórico subyacente inicial y se basa en el modelo cognitivo de Cattell-Horn (1966) y en el modelo jerárquico de Vernon (1950), citados por Silva (1997). Presenta los siguientes niveles de concreción:

- **Nivel I:** Equivale a la capacidad cognitiva general
- **Nivel II:** La capacidad cognitiva general se concretiza en las dimensiones propuestas por Catell-Horn: habilidad cristalizada y habilidad fluida. Además se incluye la habilidad de memoria a corto plazo
- **Nivel III:** La habilidad cristalizada se subdivide en razonamiento numérico y verbal. La habilidad fluida está integrada por el razonamiento abstracto y visual.
- **Nivel IV:** Describe las habilidades específicas que se ponen en juego al aplicar los diferentes subtests

En la tabla No 4 se resumen las habilidades y contenidos de la escala.

Administración, requisitos de aplicación y calificación: De acuerdo con las diferentes adaptaciones, cambian las formas de administración. Sin embargo, hay características que conviene precisar (Silva, 1997):

- Los ítems se agrupan en edades evolutivas y cada uno representa un determinado valor de edad de desarrollo. Sin embargo, la escala Stanford-Binet IV no utiliza este formato de escala de edad y adopta el de escala de puntos, organizando los ítems en orden de dificultad creciente para cada uno de los subtests definidos en el IV nivel de concreción.
- El análisis de éxito o fracaso relacionado con el contenido de los ítems debe ser realizado a posteriori y a nivel clínico.
- Los tests proporcionan un CI de desarrollo, con una media de 100 y una desviación típica de 16. El uso del cociente edad mental/edad cronológica (EM/EC) fue abolido a partir de la adaptación de 1960; en su lugar se obtiene un *cociente de desviación*. Algunas adaptaciones sin embargo, usan la relación EM/EC por lo que se requiere conocer los ajustes de acuerdo con las respectivas versiones.
- Algunas adaptaciones disponen de formas paralelas que facilitan su uso en tareas de retest.

Ventajas y limitaciones: Aunque las diferentes adaptaciones de las Escalas Stanford-Binet se apoyan en un importante conocimiento experimental y clínico, hoy en día se consideran obsoletas, excepto la versión Stanford-Binet IV. Dado que provee una edad de desarrollo para estimar el nivel de retraso de un niño, contribuye al proceso diagnóstico pero este debe ser contrastado con otras pruebas. Algunos autores aconsejan su uso a modo de *screening* de habilidad cognitiva necesaria para el seguimiento de la enseñanza primaria dada la carga verbal y abstracta de las pruebas, lo cual le otorga la ventaja de una buena capacidad predictiva de los aprendizajes escolares (Silva 1997).

Tabla No 4. Habilidades y contenidos de los ítems comprendidos en el test de Stanford-Binet
(Tomado de Forns y Amador, 1997)

Habilidad	Ejemplos de contenido de los ítems
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento <i>de</i> vocabulario: extensión y calidad en la definición <i>de</i> palabras. • Uso abstracto <i>del</i> lenguaje (rimas). • Comprensión de relaciones verbales (completar oraciones. Ordenar frases desordenadas. construir frases. etc.).
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Evocación de nombres y objetos. • Repetición frases y de historias. • Repetición de órdenes. • Recuerdo visual (reproducción de memoria <i>de</i> dibujos) • Repetición de pensamientos extraídos de textos.
Pensamiento conceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Analogías verbales. • Búsqueda de semejanzas y diferencias entre conceptos. • Comprensión de proverbios.
Razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comparación de longitudes. • Discriminación de formas. • Absurdos verbales. • Búsqueda según un pilar a establecer. • Interpretación de hechos. • Descifrado de mensajes dados en clave.
Razonamiento numérico	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de número. • Dar el cambio. • Contar los cubos que conforman una estructura espacial. • Problemas aritméticos. • Seriación.
Visuo-motricidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento y manipulación de formas. • Relaciones espaciales (Construcción con cubos). • Manipulación e imitación (hacer nudos). • Copiar figuras.
Inteligencia social	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta intencionada ante instrucciones verbales (obedecer órdenes). • Evaluación <i>de</i> situaciones nuevas y elaboración de respuestas adecuadas. • Comparación y juicio práctico <i>de</i> orden estético (evaluar la calidad de dibujos). • Aislar incongruencias y absurdos de un material visual. • Conocimiento de hechos y datos culturales. • Establecimiento de relaciones de causa-efecto en hechos cotidianos.

2.3.2.6 Test de Terman y Merrill

Autor: Lewis M. Terman Año: 1921.

Objetivo: Determinar la edad mental del sujeto evaluado, entre las edades de 2 años a 18 años de edad cronológica.

Descripción: Proporciona una medida de la inteligencia para examinados adultos, esta orientado para personas de nivel escolar bachillerato o superior.

El modelo teórico que apoya este instrumento considera la inteligencia como una estructura o potencial interno, cuya actividad permite el ensayo adaptativo a la realidad y la selección de las formas de actuar. La inteligencia no esta contenida en una habilidad especifica sino en el conjunto de complejos procesos cognitivos (Silva, 1997).

Se obtienen los resultados en 7 niveles de Coeficiente Intelectual y 10 variables:

- Información (conocimientos)
- Juicio (comprensión)
- Vocabulario (significados verbales)
- Síntesis (selección lógica)
- Concentración (razonamiento numérico)
- Análisis (juicio práctico)
- Abstracción (analogías)
- Planeación (ordenamiento de frases)
- Organización (clasificación)
- Atención (seriación)

La aplicación es individual o colectiva, 29 minutos cronometrados en 10 sub-pruebas más el tiempo de preparación y cambio entre tareas, 50 minutos total aproximado.

Administración, requisitos de aplicación y calificación

Se debe regir por las especificaciones de los respectivos manuales de aplicación.

Ventajas y limitaciones: En la estructura de la escala se valoran de manera especial los componentes lingüísticos, con elevado porcentaje de aplicación en todas las edades. Los incrementos de dificultad de las pruebas no siempre se corresponden con exactitud con los incrementos de edad. Por tal la prueba limita mucho a los niños, niñas y adultos que no presentan una buena competencia comunicativa. Siendo una prueba tan tradicional es poco conocida y manejada por los psicólogos contemporáneos. Sin embargo es un buen punto de referencia para los sujetos a los cuales no es posible aplicar pruebas como las escalas Wechsler.

3. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) cubren una serie de entidades clínicas que se caracterizan por el compromiso de gran parte de las funciones cognitivas, este compromiso varía según el trastorno, desde aquellos en que hay un deterioro profundo de todas las funciones, hasta en los que el compromiso de algunas funciones es menor.

Las patologías incluidas en esta categoría son: Autismo, Asperger, Rett y Trastorno desintegrativo del desarrollo.

3.1.1 Definición y características del Autismo

Los primeros estudios sobre el trastorno autista aparecen en 1943 con la descripción hecha por Kanner, quien describe una serie de síntomas relacionados con alteraciones de la comunicación, del comportamiento y de las relaciones sociales:

“Déficit en la comunicación, un potencial cognitivo bueno pero atípico y problemas de comportamiento, tales como obsesiones, acciones repetitivas y actividades de juego poco imaginativas. La alteración fundamental era la incapacidad de relacionarse con personas y situaciones desde el principio de la vida. A esta alteración extrema del contacto emocional con otras personas Kanner le aplicó el término autista, que significa absorción en sí mismo o actividad mental subjetiva” (Kanner 1973).

En esta definición se evidencia el compromiso de diferentes funciones que van desde las comunicativas hasta el planeamiento y control de la conducta motora, y en la que Kanner describió como su principal característica la incapacidad innata para establecer contacto afectivo normal con otras personas.

Desde entonces son muchos los autores que han escrito sobre pacientes con características similares dando un amplio rango de variabilidad en la definición de quien puede o no ser clasificado en esta patología.

Entre los autores que se han preocupado por la investigación en torno al autismo encontramos a Palunzny (1987) quien lo define como: “síndrome que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio”, así mismo, autores como Denckla, Ritus y Szatmari afirman que: “existe una característica común que une varios tipos de autismo:”el marcado impedimento para establecer adecuadas relaciones sociales, asociado con problemas de lenguaje” (Caballo, 2002), estas definiciones coinciden en señalar las alteraciones profundas para la interacción social y el desarrollo adecuado del lenguaje, aunque en el caso de Palunsky y de Kanner (1987), también se señalan alteraciones a nivel motor y presencia de conductas compulsivas. Este tipo de disociaciones entre las teorías tienen consecuencias en el diagnóstico, una de ellas sería que muchos sujetos sean ubicados en el grupo o que sujetos que pertenecen al grupo sean clasificados en otra categoría.

Esta variabilidad también ha influido en los estudios epidemiológicos, Kolvin y Rutter (1997), señalan que datos provenientes de distintos países indicaban un elevado número de casos antes de los tres años de edad, una prevalencia notablemente baja en la niñez y un aumento de la prevalencia durante la adolescencia, este patrón sugería que podrían subyacer diferentes síndromes a las alteraciones de inicio precoz y a las de inicio tardío.

Estos datos pueden mostrar la diversidad e imprecisión de los criterios para el diagnóstico. Dawson y Castelloe, (1992) realizan una precisión en torno al concepto diferenciando los de inicio precoz a los de inicio tardío, *“algunos sostenían que los niños cuyos problemas aparecían precozmente eran diferentes de aquellos en que los problemas aparecían tardíamente; no sólo en cuanto a comportamiento, sino a otros factores”* este tipo de cambios en los procesos diagnósticos implican también cambios en los porcentajes de prevalencia de los mismos.

Las áreas de mayor compromiso en el autismo son:

- *Interacción social*: Según Barón-Cohen (1988) su alteración es uno de los principales criterios para el diagnóstico. Sus conductas de apego serán menos desarrolladas según la relación que se establece con los padres, frialdad y desinterés por las personas, actuaciones sociales inoportunas, falta de comprensión de los indicios sociales, alteración de la interacción con iguales. No en todos es tan evidente la alteración, ni se alteran de igual forma todas las habilidades sociales, algunos se acercan a lo normal. El juego está claramente comprometido y deteriorado, la ausencia de juego realista espontáneo o de juego imitativo, marca uno de los criterios indispensables para el diagnóstico del trastorno.

Los niños autistas con un C.I. no verbal mayor que 80 tienen el mismo porcentaje de juego simbólico que el grupo de deficientes mentales no autistas y son mucho menor que los que sufren trastornos de lenguaje. (Wiscks-Nelson y Allen, 1997)

Estas alteraciones del juego son el reflejo de un proceso de socialización deficiente, la mirada –como constituyente y estructurante del yo- está ausente. La relación con los otros se limita generalmente a los adultos, con lo que puede tener conductas muy disímiles, desde evitar tener contacto físico hasta acercarse con conductas viscosas y perseverantes. (Wiscks-Nelson y Allen, 1997).

Esto muestra que en el espectro autista no solamente es un componente del lenguaje el que está alterado, en cambio hay un compromiso de las mismas acciones que realiza el sujeto y su compromiso estaría implicado en la profundidad del trastorno, Rivière describe este tipo de compromiso de la siguiente forma:

“Aunque tradicionalmente se ha destacado la “soledad autista” como el componente central de lo que le sucede al niño, hay algo más: las conductas del niño son, en cierto modo, cualitativamente diferentes a las de los niños normales. No se trata sólo de que haya una ausencia de relación del niño con las personas, sino también una falta de relación de las conductas con el mundo”.

En esta afirmación Rivière hace referencia al compromiso de la acción del niño, la cual para el autor carece de sentido, el sentido entendido como anticipación y futuro, la coherencia y su relación con el contexto; está fuertemente comprometido generando una ruptura entre lo que el niño hace y su contexto. Lo cual en niveles leves del trastorno crea la sensación de

personas extrañas en su comportamiento, en términos generales a continuación se presentan algunas de las áreas de mayor compromiso.

- *Comunicación y lenguaje*: Es muy común que presenten, alteración en la comunicación verbal y no verbal, uso de menos señales no verbales, alteración de establecimiento de contacto ocular, carencia de sonrisa social y expresión emocional, deficiencias en interacciones que implican articular la atención, problema para comprender estímulos socioemocionales no verbales. Específicamente en lo verbal hay alteración de la expresión y comprensión, en algunos se presenta silencio o raramente hablan espontáneamente. La mitad no desarrolla habla práctica y hay alteración en el uso pragmático del lenguaje.

En el niño autista ésta función está seriamente comprometida y su deterioro se observa fundamentalmente desde el punto de vista del procesamiento de la información en la decodificación y desde el punto de vista de los niveles que conforman el lenguaje, en el pragmático. Esto hace suponer a muchos padres que como su hijo habla de una manera fluente, lejos están de padecer el síndrome autista. Es necesario distinguir los trastornos del lenguaje del autista de las disfasias del desarrollo, aunque deba encararse el tratamiento del lenguaje como si fuesen disfásicos. (Wiscks-Nelson y Allen, 1997).

Rapin (1987) en su clasificación de las disfasias menciona aquellas características del autismo infantil. Las define como trastorno grave de la comunicación con dificultad para leer el lenguaje del cuerpo, la expresión facial o el tono de la voz y las clasifica según la iniciativa verbal en:

- Autista fluente: (ecolálico, prosodia variable que puede ser monótona, vacilante, con buena memoria verbal, fonología aceptable, [repiten como loros] y fallas en la decodificación sintáctica y semántica.

- Autista no fluente: virtualmente mudo o con déficit fonológico grave y déficit severo de comprensión.

Estos conceptos no son excluyentes de otras alteraciones del lenguaje que se presentan en esta patología infantil. A los cinco años un niño autista presenta siempre déficit en el lenguaje, en su uso (pragmático) como en su comprensión, siendo éste el motivo de consulta neurológica. Rapin ha observado que los niños con deficiencias en el desarrollo del lenguaje que no son autistas, presentan a la misma edad, sintomatología similar, salvo que a los niños autistas, se les añaden dificultades en la comunicación no verbal.

Esta autora hace referencia en su clasificación al síndrome semántico-pragmático, en el que el niño puede jugar acompañado de un gran discurso, pero que en ningún momento, el mismo es para intercambiar información, sino para sostener una interacción social. El discurso puede ser muy fluente, pero carecer de comprensión del mismo. Motivo por el cual, le resulta difícil, y hasta imposible contestar preguntas como cuando, que, por que, ya que en las mismas la comprensión juega un rol mucho más importante que la expresión.

El más raro y severo trastorno del lenguaje en los niños autistas es la agnosia auditiva verbal o sordera de palabra (Rapin y Allen 1983, citado en Tomas, J. 2003). No pueden decodificar el código fonológico (sonidos del habla) del lenguaje acústico, no entienden nada de lo que se les dice. La adquisición del lenguaje en niños autistas con agnosia auditiva-verbal es de pronóstico reservado, con presencia de graves alteraciones en la adquisición cognitiva.

Si la alteración del lenguaje presenta las características del síndrome fonológico sintáctico mixto, en el cual la comprensión, si bien deficiente se mantiene en mejores condiciones que la expresión, podremos asegurar que si bien la evolución puede ser lenta y el pronóstico puede ser favorable. Se presentan con un escaso lenguaje, con oraciones cortas, con anomias (déficit del recuerdo de la palabra) y dificultades en la conjugación de los verbos.

Las características del lenguaje en el niño autista pueden resumirse en:

- Déficit en la codificación
- Disprosodia
- Mutismo
- Jergafasia
- Ecolalia
- Verborrea
- Apragmatismo

Autismo no es sinónimo de mutismo y aislamiento social (Wing, 1981). Un buen lenguaje permite incluso un rastreo de las funciones cognitivas, teniendo en cuenta que un mejor cociente intelectual verbal es de mejor pronóstico, al igual que la conservación del lenguaje ya que permite un menor distanciamiento social y mayor vía de acceso a ellos.

- *Sensopercepción*: Las alteraciones que presentan no son de origen sensorial sino perceptivo. Las agnosias, que se presentan con mayor frecuencia son las prosopagnosias y las agnosias auditivo-verbales. Son niños que se manejan mejor con tareas visuales que con auditivas. Las conductas que adoptan frente a los estímulos auditivos son tan variadas que no existe patrón de referencia; algunos disfrutan con los sonidos musicales y otros reaccionan en forma violenta ante los ruidos.

Muchos niños autistas casi no reaccionan a los sonidos, presentándose a la vista de observador con posibles daños auditivos. La agnosia auditivo-verbal puede estar ocasionada por un déficit de la percepción auditiva. Muchos de ellos reaccionan frente a los estímulos auditivos tapándose los oídos; Algunos autores dudan si dicha reacción se debe a causa del sonido en sí, o por no poder manejar los estímulos breves en secuencia rápida.

Frente a los estímulos táctiles los niños reaccionan defensivamente, cuando alguien se les acerca, ellos se arquean y empujan, como para evitar el contacto con el otro (defensa táctil).

- *Motilidad y estereotipias*: Los déficits motores del síndrome autista se presentan generalmente como alteraciones del tono y estereotipias motrices. Una hipotonía postural puede relacionarse con posibles déficits cerebelosos condicionando los movimientos anticipatorios. Las estereotipias son movimientos repetitivos y rítmicos no-propositivos, que pueden interpretarse como compensatoria de autoestimulación.

Muchos de ellos pertenecen a la evolución normal del desarrollo del infante. En el caso del niño autista prevalecen los aplausos inmotivados y golpes contra los objetos. El "rocking", el head rolling y el "knitting" son conductas comunes en este síndrome. La succión y mordedura de la mano, el aleteo, los movimientos de marioneta, el bruxismo en vigilia, la manipulación de cabellos y telas, completan las conductas estereotipadas y compulsivas.

La psicomotricidad del niño autista presenta una organización que le permite tener una buena coordinación; esto se observa en el análisis de los test que evalúan puntajes de ejecución, en estos obtienen un mejor rendimiento que en los puntajes de escalas verbales.

- *Inteligencia, aprendizaje y cognición:* Marcus y Schoples (1987), indican que puede haber Inteligencia media o superior, algunos con capacidades especiales, aunque el 70% presentan Retardo Mental. Es decir que contrario a lo que se pensaba anteriormente, la inteligencia no necesariamente está comprometida.

Sin embargo, a nivel cognoscitivo si se evidencia compromiso de lo que algunos autores como Baron-Cohen (1989, 1993 citado por Wiscks-Nelson 1997) han denominado “teoría de la mente”, la cual se encuentra retardada o no se desarrolla. El término de teoría de la mente, se ha utilizado para expresar: “La capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás con el fin de predecir y explicar los comportamientos sociales. Si a una persona le faltara teoría de la mente, si estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo parecería caótico y confuso y se comportaría de forma similar a como lo hace con los objetos inanimados” (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985).

Frith (1989) cree que esta ceguera mental hace que las personas con espectro autista se sientan extrañas en un mundo que es fundamentalmente social y la presencia de comportamientos “raros” puede ser entendida si se recuerda que no pueden leer la mente de la manera como los otros lo hacen.

Generalmente se asocia el autismo al retardo mental, pero no todos los niños autistas tienen comprometido sus procesos cognitivos. Las estadísticas marcan que un tercio de los pacientes no presentan alteraciones de ésta función cortical superior, es el caso de los niños con Síndrome de Asperger; mientras que las dos terceras partes registran un C.I. menor a 70 (Allen 1983). Sabemos que las posibilidades de evaluar a un niño autista es en la mayoría de los casos imposible, por ausencia de palabras, por esta razón es la evaluación del lenguaje espontáneo la forma mas adecuada de testeo, para evitar ponerlos en situación que limiten su producción.

El perfil neuropsicológico es irregular. Los niños con Síndrome de Asperger presentan un C.I. verbal más alto que el de ejecución, siendo éste predictor de buen pronóstico. El resto presentan respuestas con un mayor rendimiento en los subtest de ejecución que en los verbales. Este perfil irregular, nos lleva a decir que también son irregulares los hallazgos dentro de la población autista. Los puntajes oscilan desde el retardo mental hasta capacidades superiores, que implican por supuesto que su competencia social sea favorable. Estas capacidades diferenciadas los hacen destacar en memoria mecanicista, habilidades espaciales, verbales, musicales y artísticas.

- *Función ejecutiva:* Ozonoff & Pennington utilizaron el término de función ejecutiva como el constructo cognitivo usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales y en términos prácticos como la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura.

En el espectro autista el déficit de estas funciones genera conductas rígidas, gran ansiedad ante cambios en el entorno e insistencia en seguir las rutinas. También se presentan conductas perseverantes, centrándose en intereses limitados o realizando comportamientos estereotipados.

- *Atención:* Según Calle (2004) uno de los signos más característicos de los niños autistas es un déficit en la atención y fundamentalmente en la selectiva. Presentan la incapacidad de

cambiar de objeto, a pesar que son extremadamente perturbables. Pueden tocar o dejar juguetes a cada instante, son fácilmente distraibles; pero cuando encuentran algo de sumo interés para ellos, también resulta difícil, sacarlos de esa situación. Pasan de una sobrefocalización a un déficit en la atención selectiva.

Observamos que no existe un patrón de comportamiento estable, que las conductas que presentan son propias de cada niño, siendo el común denominar las dificultades en esta función.

Esta problemática del área de la conciencia se extiende al ciclo circadiano, pueden presentar tanto insomnio como hipersomnía, incluso en el mismo niño, en períodos diferentes.

- *Afectividad*: No todos los niños autistas se encuentran incapacitados para reflejar sus afectos. Sus estados de ánimo reflejan ansiedad, que les impide enfrentar lo inesperado o cooperar en situaciones que sienten peligrosas para su integridad.

Reacciones emocionales inmotivadas se presentan con bastante asiduidad y carentes de sentido. La indiferencia y el aislamiento son los modos de vincularse con los otros. La labilidad yoica del niño autista se corresponde con una familia que se caracteriza por la incontinencia. Lejos de suponer que son los “culpables” de las reacciones del niño, consideramos que sus estados anímicos y su estructura psíquica coadyuvan a la imposibilidad de estructurar una personalidad madura. No debemos olvidar que sus reacciones afectivas se corresponden con alteraciones neurofuncionales.

- *Memoria*: Cabezas (2002) afirma que los niños autistas tienen una memoria verbal y/o visoespacial superior. La ecolalia retardada, la repetición de mensajes o canciones, nos muestran una memoria verbal superior, no coincidente con la posibilidad de comprensión de lo expresado y de rendimientos normales en la producción del lenguaje.

Otras: Capacidades eruditas, conductas autolesivas, explosiones de agresividad, rabietas, hiperactividad, miedos inadecuados o excesivos.

3.1.2 Definición y características del Trastorno de Asperger

Este desorden descrito por Asperger hace referencia a un conjunto de síntomas en que el sujeto aunque con inteligencia normal o incluso superior es incapaz de comprender las convenciones sociales. Según el Harvard Mental Health Setter (2005), algunos de los síntomas presentados son: “tendencia a mostrarse indiscretos o rudos, incapaces para guardar secretos, dificultad para entender metáforas, ironías y el humor, el significado de gestos, el tono de voz”

Muchos autores aún lo incluyen dentro del espectro autista, debido a la similitud de los síntomas, especialmente los relacionados con alteraciones de comunicación verbal y no verbal, inflexibilidad de pensamiento verbal y no verbal y resistencia a cambios, diferenciándose en que generalmente hay mejor lenguaje y habilidades extremadamente buenas en algún área en particular. Calle y Utria (2004) hacen una diferenciación entre su mejor capacidad de lenguaje en relación al autista y la función comunicativa del mismo, en relación a esto afirman: “Las personas con TA pueden presentar en su mayoría un desarrollo del habla dentro de los parámetros normales, sin embargo, los déficits comienzan a ser evidentes dentro de contextos sociales donde la comunicación es bidireccional y se exige que las personas tengan la capacidad de comprender sutilezas, gestos, dobles sentidos,

de ponerse en el lugar del otro, mostrar interés por los temas y las personas, etc. Esto apoyaría lo anteriormente expuesto, en el sentido que las personas con esta alteración pueden aparentar no tener ningún problema pero en el momento de la interacción social se evidencian sus dificultades aunque su alto rendimiento en algunas áreas puede permitirles tener relaciones aparentemente normales con los demás. En este mismo sentido, Etchepareborda (2001), incluye entre las principales características la pobre interacción social en la que se destaca: incapacidad de “leer” las señales sociales, que le conllevan a no dar respuestas sociales y emocionales adecuadas, poca comprensión del lenguaje complejo, intereses limitados y excluyentes, rutinas rígidas.

En relación a la cognición, señala como características:

- Intereses muy reducidos
- Anormalidades de atención
- Torpeza, a veces tan leve que es difícil de notar
- Deficiencias de memoria social
- Dificultad para reconocer a la gente por la forma y textura de la piel en sus caras (prosopagnosia)
- Dificultad para segmentar con palabras el flujo auditivo continuo
- Inteligencia anormalmente elevada
- Ceguera emocional a las emociones de los otros

3.1.3 Definición y características del Trastorno de Rett

Es un desorden neurológico con un retroceso de las habilidades ya adquiridas. Cursa con una variedad de problemas como retardo mental, serias incapacidades motoras, piléptisis y dificultades en la comunicación. Su etiología es desconocida. Este síndrome es predominantemente en niñas, usualmente empieza a ser notado entre los 5 y 48 meses de edad. Se estima que el desorden se presenta en una de cada diez mil niñas nacidas, pero las características están empezando a ser más conocidas y el número de casos reportados está creciendo.

Según Díaz (2005), la primera manifestación clínica es un lento estancamiento del *desarrollo neuromotor* dando lugar a un retraso importante en la adquisición de la motricidad gruesa, cuando se consigue. Los signos más precoces son la pérdida de la antigraavedad y las habilidades de balanceo. Estos problemas del desarrollo, inicialmente, son muy insidiosos por lo que no es difícil que pasen desapercibidos o no sean suficientemente bien considerados. Ya desde el Estadio II aparece una distonía de los miembros inferiores que conjuntamente con la dificultad de reacción en la corrección postural y los característicos movimientos de “patinar sin avanzar”, hacen sospechar que estén implicadas funcionalmente estructuras ganglionares basales y sus conexiones con corteza (Narbona, 1999 citado por Díaz 2005). Otra alteración de la marcha, aunque ya más propia de la infancia tardía, consiste en “andar a trompicones”. Es consecuencia de la dispraxia general, más que de una ataxia y es significativamente diferente a la heredoataxia cerebelosa. Las características evolutivas de este desorden se aprecian en la tabla No 1.

En estadios muy avanzados (III – IV) parece una alteración de las neuronas motoras pequeñas que suele manifestarse por una atrofia del músculo peroneal con distonía y que afecta, igualmente, a la médula (mielopatía).

3.1.4 Definición y características del Trastorno Desintegrativo De La Niñez

El Trastorno desintegrativo de la niñez es un cuadro mal conocido y que implica una pérdida de funciones y capacidades previamente adquiridas por el niño (es decir, una clara regresión). Para poderse diagnosticar ese trastorno la pérdida tiene que producirse después de los 2 años y antes de los 10, y tiene que establecerse con garantías que antes de la regresión había un desarrollo claramente normal de competencias de lenguaje, comunicación no verbal, juego, relaciones sociales y conductas adaptativas.

El criterio diagnóstico básico es que deben producirse pérdidas al menos en dos de estas cinco áreas:

- Lenguaje expresivo y receptivo.
- Competencias sociales y adaptativas.
- Control de esfínteres vesicales y/o anales.
- Juego.
- Destrezas motoras.

Como el autismo, el trastorno desintegrativo se define por: Alteraciones cualitativas de las capacidades de relación y comunicación y pautas restrictivas y estereotipadas de conducta y actividad mental.

Con frecuencia, tiene un carácter más clínico y cambiante que el autismo, ofrece una imagen de inestabilidad emocional más extrema e inexplicable y no es descartable que (a diferencia de lo que sucede en el autismo) se acompañe de fenómenos semejantes a las alucinaciones y los delirios de la esquizofrenia. Se conoce también como Síndrome de Heller y psicosis desintegrativa, describiéndose como un deterioro a lo largo de varios meses de funcionamiento intelectual, social y lingüístico en niños de 3 y 4 años con funciones previas normales.

3.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TGD

3.2.1 Autismo y Asperger

Teorías psicológicas: Kanner (1943 citado por Cabezas 2002), afirmaba que estaba implícita una crianza inadecuada en el origen del autismo. Bettelheim (1967, citado por Cabezas 2002), señalaba como la causa, unas primeras experiencias insatisfactorias y amenazadoras que hacían que el niño se retirara a una “fortaleza” autista. Desde el condicionamiento operante, Fester (1961-66 citado por Wiscks-Nelson 1997) afirmaba que los padres no eran capaces de moldear adecuadamente las conductas de sus hijos a través del reforzamiento y del castigo. Masivov y Van Bourgondien, (1992 citado por Wiscks-Nelson 1997), afirman que los estudios empíricos dan muy poco apoyo a la teoría de una crianza anormal. Los padres de los niños autistas no son diferentes en cuanto a personalidad y conductas adaptativas, al menos, en parte, de los padres de niños normales o de niños con otros problemas de comportamiento.

Factores prenatales perinatales y postnatales: No hay clara relación. Rutter (1993) afirma que factores prenatales y relacionados con el parto no pueden sostenerse firmemente como causa del autismo.

Bases Neuropatológicas: Las anomalías anatómicas más halladas se localizan en las porciones inferiores de los hemisferios cerebelosos y se acompañan de pérdida celular.

Williams et al notaron un aumento en la densidad celular en el cerebelo, en uno de cada cuatro casos estudiados (Williams et al, 1980). Ritvo et al, registraron una disminución del número de células de Purkinje en el vermis y en los hemisferios cerebelosos, en otros cuatro casos (Ritvo et al, 1986).

Todas las investigaciones realizadas hasta el momento concluyen que los cambios estructurales encontrados eran coherentes con una afección prenatal del desarrollo de porciones del sistema límbico y los circuitos cerebelosos, aproximadamente antes de las 30 semanas de gestación (Morant et al, 2001).

Bases De Neuroimagen: Los estudios de RM de los cerebros de las personas autistas han puesto de manifiesto numerosas anomalías, aunque ninguna de ellas se considere específica o patognomónica de esta entidad. En la mayoría de las investigaciones se observan alteraciones cerebelosas que comprometen al cerebelo en su conjunto, incluido el vermis cerebeloso, e implican pérdida neuronal (Saitoh O, 1998), Egaas et al observaron otras anomalías estructurales, que incluyen la pérdida de volumen parietal bilateral y el adelgazamiento de la parte posterior del cuerpo caloso, en el contexto de una atrofia, en el lugar donde se concentran las fibras parietocorticales (Egaas B, et al, 1995).

El adelgazamiento de la parte posterior del cuerpo caloso y la atrofia cerebelosa son los dos hallazgos que con mayor frecuencia se encuentran en la RM craneal de los niños que diagnosticamos de autismo (Morant et als, 2001)

También mediante RM se han hallado otras alteraciones estructurales como son la agenesia de la oliva superior, la disgenesia del núcleo facial, la disminución de las neuronas de Purkinje, la hipoplasia del tronco cerebral y de la parte posterior del cerebelo, y el incremento de la densidad neuronal en la amígdala; todo ello indica que la neurogénesis de estos diferentes tipos de neuronas se produce aproximadamente durante la quinta semana de gestación (Courchesne, 1997).

Ryu et al, encontraron, en 20 de los 23 pacientes, alteraciones en la perfusión cerebral, en cuanto a una disminución de la misma, localizadas en los hemisferios cerebelosos, en el tálamo, en los ganglios basales y en los lóbulos parietal, posterior y temporal; debe tenerse en cuenta que en todos estos casos la RM no demostró ninguna anomalía de las relacionadas con el autismo (Ryu et al, 1999).

En los estudios con PET realizados en pacientes autistas se han observado ligeros incrementos, no siempre significativos, en la utilización global basal de la glucosa cerebral, principalmente en los núcleos basales y los lóbulos frontal, temporal y parietal; Las anomalías encontradas consisten en la aparición de una o más alteraciones en regiones cerebrales cuyo consumo de glucosa es menor de lo normal, y se localizan en el lóbulo frontal posterior derecho, el putamen superior derecho y la sustancia blanca del lóbulo frontal derecho (Buchsbaum et als, 1992).

En otros casos se observaron anomalías en el córtex y en el estriado (Siegel et al, 1992), o en los ganglios basales y en la circunvolución cingulada (Sears et al, 1999 y Hacendar et al, 1997).

Los estudios en personas autistas realizados por Baron Cohen et al ponen de manifiesto que, al realizar inferencias mentales acerca de los ojos (teoría de la mente), se produce una

activación de las regiones frontotemporales, pero no de la amígdala (Barón Cohen et al, 1999).

En el caso del autismo se emplea para el estudio metabólico de los hemisferios cerebelosos. En concreto, indica la existencia de una disminución significativa de la concentración de Nacetilaspártico (NAA) en el cerebelo (Otsuka et al, 1999 y Chugani et al, 1999).

Bases Neurofisiológicas: Es importante tener en cuenta que en la población autista existe un mayor riesgo de padecer epilepsia que en la población general; así, se considera que entre el 25 y el 33% de los autistas adultos padecen epilepsia, y presentan mayor riesgo si tienen un coeficiente de inteligencia muy bajo, agnosia verbal auditiva y/o un déficit motor. (Morant et als, 2001). En la mayoría de los niños autistas se encuentran alteraciones en los EEG (Tuchman et al, 1991 – 1997).

Bases Neurobioquímicas: El hallazgo neuroquímico más importante en el autismo es una elevación en los niveles de serotonina, tanto en las plaquetas como en suero, hasta en el 25% de las personas autistas (Cook et al, 1996).

La serotonina es un neurotransmisor cerebral implicado en numerosas funciones mentales como el comportamiento, el sueño, la agresividad, la ansiedad y la regulación afectiva. Además, actúa como factor trófico y modulador de la diferenciación neuronal durante el desarrollo. Se ha demostrado que los niveles de serotonina son más altos en los niños durante el desarrollo cerebral que en los adultos, así como que dichos valores declinan hacia la pubertad (Morant et als, 2001). Corroborando la implicación de la serotonina en el trastorno autista, estudios experimentales destacan que la depleción de serotonina en los animales de laboratorio genera la disminución de las espinas dendríticas en el hipocampo y de las células de Purkinje en el cerebelo, dos alteraciones histológicas que se han relacionado con el autismo (Barman, 1991).

Los trabajos de Cook et al sugieren que la hiperserotoninemia en el autismo podría ser heterogénea (Cook et al, 1996). Estas alteraciones deberían estar condicionadas genéticamente, ya que estudios realizados entre los familiares de niños autistas han demostrado que los hermanos de niños autistas poseen mayor nivel de serotonina plaquetaria, que los niños sin hermanos autistas (Piven J et al, 1991).

La mayor evidencia que indica que la serotonina está implicada en el autismo es la respuesta de estos pacientes a medicamentos que inhiben el transporte de serotonina. Estos fármacos reducen la agresión en más del 50% de los niños con autismo en estudios abiertos y doblemente ciegos (Cook E et al, 1992 y McDougle et al, 1996)

El sistema catecolaminérgico también parece encontrarse implicado en los casos de autismo y se han hallado niveles elevados de norepinefrina plasmática (Cook E, 1990) y de dopamina. Por otro lado, la investigación acerca de la función de los sistemas opioides en el desarrollo de la conducta social es controvertida. La teoría opioide propone que el autismo aparece desde la infancia debido a una sobrecarga de péptidos opiáceos sufrida por el sistema nervioso central (SNC), que afecta a los neurotransmisores cerebrales, de probable origen exógeno, y derivados en gran parte de la incompleta digestión del gluten y de caseína de la dieta. Esta teoría fue inicialmente propuesta por Panksepp et al (Panksepp J et al, 1979) y ampliada por Reichelt et al con posterioridad (Reichelt KL, et al, 1991).

En cuanto a las vacunas hay que comentar que, aunque parece que en determinados casos la regresión autista ocurre inmediatamente después de la administración de una vacuna, son dos hechos que coinciden en el tiempo, alrededor de los 18 meses, tanto para la regresión autista, como para la inmunización con la vacuna triple vírica (antisarampión, antirubéola, antiparotiditis), ya que es el virus del sarampión el que más se ha implicado en el autismo (Morant et als, 2001).

Bases Neurogenéticas: El papel de la genética en la etiología del desarrollo del autismo está totalmente demostrado (Folstein et al, 1991 y Rutter M et al, 1990).

El riesgo de recurrencia de tener un segundo hijo autista se cifra entre el 3 y el 7% (Rutter M et al, 1997 y Bailey A et al, 1995). Según Pickles et al, el autismo deber de ser originado por la combinación de varios, tal vez tres o más, genes diferentes (herencia poligénica) y con una penetrancia variable (Pickles et al, 1995). A pesar de todos estos datos, todavía no se ha definido el modelo de herencia en los casos de autismo. Una de las anomalías cromosómica más frecuente relaciona con el autismo es el cromosoma X frágil. Según los estudios de Cohen et al, se estima que del 2 al 5% de los niños autistas podrían tener un cromosoma X frágil y que al menos el 15% de los niños con cromosoma X frágil cumplirían los criterios para el diagnóstico de un trastorno autista (Cohen et al, 1991), otros estudios implican al cromosoma 15, en concreto la parte proximal del brazo largo. (Morant et als, 2001). En todos los casos, el cromosoma 15 alterado era de procedencia materna (Wolpert et al, 2000). En otros pacientes se preconiza el papel del cromosoma X en el desarrollo del autismo con el fin de explicar el mayor número de casos que se producen en el sexo masculino con respecto al femenino (Morant et als, 2001).

En los niños autistas, los estudios neurobioquímicos favorecen los tratamientos farmacológicos mediante los cuales mejora su sintomatología con eficacia demostrada actualmente (Morant et als, 2001).

Quedan pendientes de realizar estudios extensos en los que niños autistas con alteraciones en el EEG sean tratados precozmente con fármacos antiepilépticos, para comprobar o no la existencia de mejoría a largo plazo tanto de la actividad bioeléctrica cerebral como de la sintomatología y del lenguaje (Morant et als, 2001).

Con relación a la etiología del autismo, la teoría más consistente es la teoría genética, pero todavía no se encuentra totalmente clara y deberían llevarse a cabo numerosos estudios sobre el tema. El trastorno autista está condicionado genéticamente y ocasiona alteraciones anatómicas, en los neurotransmisores, en las mucosas corporales y también en la actividad bioeléctrica cerebral, entre otras. Esta condición genética, posiblemente favorecida por una influencia ambiental insignificante para el cerebro de la mayoría de los sujetos, desarrollaría un trastorno autista en un cerebro genéticamente predispuesto (Morant et als, 2001). Para Coleman y Gillberg (1985) la mayor frecuencia del autismo en varones que en niñas con una prevalencia de 4:1, es un indicio con respecto a la posible participación de factores genéticos en la etiopatogenia del mismo. Los estudios de agregación familiar señalan que hay cierto porcentaje variable de hermanos autistas lo cual indica que el riesgo a desarrollar autismo en los hermanos de éstos es mayor que en la población en general.

Gillberg (1984) obtuvo un 8%, Negren e Ibarra (1994) en Venezuela un 1.10% de autismo familiar entre hermanos y gemelos. Es necesario realizar estudios de la familia extensa y de los trastornos cognitivos y del lenguaje presentados por la misma (Folstein y Piven, 1991). Sin embargo, Smalley y otros (1988) señalan que “la heterogeneidad genética es

pronunciada con sub-grupos genéticos potenciales”, estos subgrupos incluirían desde caracteres genéticos recesivos, hasta anomalía cromosómicas esporádicas. En estos subgrupos se destacarían la presencia de anomalías físicas menores y la presencia o no de retardo mental. Visto de esta forma, se puede pensar en un patrón de herencia poligénico multifactorial.

3.2.2 Trastorno de Rett

Alteración ligada al cromosoma X dominante, en el gen MECP2, Temudo y Maciel (2002), afirman que “en este gen se encontraron mutaciones en aproximadamente un 80% de los casos comprobados con la forma clásica del síndrome en diferentes poblaciones”, aunque estas investigaciones son contundentes en sus datos, también se ha encontrado esta alteración en niños con autismo, mujeres con retardo mental profundo o en cuadros similares al RETT, lo que ha llevado a relacionar la alteración genética más a la gravedad de la enfermedad.

Este tipo de relación se ha mantenido debido a la mayor prevalencia de la alteración en mujeres que en varones, pero algunos autores afirman que puede estar asociada a la letalidad embriológica o perinatal en el sexo masculino. Sin embargo, a pesar de las discusiones, la identificación del gen ha sido importante para el diagnóstico de la enfermedad.

3.3. FACTORES DE MANTENIMIENTO

3.3.1 Evolución del Autismo y Asperger

El Autismo en las Diferentes Edades: Aun cuando algunos niños se ven “diferentes” desde que nacen, un diagnóstico definitivo requiere un seguimiento de varios meses. Las diferentes manifestaciones del síndrome aparecen durante el primer año de vida en el 31% de los casos; entre el primero y el segundo año en el 44% de los casos. En el 25% restante, los síntomas se hacen presentes con posterioridad a los 24 meses (DeMyer, 1979).

Cuando los síntomas no están presentes desde el nacimiento, se produce un desarrollo inicial prácticamente normal, y al surgir la sintomatología ocurre una detención del desarrollo, o bien una regresión (pierden habilidades ya adquiridas). A continuación mencionaremos los síntomas presentes en las diferentes edades, iniciando con la descripción del niño que presenta el síndrome desde el primer año de vida.

Primer Año: Aun cuando muchos padres reportan un excelente primer año de vida, aproximadamente la mitad relatan que el bebé era menos alerta que sus hermanos a esa edad, y que parecía interesarse poco en su entorno. Cerca de una tercera parte podían permanecer en la cuna por horas sin requerir atención, aunque respondían cuando los padres se les acercaban. Algunos bebés autistas pueden no responder al abrazo de la mamá y ser “difíciles para acomodarse en los brazos”, mientras que otros se dejan caer como sacos de arena.

En los niños normales, una de las primeras señales de conducta social es la sonrisa que aparece ante el rostro de un adulto, hacia los dos meses de edad. El niño autista puede parecer contento, pero su sonrisa no es social, pues no ocurre como respuesta a la atención y cuidado que recibe del adulto, sino a otros estímulos con frecuencia difíciles de identificar para el observador.

Así también, el bebé normal reacciona con rapidez y curiosidad ante el rostro de la madre, explorándolo con sus manos; el niño autista rara vez la ve, y es característico que aun al alimentarlo, no se dé el contacto visual ni explore sus rasgos con las manos. Alrededor de los 8 meses, cuando se presenta normalmente la angustia ante los extraños, el bebé autista parece no diferenciar a las personas familiares de las extrañas, y estar desinteresado en las personas en general. Los juegos que frecuentemente entretienen a los niños pequeños, como esconderse tras un trapo, jugar “tortitas” o “pon-pon”, resultan indiferentes para el niño autista. Parece gozar más de los juegos que lo estimulan sensorialmente, como “caballito”, cosquillas o ser lanzado en el aire, pero ninguno de estos juegos requiere interacción personal (Paluszny, 1987). El pequeño autista se concentra a menudo en la observación de algo (una luz, un móvil, las briznas de polvo que brillan con el sol, o su mano ondulante frente a los ojos), así como produciéndose sensaciones al rascar interminablemente la sábana, mecerse o golpear su cabeza contra algo. Aun desde temprana edad, es poco curioso respecto de su ambiente y prefiere manipular objetos en forma repetitiva o estimularse provocándose diversas sensaciones.

En relación al lenguaje, el bebé autista carece del juego vocal de los tres meses y tampoco produce sonidos con intención comunicativa a los 6 meses. Parece más bien incapaz de entender o responder al lenguaje. Sin embargo es frecuente que este problema no se advierta sino hasta más tarde, pues puede llegar a aprender algunas palabras que usa repetida e indiscriminadamente, dando a los padres y al pediatra la tranquilidad de que hay “lenguaje”. Tampoco trata de comunicarse por gestos o imitaciones. Algunos bebés autistas son hiperexcitables e irritables. Pueden llorar por largos períodos sin causa aparente, dormir mal y relajarse únicamente cuando se mecen o se les mece.

Muchos de los síntomas reportados en el primer año, se parecen a aquellos presentes en niños con otros trastornos del desarrollo. Por lo tanto, es difícil que durante el primer año pueda diferenciarse al niño autista de otros niños con trastornos cerebrales, y tal vez aun de niños normales, especialmente si tomamos en cuenta que su desarrollo motor es generalmente adecuado.

Segundo y Tercer Año: A medida que el niño autista avanza en su segundo año, la falta de respuesta emocional hacia sus padres y la falta de lenguaje, se hacen más evidentes. Los padres comienzan a decir que “vive en su propio mundo”, pues no hay contacto visual y actúa con indiferencia a los intentos de interacción que hacen los adultos. Es prácticamente imposible hacerlo sonreír o consolarlo cuando llora.

Los movimientos repetitivos, como mecerse, golpearse la cabeza o aletear las manos, resultan más significativos. Empieza a llamar la atención de los padres, la aparente carencia de reacciones al dolor que muestra el niño. Si bien parece insensible a ciertos estímulos, puede ser hipersensible a otros, y asustarse mucho ante ruidos como el de un papel cuando se arruga.

Les fascinan los objetos que giran, y pueden pasar largo rato dando vueltas sobre sí mismos, al tiempo que palmean las manos o las aletean con gran excitación. Con frecuencia, tanto la excitación como el llanto desconsolado, se presentan sin causa aparente

No usan los juguetes ni los objetos normalmente. Así, no arrastran un carrito haciendo ruidos de motor; más bien lo voltean y hacen girar las ruedas. Son incapaces de simular situaciones

a través del juego y no participan en actividades que requieran reglas o la interacción recíproca con otros niños.

En general, los niños autistas tienen un retraso en la adquisición de habilidades de autocuidado, como comer y vestirse. El control de esfínteres suele ser un verdadero problema y aun cuando puede lograrse entre los 3 y 4 años con mucho esfuerzo, las evacuaciones "accidentales" persisten mucho tiempo después de que fueron adiestrados.

Sus hábitos alimenticios presentan también características singulares, pues evitan cierto tipo de comida, pero consumen esporádica o rutinariamente grandes cantidades de otro tipo de alimento. Así, hay días que casi no comen nada, y otros en que ingieren en una sola comida, lo que sería la ración de dos adultos.

Los trastornos en el lenguaje varían desde el mutismo, hasta la ecolalia e inversión pronominal (usar el "tú" en vez de "yo"). En el pequeño, el mutismo asociado a la falta de atención y respuesta, puede hacer pensar a los padres que el niño es sordo, por lo que es frecuente que lo lleven a valorar en este sentido. Si hay habla, ésta tendrá defectos en cuanto a cantidad y contenido, y se presenta usualmente sin comprensión del sentido, sólo como una repetición inmediata o tardía de lo escuchado.

La comunicación no-verbal es también defectuosa. Es incapaz de comunicarse por gestos o pantomima. Piden lo que quieren usando la mano de otros como instrumento para alcanzarlo, o guiando a los padres hacia el objeto que desean. Aun en estos casos, con frecuencia es difícil adivinar qué quieren.

Niñez Tardía y Escolar: Cuando el niño autista tiene cuatro años, su familia, el médico y aun parientes y amigos, se preocupan por el desarrollo tan extraño de este niño. Las áreas problemáticas que aparecieron desde los primeros años, se hacen cada vez más evidentes y se nota más la diferencia entre él y los otros niños de su edad. Así por ejemplo, mientras que los niños de 4 años son en su mayoría independientes y gustan de relacionarse con otros niños, el niño autista muestra rarezas en su alimentación, no se viste solo, no se relaciona con niños y prefiere jugar solo. Se fascina con sus juegos estereotipados y repetitivos, y en ocasiones, desarrolla una especial liga con algún objeto o juguete, o cierta prenda de vestir.

La comunicación, en especial la verbal, continúa siendo el problema principal. A los 3 o 4 años pueden carecer por completo de comprensión y de lenguaje expresivo, aunque es frecuente que se observen ciertas palabras: un lenguaje defectuoso que muchas veces sólo entienden los padres. Pueden mostrar ecolalia demorada y llegan a repetir de memoria largos monólogos, pero lo hacen en forma automática y sin intención comunicativa. Otros tienen cierto repertorio verbal para comunicarse, y aunque logran hacerlo, es exclusivamente con el propósito de obtener algo, o cuando se les demanda una respuesta. El tipo de comunicación que pretende compartir con otros las propias experiencias, vivencias o percepciones, y que aparece en los niños alrededor de los 3 o 4 años, con frecuencia nunca se presenta en el autista.

Otra área de frecuente preocupación en niños autistas más grandes, son los berrinches y ataques agresivos que presentan, a menudo violentos y sin provocación alguna. Estos pueden estar presentes desde los primeros años, por el tamaño y la fuerza que puede tener un niño pequeño, facilitan su manejo. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, tienen más movilidad y por lo tanto más oportunidad y capacidades para herir seriamente a otros y a sí

mismos. La impredecibilidad, rapidez y habilidad del niño autista mayor para producir daños reales, pueden representar un problema serio para padres, hermanos y terapeutas, así como impedir la participación del autista en ambientes sociales, escuelas o lugares públicos. Es por lo anterior, que en el caso de niños que presentan agresiones o auto-agresiones, es importante educarlos desde pequeños para suprimir estos ataques, antes de que sean físicamente difíciles de controlar.

La Adulthood: Contrariamente a lo que se piensa, el adulto autista se parece más a un individuo con retardo mental, que a un esquizofrénico. El funcionamiento del autista adulto dependerá de múltiples factores, como:

- Lenguaje: Si está o no presente y el grado de sofisticación a que llegó a desarrollarse. Podemos decir que este factor es determinante en el funcionamiento del autista cuando adulto, y tal vez puede llegar a significar la diferencia entre tener que vivir en una institución custodiado, o poder hacer una vida con cierto grado de custodia, pero sin tener que estar institucionalizado.

- Habilidades y Hábitos de auto-ayuda: Es obvio que el pretender llevar una vida con cierta independencia, requiere que el individuo sea capaz de procurarse a sí mismo los cuidados mínimos, tales como bañarse, vestirse, etc. En este sentido es importante orientar la educación del autista desde pequeño, para que sea capaz de realizar este tipo de actividades, y aun otras más complejas como cocinar algunos alimentos, sin necesidad de supervisión directa todo el tiempo. Así mismo, el poder acudir a sitios tales como tiendas o restaurantes y poder solicitar lo que quiera y pagarlo, que para cualquier adulto es muy fácil, son actividades que suelen presentar problemas para los autistas y requieren de un entrenamiento específico y con frecuencia difícil.

- Autocontrol: Nos referimos a que el individuo sea capaz de controlar su agresividad, autoagresividad o ansiedad, de tal forma que no represente un peligro para sí ni para otros.

- Síntomas Dependientes de la Edad y el Sexo: En el trastorno autista, la naturaleza de la alteración de la interacción social puede modificarse con el paso del tiempo, pudiendo variar en función del nivel de desarrollo del individuo. En los niños pequeños cabe observar incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres. Como resultado de todo ello, los padres pueden estar inicialmente preocupados ante la posibilidad de que su hijo sea sordo. Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a un persona específica. A lo largo del desarrollo, el niño puede hacerse más dispuesto a participar pasivamente en la interacción social e incluso puede interesarse más por dicha interacción. Sin embargo, incluso en tales circunstancias, el niño tiende a tratar a otras personas de modo desusado (ej. esperando que los demás respondan a preguntas ritualizadas de forma específica, teniendo un escaso sentido de los límites de los demás y actuando de manera inadecuada en la interacción social). En los sujetos de más edad cabe observar un excelente rendimiento en tareas repetitivas (recuerdo exacto de letras de canciones escuchadas años antes), pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave.

3.4 EVALUACIÓN DE LOS TDG

El DSM IV define como criterios para cada tipo de TGD los siguientes:

3.4.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista

Criterio A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
- Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
- Falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañada de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- Preocupación persistente por partes de objetos

Criterio B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

- Interacción social,
- Lenguaje utilizado en la comunicación social o
- Juego simbólico o imaginativo.

Criterio C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

3.4.2 Criterios Para El Diagnóstico Del Trastorno De Asperger

Criterio A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- Ausencia de reciprocidad social o emocional

Criterio B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- Preocupación persistente por partes de objetos

Criterio C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterio D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

Criterio E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

Criterio F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

3.4.3 Criterios Diagnósticos Trastorno de Rett

Criterio A. Todas las características siguientes:

- Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal
- Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento
- Circunferencia craneal normal en el nacimiento

Criterio B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
- Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
- Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
- Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
- Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave

3.4.4. Criterios Para El Diagnóstico Del Trastorno Desintegrativo Infantil

Criterio A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

Criterio B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- Lenguaje expresivo o receptivo
- Habilidades sociales o comportamiento adaptativo
- Control intestinal o vesical
- Juego
- Habilidades motoras

Criterio C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
- Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

3.4.5 Esquema Evaluativo de los TGD

La importancia de la evaluación de los TGD no solo radica en poder realizar un diagnóstico clínico adecuado. Es fundamental en el momento de tomar decisiones de intervención o de apoyo a nivel pedagógico, considerar una serie de factores que permiten una evaluación completa y que posibilitan valorar una amplia gama de categorías en el paciente en situaciones ordinarias de interacción. Para Rivière (1997), la valoración debe tener ciertas exigencias como:

- Debe diferenciar con claridad competencias funcionales distintas: disociaciones y disarmonías en diferentes áreas
- La valoración debe incluir una estimación cualitativa, y no sólo cuantitativa de la “organización funcional” de las capacidades de la persona autista: que pueda dar una idea clara de la lógica de esos modos diferentes del desarrollo
- Deben valorarse los contextos y no sólo las conductas del niño: de manera que se puedan entender las relaciones entre las conductas y los contextos de los niños
- La valoración de los niños con trastornos profundos del desarrollo no sólo exige pruebas psicométricas de “ciclo corto” sino una observación detallada: es importante observar al niño en contextos interactivos reales
- Para valorar al niño, hay que interactuar con él:

Así mismo, durante el curso de desarrollo normal y autismo realizado por Rivière en la Universidad Autónoma de Madrid, el autor plantea los ámbitos de valoración que se deben considerar:

- Valoración de las capacidades cognitivas.
- Valoración evolutiva de competencias de relación y comunicación.
- Valoración de las relaciones interpersonales: con qué personas y en qué contextos se establecen las relaciones, con qué frecuencia y grado de iniciativa por parte del niño, qué finalidades tienen dichas relaciones, cuál es su valencia y cuáles sus consecuencias.
- Valoración de los aspectos emocionales y de la personalidad.
- Valoración de aspectos curriculares

El proceso diagnóstico del trastorno autista, puede apoyarse en las siguientes fases:

La primera fase: Tener en cuenta a Pedreira Massa, quien propone seis puntos básicos para el diagnóstico del autismo, entre los que se encuentran:

- Cuadro clínico se presenta con anterioridad a los 3 años
- A partir de los 5 años se debiera diagnosticar el perfil evolutivo del autismo
- El lenguaje alterado es fundamental
- El aislamiento social y la frialdad afectiva son fundamentales base, éste es el diagnóstico
- Espectro autista: término confuso e impreciso que no aborda el problema

Así mismo presenta una vía para el diagnóstico diferencial del autismo (Gráficas 1 y 2), en la que se puede generar un plan de evaluación que permita diferenciar esta alteración de otras con características generales, teniendo en cuenta los síntomas y antecedentes médicos del evaluado y complementando con la aplicación de los criterios del DSM-IV.

La segunda fase: Aplicación de instrumentos diagnósticos como el *Inventario Diagnóstico de Autismo* (IDEA). La importancia de este instrumento radica en que no solo permite diagnosticar el trastorno, sino también logra describir sus características e identificar el panorama de necesidades desde el cual se tomarán las decisiones de intervención y educación. Este inventario consta de 12 áreas, en cada una de las cuales se contemplan cuatro niveles (ver tabla No 2).

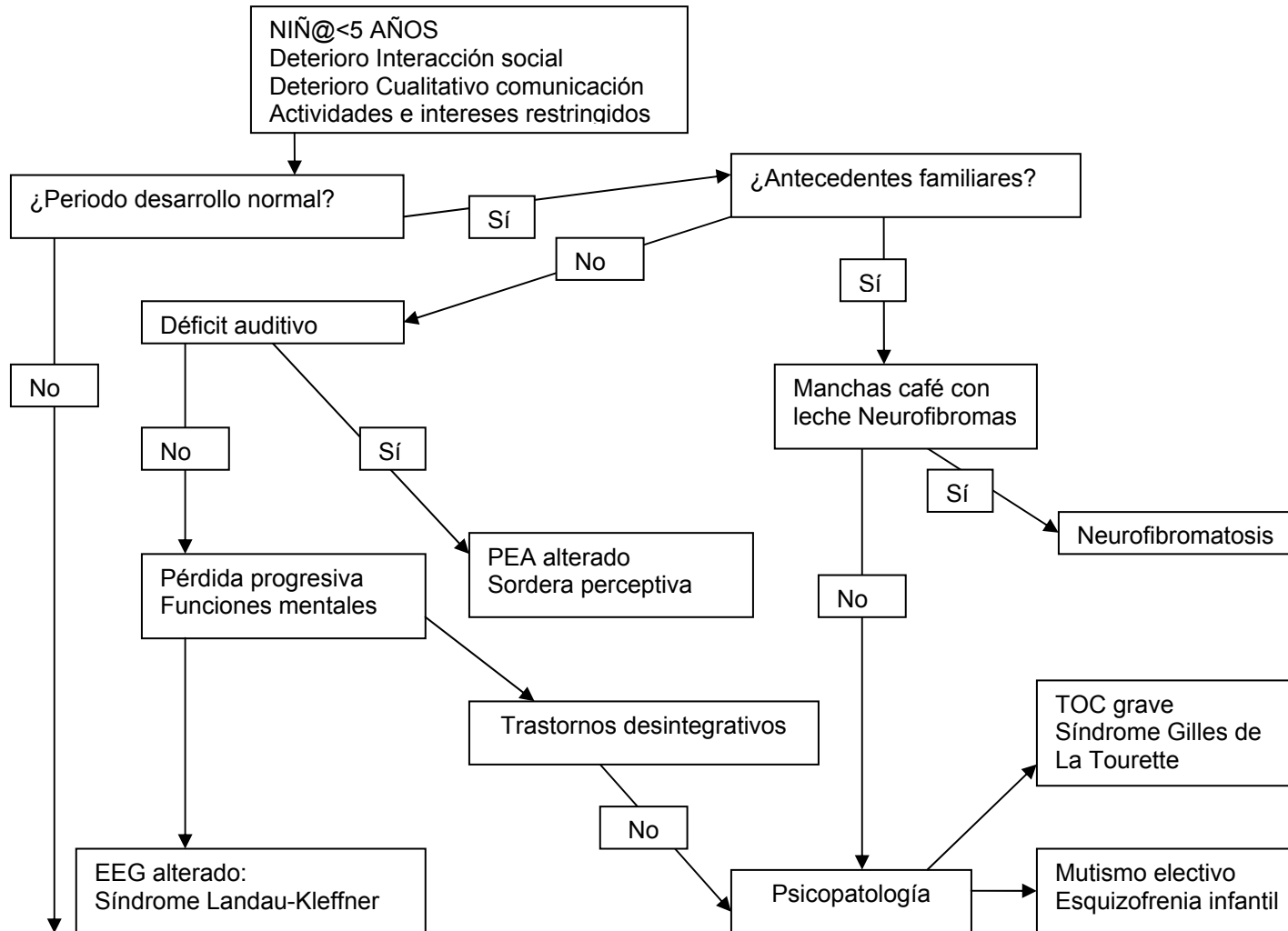
El diagnóstico y la evaluación de los trastornos del espectro autista es un proceso bastante complejo, puesto que requiere de un conocimiento claro sobre los trastornos que incluyen, una experiencia que le permita al evaluador realizar la evaluación con un adecuado nivel de confiabilidad y una formación académica adecuada.

En el proceso de evaluación hemos de tener en cuenta varios aspectos importantes, entre ellos:

- Las fuentes de información: Se hace necesario recolectar información desde los diferentes ambientes en los cuales se mueve el niño, con diferentes métodos: Test ó escalas, entrevistas a familiares y profesores, observación en situaciones diferentes
- Tener en cuenta las dificultades derivadas del síndrome de autismo (inconsistencia de motivación, incomprensión de contingencias, déficit de procesamiento sensorial y atención, probable perfil disarmónico de desarrollo, dificultad de comprensión de reglas sociales básicas, herramientas comunicativas deficitarias...)
- Necesidad de flexibilidad y capacidad de manejo conductual
- Necesidad de observar y recabar información de diversos contextos y de clarificar las posibles discrepancias
- Necesidad de estructuración apropiada de las sesiones
- Tener en cuenta la posible (no frecuente en autismo) ansiedad por separación
- Considerar posible dificultades de reconocimiento por parte de los padres de los problemas (o de su alcance) de su hijo
- Considerar la posible y semiinconsciente actitud parental de directividad excesiva para compensar el frecuente déficit de iniciativas sociales de su hijo
- Considerar la lógica diferencia entre la relación del niño con sus padres y la establecida con el evaluador y la probable diferencia entre la relación con la madre y la relación con el padre
- Conveniencia de plantear a los padres preguntas abiertas, concretas, referidas a situaciones cotidianas (no de sí-no, para que juzgue el evaluador)
- Conveniencia de utilización del vídeo y grabación de la sesiones
- Conveniencia de la presencia de algún padre en las sesiones clínicas
- Tener en cuenta posible desconocimiento parental sobre algún aspecto planteado (por ejemplo, relación o interés en otros niños)
- Considerar la dificultad e incluso imposibilidad de evaluación en contexto clínico de algunos aspectos conductuales (por ejemplo, rutinas)
- Tener en cuenta la posible influencia negativa del contexto clínico en algunas conductas espontáneas (por ejemplo, juego, comunicación)

Gráfica 1. ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA EN EL AUTISMO INFANTIL/1

Tomado de: Massa, P. Diagnóstico diferencial del autismo infantil. En: El Espectrum Autista



Gráfica 1. ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA EN EL AUTISMO INFANTIL/2

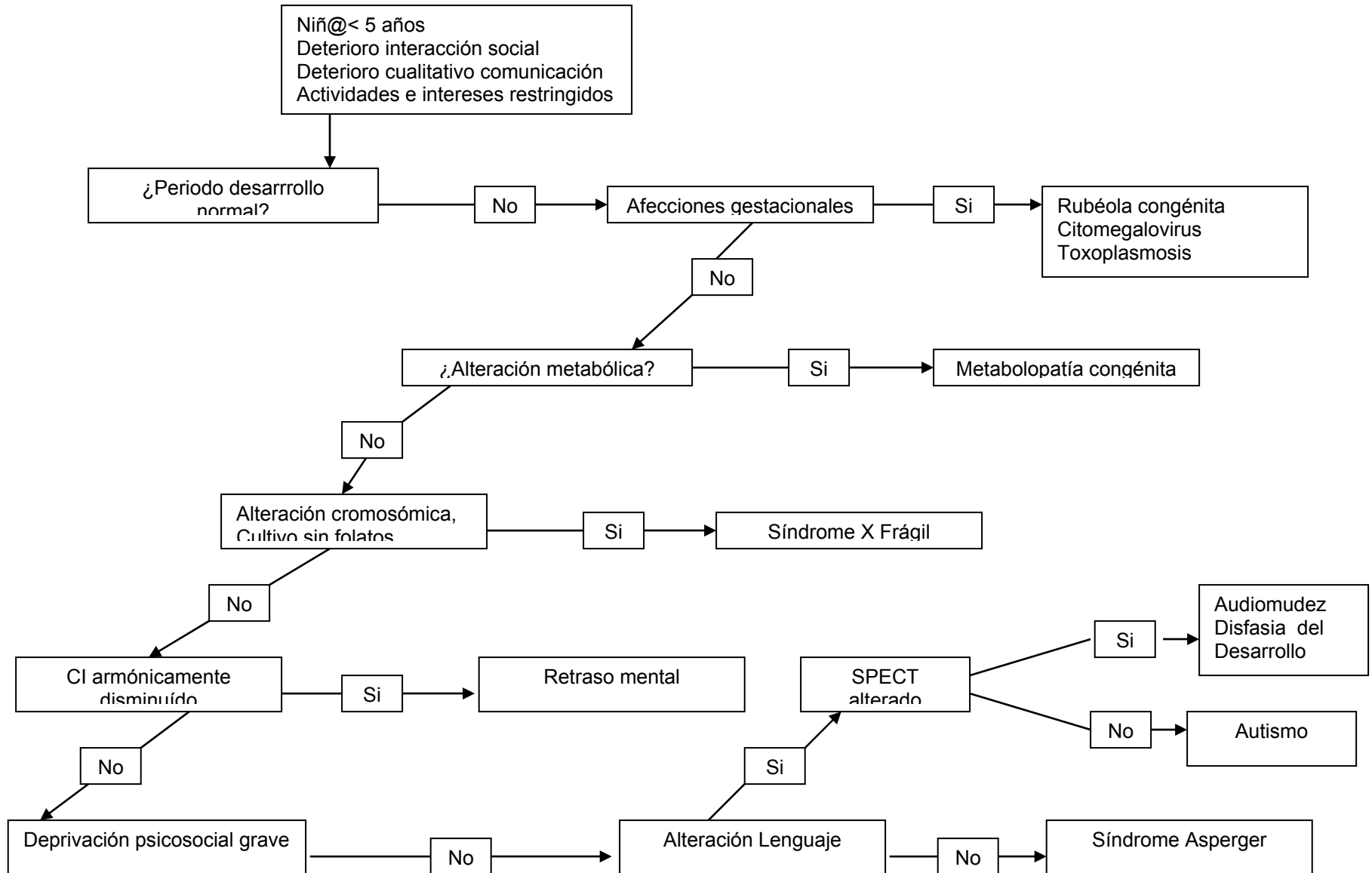


Tabla No 1. Estadios Evolutivos Clínicos del Trastorno de Rett			
Etapas	Inicio	Duración	Características
1	6 a 18 meses	Meses	<ul style="list-style-type: none"> – Enlentecimiento del desarrollo psicomotor y del crecimiento cefálico. – Disminución del interés por el juego.
2	1 a 3 años.	Desde algunas semanas a meses	<ul style="list-style-type: none"> – Etapa de regresión rápida, deterioro del comportamiento, con pérdida de la utilización voluntaria de las manos, y la aparición de estereotipias. – Crisis convulsivas. – Manifestaciones autistas y pérdida del lenguaje. – Comportamiento autoestimulante, insomnio y motricidad torpe.
3 Etapa de Estabilización Aparente.	2 a 10 años	De meses a años	<ul style="list-style-type: none"> – Retraso mental severo. – Regresión de los rasgos autistas, con una mejoría del contacto. – Crisis convulsivas. – Estereotipias manuales características: lavado de manos. – Espasticidad, ataxia, apraxia. – Disfunciones respiratorias.
4	Después de los 10 años	De años a décadas	<ul style="list-style-type: none"> – Deterioro motor tardío. – Pérdida de la capacidad motora. – Escoliosis, atrofia muscular, rigidez. – Síndrome piramidal y extrapiramidal marcado. – Retardo en el crecimiento con ausencia de lenguaje. – Mejora del contacto visual. – Crisis convulsivas menos severas. – Alteraciones tróficas.

Tabla No 2. Inventario Diagnóstico de Autismo (IDEA).				
Areas	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<i>1.Trastornos cualitativos de la relación social</i>	<i>Impresión clínica de aislamiento completo y profunda soledad “desconectada”</i>	<i>Impresión definida de soledad e incapacidad de relación, pero con vínculo establecido con los adultos.</i>	<i>Relaciones infrecuentes, inducidas, externas o unilaterales con iguales.</i>	<i>Hay motivación definida de relacionarse con iguales.</i>
<i>2.Trastornos cualitativos de las capacidades de referencia conjunta.</i>	Ausencia completa de acciones conjuntas o intereses por las otras personas y sus acciones.	Realización de acciones conjuntas simples sin miradas significativas de referencia conjunta.	Empleo más o menos esporádico de miradas de referencia conjunta en situaciones interactivas muy dirigidas. No hay miradas cómplices en situaciones más abiertas.	Pautas establecidas de atención y acción conjunta. Sin embargo pueden escaparse muchas redes sutiles de gestos y miradas en situaciones interactivas, especialmente cuando éstas son abiertas y complejas. Además no se comparten apenas “preocupaciones” conjuntas o marcos de referencia comunicativa” triviales con las personas cercanas.
<i>3.Trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas</i>	Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria), atención conjunta y actividad mentalista. Falta de interés por las personas y de atención a ellas.	Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales.	Indicios de intersubjetividad secundaria, pero no de atribución explícita de la mente.	Con conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, y emplean términos mentales. Resuelven al menos, la tarea de Teoría de la Mente de primer orden.
<i>4.Trastornos cualitativos de las funciones comunicativas.</i>	Ausencia de comunicación, entendida como “cualquier clase de relación intencionada con alguien acerca de algo, que se realiza mediante el empleo de significantes.	La persona realiza actividades de pedir mediante conductas de uso instrumental pero sin signos. Pide llevando de la mano hasta el objeto deseado pero no puede hacer gestos o decir palabras para expresar sus deseos. De este modo tiene conductas intencionadas en intencionales pero “no significantes”.	Se realizan signos para pedir: pueden ser palabras, símbolos inactivos, gestos “suspendidos”, símbolos aprendidos en programas de comunicación, etc. Sin embargo sólo hay una comunicación para cambiar el mundo físico. Por lo tanto, sigue habiendo ausencia de comunicación con función ostensiva o declarativa.	Usa conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no sólo busca cambiar el mundo físico. Sin embargo suele haber escasez de declaraciones capaces de “cualificar subjetivamente la experiencia” (es decir, referidas al propio mundo interno) y la comunicación tiende a ser poco recíproca y empática.

Areas	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<i>5.Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo</i>	Ausencia total de lenguaje expresivo (mutismo total o “funcional”).	El lenguaje es predominantemente ecológico o compuesto de palabras sueltas.	Lenguaje oracional. Capacidad de producir oraciones que ya no son predominantemente ecológicas, y que implican algún grado de conocimiento implícito de reglas lingüísticas.	Lenguaje discursivo, aunque tiende a ser lacónico.
<i>6.Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo</i>	“Sordera central”. No responde a órdenes, llamadas o indicaciones lingüísticas de ninguna clase.	Asociación de enunciados verbales con conductas propias (comprende órdenes sencillas).	Comprensión de enunciados. Actividad mental que permite el análisis estructural de los enunciados, al menos parcial, con comprensión extremadamente literal y poco flexible.	Capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje con alteraciones sutiles en procesos de diferenciación del significado intencional del literal, en especial cuando uno y otro coinciden.
<i>7.Trastornos cualitativos de la anticipación.</i>	Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica, como con películas de vídeo. Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	Tener incorporadas estructuras temporales amplias (“curso” versus “vacaciones”). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.
<i>8.Trastornos cualitativos de flexibilidad mental y comportamenta</i>	Predominan las estereotipias motoras simples (balanceos, giros o rotaciones de objetos, aleteos, sacudidas de brazos, giros sobre sí mismo, etc.).	Rituales simples. Suelen acompañarse de resistencia a cambios ambientales nimios y fijación a rituales. Rigidez cognitiva acentuada.	Rituales complejos. Frecuentemente hay apego excesivo a objetos, fijación en itinerarios y preguntas obsesivas. Inflexibilidad mental acentuada.	Nivel 4: Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales, de gama limitada y no relacionados con el mundo social habitual.

Áreas	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
9. <i>Trastornos cualitativos del sentido de la actividad propia</i>	Predominio masivo de conductas sin meta (por ejemplo, carreritas sin rumbo con aleteo) e inaccesibilidad completa a consignas externas que dirijan la acción de la persona con TEA de este nivel. Las conductas de ésta ofrecen la impresión de acciones sin propósito alguno, y que no se relacionan con los contextos en que se producen	Sólo se realizan actividades funcionales ante consignas externas. Tales actividades son breves y no dependen de una comprensión de su finalidad. Los niños y adultos en este nivel pueden ofrecer la impresión de “ordenadores sin disco duro”.	Presencia de actividades “de ciclo largo” (por ejemplo, realizar una tarea con un cierto grado de autonomía, y donde no es necesario un control externo de cada paso), pero que no se viven como formando parte de totalidades coherentes de situación y acción (por ejemplo, un curso), y cuya motivación reside generalmente más en contingencias externas o impresiones de dominio que en el sentido mismo de las tareas.	La persona realiza actividades complejas y de ciclo muy largo (por ejemplo, cursos académicos o actividades laborales complejas), cuya meta precisa conoce, pero no asimila profundamente esas actividades a motivos encajados en una “previsión biográfica” de futuro en un “yo auto-proyectado”.
10. <i>Trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación</i>	Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como cualquier clase de expresiones de competencias de ficción.	Presencia de juegos funcionales (que no implican sustitución de objetos o invención de propiedades) consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales, de forma simple. Los juegos funcionales tienden a ser estereotipados, limitados en contenidos, poco flexibles y espontáneos. Frecuentemente se suscitan “desde fuera”. No hay juego simbólico.	Juego simbólico evocado, y rara vez por iniciativa propia. La persona en este nivel puede tener algunas capacidades incipientes de “juego argumental”, o de inserción de personajes en situaciones de juego, pero el juego tiende a ser producido desde fuera más que espontáneo, y muy escasamente flexible y elaborado en comparación con la edad. Frecuentemente es muy obsesivo. Puede haber dificultades muy importantes para diferenciar la ficción y realidad.	Capacidades complejas de ficción. Las personas con TEA pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles, muy centradas en torno a un personaje por ejemplo. Hay dificultades útiles para diferenciar ficción de realidad, y las ficciones tienden a emplearse como recursos para aislarse.
11. <i>Trastornos cualitativos de la imitación</i>	Ausencia completa de conductas de imitación.	Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	Imitación esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	Imitación establecida. Ausencia de “modelos internos”.

Areas	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
12.Trastornos cualitativos de la suspensión (capacidad de crear significantes)	No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. La comunicación está ausente o se produce mediante gestos instrumentales con personas.	No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos inactivos. Por ejemplo, no hay juego funcional con objetos (ni juego de ficción o niveles más complejos de suspensión).	No se suspenden las propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	No se dejan en suspenso representaciones, para crear o comprender metáforas o estados mentales ajenos o propios que no se corresponden con la realidad.

4. TRASTORNOS COMPORTAMENTALES

4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL

En el marco escolar la frecuente presencia de comportamientos disruptivos, ha llevado a que el sistema educativo necesite del apoyo de diferentes profesionales para brindar asesoría y capacitación a la comunidad educativa en general y de acuerdo con las necesidades específicas, realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los índices de deserción por comportamientos delincuenciales, como consecuencia entre otros factores, de errores en el diagnóstico y la falta de apoyo de las áreas afines nos llevó a proponer el siguiente protocolo para la evaluación de los *Trastornos Comportamentales* como respuesta a una problemática que podría considerarse de salud pública. En este apartado se considerará la clasificación de los trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador de acuerdo con el DSM-IV.

La evaluación de los trastornos comportamentales en niños y adolescentes debe realizarse desde una perspectiva de la psicopatología del desarrollo. Disponer de un marco conceptual que incluya la influencia de los procesos del desarrollo, permite examinar de manera objetiva el funcionamiento emocional y conductual. En el caso de los trastornos comportamentales, este enfoque permite considerar variables como la edad, el desarrollo cognitivo, social y afectivo con el fin de valorar determinada conducta como problema o no. Esta aproximación también permite diferenciar las conductas que se podrían considerar síntomas para ciertos trastornos según la edad de presentación de los mismos.

De acuerdo con el DSM IV (1994) en la *categoría Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia* se ubican los *Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador* que incluyen a su vez los siguientes:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No especificado
- Trastorno Disocial.
- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno de Comportamiento perturbador No especificado

4.1.1 Definición y características del TDAH

El TDAH se refiere una condición que abarca una serie de síntomas que comienzan a aparecer en algunos niños de edad preescolar o en los primeros años escolares y que interfieren severamente en las actividades cotidianas que realiza el niño. La principal característica es la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y marcado que el que puede observarse en otros niños de la misma edad y desarrollo. Estos síntomas generalmente aparecen antes de los 7 años y deben presentarse por lo menos en dos ambientes: en la casa y en el colegio. Debe establecerse con claridad la interferencia de los síntomas en la actividad académica y social del niño (DSM IV).

La inatención se caracteriza por pasar por alto detalles que los llevan a cometer errores por descuido en diferentes tareas. Dificultad para organizar, priorizar y terminar lo que inician.

Se distraen fácilmente con estímulos irrelevantes extravían y olvidan sus útiles y objetos personales al igual que sus tareas.

La hiperactividad se caracteriza por dificultad para permanecer quieto al igual que por exceso de actividad física en situaciones en las cuales se espera un comportamiento diferente y hablan excesivamente.

La impulsividad hace referencia a la dificultad marcada para esperar turnos, aplazar respuestas, atender normas, respetar las pertenencias de los otros y/o medir el peligro.

El DSM IV-RM determina que a partir del patrón sintomático predominante presentado por lo menos durante los últimos 6 meses, pueden establecerse tres subtipos: *Tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo* (el cual no presenta inatención significativa); *Tipo predominantemente inatento* (que no presenta un comportamiento hiperactivo – impulsivo significativo); y el *Tipo combinado* (que presenta los síntomas de los dos anteriores: inatento e hiperactivo – impulsivo).

Por otra parte, Barkley propone un abordaje del TDAH en el que especifica el origen de las dificultades conductuales y cognitivas, en palabras del mismo autor: “El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobre actividad e impulsividad. Normalmente surgen en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las conductas gobernadas por reglas (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos” (Citado por Servera – Barceló, 2005).

Según cita Pineda (1996) el TDAH es el problema de conducta más frecuente en niños en edad escolar. En Estados Unidos este trastorno afecta al 5% de los niños (Bird, 1988). En Colombia desde hace relativamente poco tiempo se están realizando estudios (en ciudades como Medellín, Cali y Manizales) acerca de este problema, que es incluso considerado como significativo de salud pública. Estos estudios han validado y estandarizado instrumentos diseñados para la detección e identificación de diversos trastornos comportamentales.

El TDAH suele estar asociado a otros desórdenes que fácilmente pueden conducir a un error en el diagnóstico. Entre un 20 – 40% de los niños con TDAH presentan además Trastorno Negativista Desafiante (TND), un porcentaje inferior presenta Trastorno Disocial de la Conducta (TDC); entre un 20 – 30% presenta dificultades en el aprendizaje; y en menor proporción trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (National Institute of Mental Health Booklet, Sept, 2004). Este trastorno se describe con más frecuencia en niños que en niñas en una relación de 4 a 1 (Ross y Ross, 1982).

Debe determinarse si los síntomas presentados no se explican por la presencia de otros trastornos como los mencionados anteriormente, por lo cual debe hacerse un diagnóstico adicional que permita diferenciar los dos cuadros clínicos.

4.1.1.1 Criterios Diagnósticos para el TDAH

El DSM IV y la CIE – 10 establecen criterios semejantes para el diagnóstico del TDAH; sin embargo, la CIE – 10 establece unas categorías más estrictas en las cuales se diferencian más claramente los trastornos comportamentales de los atencionales. El DSM IV determina que se requieren de al menos seis síntomas de inatención o seis de impulsividad – hiperactividad para poder establecer un diagnóstico. La CIE – 10 determina que se deben presentar “al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En vez de simplificar el trastorno sobre la base del tipo

predominante, la CIE – 10 especifica esta entidad en función de un posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial”. Los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad establecidos en el DSM IV son:

Criterio A1. Inatención

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no estar escuchando cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Criterio A2. Hiperactividad/Impulsividad

Seis o más de los siguientes síntomas de Hiperactividad – Impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.

Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes, por ejemplo, en la escuela y en la casa.

Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Criterio E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastornogeneralizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad.)

Si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses el diagnóstico a establecer es: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado.

Si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses el diagnóstico a establecer es: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

Si se satisface el criterio A2 pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses el diagnóstico a establecer es: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo.

4.1.1.2 Teorías explicativas del TDAH: Factores etiológicos y de mantenimiento

Diferentes estudios brindan mayor importancia a factores genéticos y neurobiológicos como causantes del trastorno. Existe poca evidencia que apoye factores sociales como prácticas de crianza poco adecuadas como detonantes del TDAH. El National Institute of Mental Health (2004), resume las principales causas así:

Factores genéticos: Estudios han demostrado que cerca de un 25% de padres con TDAH tienen hijos con el mismo trastorno; lo anterior pudo ser corroborado por Carlson y otros en 1987 (Citado por Ayora, 2004). Rietveld y colaboradores (Citados por Cardo y Servera-Barceló, 2005) realizaron un estudio longitudinal con gemelos y encontraron una clara influencia genética en los síntomas de inatención e hiperactividad tanto en niños como en niñas, al igual que una frecuencia más alta de problemas de conducta en niños.

Factores neurobiológicos:

-Neurobioquímicos: Se ha encontrado en estudios radiológicos una disminución del flujo sanguíneo regional y del metabolismo de la glucosa a nivel frontal (áreas promotoras y prefrontales). Otros estudios informan bajos niveles de dopamina, baja actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha (ésta, en conjunto con la zona paralímbica anterior intervienen en el control voluntario de la conducta y en la regulación de la motivación). Estos hallazgos son consistentes con los resultados de evaluaciones neuropsicológicas que demuestran dificultad en la inhibición voluntaria de la conducta e impulsividad.

-Neuroanatómicos: Se han descrito alteraciones estructurales estadísticamente significativas como menor tamaño de la región anterior del lóbulo frontal, de la parte posterior del cuerpo calloso y del núcleo caudado, al igual que menor asimetría en los ganglios basales en pacientes con TDAH. Otros estudios también sugieren que estos pacientes tienen un volumen cerebral total más pequeño en comparación con niños que no tienen el trastorno (Flick, G., 1998).

-Neurofisiológicos: Los hallazgos de diferentes estudios permiten afirmar que en los niños con TDAH presentan una disminución en la actividad de la corteza cerebral generalizada. También se observa con frecuencia una disminución en el volumen de la corteza prefrontal derecha al igual que una menor actividad eléctrica, un menor flujo sanguíneo, y una alteración en la disponibilidad de dopamina y noradrenalina en el núcleo estriado, el cuerpo calloso y el cerebelo derecho (Servera – Barceló, 2005).

-Neuropsicológicos: Diversos autores plantean una alteración en la actividad de los lóbulos frontales lo cual interfiere en la atención, funciones ejecutivas y en el control de impulsos (Pineda y Rosselli, 1998; Flick, 1998).

Pineda y Rosselli (1997) plantean que los componentes clínicos del TDAH involucran los sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos como son las estructuras complejas: la formación reticular en el tallo cerebral que modula la vigilia o alerta; la corteza temporal y parietal con el cuerpo estriado en el proceso de focalización de la atención para estímulos externos, los lóbulos temporal y parietal para mantener la atención y focalizarla y los

hemisferios derecho e izquierdo contribuyen en el proceso atencional, siendo el derecho preferente para esto. Las anteriores estructuras están comprometidas por una disfunción, al igual que los lóbulos prefrontales ya que están conectadas con la formación reticular, el tálamo y las cortezas parietal y temporal que integran el sistema atencional.

La alteración en las funciones de los lóbulos frontales reflejada en tareas con contenido verbal, fluidez verbal fonológica, índice de la organización de la memoria verbal entre otros, ha permitido sugerir que el trastorno “consiste en un retardo en el desarrollo de las funciones ejecutivas que se podría llamar “disfunción ejecutiva infantil”, Rosselli y otros (1997).

Por otra parte, Ayora (2004) establece factores biológicos basados en hallazgos inespecíficos como problemas en el embarazo y parto, retraso en la aparición de pautas de desarrollo motor, mala coordinación y torpeza motora. Sin embargo, Cardo y Servera – Barceló (2005) establecen que las correlaciones entre factores perinatales y neurológicos son poco claras al explicar el TDAH pero concluyen que estos factores permiten diferenciar un TDAH severo de uno moderado. También concluyen que el “poder predictivo” de estos factores es modesto y no permite tener claridad entre los correlatos evolutivos de la hiperactividad y las dificultades de aprendizaje.

Factores Ambientales: Se ha encontrado una correlación positiva entre el consumo de alcohol y cigarrillos durante el embarazo y riesgo para TDAH. Linnet y otros (citados por Cardo y Servera-Barceló, 2005) realizaron un estudio sobre factores prenatales asociados al TDAH y concluyeron que problemas prenatales como hipertensión, tratamiento con fármacos, consumo de nicotina, alcohol, eventos estresantes se relacionan con el TDAH. Estos hallazgos fueron corroborados en estudios posteriores en Estados Unidos, Holanda e Inglaterra (Cardo y Servera-Barceló, 2005). También existe probabilidad (alrededor del 5%) de desarrollar el trastorno por elevados niveles de plomo (pintura) encontrados en niños de edad preescolar, lo cual fue comprobado en la década de los 70 por Rutter (Citado por Ayora, 2004).

Factores socio culturales: En diferentes estudios sobre epidemiología del TDAH citados por Cardo y Servera-Barceló (2005) se pudo concluir que el bajo nivel socio cultural de los padres junto con el sexo masculino de los hijos pueden constituir un factor de riesgo para el TDAH. Cabe anotar que los factores socio culturales más que incidir en la etiología del trastorno, determinan su evolución y pronóstico. Un estudio realizado por Bond y McMahon en 1984 concluye que los problemas severos de conducta y los problemas de autoestima se relacionan con éstos (Ayora, 2004).

En su evolución, las características clínicas del TDAH tienden a mejorar con el desarrollo del niño pero en algunos casos, alrededor de un 2%, continúan presentando los síntomas en la adolescencia y/o adultez ya que no hay continuidad con el tratamiento o por presentar una forma severa del síndrome. Los adultos que presentan el trastorno constituyen un factor de riesgo mayor para desarrollar problemas de adicción a sustancias psicoactivas, desórdenes afectivos y conductas antisociales (Ardila y Rosselli, 1997).

En la edad escolar se observa: intranquilidad motora, pataletas o berrinches, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, agresividad y problemas de atención. En la adolescencia los síntomas están presentes en un 70% de los casos, siendo más notorio la agresividad e impulsividad que la hiperactividad que suele reducirse.

En cuanto a condiciones asociadas, resultados de diferentes estudios citados por Ayora (2004) permiten afirmar que el TDAH se presenta en proporciones elevadas asociado a otros trastornos: con depresión mayor en un 30%, con trastornos por ansiedad en un 25%,

conducta disocial entre un 20% y 40% y con problemas de aprendizaje en un 20%. Es fundamental determinar la comorbilidad del síndrome por su influencia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del TDAH. Según este autor: “Los altos niveles de comorbilidad se han encontrado en países pertenecientes a diferentes culturas, en estudios realizados sobre población general, así como población clínica, dando lugar a que los investigadores consideren el TDAH como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potenciales diferentes”(Ayora, 2004).

4.1.2 Definición y Características del Trastorno Negativista Desafiante – TND-

De acuerdo con el DSM IV, el TND es una condición que implica necesariamente un patrón de comportamiento reincidente dirigido a figuras de autoridad y que se caracteriza principalmente por hostilidad, desafío, falta de cooperación y que sobresale al ser comparado con el de otros niños de su misma edad y nivel de desarrollo afectando la vida social, familiar y académica del niño.

Se ha observado que el TND prevalece entre quienes durante los años escolares tienen temperamentos problemáticos o una gran actividad motora. Durante los años escolares puede haber baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales.

Las principales características de este trastorno son: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafío activo a la autoridad o negativa a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevan a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, acusan a otros de sus propios errores, son quisquillosos y se sienten fácilmente molestados por otros, muestran resentimiento, rencor y deseo de venganza. El TDAH es común en niños con TND al igual que trastornos de aprendizaje y de comunicación.

Los síntomas aparecen por primera vez en edad preescolar, cuando las conductas observadas pueden ser normales. En esta etapa es difícil diferenciar lo que es una conducta de oposición normal de la patológica. Sin embargo, se evidencian conductas persistentes que no desaparecen pasando esta edad como rabietas, peleas, conductas destructivas y desafiantes, marcada oposición a la autoridad y mentir de manera sistemática. En este caso las anteriores conductas resultan discapacitantes en la escuela, con los compañeros de clase y la familia lo cual hace importante considerar un diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante.

La tercera parte de los niños con trastornos emocionales o de conducta presentan un TND, lo cual hace de este trastorno uno de los más frecuentes en trastornos de la conducta en la adolescencia (Dean y Parmelee, 1998)

El TND es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, pero en la adolescencia es más alta la prevalencia en niñas que en niños.

4. 1.2.1 Criterios diagnósticos para el TND

El diagnóstico para este trastorno se basa exclusivamente en los criterios establecidos por el DSM IV que recogen diferentes escalas comportamentales validadas en varios países, entre ellos Colombia.

El TND recoge síntomas menos severos que los planteados para el trastorno disocial de la conducta; la diferencia fundamental que plantea el DSM-IV es en relación con la agresión a personas y animales, destrucción de bienes ajenos y una historia de fraudes y robos, los cuales no se presentan en este desorden. En relación con lo anterior, la CIE-10 plantea

criterios diagnósticos más severos para este trastorno, en el sentido en que el TND (o Trastorno Oposicional Desafiante) se considera un subtipo del trastorno disocial (DSM IV). Los síntomas de este trastorno pueden estar asociados a los desórdenes del estado de ánimo y a trastornos psicóticos de niños y adolescentes y no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico; igualmente es una condición que frecuentemente acompaña al TDAH, casos en los que sí se deben establecerse los dos diagnósticos por separado. Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV para este desorden son:

Criterio A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, presentando cuatro o más de los siguientes comportamientos, únicamente si se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en personas con edad y nivel de desarrollo comparables:

- A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- A menudo discute con adultos.
- A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- A menudo es colérico y resentido.
- A menudo es rencoroso o vengativo.

Criterio B. El problema de conducta provoca un deterioro significativo en la actividad social, académica o laboral.

Criterio C. Los síntomas anteriores no se explican por la presencia de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.

Criterio D. No se cumplen los criterios para el Trastorno Disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los criterios de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

4.1.2.2 Teorías explicativas del TND: Factores etiológicos y de mantenimiento

La etiología del TND no es certera, pero algunos estudios realizados han encontrado que los padres biológicos de estos niños consumen sustancias psicoactivas (SPA) y tienen trastornos antisociales. Los hijos perciben a sus padres como sobreprotectores, poco afectuosos, con fallas en su autonomía y problemas de control y comunicación. (Dean y Parmelee, 1998)

Existen dos principales teorías que ofrecen una explicación para la aparición y evolución del TND (Dean y Parmelee, 1998). Una teoría evolutiva plantea que los problemas comienzan entre los dos y tres años por dificultad en la aceptación del proceso de separación de su principal figura de apego que lo lleva a desarrollar independencia y autonomía.

La teoría del aprendizaje por su parte, sugiere que las características negativistas propias del TND son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de técnicas de refuerzo negativo empleadas por padres y demás figuras de autoridad.

En familias donde el padre o la madre han tenido historia de trastornos en el estado de ánimo, de conducta o por déficit de atención, existe una alta probabilidad de que los hijos presenten TND (DSM IV). Igualmente, en aquellas familias en las que existen conflictos conyugales severos es más frecuente encontrar niños con TND. Puede decirse también que

prácticas de crianza poco coherentes, inconsistentes y con técnicas de refuerzo negativo detonarán y mantendrán más fácilmente un trastorno negativista desafiante.

El TND se ha encontrado asociado a otros trastornos como el TDAH y el TDC. Algunos estudios realizados indican que el TND puede predecir en algunos casos (pocos) un TDC; una gran mayoría de casos no desencadenan en TC. El mayor indicativo de un TND para evolucionar a TDC es la agresividad física. Los niños con TND tienen trastornos interiorizados asociados como son el trastorno por separación, el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor; éstos pueden pasar fácilmente desapercibidos ya que se destacan las conductas de oposición y desafío (Dean y Parmelee, 1998).

4.1.3 Definición y Características del Trastorno Disocial de la Conducta –TDC-

De acuerdo con el DSM IV, el Trastorno Disocial de la Conducta se define como la alteración del comportamiento, que se manifiesta de una manera antisocial desde la infancia, y que se refleja en una serie de violaciones de normas que no son propias de la edad, como enfrentamientos con otros niños; escaparse de clase, etc, y que son consideradas más allá de la rebeldía infantil y del adolescente. Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales, escolares que las van a potenciar. Aunque aparecen en etapas infantiles pueden continuar y se amplían en la edad adulta. Afecta más a los niños que las niñas y suele ir precedido del trastorno negativista desafiante que aparece con mayor frecuencia en los años preescolares, mientras que el trastorno de conducta aparece en adolescentes. Las conductas disociales son probablemente el resultado de condiciones adversas dirigidos a resolver los problemas de manera conflictiva (destrucción de la integridad personal, desprecio por la vida, corrupción, ambición y consumo de sustancias psicoactivas). En la actualidad muchos jóvenes, generalmente hombres, si bien no llegan a la psicopatía clásica, presentan algunas de estas características: narcisismo, ausencia de conciencia social, impulsividad y consumo de SPA (Sánchez, 1986). Cabe anotar que en relación con la edad de inicio del trastorno se pueden diferenciar dos subtipos (DSM-IV): *Tipo de inicio Infantil* (presenta al menos uno de los síntomas antes de los 10 años.); *Tipo de inicio adolescente* (ausencia de síntomas antes de los 10 años). Los dos subtipos se pueden categorizar de acuerdo con la intensidad y persistencia de los síntomas en leve, moderado y grave. De los dos subtipos tiene mejor pronóstico el segundo.

4. 1.3.1 Criterios Diagnósticos para el TDC

Al igual que en el TND, el diagnóstico para el TDC se basa exclusivamente en los criterios establecidos por el DSM IV que recogen diferentes escalas comportamentales estandarizadas y validadas a nivel mundial y recientemente en Colombia.

Los síntomas del Trastorno Disocial van unidos a un tipo de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de las personas, así como las normas sociales propias de la edad. Suelen manifestarse junto con otros trastornos de la salud mental como trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumático, abuso de drogas, trastornos del aprendizaje, etc. La edad en que inicia es alrededor de los 15 años.

De acuerdo con el DSM IV, los síntomas más frecuentes van acompañados de los siguientes comportamientos: *comportamiento agresivo* hacia personas y animales sin afectarse emocionalmente (suele utilizar armas y demuestra crueldad con personas y animales); *comportamiento destructor*, se caracteriza por vandalismo a bienes y propiedades ajenas cuyo objetivo es el de causar el mayor daño posible; *falsedad y engaño*, utiliza la mentira para obtener lo que desea; y *violación de reglas*.

Dos aspectos que deben considerarse al establecer un diagnóstico son la frecuencia y la intensidad con la que ocurren los síntomas.

Los criterios establecidos por el DSM IV para el diagnóstico del Trastorno Disocial de la Conducta son:

Criterio A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos fundamentales de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de al menos tres de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales:

- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- A menudo inicia peleas físicas.
- Utiliza armas que pueden causar daño físico grave a otros.
- Ha manifestado crueldad física con personas.
- Ha manifestado crueldad física con animales.
- Ha robado enfrentándose a la víctima.
- Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad:

- Ha provocado deliberadamente incendios con el fin de causar daños graves.
- Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo:

- Ha violentado la casa, o el automóvil de otra persona.
- A menudo miente para obtener bienes, favores o evitar obligaciones.
- Hurta objetos de valor relativo sin enfrentarse a la víctima.

Violaciones graves de normas:

- Con frecuencia permanece fuera de la casa en la noche a pesar de las reglas paternas, iniciando antes de los 13 años de edad.
- Se ha escapado de la casa en la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres.
- Suele hacer novillos (pandillas) en la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

Criterio B. El TDC provoca un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Criterio C. Si el individuo tiene 18 años o más y no cumple con los criterios de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Debe especificarse el tipo en función de la edad de inicio (infantil o adolescente) y la gravedad (leve, moderada o grave).

4. 1.3. 2 Teorías explicativas del TDC: Factores etiológicos y de mantenimiento

Existen diferentes teorías que explican la aparición del Trastorno disocial de la conducta. Una teoría neurológica plantea la relación entre el trastorno disocial de la conducta y una disfunción del lóbulo frontal (Pineda y Puerta, 1998). Por otra parte, las teorías del aprendizaje enfatizan en la repetición de los patrones de comportamiento agresivo de los padres por parte de los hijos que desarrollan el trastorno. Algunos autores plantean un modelo en el que se consideren factores biológicos y sociales como detonantes del trastorno disocial. La corriente psicológica – sociológica o humanista enfatiza en los factores ambientales como causa principal de la violencia (Puerta y Pineda, 1997).

El consumo de alcohol genera conductas delincuenciales produciendo desinhibición comportamental, manifestándose en forma extrema en personas con problemas cerebrales conduciendo a la violencia familiar y al crimen callejero.

Sánchez (1986) plantea que los niños con modelos paternos desviados tienen mayores probabilidades de asumir conductas delincuenciales o antisociales. Plantea igualmente la dificultad para establecer las razones por las cuales estos padres, a su vez, llegaron a adquirir estas conductas patológicas: si es debido a una predisposición genética o qué tanto es aprendido; también es difícil esclarecer cómo y cuando se detonan estas conductas anómalas si son genéticamente codificadas.

El mismo autor hace énfasis en la interacción de diferentes factores que pueden determinar la aparición y el mantenimiento de este trastorno: el bajo nivel socioeconómico y cultural de los padres, la desaparición de la familia extensa ya que ésta es considerada como un factor de protección, la elevada tasa de mortalidad en grupos de sexo masculino en edades jóvenes ya que puede incrementar en forma directa el número de hogares con ausencia de figura paterna (Ministerio de Salud de Colombia, 1995).

El entorno social no solo es analizado como un factor de riesgo sino como efecto de la conducta disocial, específicamente en relación con el alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas. La violencia, la desintegración familiar, la dificultad en la comunicación intrafamiliar y la falta de apoyo al interior de la familia traen como consecuencia un aumento significativo en la probabilidad de adquirir conductas disociales, consumo de SPA y desarrollar diversos trastornos mentales (Ministerio de Salud de Colombia, 1995).

Algunos autores dan importancia a la interacción entre los factores biológicos y sociales para explicar el trastorno y no los conciben como excluyentes entre sí. (Sánchez, 1986). Algunos estudios sociológicos concluyen que cuando la violencia se presenta en la familia necesariamente algunas de las conductas son aprendidas de los padres, aunque este modelaje no es una explicación suficiente. Esta hipótesis sobre el origen social de la conducta agresiva ha sido criticada pues muchos casos de violencia recurrente no pueden ser explicados de tal manera que tengan una motivación o un origen exclusivamente social. Tampoco existe un factor biológico o neurológico único para determinar la presencia de comportamientos disociales. Ardila y Bateman en 1995, realizaron una investigación de tipo epidemiológico y relacionaron algunos factores asociados al consumo de SPA: trauma encefálico, historia de accidentes automovilísticos, intentos de suicidio e ideación suicida. Estas hipótesis investigadas indican que los trastornos comportamentales resultarían de la interacción de diferentes influencias y factores: pobreza, estructura familiar débil, características parentales, expectativas negativas en la interacción social, consumo de alcohol y otras SPA, trastornos neurológicos, TDAH y otros trastornos neurológicos.

Deben considerarse causas multifactoriales que detonen el trastorno. El National Institute of Mental Health resume las más significativas:

- Disfunción del lóbulo frontal del cerebro lo cual interfiere en la planificación y evitación de riesgos y en el aprendizaje de experiencias negativas.
- Predisposición genética, generalmente en la historia familiar se encuentran casos de esquizofrenia, trastornos de la personalidad y trastornos del estado de ánimo.
- Trastorno por déficit atencional e hiperactividad asociado.
- Disfunción y violencia intrafamiliar.
- Rechazo social por parte de su grupo de pares.
- Bajo nivel socioeconómico de la familia y necesidades de todo tipo.
- Comportamiento agresivo o violencia previa. Algunas veces unido a situaciones de abuso físico o sexual, donde ellos han sido las víctimas.
- Consumo de sustancias psicoactivas o de alcohol, o de ambos.
- Presencia de armas de fuego en la casa.
- Convivencia con delincuentes.

La socialización de la conducta agresiva debe ser paulatina a fin de equilibrarla poco a poco sin suprimirla y teniendo en cuenta que ciertos niveles de agresividad son indispensables para lograr un buen ajuste en la infancia y en etapas posteriores de la vida (Clarizio y Mc Coy, 1981). Sin embargo, para que los niños lleguen a ser adultos socializados deben aprender a canalizar sus impulsos agresivos en actividades que no atenten contra la integridad de las personas, buscando otros medios para su expresión.

4.2 ASPECTOS NEUROCOGNITIVOS EN LOS TRASTORNOS COMPORTAMENTALES

Diferentes estudios ayudan a comprender el sustrato neurológico de los trastornos comportamentales (TC) en general, en especial aquellos que muestran las regiones cerebrales que se activan durante la realización de una tarea cognitiva. Específicamente se sabe que el circuito frontoestriatal es una parte esencial del sustrato biológico de las *funciones ejecutivas*, constructo teórico sobre el que numerosas investigaciones intentan explicar los mecanismos alterados en los TC. Esta se define como “una compleja cadena de operaciones mentales encargada de establecer metas, organizar simultánea y secuencialmente, iniciar, monitorear, modificar flexiblemente y supervisar de manera conciente y dirigida la actividad cognoscitiva; eso quiere decir que representan una especie de supraordenador mental”. (Pineda y otros, 1997).

Los hallazgos de diferentes investigaciones han dado lugar al planteamiento de teorías que establecen la existencia de varias redes neurales distribuidas en regiones corticales y subcorticales que funcionan simultáneamente y permiten procesar más rápida y eficazmente la información además de una adecuada planeación y ejecución de las conductas humanas (Sánchez, 2004). De esta manera, pueden destacarse diferentes regiones cerebrales para una función cognitiva; la función ejecutiva tiene como sustrato neuroanatómico la corteza prefrontal y sus conexiones con los ganglios basales. Estas conexiones subcorticales implicadas en el circuito prefrontal dorsolateral parten de las áreas 9 y 10 de Brodman, en la convexidad del lóbulo frontal, y conectan con la región dorsolateral de la cabeza del caudado. Las eferencias desde el caudado, vía directa o indirecta, son recibidas por los núcleos talámicos ventral anterior y mediodorsal (Sánchez, 2004). Cabe anotar que el proceso de maduración que determina el desarrollo de las diferentes funciones cognitivas varía entre los individuos y de igual forma de acuerdo con cada función cognitiva. De esta manera, la función ejecutiva al agrupar una serie de funciones cognitivas es de las últimas en desarrollarse por completo, ya que gran parte de su asiento anatomofuncional reside en los

lóbulos frontales y sus conexiones, áreas cuya mielinización no se completa hasta la tercera década de la vida (Sánchez, 2004).

En el TDAH se ha podido establecer una marcada dificultad en 3 componentes esenciales de la función ejecutiva relacionada con una disfunción en la corteza prefrontal: *integración temporal, memoria de trabajo e inhibición* (Capilla y otros, 2005). Es importante resaltar que la memoria de trabajo es uno de los ejes principales de la función ejecutiva, puesto que forma parte de la inteligencia fluida que permite la resolución de problemas y la capacidad del individuo para el razonamiento general. “Es esencial para la manipulación consciente y temporal de la información necesaria para desarrollar operaciones cognitivas complejas como la comprensión del lenguaje y el razonamiento” (Pineda y otros, 2005). También controla la corteza cerebral en relación con el almacenamiento de la memoria y es el sistema general que guía el comportamiento y las interacciones entre los diversos procesos mentales (Pineda et al, 1999).

Otros estudios que también han demostrado una alteración en la actividad de los lóbulos frontales resultante en un trastorno de la función ejecutiva han sido los desarrollados por Denckla (1989), especialmente en los niveles atencionales: atención tónica, sostenida o dirigida (atención intelectual) y la atención dividida.

Al respecto Dennis (1991) afirma que los sistemas de los lóbulos frontales participan en funciones de atención, inhibición, automonitoreo y regulación de los componentes sociales del lenguaje y que estas áreas se encuentran afectadas en los niños con TDAH. En las pruebas neuropsicológicas realizadas a niños con este trastorno se han observado dificultades en tareas que involucran la función ejecutiva. Pineda (1998) realizó un estudio en Colombia y encontró que el factor primordial en niños con TDAH era la carencia de un ordenador flexible de la información conceptual o abstracta, mientras que los factores de organización perceptual espaciotemporal, atención sostenida, atención dividida y planificación por ensayo y error eran similares a los de los niños normales. Estos hallazgos permiten establecer que la ejecución en las pruebas que evalúan las funciones ejecutivas de los lóbulos frontales con contenido verbal se encuentran mayormente alteradas, como son las pruebas de fluidez verbal fonológica y la de índice de organización de la memoria verbal entre otras. Por lo cual podría decirse que el TDAH es un retardo en el desarrollo de la función ejecutiva y se le podría denominar como “disfunción ejecutiva infantil” (Castellanos, 1994 y Hynd, 1993).

Existen diferentes abordajes respecto a la función ejecutiva; al respecto, el modelo de autorregulación de Barkley brinda un abordaje explicativo integral del TDAH que cuenta con gran aceptación dentro de la comunidad científica. Este autor propone que la capacidad de control inhibitorio es el proceso cognitivo sobre el que recae la función ejecutiva. “El control inhibitorio describe la capacidad de inhibir las respuestas precipitadas (inhibición de la impulsividad), la flexibilidad cognitiva o capacidad para inhibir respuestas en marcha y el control de la interferencia de estímulos irrelevantes” (Sánchez, 2004).

El modelo de autorregulación enfatiza en la dificultad que tienen los niños con TDAH para generar Conductas Gobernadas por Reglas (CGR), las cuales están estrechamente relacionadas con el autocontrol y con la internalización del lenguaje: *Los objetivos (intencionalidad) y consecuentes de la conducta dependen de estímulos verbales*. Es decir, el control de la conducta no se encuentra en el ambiente sino al “interior” del individuo y éste depende del lenguaje. Servera (2005) explica que este control conductual evolutivamente ocurre primero a partir de la influencia del adulto, posteriormente cuando se logra la

internalización del lenguaje el niño puede asumir dicho control. En este proceso puede afirmarse que el lenguaje cumple una función reguladora de la conducta humana y para que este proceso pueda ser eficaz éste debe haberse internalizado previamente. Barkley concluye que el TDAH implica un retraso en los procesos de maduración que permite el control o autorregulación conductual (Servera, 2005).

En síntesis, y en palabras de su autor, el modelo de autorregulación es *“una teoría de las funciones del lóbulo pre frontal o, en su caso, del sistema de las F.E. El modelo se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, la autorregulación y las Funciones Ejecutivas”* (Servera, 2005).

La inhibición conductual incluye tres procesos: La capacidad para inhibir respuestas prepotentes; la capacidad para detener patrones de respuesta habituales y permitir una demora en la toma de decisión; el control de la interferencia en este período de demora. Solo cuando el niño es capaz de ejercer control motor sobre sus acciones, de establecer períodos de demora en los que evalúa la conveniencia de sus acciones y toma una decisión sobre su conducta es que madura la autorregulación.

Por otra parte, Barkley define la autorregulación como sinónimo de autocontrol e implica una o varias respuestas que pueden alterar la probabilidad de que ocurra una respuesta que se espera ante un evento. Este autor hace énfasis en que en la autorregulación la conducta se centra más en el individuo que en el evento, puesto que esta implica varios procesos como: trabajo para resultados a largo plazo, organización temporal de las consecuencias de la conducta para anticiparse hacia el futuro. Es importante recalcar la importancia de esta organización temporal de la conducta puesto que *“la demora entre el estímulo y la conducta de responder es el espacio de acción de las Funciones Ejecutivas de control”* (Servera, 2005).

Las Funciones Ejecutivas abarcan varias acciones autodirigidas que un individuo emplea para autorregularse. Barkley contempla cuatro en su modelo, las cuales tienen como objetivo internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro para maximizar a largo plazo los beneficios para el individuo:

- **Memoria de trabajo no verbal.** Esta interioriza las actividades sensorio motoras, se refiere tanto a la representación sensorial de los eventos como a todo el proceso de respuesta conductual – resultado y su efecto sobre nosotros mismos.
- **Memoria de trabajo verbal o habla internalizada.** Parte del concepto de la internalización del lenguaje propuesto inicialmente por Vigotsky. Implica el *“proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento a través del lenguaje”*. (Servera, 2005).
- **Autocontrol de la activación, la motivación y el afecto.** Surgen a partir de la teoría planteada por Damasio de los marcadores somáticos. El individuo debe activar los tonos afectivo y emocional (los cuales se encuentran presentes en las acciones cognitivas), en las conductas orientadas hacia un objetivo.
- **La reconstitución.** Es un término de Bronowsky y se refiere a la capacidad del lenguaje para representar objetos, acciones y propiedades que existen en el medio, y tal como lo asume Barkley en su teoría, *“se expresa por un proceso de análisis y otro de síntesis; implica la habilidad para separar las secuencias conductuales en sus unidades (organización de la estrategia) y la capacidad para combinar distintos elementos de diferentes secuencias para construir otras nuevas (creación de la estrategia)”* (Servera,

2005). El conjunto de conductas que se deben establecer y organizar para alcanzar un objetivo dentro del proceso de autorregulación se denominan “Control Motor”. Este abarca dos conceptos estrechamente relacionados con el proceso de reconstitución: la “*fluencia*” o capacidad para generar conductas creativas cuando la situación lo requiera y “*sintaxis*” o capacidad para reconstruir y representar internamente la información proveniente del medio. Estos conceptos son los que le permiten al individuo adquirir la flexibilidad necesaria para planear y organizar sus conductas de acuerdo con los requerimientos en una situación dada y orientadas hacia un objetivo a largo plazo. (Servera, 2005).

En la medida en que se organice la conducta a través de estas funciones ejecutivas, el individuo podrá establecer sus Conductas Gobernadas por Reglas (CGR), o en términos de Barkley: “conductas propositivas e intencionales orientadas a la consecución de un objetivo”.

En un estudio realizado en la ciudad de Cali con niños con TDAH, se pudo corroborar mediante una exploración neuropsicológica la presencia de una alteración de los mecanismos de atención sostenida y la presencia de impulsividad en el grupo con TDAH de tipo mixto. También se encontró que los niños con TDAH de tipo inatento presentan CI totales más bajos y deficiencias en la rapidez perceptual. Lo anterior según las autoras podría explicarse de acuerdo con el modelo de Barkley (1998) por un déficit en la memoria verbal de trabajo y demora en la internalización del lenguaje. En este grupo también se encontró mayor dificultad en la memoria visual, fluidez semántica y en el control inhibitorio (Bará, Pineda y Henao, 2003).

En otro estudio realizado en España se encontró que los niños con TDAH tipo mixto presentan mayor dificultad en memoria de trabajo no verbal, previsión de respuestas, comprobación de hipótesis y control motriz que los niños con TDAH tipo inatento. También se demostró en los dos subtipos estudiados dificultad en la velocidad de producción de respuesta y memoria de trabajo verbal. Al finalizar el estudio, se planteó la hipótesis de la superioridad en la ejecución de tareas que involucran la memoria espacial para el TDAH tipo inatento y para composición gestáltica en niños con TDAH tipo mixto (Capdevila et al, 2005).

En cuanto a los aspectos psicolinguísticos, Pineda et al (1999), plantean que no se puede establecer con exactitud el porcentaje de niños con TDAH con alteraciones a este nivel, pero sí que se presentan en mayor proporción que en la población general y especialmente en su aspecto semántico-pragmático. Específicamente se encuentran diferencias en grupos de niños con TDAH tipo inatento sin dificultades en el aprendizaje con respecto a los controles, que pueden alterar el rendimiento académico tales como dificultades para la organización y producción de información compleja (analogías y recuento de narraciones). La fluidez fonológica también parece ser más difícil que la semántica, posiblemente por ser aquella una tarea que demanda un mayor esfuerzo en su organización (Restrepo, Gutiérrez-Ciellen, Pineda & Sánchez, 2000).

Otros aspectos de forma y contenido del lenguaje también se han encontrado alterados en niños con TDAH (subtipo inatento y combinado), según informan Ygual-Fernández, Miranda-Casas & Cervera-Mérida (2000). Particularmente dificultades en la conciencia fonológica (cuyo desarrollo requiere entre otras, una adecuada capacidad atencional para captar los aspectos fonético-fonológicos del habla) que a su vez pueden impactar negativamente los aprendizajes escolares y dificultades en aspectos de procesamiento del contenido del lenguaje en tareas que exigen operar con significados (pruebas que requieren pensamiento analógico y/o acceso rápido a bancos de información lingüística) ya que en estas tareas se

debe poner en marcha capacidades de procesamiento simultáneo de la información así como de control inhibitorio.

Puede concluirse que la sintomatología de la “disfunción ejecutiva infantil” apunta hacia un déficit en el control inhibitorio, y como consecuencia de este déficit pueden explicarse las dificultades observadas en la ejecución de diferentes tareas que evalúan la función ejecutiva en niños. Igualmente dificultades en la inhibición del comportamiento explicarían la dificultad que tienen los afectados para frenar las respuestas impulsivas, para detener las conductas que ya estaban en marcha, para resistir a la interferencia, para organizar de manera secuencial sus actividades y para mantener los esfuerzos cognitivos centrados en una sola actividad (Pineda, López, Gómez, Aguirre, Puerta, 2005).

Desde la psicología soviética (específicamente el enfoque histórico – cultural planteado por Vigotsky), sus seguidores proponen una explicación más amplia de los procesos psicológicos superiores, entre ellos la atención y el lenguaje. Para ellos, existe una interiorización o mediación interna en el proceso de atención que se explica por un complejo desarrollo de la ontogenia y está determinado por la cultura. Lo anterior se da en el niño después de pasar diferentes etapas, llamándole a estos procesos “funciones psicológicas superiores”.

También destacan el papel regulador que cumple el lenguaje en el comportamiento y en los diferentes procesos psicológicos. Vigotsky planteaba que el control voluntario lo logra el niño con ayuda del lenguaje, que al interiorizarlo va mediatizando gradualmente todos los procesos psicológicos de éste, entre ellos la atención. Por esto señala que con la función reguladora del lenguaje, el adulto reorganiza en el niño la atención a través de las instrucciones verbales. Quintanar (1997), de la misma escuela soviética, plantea que en niños con diagnóstico de TDAH se encuentran severamente alterados diferentes aspectos del lenguaje, tales como la repetición de palabras y sonidos, la denominación, la expresión y la comprensión del lenguaje oral. A partir de sus estudios afirma que existe una relación entre el desarrollo de la atención voluntaria y el significado de la palabra (comprensión y denominación). La función reguladora y la memorización del lenguaje son las más afectadas, al igual que existe un déficit en el desarrollo de las imágenes objetales o imágenes internas (Quintanar, 2001).

La atención desde este enfoque, constituye el medio y no el objetivo de la actividad; este proceso se desarrolla a través de la percepción, la comparación, la diferenciación de relaciones y conexiones de diferentes objetos del mundo externos y sus características, los cuales se encuentran alterados en los niños con TDAH. En resumen, la formación de la atención se da por tres aspectos: la ampliación de la experiencia social del niño, la actividad de la “zona de desarrollo próximo” y la interiorización gradual de las habilidades para controlar y regular la propia actividad.

4.3 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS COMPORMENTALES

Los trastornos comportamentales tienen repercusiones a largo plazo, en todas las dimensiones del ser humano y en la sociedad. Teniendo en cuenta que en muchos casos los síntomas comportamentales siguen presentándose después de la adolescencia, que afectan el funcionamiento académico, laboral, social y emocional y que tienen un impacto negativo en el individuo, la familia, la escuela y las relaciones interpersonales, la detección al igual que un acertado diagnóstico son fundamentales en el pronóstico, tratamiento y evolución de estas condiciones. Para ello la evaluación debe basarse en criterios claros y debe incluir instrumentos confiables e idealmente validados y estandarizados. Al respecto, Kamphaus, Pineda y colaboradores (1999), plantean la importancia de considerar los “factores culturales, no sólo en la utilización de instrumentos de evaluación adecuados que estén estandarizados y validados de acuerdo con la población, sino también la necesidad de realizar investigaciones que controlen factores como el sexo, raza, nivel socioeconómico. Argumentan que el estudio del ambiente de la familia, la cultura y la escuela es bastante importante para entender las razones de las diferencias entre los grupos étnicos y culturas” (Kamphaus, Pineda y colaboradores, 1999).

Muchas manifestaciones comportamentales y/o emocionales en niños y adolescentes referidos por padres y/o maestros pueden ser descritas como problemas cuando en realidad no lo son; estas situaciones pueden ser atribuidas a ignorancia, intolerancia, concepciones erróneas o estados emocionales propios. El abordaje desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo facilita diferenciar diversas condiciones dada la frecuente presencia de comorbilidades en los trastornos del desarrollo en un mismo individuo (por ejemplo dificultades de aprendizaje y TDAH). Además, muchos síntomas son comunes a diferentes diagnósticos y un diagnóstico determinado puede tener variantes en cuanto a la cantidad y características de cada uno de sus síntomas.

Las anteriores consideraciones han conducido al diseño y elaboración de herramientas de tipo multiinformante (varias fuentes de información: padres, maestros, niños) y multimetodal (herramientas de distinto orden para favorecer una evaluación dinámica y un diagnóstico más certero) en la evaluación infantil. Sus objetivos buscan aclarar la naturaleza del problema, establecer niveles de funcionamiento en diferentes esferas y aportar datos para el diagnóstico y para el plan de intervención. El proceso de evaluación infantil por lo tanto, debe partir de una estructura básica que guíe el proceso y que permita obtener información de manera sistematizada.

Los tipos de herramientas para el uso clínico consisten usualmente en entrevistas, cuestionarios (checklists) y observaciones o registros conductuales.

De acuerdo con su estructura, las entrevistas pueden ser no estructuradas (el entrevistador determina qué preguntas hace, su secuencia y las respuestas a aceptar). Las entrevistas estructuradas por su parte, parten de un formato estandarizado que orientan la recolección de información y permiten obtener descripciones detalladas de las conductas y emociones así como definir el nivel de deterioro asociado con estas manifestaciones.

Los cuestionarios usualmente están diseñados para evaluar trastornos internalizantes y externalizantes y se dividen en dos tipos de orientación:

- *Sistemas de diagnóstico clínico categórico* basados en el uso de criterios delimitados, los cuales se estructuran en cuestionarios estandarizados. Permiten un enfoque más preciso de los diagnósticos en psicología y psiquiatría, además de una valoración cuantitativa que

facilita el estudio de la frecuencia y severidad de los diferentes trastornos. Ejemplos de esta orientación son los checklists del DSM IV.

- *Sistemas de diagnóstico multidimensional* o de perfiles de la conducta o de la personalidad, basados en el método psicométrico. Un ejemplo es la Escala de Evaluación Multidimensional de la Conducta (sigla en español EMC) basada en el BASC -del inglés Behavior assesment System for Children- (Reynolds & Kamphaus, 1992). Este sistema de evaluación proporciona cuestionarios validados en el diagnóstico de problemas de conducta y mide varios aspectos de la conducta y la personalidad, agrupándolos en dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). Fue diseñado según los criterios del DSM IV para facilitar el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una variedad de trastornos emocionales y de la conducta, así como para ayudar en el diseño de planes de intervención.

Los registros conductuales permiten conocer detalladamente la forma cómo se presenta la “conducta problema”, pensamientos o emociones asociados, intensidad, frecuencia y secuencia.

Posterior a la recolección de la información obtenida a partir de diversos informantes, esta debe ser integrada de manera coherente para su interpretación, la cual debe estar sustentada en la experiencia clínica y solvencia teórica del profesional.

Resultados de diferentes investigaciones muestran discrepancias y concordancias en cuanto al grado de correlación entre las informaciones suministradas por las diversas fuentes. Sin embargo se han establecido algunas regularidades que pueden ser tenidas en cuenta (Gómez Maquet, 2004):

- Se encuentran correlaciones más altas cuando se trata de problemas externalizantes
- Los maestros son mejores informantes que los padres y los niños para problemas de agresión y conducta disocial
- Los niños son mejores informantes que padres y maestros para problemas internalizantes

Aunque pudiera considerarse que las discrepancias reflejadas por distintos informantes pudieran constituir un obstáculo, lo que precisamente debe asegurarse es contar con una buena fuente de información y profundizar y/o detectar algunos aspectos que puedan ser objeto de intervención. Por esta razón el clínico que acuda al uso de estos instrumentos debe manejarlos teniendo en cuenta que los “síntomas” representan conglomerados clínicos estables, definidos por expertos en psicopatología infantil y que debe idealmente estructurar los pasos que le permitirán la formulación del caso, tal y como proponen Kamphaus & Frick (2000):

- Paso 1: Determinar todos los hallazgos clínicamente significativos en la adaptación del niño
- Paso 2: Buscar hallazgos convergentes a través de fuentes y métodos
- Paso 3: Tratar de explicar las discrepancias
- Paso 4: Elaborar un perfil y jerarquizar áreas problema (teniendo en cuenta fortalezas y debilidades)
- Paso 5: Determinar la información básica que debe contener el informe

4.3.1 Esquema evaluativo

La frecuente asociación de trastornos de la esfera comportamental con problemas cognitivos (comorbilidad) tales como Dificultades del Aprendizaje, trastornos específicos del lenguaje, alteraciones en el reconocimiento visoespacial, problemas en las habilidades visoconstruccionales y alteraciones en las funciones ejecutivas, requiere un enfoque de evaluación integral que permita una intervención oportuna. Se sabe que la falta de manejo adecuado influye significativamente en el pronóstico a largo plazo. Por esta razón, se requiere el uso de instrumentos que no sólo contribuyan a establecer y diferenciar los trastornos comportamentales, sino también los trastornos asociados en cada individuo, lo cual es posible a través del uso de escalas normatizadas de evaluación ya sea categórica o multidimensional de la conducta.

Desde la perspectiva neuropsicopedagógica la evaluación de los trastornos de la esfera conductual, debe abarcar los aspectos tanto comportamentales como cognoscitivos y académicos del niño. Usualmente las escalas comportamentales y las escalas de inteligencia son los instrumentos más utilizados. Con las primeras se pueden evaluar objetivamente las conductas en el ambiente escolar y en el hogar ya que recogen información de padres, maestros y dependiendo de la edad, el mismo niño puede evaluarse en un autoinforme; de esta manera, se obtiene información del desenvolvimiento del niño y la percepción que se tiene de él en el hogar y en la escuela. Estas escalas pretenden dar al clínico un perfil sobre la conducta emocional y social del niño (Pineda & Rosselli, 1997).

Las escalas de inteligencia evalúan el funcionamiento cognitivo general y permiten obtener un perfil del aprendizaje del niño. Sin embargo, las evidencias que muestran que el problema principal del niño con TDAH se presenta en la atención y en el control de la actividad motora, sugiere la necesidad de acudir a pruebas específicas para evaluar la función ejecutiva. Diversas investigaciones han empleado pruebas que permiten apreciar la habilidad para mantener la atención y la concentración por periodos prolongados, la capacidad para planear, iniciar y organizar acciones, así como la capacidad para inhibir información y la flexibilidad cognoscitiva. Además, como en cualquier condición neuropsiquiátrica, la evaluación debe contemplar funciones lingüísticas, perceptuales, espaciales, construccionales y de memoria (Rosselli y Pineda, 1997). En especial, la evaluación de las funciones ejecutivas reviste gran importancia, particularmente con miras a particularizar los aspectos que se deben mejorar y/o potenciar en el proceso de intervención.

Desde el punto de vista académico se deben analizar los aspectos relevantes de la historia escolar (adaptación, perfil de rendimiento, repitencia) así como evaluar la eventual coexistencia de un Trastorno Específico del Aprendizaje (TEA); es decir se debe precisar el nivel de desempeño en las áreas instrumentales básicas (lectura, escritura y cálculo) de acuerdo con el grado escolar.

En estudios realizados en las ciudades de Medellín y Manizales, se normatizaron y validaron varios instrumentos (categóricos y multidimensionales) para la evaluación de trastornos comportamentales, permitiendo su utilización en nuestro medio con mayor objetividad. Por ejemplo, en el estudio “Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales” se logró la estandarización de los cuestionarios de Conners para padres y maestros (utilizando la versión revisada de Conners, Gollete y Ulrich (1987) y la lista de síntomas “checklist” que se basa en los criterios de diagnóstico para el TDAH del DSM IV. La muestra de estandarización fue de 540 menores escolarizados de 4 a 17 años. Por su parte, la escala de evaluación multidimensional de la conducta – EMC-

(Reynolds y Kamphaus, 1992) en su versión autorizada en español, se normatizó en la ciudad de Medellín en 330 sujetos. En la ciudad de Manizales se estudiaron las propiedades psicométricas de esta misma versión de la EMC en una muestra de más de 1000 menores escolarizados.

Ambos instrumentos se han empleado en diversos estudios y cuentan con trabajos publicados acerca de los análisis estructurales y de validez en la población escolar colombiana (Pineda, 2000).

4.3.1.1 Escalas Comportamentales

Escalas comportamentales para el diagnóstico categórico

-Lista de síntomas (checklist) -Anexos A, B y C-: Cuestionarios sencillos que recogen los síntomas del criterio A del DSM IV para el diagnóstico de cada uno de los trastornos: TDAH, TND y TDC. Estas listas también se han utilizado para construir escalas discretas que permiten valorar cada uno de los síntomas con una calificación cuantitativa y semicontinua (de 0 a 3 puntos), que siguen el modelo propuesto por Achenbach (1978), citado por Pineda (2000).

Escalas multidimensionales

-Escala Conners para padres y maestros (Versión colombiana estandarizada y validada por Pineda & cols (1998) –Anexos D1 y D2-: La versión autorizada en español es la que se utiliza en Latinoamérica (Pineda, 2000). Luego de un estudio se redujo el número de preguntas de cada una de las escalas y se construyó una escala abreviada para padres con 48 preguntas y una escala para maestros con 28 preguntas. A partir del estudio realizado en la ciudad de Manizales en 1998, la escala para padres quedó reducida de 48 a 22 preguntas y la escala para maestros quedó reducida de 28 a 20 preguntas para la versión colombiana.

En la escala para padres se consideran 3 factores o dimensiones (hiperactividad, síntomas somáticos e inatención). En la escala para maestros se consideran 4 factores o dimensiones (inatención, hiperactividad – impulsividad, disregulación temperamental y déficit en relaciones sociales).

Cada una de las preguntas se responde teniendo en cuenta el nivel de actividad o frecuencia con la que se presenta cada síntoma: demasiado, bastante, un poco o nunca. Cada respuesta se cuantifica al calificar el cuestionario de la siguiente manera: demasiado = 3, bastante = 2, un poco = 1, nunca = 0; la puntuación total directa obtenida para cada factor se convierte en puntuación estandarizada (puntuaciones t).

-Escalas de evaluación multidimensional de la conducta – EMC- (Versión estandarizada y validada en Colombia por Pineda & cols (1999) basada en el BASC (Reynolds y Kamphaus (1992) -Anexos E-: Consta de cuestionarios para padres, maestros y un autoinforme. La escala clínica está formada por 10 dimensiones: hiperactividad, agresión, problemas de conducta, depresión, somatización, ansiedad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad y aislamiento. La escala adaptativa está formada por las dimensiones: adaptabilidad, habilidades sociales, habilidades en el estudio y compañerismo. Cada dimensión tiene entre 7 y 13 preguntas. La puntuación directa se convierte en puntuaciones t para determinar los niveles de severidad de los síntomas. “Se considera que las puntuaciones t por encima de 60, en las escalas de problemas (con media = 50), desviación estándar =10, indican, por lo menos una situación de riesgo; las puntuaciones t superiores a 70 denotan un trastorno clínicamente importante” (Kamphaus y

Di Stéfano, 2000). Estos cuestionarios se presentan para varios grupos de edades, lo cual es importante porque asegura una interpretación más fiable de las escalas (Puerta, 2004). Los grupos por edad considerados en la escala son:

- Escala para niños en edad preescolar entre los 4 y 5 años que incluye cuestionarios para padres y maestros (Anexos E1 y E2).
- Escala para niños en edad escolar entre los 6 y 11 años que incluye cuestionarios para padres y maestros (Anexos E3 y E4).
- Escala para adolescentes entre los 12 y 18 años que incluye cuestionarios para padres, maestros y autoinforme para niños mayores de 8 años (Anexos E5, E6, E7 y E8).

4.3.1.2 Instrumentos para la evaluación de las habilidades intelectuales y cognitivas –Anexo F-: Se diseñó un protocolo para el rastreo neuropsicológico general que contempla diversos instrumentos reconocidos para la valoración de funciones específicas. En este apartado se presenta una breve reseña y se describen los procedimientos de administración y calificación de cada instrumento. En este mismo formato se incluyen las hojas de registro de respuesta de las escalas comportamentales descritas en el apartado anterior.

- Test de Inteligencia para niños de Wechsler – Tercera edición (WISC-III): Basado en el test de inteligencia para niños de Wechsler (WISC; Wechsler D, 1949). Es un instrumento clínico que evalúa la capacidad intelectual en los niños con edades comprendidas entre los 6 años y 16 años y 11 meses y su administración es individual. El desempeño del niño en las diferentes subpruebas se resume en tres puntajes compuestos: los CI verbal, CI de ejecución y el CI total los cuales brindan estimaciones de la capacidad intelectual del niño. También puede obtenerse un perfil del aprendizaje con base en la puntualización normalizada en cada uno de los tests, en el cual pueden establecerse sus dificultades y fortalezas.

De acuerdo con el autor, el concepto de inteligencia se comprende como “una entidad compleja y global o capacidad del individuo de actuar deliberadamente, pensar racionalmente y relacionarse eficazmente con su medio” (Wechsler, 1991). Con base en lo anterior, cada uno de los subtests evalúa diferentes habilidades mentales, que en su conjunto, reflejan la capacidad intelectual de un niño.

Además de los CI, se pueden calcular cuatro puntajes índice basados en factores: 1. Comprensión Verbal (ICV); 2. Organización Perceptual (IOP); 3. Ausencia de Distractibilidad (IAD); 4. Velocidad de Procesamiento (IVP). Tanto las escalas de CI, como las escalas basadas en factores, tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15. Para cada uno de los 13 subtests, la distribución de los puntajes brutos de cada grupo de edad fue convertida a una escala con una media de 10 y una desviación estándar de 10.

La escala WISC – III consta en total de 13 subtests agrupados en dos escalas: verbal (que evalúa el desempeño en tareas que involucran información verbal) y de ejecución (que evalúa el desempeño en tareas que requieren una habilidad perceptual - motora).

Procedimiento de aplicación: Debe acogerse a las especificaciones del manual

- Pruebas de Control Mental (Subpruebas Escala Wechsler de Memoria –EWM): Las subpruebas de control mental hacen parte de la batería de memoria más frecuentemente utilizada, desarrollada por Wechsler (1945). La escala fue diseñada para obtener un coeficiente de memoria (CM) similar el coeficiente intelectual (CI). Un CM 12 puntos por debajo del CI se ha sugerido como un indicador de alteración de memoria (Prigatano, 1978). El análisis factorial ha revelado la existencia de 3 factores:

- Aprendizaje verbal a corto plazo
- Atención / concentración
- Orientación

Las subpruebas de control mental son: a) Conteo regresivo, b) Recitado del abecedario y c) Conteo progresivo

Administración y calificación

Conteo regresivo (1 a 20) -Tiempo límite: 30 segundos -

- 2 puntos: Ningún error dentro del tiempo
- 1 punto : Un error dentro del tiempo
- 1 punto extra si no hay errores en 10 segundos

Puntuación máxima: 3 puntos

Recitado del abecedario -Tiempo límite: 30 segundos-

- 2 puntos: Ningún error dentro del tiempo
- 1 punto : Un error dentro del tiempo
- 1 punto extra si no hay errores en 10 segundos

Puntuación máxima: 3 puntos

Conteo progresivo (Contar de 3 en 3 empezando desde el 1 y terminando en 40)

Tiempo Límite: 45 segundos

- 2 puntos: Ningún error dentro del tiempo
- 1 punto : Un error dentro del tiempo
- 1 punto : Un error dentro del tiempo
- 1 punto extra si no hay errores en 20 segundos

Puntuación máxima: 3 puntos

- Prueba de Retención de Dígitos (Subpruebas Escala Wechsler de Memoria –EWM- y Escala Wechsler de Inteligencia –EWI-): El principio básico consiste en evaluar la capacidad para retener series de números presentados auditivamente en orden ascendente y descendente (Dígito-Span). Se considera como una medida de memoria inmediata (dígitos en progresión) que requiere un procesamiento secuencial y de atención/concentración (dígitos en regresión) que evalúa la capacidad de planificación y para formar imágenes mentales y rastrear una representación visual interna, formada a partir de un estímulo auditivo.

Administración y calificación

- Dígitos en progresión (orden directo): Se presentan series desde 3 (EWI) o 4 (EWM) dígitos y se solicita su repetición inmediata. Si el sujeto falla se permite un segundo intento con series diferentes de números

- Dígitos en regresión (orden inverso): Se presentan series desde 3 (EWI) o 4 (EWM) dígitos y se solicita la repetición inmediata de la serie en forma inversa. Si el sujeto falla se permite un segundo intento con series diferentes de números

En cada modalidad se da el puntaje según el número máximo de dígitos repetidos correctamente. La puntuación total es la sumatoria.

- Pruebas de Ejecución Continua o Cancelación: Pruebas diseñadas para valorar los procesos selectivos atencionales, ya sea a nivel visual o auditivo. Requieren selectividad visual o auditiva rápida en una tarea de respuesta motora repetitiva. Evalúa la capacidad de atención sostenida, el rastreo (visual o auditivo) y la activación de respuestas rápidas.

Administración y materiales: Los formatos básicos consisten en la presentación de series de letras o números colocados al azar con un blanco designado (usualmente la letra A) para que el sujeto tache en una hoja o dé un golpe en la mesa al escucharla.

a. Presentación visual:

- Cancelación de la "A": Se le entrega al sujeto una hoja con un bloque de 8 filas de 20 letras cada una, contabilizando un total de 160 letras, entre las cuales está mezclada la letra A que es la que debe identificar.

La consigna es: "Tache las "A" que encuentre entre las siguientes letras". El sujeto puede seguir cualquier orden.

Nota: La prueba de tachado de cuadros (basada en el diseño de Toulouse Pieron) también permite evaluar la atención selectiva en la modalidad visual. Se le entrega al sujeto una hoja con filas de pequeños cuadros (140 en total) que tienen líneas en los vértices hacia fuera dirigidas en distintas direcciones; se le instruye para que tache solamente los cuadros similares a 3 presentados como modelo.

b. Presentación auditiva: Se instruye al sujeto para que dé un golpe en la mesa cada vez que escuche la letra "A".

Calificación

-En la cancelación visual, contabilizar el tiempo en segundos una vez se dé la instrucción. Si el sujeto no diferencia la letra se le puede realizar y presentar como modelo. En el tachado de cuadros también se contabiliza el tiempo y se debe realizar una fila de ensayos. Se cuantifican los aciertos (cada letra (o cuadro) correctamente indicada vale un punto) y los errores (suma de omisiones y adiciones (comisiones)).

-En la cancelación auditiva, cualitativamente las omisiones reflejan inatención auditiva y las adiciones (golpear al escuchar otra letra diferente) reflejan fallas en la atención selectiva. El sujeto puede reflejar lentitud en el tiempo de reacción (cuando golpea en el momento en que ya se está leyendo una letra posterior a la "A"), o impulsividad en la respuesta (cuando produce el golpe cuando se le lee la letra "H").

Puntuación máxima = Cancelación de la A: 16; Tachado de cuadros: 48

- Pruebas de rastreo o TMT (del inglés Trail Making Test –abriendo caminos): Pruebas originalmente diseñadas como parte de la batería *Army Individual Test Battery* (1944) que fueron posteriormente integradas por Reitan a la batería *Halstead-Reitan*. Permiten evaluar atención sostenida, rapidez perceptiva y visomotora (velocidad en la búsqueda visual y capacidad de exploración), secuenciación y planificación. La forma B requiere además pensamiento lógico y secuencial además de capacidad para activar/inhibir determinadas respuestas y eficacia en los cambios conceptuales al alternar números y letras (flexibilidad cognitiva). Es reconocida la sensibilidad del TMT a los efectos de las lesiones cerebrales, especialmente la forma B.

Consiste en la presentación de círculos con números y letras adentro para que el sujeto realice la conexión de estos (con una línea) de manera sucesiva y progresiva. Estos círculos se encuentran distribuidos al azar en una hoja, de acuerdo a dos formas (Spren & Strauss, 1998):

-La forma A: Consiste en unir con una raya y en orden ascendente círculos distribuidos por toda la hoja. Para niños entre 9 y 14 años los números van del 1 al 15 y para adultos los números van del 1 al 25.

-La forma B: Consiste en unir los círculos de manera intercalada (numero-letra) y progresiva que están dispuestos en una hoja. Para niños menores los números van del 1 al 8 y las letras de la A hasta la G (en total 16 círculos). Para los adultos los números van del 1 al 13 y las letras de la A hasta la L (en total 25 círculos).

Instrucciones:

Se le dice al sujeto (Spreen & Strauss, 1998):

TMT parte A:

-Hoja de ensayo parte A: “En ésta página (muéstresela) hay algunos números. Empiece con el número 1(señale el 1) y dibuje una línea del 1 al 2 (señale el 2),del 2 al 3 (señale el 3),del 3 al 4 (señale el 4) y así sucesivamente, en orden hasta el final (señale el círculo final). Dibuje las líneas tan rápido como pueda. No levante el lápiz de la hoja (recuerde siempre tocar el círculo). Listo! Empiece!”. Si se equivoca en el ejemplo de la parte A, dígaselo y explíquesele. Las siguientes explicaciones de errores son susceptibles de aclarar durante la prueba:

- a. “Ud empezó con el círculo equivocado. Aquí es donde Ud. debe empezar (señale el 1)”.
- b. “Ud se saltó éste círculo (señale el que omitió). Ud. debe ir desde el número 1(señálelo) al 2 (señálelo) al 3 (señálelo), y así sucesivamente, hasta que marque el de terminación (señálelo)”.
- c. Mantenga el lápiz sobre la hoja y continúe derecho al próximo círculo

Después de que el error ha sido explicado, el examinador señala la equivocación y dice: “Comience desde acá” (señalar el último círculo que se hizo correctamente en la secuencia).

Si el sujeto no puede completar el ejemplo de la Parte A, facilite apoyo al sujeto. Tome la mano del sujeto y guíele el lápiz. Posteriormente dígame: “Ahora ensaye Ud. Recuerde que debe empezar en el número 1(señale) y luego del 1 al 2 (señale el 2), y así sucesivamente, y alcanzar el último círculo. No se pierda por los alrededores sino que vaya en el orden apropiado. Recuerde trabaje lo más rápido que pueda. Listo ! Comience! “. Si el sujeto completa el ejemplo correctamente y de una manera que muestre que él o ella sabe que hacer dígame: “Bien, ensayemos la segunda”. Pase a la página y muéstrela la parte A.

Prueba: Diga: “En esta página hay números de 1 a 25; hágalo de la misma manera, empiece en el número 1(señale) y trace una línea del 1 al 2 (señale el 2),del 2 al 3(señale el 3)del 3 al 4(señale el 4) y así sucesivamente, hasta que llegue al fin (señale). Recuerde hacerlo lo más rápido que pueda. Listo ! Comience!”

Empiece a tomar el tiempo; si el sujeto comete un error llámele la atención inmediatamente, haga que el sujeto se devuelva al punto donde ocurrió el error, pero no pare la cuenta del tiempo. Se anota el tiempo total en segundos que el sujeto ha empleado en la ejecución de la tarea.

TMT parte B:

-Hoja de ensayo parte B: Seguidamente se aplica el ejemplo de la parte B indicando al sujeto que se va a continuar realizando algo similar al anterior, aunque un poco más complejo. Se le dice que en esta ocasión existen tanto número como letras, que se deben unir de manera intercalada, número-letra-número-letra, etc. Se dice: “Comience por el número 1, y con una línea lo más recta posible únalo a la primera letra del abecedario, de éste pase al número 2, y luego a la segunda letra del abecedario, y de ésta al número 3, y así sucesivamente hasta que llegue a la letra D (Final). Hágalo lo más rápido que pueda (Recuerde siempre tocar el círculo)”.

Si se presenta algún error, se debe corregir inmediatamente. Se pueden realizar las mismas explicaciones de la parte A. Si no comprende el ejemplo, se puede guiar la mano del sujeto de manera similar a lo descrito en la parte A.

Cuando el evaluador esté seguro de que se ha comprendido claramente la tarea, pasa a la ejecución de la parte B. Según el procedimiento seguido por el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia (línea Neurodesarrollo) se da la misma instrucción del ejemplo y se aclara que los números van del 1 al 8 (niños entre los 9 y 11 años) ó del 1 al 13 para mayores a 12 años, y las letras van desde la A hasta la G (niños menores de 11 años) ó desde la A hasta la L (para mayores a 12 años). Se debe tomar el tiempo que el sujeto se toma para finalizar y llegar hasta la última letra. Si se presenta algún error, el evaluador debe estar atento y corregir inmediatamente, permitiendo que el sujeto corrija y pueda continuar. El tiempo debe continuar tomándose. Se debe registrar el tiempo en segundos utilizado.

Nota: El número de errores que debió corregir se puede contabilizar y analizar para la interpretación clínica (conexiones no realizadas, no tocar el círculo, cruzar líneas)

- Prueba Clave Dígito-Símbolo (Escala Wechsler de Inteligencia –WISC III-): Se pretende evaluar la capacidad de flexibilidad mental para cambiar alternativamente de un foco atencional a otro ejecutando tareas relacionadas pero que tienen diferentes requerimientos cognitivos. Implica atención, coordinación y velocidad psicomotora, memoria de corto plazo y flexibilidad cognoscitiva.

Administración y calificación: Consiste en presentar al sujeto una hoja con una fila de pequeños rectángulos divididos en 2: en la parte superior va escrito un número y en la parte inferior va un símbolo. En la parte inferior de la hoja van 6 filas de rectángulos con el número pero con la parte inferior en blanco. Se instruye al sujeto para que llene estos espacios con el símbolo correspondiente de acuerdo con el modelo de la parte superior. Se da una serie de ejemplos para asegurar la comprensión de la tarea. Seguidamente se le indica que debe llenar los espacios sin saltarse ninguno lo más rápido posible. La calificación de los aciertos es la sumatoria de los rectángulos correctamente diligenciados. El tiempo de la prueba es de 120 " (según el manual WISC III).

- Test de Percepción Visual No Motriz (TPVNM): Este instrumento mide habilidades de la percepción visual con base en el reconocimiento de diferentes características en grupos de figuras presentadas en tarjetas y no requiere respuestas de tipo motor. La versión de 36 ítems de Coralusso & Hammill (1980) consiste en la presentación de un estímulo diferente en una hoja, que debe ser pareado con otro de acuerdo con una característica visual. El elemento que debe ser elegido está colocado en otra hoja junto con otros tres elementos distractores muy parecidos visualmente al correcto. El test comprende las siguientes dimensiones: Discriminación Visual, Figura-Fondo, Orientación Espacial, Memoria Visual y Conclusión Visual.

Administración y calificación: Para cada una de las dimensiones se realiza el respectivo ejemplo. Este ejemplo no se puntúa.

Se instruye al sujeto para indicar a cual de las figuras corresponde la correcta (A, B, C ó D). Se anota en la hoja de respuesta la letra seleccionada para luego obtener la puntuación total (1 punto por cada respuesta correcta) que equivale a la sumatoria de aciertos.

Las dimensiones que contempla el instrumento son:

- Discriminación Visual (Items 1 a 3): Parear la figura exacta igual al modelo
- Figura-Fondo (Items 4 a 8, 10, 12, 13): Indicar en cual dibujo se encuentra escondida la figura del modelo.
- Orientación espacial: Seleccionar la figura con la misma forma del modelo, aunque no necesariamente en la misma orientación (Items 9 y 11) y señalar cuál figura es diferente de las demás (Items 33, 34, 35, 36).
- Memoria Visual (Items 14 a 21): Observar durante aproximadamente 10 segundos el modelo y luego señalar la misma figura que previamente observada.
- Conclusión visual (Items 22 a 32): Se presenta la figura estímulo para que el sujeto la observe detenidamente. Luego, debe señalar cual de las 4 figuras sería igual al estímulo, si se terminara. Se puede permitir que el sujeto haga las guías de las líneas con el dedo.

Curvas de Memoria Verbal Auditiva y Memoria Visual

Evaluación Neuropsicológica Infantil -ENI- Matute, E. Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky-Solís, F. (en prensa): Subpruebas que hacen parte de una batería recientemente desarrollada con el fin de realizar una evaluación neurocognitiva integral en niños entre 5 y 16 años. Los datos normativos se obtuvieron en una muestra de 252 menores escolarizados de la ciudad de Manizales.

- **Memoria Verbal Auditiva (ENI):** Lista de palabras: Consta de la presentación de listas de 9 palabras bisílabas (para niños de 5-8 años) y 12 palabras (9 a 16 años) organizadas en 3 categorías semánticas (animales, partes del cuerpo y frutas) que se presentan en 4 ensayos consecutivos, a través de los cuales es posible obtener una curva de aprendizaje y analizar aspectos cualitativos del proceso de codificación (intrusiones, perseveraciones, tipo de curva, efectos de primacía y recencia y estrategias de organización mnémica (semántica y serial). Además permite evaluar el recobro espontáneo diferido (a los 30 minutos), el recobro con claves y la memoria de reconocimiento (en una lista de 18 palabras).

Administración y calificación: Debe acogerse al procedimiento descrito en el manual. En el anexo F se proporciona la hoja de registro de respuestas.

- **Memoria Visual (no verbal) -Serie de figuras (ENI):** Consta de la presentación de 9 figuras geométricas (para niños de 5-8 años) y 12 (para niños de 9 a 16 años) agrupadas de manera significativa (triángulos, cuadrados y círculos) en 3 categorías semánticas que se presentan en 4 ensayos consecutivos, a través de los cuales es posible obtener una curva de aprendizaje y analizar aspectos cualitativos del proceso de codificación (intrusiones, perseveraciones, tipo de curva, efectos de primacía y recencia y estrategias de organización mnémica (semántica y serial). Además permite evaluar el recobro espontáneo diferido (a los 30 minutos), el recobro con claves (enunciando el tipo de agrupación, por ej: "dibuja las que tenían un cuadrado...etc") y la memoria de reconocimiento (identificar las figuras en un conjunto de 18).

Administración y calificación: Debe acogerse al procedimiento descrito en el manual. En el anexo F se proporciona la hoja de registro de respuestas.

- **Figura Compleja de Rey (Rey, 1942):** Prueba ampliamente utilizada para la evaluación de habilidades constructivas (copia) y memoria no verbal (reproducción inmediata y diferida). Se trata de un diseño que carece de significado evidente, con una estructura de conjunto particular exige una actividad analítica y organizadora.

Administración y calificación: Se solicita al sujeto que realice la figura de muestra lo más parecida posible (tarea que se evalúa como praxia visoconstructiva). Se contabiliza el tiempo que se tome y se le van entregando lapiceros de diferentes colores durante la copia con el fin de evaluar posteriormente la estrategia y secuencia de construcción de la figura. Nunca se debe avisar que una vez termine la copia se le solicitará su evocación inmediata (tarea de memoria no verbal).

Los criterios de calificación pueden ser cualitativos (tipo de construcción y secuencia, proporción entre los diferentes elementos, calidad del trazo, autocorrecciones, entre otros) y cuantitativos (un puntaje que puede ir de 0 a 2 puntos para cada uno de los 18 elementos que conforman la figura, para un total de 36, de acuerdo con el sistema desarrollado por Taylor y el tiempo requerido para su construcción. Este procedimiento se realiza para cada modalidad (copia y memoria inmediata).

- **Prueba de comprensión del discurso (ENI):** A partir de un texto expositivo previamente leído por el examinador (*“la ballena”*), se realizan 8 preguntas sobre el contenido del mismo. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Puntuación máxima: 8

- **Prueba de Seguimiento de instrucciones (ENI):** Se presentan 10 instrucciones verbalmente en orden de dificultad y referidas a estímulos de diferentes tamaños y colores (carros y aviones) en una lámina para que el niño realice tareas de señalamiento. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Puntuación máxima: 10

- **Pruebas de Denominación y Designación de imágenes (ENI):** Se presentan 15 dibujos en una lámina y se solicita al niño:

-Denominación: Nombrar cada imagen al tiempo que es señalada por el examinador

-Designación: Señalar la imagen nombrada por el examinador

Cada subprueba se califica independientemente (máximo 15 puntos por cada modalidad)

- **Prueba de Denominación Rápida de Estímulos Alternados (DREA):** Esta tarea permite evaluar la habilidad de nombrar palabras comunes y automatizadas en el léxico cotidiano. La versión en español fue adaptada de la original construida por Denckla y Rudel (1976) y utilizada en diferentes investigaciones realizadas por el grupo de Neuropsicología y Conducta de la maestría en Neuropsicología de la Universidad de San Buenaventura (Restrepo, Gutiérrez-Ciellen, Pineda & Sánchez, 2000).

Administración y calificación: Consiste en presentar una tarjeta con diferentes colores, números y letras (en total 50 estímulos) y solicitar al niño que las denomine lo más rápido posible. Se registra el tiempo y el número de aciertos y de errores cometidos (omisiones y comisiones). Previamente se debe asegurar que el niño conozca las respectivas denominaciones en una tarjeta de ensayo.

- **Pruebas de fluidez verbal:** Se trata de una de las pruebas más difundidas en neuropsicología que consiste en generar tantas palabras como sea posible semántica o fonológicamente. Según Ramírez, Ostrosky-Solís, Fernández & Ardila, 2005, las pruebas de fluidez verbal miden principalmente la velocidad y facilidad de producción verbal, además de la disponibilidad para iniciar una conducta en respuesta ante una tarea novedosa. Asimismo,

valora las funciones del lenguaje (denominación, tamaño del vocabulario), la velocidad de respuesta, la organización mental, las estrategias de búsqueda, así como la memoria a corto y largo plazo.

En su condición semántica, se solicita al sujeto que nombre todos los elementos posibles que pertenezcan a una categoría determinada –generalmente animales o frutas- en un minuto. Permite evaluar la capacidad del sujeto para encontrar palabras siguiendo redes semánticas asociadas a un contexto o categoría previamente determinada, por lo cual usualmente se incluye dentro de los parámetros de medición de habilidades lingüísticas.

En su condición fonológica, se pide al sujeto que diga todas las palabras que comiencen por una letra particular –generalmente F, A, y S- en un lapso de un minuto. Constituye una medida para valorar aspectos de la función ejecutiva, como la capacidad para utilizar estrategias de búsqueda de información en la memoria mediante una guía fonológica. Al limitar la búsqueda del sujeto mediante instrucciones estructuradas, este debe generar un programa de acción para el logro de la tarea, mantener información en la memoria operativa para evitar las repeticiones y sostener la intención para evitar la pérdida de categoría.

Administración y calificación:

-Fluidez semántica: Se inicia solicitando “decir, lo más rápido que pueda, todos los animales que se le ocurran. Listo, comience”. (No limitar con normas la búsqueda de palabras al contrario de la fluidez fonológica). Se contabiliza un minuto y se anotan todas las palabras (no se cuentan como errores las palabras derivadas –ej: gato/gata- ni supracategorías –ej: pájaro y luego colibrí-). Luego se realiza con la categoría “frutas”. La puntuación total es la suma total de todas las palabras correctas por categoría.

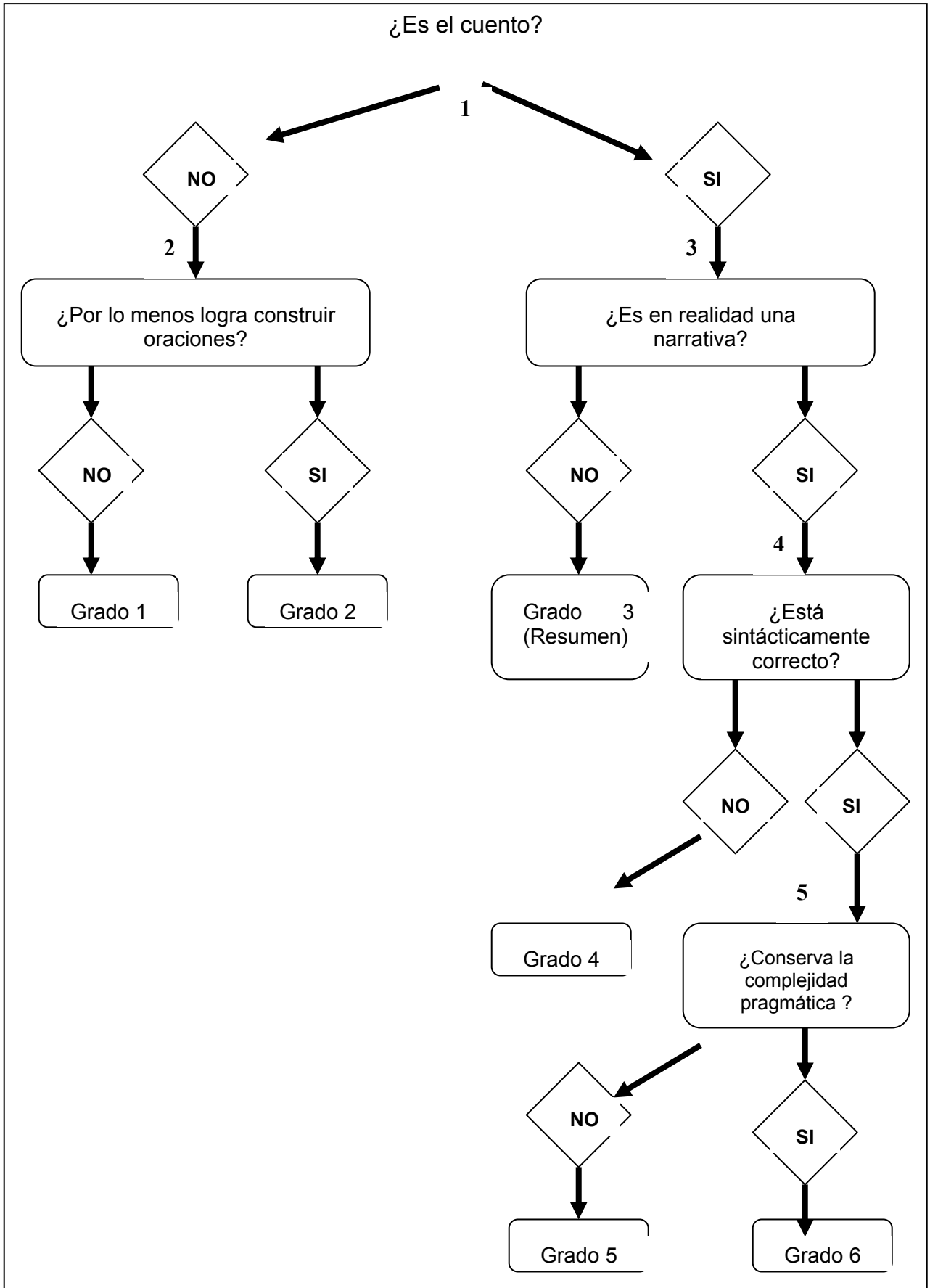
-Fluidez fonológica: Se debe advertir que no se valen nombres propios (personas, lugares o marcas) ni palabras derivadas. Antes de dársele el sonido al sujeto, se deben dar explicaciones que garanticen la correcta comprensión de la tarea (Se pueden dar ejemplos con / **M** / o / **P** /, incluso con ejemplos de los errores que debe evitar). Luego se inicia la prueba con el sonido /F/. Se sigue con la /A/ (se acepta que empiecen por la letra **h**, ej: hacer) y se finaliza con el sonido /S/ (se acepta que las palabras generadas se escriban con **z** ó **c**, siempre y cuando el sonido inicial suene como /s/). La puntuación total es la suma total de todas las palabras correctas por cada sonido, excluyendo nombres propios, palabras derivadas y pérdida de categorías.

- Prueba de coherencia narrativa (ENI): Consiste en solicitar al niño que realice un relato espontáneo acerca de un texto de 307 palabras (cuento: “Piel de Azabache”) que previamente ha sido leído por el examinador. La coherencia se evalúa dentro de una escala que va de 1 a 6 a partir de un árbol de decisión de coherencia narrativa. Los elementos que permiten establecer el grado de coherencia son:

- **Conexidad sintáctica y cohesión:** Se considera adecuada cuando el niño puede conectar entre ellas las diferentes oraciones que conforman la narrativa, substituir nombres por pronombres y utiliza las formas verbales apropiadas.
- **Complejidad pragmática:** Se considera adecuada cuando la estructura del cuento es variada utilizando diferentes expresiones
- **Completez narrativa:** Cuando la emisión del niño tiene la estructura de un cuento con un inicio en el que se presentan los personajes y el motivo de la historia, una zona central donde se narra la acción principal y un cierre o final.

En la tabla No 1 se presenta el árbol de decisión para establecer el grado de coherencia narrativa.

Tabla No 1. Arbol de decisión de coherencia narrativa (Batería ENI)



- **Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin** (Sigla en inglés WCST): Fue diseñado en 1948 por Heaton, R; Chelone, G; Talley, J; Kay, G; Curtis, G y adaptado al español en 1997 por María Victoria de la Cruz López. Es un test de aplicación individual para niños y adultos con edades comprendidas entre los 6 años y medio y los 89 años. El objetivo principal es la evaluación de la existencia de daños o trastornos neurológicos; se considera además como una medida de la función ejecutiva que requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización del “feedback” ambiental para cambiar esquemas. Es decir, evalúa la formación de conceptos, el mantenimiento de los mismos una vez estos se logran, el reconocimiento de categorías y cambios de hipótesis ante la retroalimentación negativa proporcionada por el examinador. Por su sensibilidad a los efectos de las lesiones del lóbulo frontal, se le menciona como “una medida del funcionamiento frontal o prefrontal”. Se puede utilizar como instrumento clínico o de investigación combinándolo con pruebas que evalúan otros aspectos del funcionamiento cognitivo y neuropsicológico.

Procedimiento de aplicación: Se presentan cuatro tarjetas (un triángulo rojo, dos estrellas verdes, tres cruces amarillas y cuatro círculos azules) y el niño debe encontrar el criterio de clasificación para parear una serie de 64 tarjetas con cada una de las tarjetas estímulo. Una vez acierte 10 veces consecutivas se cambiará el criterio y el niño deberá encontrarlo. Los criterios establecidos son en su orden: color, forma y número. Cada respuesta debe evaluarse en tres dimensiones:

-*Correcto – Incorrecto:* Se marcará correcto si empareja las categorías como están establecidas y las que no correspondan se marcan como incorrecta.

- *Ambigua – No ambigua:* Cuando se empareja una tarjeta de respuesta con una tarjeta estímulo que solo atiende a una característica específica se marcará no ambigua. Si por el contrario, la tarjeta respuesta coincide con dos o más categorías la respuesta se marcará ambigua.

- *Perseverativa – No perseverativa:* Cuando el niño persiste en responder a una característica del estímulo que no es correcta, la respuesta se considera como perseveración hacia ese criterio y se puntúa como perseverativa. Las respuestas que no se emparejen siguiendo el anterior principio de perseveración se consideran no perseverativas.

Además se tiene en cuenta:

-Categorías completas: Número de secuencias de 10 respuestas correctas consecutivas que siguen el criterio de clasificación de una categoría).

-Intentos para completar la primera categoría: Número total de intentos para completar la primera categoría: Indica la conceptualización inicial antes del cambio de ordenación.

-Porcentaje de errores perseverativos: Refleja la concentración de los errores perseverativos en la realización del test

-Fallas para mantener el principio: Se produce cuando el niño luego de 5 o más respuestas correctas consecutivas comete un error, antes de completar una categoría con éxito.

-Porcentaje de respuestas de nivel conceptual: Refleja la comprensión de los principios de clasificación y se define por series de 3 o más respuestas correctas consecutivas; requiere de alguna comprensión de la estrategia necesaria para colocar acertadamente las respuestas.)

-Aprender a aprender: Refleja el promedio de los cambios en eficacia conceptual del niño a través de las diversas etapas de la realización del test.

- **Test Stroop de Colores y Palabras:** Test originalmente diseñado por Stroop (1935) y desarrollado para la detección de problemas neurológicos y como medida de interferencia. Aunque se han publicado diversas formas de la versión original, las estrategias básicas de la prueba consisten en comprobar el número de errores y las diferencias en tiempo que existen al leer nombres de colores, denominar colores y leer nombres de colores escritos en una tinta de color diferente al que se lee. Es un test ampliamente utilizado en la evaluación neuropsicológica que provee una medida útil de la habilidad para inhibir respuestas automatizadas y para mantener el foco atencional en presencia de distracción (control inhibitorio). Permite por lo tanto, evaluar habilidades básicas del individuo para clasificar información de su entorno y reaccionar selectivamente a esa información, con lo cual se valora el componente atencional mediatizado por el lóbulo frontal. Como medida de la capacidad para generar control inhibitorio sobre estímulos predominantes y automatizados, permite evaluar respuestas programadas a través del esfuerzo cognitivo.

Administración: De acuerdo con las diferentes versiones se deben seguir los respectivos procedimientos de aplicación y calificación. En nuestro medio se conoce la versión original de Stroop y descrita en Spreen & Strauss (1998), la versión de Golden (1978) adaptada al español por TEA Ediciones y la versión utilizada en diferentes investigaciones realizadas por el grupo de Neuropsicología y Conducta de la maestría en Neuropsicología de la Universidad de San Buenaventura (Pineda, Merchán, Rosselli & Ardila, 2000), que se describe a continuación :

-Tarea de lectura rápida de palabras: La primera tarjeta contiene escritas en tinta negra las palabras *rojo*, *azul*, *amarillo* y *verde* (50 veces). Se solicita al sujeto que realice esta lectura lo más rápido posible y sin saltarse filas ni columnas.

-Tarea de denominación de colores: La segunda tarjeta contiene 50 grupos de 4 letras X (XXXX); cada grupo de X está escrito en los mismos colores y orden de la primera tarjeta. Se solicita al sujeto que denomine rápidamente los colores de estos grupos de X sin saltarse ninguna.

-Tarea de conflicto o interferencia perceptual: La tercera tarjeta contiene las mismas 50 palabras de la primera tarjeta pero escritas en un color de tinta diferente al significado que enuncian (ej: la palabra *rojo* escrita en color de tinta verde). Se solicita al sujeto que denomine el color de la tinta de cada palabra. Se advierte que cada palabra leída se contabilizará como error.

Calificación: En cada presentación se registra el tiempo y el número de errores cometidos. Cualitativamente se debe observar si hay dificultad para seguir el orden correcto de las columnas.

La versión original de Stroop se basa en la presentación de 4 tarjetas (con 10 columnas y 5 filas) para realizar sucesivamente tareas de:

- Tarjeta 1: Lectura de palabras (nombres de colores escritos en tinta negra)
- Tarjeta 2: Lectura de nombres de colores (palabras escritas en color de tinta diferente al significado) ignorando el color de la tinta
- Tarjeta 3: Denominación de los colores de cuadrados.
- Tarjeta 4: Se presenta nuevamente la tarjeta 2 y se solicita denominar el color de la tinta en que están escritas las palabras, ignorando el significado.

La calificación también contempla el tiempo y el número de errores cometidos en cada presentación. Las correcciones espontáneas no se penalizan. La versión de Golden en español consta de 3 tarjetas con 100 estímulos en cada una (5 columnas de 20 elementos) y su calificación, además de considerar el número de errores, dispone de una fórmula para medir la interferencia.

5. *DEPRESIÓN INFANTIL*

5.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. El término humor indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. Los síndromes se caracterizan por humor elevado o deprimido de manera patológica, y deben considerarse existentes en continuidad con el humor normal. El diagnóstico de trastorno afectivo es apropiado cuando la alteración del humor es "primaria" y central con respecto a la enfermedad, y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico. En el último caso el diagnóstico sería incompleto si no se hiciera referencia a la causa precipitante. Cuando un trastorno del humor, que ocurre después de un acontecimiento de la vida productor de estrés, es leve y no satisface los criterios de cualquiera de los trastornos afectivos, convendrá establecer el diagnóstico de trastorno de la adaptación con humor deprimido (Mann de Dayán, 2005).

De acuerdo con el DSM-IV los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco.

El DSM-IV da las siguientes especificaciones acerca de los trastornos del estado de ánimo:

- El trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo; al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días en estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado con otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los síntomas con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos

bipolares específicos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

- El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por ejemplo: una agitación aguda).

5.1.1 Trastorno del estado de ánimo en niños

El DSM-IV indica que los trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos. Para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen "aspectos acompañantes" específicos de la edad que se encuentran en niños y adolescentes.

El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad, en tanto que en los adolescentes podría ser la conducta antisocial. Pueden observarse ideación suicida o conducta suicida.

Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente. Aunque se informan a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados, la conducta suicida en niños menores de 12 años de edad es extremadamente rara. Es más común después de esta edad y el suicidio es una de las causas principales de muerte en adolescentes. Las niñas efectúan más a menudo gestos suicidas (intentos suicidas) que los varones, en tanto que son ellos los que efectúan más a menudo intentos suicidas verdaderos. Aunque la mayor parte de los adolescentes suicidas están deprimidos, sólo cerca del 25% de ellos satisfacen los criterios diagnósticos del DSM-IV para la enfermedad depresiva; por lo tanto, es de utilidad el diagnóstico de depresión enmascarada en este grupo de edad.

Síntomas infancia y niñez

0 a 3 años

- Trastornos de los ritmos básicos (alimentación y sueño)
- Apagamiento
- Evitación de la mirada
- Irritabilidad y agresividad
- Retrazo en el desarrollo motor o del lenguaje.
- Tristeza, aislamiento social

Etapa escolar

- Infelicidad prolongada
- Aislamiento, no juega
- Baja autoestima
- Enuresis
- Irritabilidad
- Conductas fóbicas
- Baja concentración y rendimiento
- Apatía

5.1.1.1 Implicación a nivel cognitivo comportamental de la depresión infantil

En los niños se presenta con una alta probabilidad, depresión *agitada* la cual aumenta la actividad psicomotora. Es difícil que el niño permanezca sentado tranquilamente. Se levanta del asiento, se pasea de un lado a otro poniendo nerviosas a las personas que están a su alrededor, retuerce las manos, mueve sus dedos continuamente se pellizca, se estira la ropa, arruga papeles.

En otros casos se presenta *depresión enlentecida* el niño piensa, habla y se mueve como en cámara lenta. Conversar se le hace difícil. Si se le formula una pregunta tarda en contestar, es posible que haya que repetírsela. A veces se encierra en un marcado mutismo. En ocasiones, permanece inmóvil mucho rato.

El pensamiento del niño se caracteriza por su negatividad. Su autoconcepto y su autoestima están por los suelos. Considera que no vale nada; concede una importancia exagerada a pequeños errores pasados. Su sentido de la responsabilidad es excesivo. Se queja de dificultades para pensar, atender, recordar y tomar decisiones. Da la impresión de estar distraído o ausente. Los problemas de razonamiento, concentración y memoria se traducen en peores notas en las evaluaciones escolares.

En los niños pequeños con respecto a su área escolar tiene las siguientes implicaciones: rechazo escolar, fobia, ansiedad de separación. Dificultad en aprendizajes escolares: prelectura, preescritura, dibujo, lenguaje. En los niños mayores: desmotivación, miedo al fracaso escolar, disminución del rendimiento. conducta disruptiva en el aula.

5.1.2 Etiología y patogenia de la depresión

5.1.2.1 Factores bioquímicos

Los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor, es de aproximadamente dos a tres el riesgo de la población general. La concordancia es de cerca de 11% para los gemelos dicigóticos y se aproxima a un 40% en los gemelos monocigóticos. Los padres biológicos de los sujetos de estudio adoptados tienen una prevalencia mucho mayor del trastorno de humor que los padres adoptivos (Sofia Mann de Dayán, 2005).

Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del trastorno del humor se orienta sobre las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores *monoamínicos*, en particular los de *noradrenalina* y *serotonina*.

Más recientemente se ha propuesto la hipótesis de una relación entre la depresión y el equilibrio colinérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Además se ha visto que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Un número importante de casos tienen pruebas de aumento o disminución de la función noradrenérgica, otros estudios han señalado una disminución en la actividad serotoninérgica. A pesar de estos hallazgos, la mayor parte de las hipótesis actuales sobre la función de los neurotransmisores en los estados de alteración del humor se han orientado sobre los cambios de la sensibilidad y el número de receptores, más que sobre los cambios de la cantidad de neurotransmisores disponibles.

Desde una perspectiva neurofisiológica, el dato que se puede repetir más consiste en que el sueño en caso de depresión grave se caracteriza por disminución de la totalidad del mismo, disminución de la latencia del sueño MOR (es decir, tiempo de sueño desde el principio del mismo hasta que aparecen los primeros movimientos oculares rápidos), aumento de la intensidad de movimientos oculares rápidos y disminución del sueño delta 4. La

electroencefalografía del sueño no permite distinguir entre los subgrupos de pacientes deprimidos, pero puede ayudar a predecir la reacción positiva a la medicación antidepresiva.

5.1.2.2 Factores psicosociales

Esta mirada sostiene también que el ambiente influye decisivamente en el estado de ánimo. La relación negativa con el entorno causa tristeza y depresión. Experiencias personales, familiares, escolares o sociales poco gratificantes en exceso y escasos acontecimientos positivos llevan a la infelicidad; lo anterior específicamente hablando de la población infantil. El niño puede presentar una vulnerabilidad biológica, pero básicamente son los factores ambientales los que detonan una crisis depresiva. Las pérdidas académicas, la baja estimulación ambiental, separación de los padres, pérdida de algún ser querido entre otras, pueden incrementar las probabilidades de que un infante desarrolle un cuadro depresivo.

El teórico Meter M Lewinsohn (1974), refiere que la depresión se debe principalmente a una tasa de *reforzamiento positivo baja*. Este procedimiento psicológico consiste en proporcionar un estímulo placentero después de realizar una conducta concreta, de forma que tiende a repetirse. La conducta reforzada se hace más fuerte. Los ambientes en los cuales se presenta aislamiento social o bajo nivel económico hace que se presenten sentimientos de tristeza. Un segundo factor que influye es la falta de habilidad del niño para obtener el reforzamiento.

Es importante no dejar atrás que la depresión puede presentarse por una alta tasa de *estimulación aversiva* y de castigo alta. Niños en ambientes problemáticos, con insuficientes habilidades para enfrentarse a situaciones desagradables y con elevada sensibilidad ante acontecimientos negativos se sienten desdichados. Familias disfuncionales (conflictos de pareja, maltrato, rechazo). Escasa tolerancia a la frustración, crítica exagerada de los demás acentúan la vulnerabilidad infantil para la depresión. Cambios repentinos en la vida, como muerte de un familiar, un amigo igualmente traería como consecuencia depresión.

5.1.2.3 Teorías del desarrollo

La psicopatología ocurre cuando en el desarrollo hay una falta de organización e integración de habilidades sociales, cognitivas o emocionales que influyen la resolución exitosa de las tareas de desarrollo más importante (Gloria Marsellach Umbert, 2005). Esta teoría se ve apoyada por el hecho de que la incidencia de depresión y conducta suicida aumenta con la edad.

Actitud o patología parental

Los niveles de incidencia de depresión en niños con padres deprimidos, sugieren que además de un factor genético hay un medio ambiental pues el estilo de relación (de vida) de los padres afecta dramáticamente al niño y aumenta el riesgo de que presente un trastorno de depresión.

Modelos cognitivos y conductuales

Algunos autores proponen deformaciones cognitivas que prolongan de manera impresionante el estado afectivo mórbido. Las deformaciones cognoscitivas más comunes consisten en interpretación negativa de la experiencia, valoración negativa del yo y pesimismo sobre el futuro. Esta formulación tiene utilidad para comprender la tenacidad con que los pacientes deprimidos parecen aferrarse a la experiencia depresiva incluso ante recompensas, apoyo o éxito manifiestos.

Otra teoría postula el "desamparo aprendido" en el que los sujetos sometidos a situaciones cargadas de estrés en las que son incapaces de prevenir o alterar un estímulo aversivo (por ejemplo: dolor físico o psíquico) se apartan y no hacen ningún intento más por escapar, incluso aunque queden a su disposición oportunidades para mejorar su situación. Otros autores proponen que la depresión es causada principalmente por la reducción de la magnitud del reforzamiento positivo. El amor propio bajo es una consecuencia de la incapacidad de los sujetos deprimidos para enfrascarse en conductas de búsqueda de finalidades con éxito, por lo tanto un refuerzo positivo de magnitud baja resultante.

Modelo de Aprendizaje Social: Propone que la depresión está asociada con el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente; la baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales, esta deficiencia provoca que haya poco reforzamiento del medio ambiente. Al mismo tiempo el medio también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales.

Los autores asumen que el niño deprimido que se perciba así mismo como rechazado, no querido, no aceptado, tiene una percepción distorsionada de la realidad. En relación a esta teoría han surgido programas de tratamiento que proponen aumentar el nivel de actividad en forma de actividades placenteras y reforzantes y así modificar, aumentar, el paradigma nivel de reforzamiento contingente.

Beck propuso un modelo cognoscitivo, la depresión llamada "triada cognitiva" donde propone que las personas deprimidas tienen un estilo de pensamiento sistemáticamente negativo lo que los lleva a tener una visión negativa de ellos mismos, del mundo y del futuro. Se han encontrado datos empíricos de que cada uno de los elementos de esta triada cognitiva están asociados a la depresión.

Estilo Atribucional: Es un modelo formulado a partir del de Desamparo Aprendido y postula que el estilo atribucional filtra la experiencia de tal manera que provoca los déficit afectivos motivacionales y autoestima asociados con la depresión.

Autocontrol o Autorregulación: Se hipotetiza que las personas deprimidas tienen deficiencias en una o más de estas etapas o fases por lo tanto, la depresión es causa de déficit de autocontrol.

- Monitoreo selectivo de eventos negativos excluyendo los eventos positivos.
- Monitoreo selectivo de las consecuencias inmediatas contra las consecuencias a largo plazo del propio comportamiento.
- Establecimiento de criterios de evaluación muy estrictos.
- Hacer atribuciones negativas de las responsabilidades de la propia conducta.
- Utilización insuficiente de autorreforzamiento.
- Utilización excesiva de autocastigo.

Modelo de indefensión aprendida

Cuando no hay una adecuada relación entre un comportamiento y las consecuencias, hay confusión sobre lo que hay que esperar de la situación. Por ejemplo cuando los padres imparten disciplina según su estado de ánimo diario, es decir, no es de importancia el comportamiento, ya que no siempre va a tener la misma respuesta.

Martin E.P. Seligman (1975), expresa que la depresión se origina porque la persona vive *situaciones incontrolables*, aquellas en las que la probabilidad de obtener determinadas consecuencias es la misma si se realiza una acción voluntaria como si no. Además del

sentimiento de no poder controlar la situación, atribuir los fracasos a factores internos (soy inútil, no sé, soy un tonto).

El niño con depresión espera que le sucedan cosas desagradables y que no le ocurran las que desea. Atribuye los fracasos a situaciones estables mientras lo positivo a situaciones de tipo inestable (me tienen lástima por eso me ayudan).

Modelo de autocontrol

La depresión se manifiesta por deficiencias en el proceso de autocontrol. Los cuidados básicos del recién nacido, alimentación, cambio de pañales, baño, vestido, estimulación, los llevan a cabo los padres, el personal de escuelas infantiles y otros adultos cuidadores. A medida que el niño crece, el niño va adoptando sus propios criterios y elige las actividades para disfrutar. El desarrollo lleva a depender cada vez más de su entorno lo que permite que el niño aprenda a controlar reguladamente su propio comportamiento.

Fases del proceso de autocontrol:

- Autoobservación. El niño observa su conducta, los antecedentes y las consecuencias de la misma.
- Autoevaluación. Compara las autoobservaciones efectuadas con criterios que se marca, atribuyendo su éxito o fracaso a diferentes causas externas e internas.
- Autorreforzamiento/autocastigo. Si la valoración es positiva, se felicita y premia; si es negativa, se critica y se castiga.

Fallas del niño deprimido en el proceso de autocontrol:

Fase de autoobservación

- Atención preferente a los sucesos negativos: presta más atención a los aspectos negativos que a los positivos.
- Atención preferente a las consecuencias inmediatas: considera más los efectos a corto que a largo plazo.

Fase de Autoevaluación

- Metas poco realistas.
- Atribuciones erróneas: atribuye sus éxitos a causas externas, específicas e inestables, y los fracasos a causas internas.

Fase de Autorreforzamiento/autocastigo

- Autorreforzamiento deficitario: se proporciona pocos reforzadores, pues infravalora sus éxitos.
- Autocastigo excesivo: Se administra castigos frecuentemente, ya que sobreestima la gravedad de sus errores.

5.1.2.4 Factores Predisponentes de La Depresión

- Genéticos.
- Biológicos.
- Deficiencias de apego durante la infancia (abuso o maltrato).
- Separación de figuras importantes.
- Pérdidas de figuras importantes por muerte, divorcio o por nacimiento del hermano.
- Enfermedades crónicas o malformaciones.
- Padres depresivos.

- Sobreprotección (no se puede probar así mismo).
- Experiencias de devaluación y rechazo.
- T.D.A-H, Trastornos de conducta, Retraso mental, o problemas de aprendizaje graves (más distímia).

5.1.2.5 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo, se puede reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de "nervios" y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o "falta de equilibrio" (en las culturas china y asiática), de problemas en el "corazón" o de estar "acongojado".

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas como quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia o en la edad adulta.

En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad). En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas de episodio depresivo mayor unos días antes de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

5.1.2.6 Curso y pronóstico

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. La remisión parcial, después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores.

En cuanto al pronóstico, las estimaciones del grado de recuperación y la probabilidad de que el sujeto se conserve bien dependerán principalmente de la edad del paciente en el momento en que se inicia el problema, el número de crisis previas y la reacción al tratamiento somático y psicosocial. Muchos individuos tienen sólo una crisis depresiva durante toda su vida. La probabilidad de recurrencia se incrementa de manera impresionante cuando se inicia una segunda crisis, y sigue aumentando ligeramente con cada crisis adicional hasta que llega, por último a una meseta estadística.

Por último cabe mencionar que los desórdenes afectivos que aparecen en la infancia o adolescencia son recurrentes si no se tratan adecuadamente, y pueden producir complicaciones como:

- Bajo rendimiento académico.
- Abuso de sustancias.
- Deterioro en los patrones psicosociales.
- Trastornos de conducta.
- Intentos y conductas suicidas.

El rendimiento escolar invariablemente está afectado por la incapacidad para concentrarse, trabajo lento, falta de interés y motivación, cansancio, preocupaciones, etc.

Durante los episodios depresivos la relación con padres y amigos son anormales. Todo lo anterior cambia al recuperarse del episodio.

5.1.3 Diagnóstico del trastorno depresivo en niños

- El diagnóstico en niños es complejo por falta de técnicas de evaluación. Los trastornos depresivos generalmente siguen un curso crónico.
- Depresión mayor: Puede ser un episodio único o recurrente.
- Distimia: que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío)
- Depresión doble: Se da cuando el niño presenta una distimia con un trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.
- Depresión mayor en remisión parcial: Cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia sólo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante 6 meses como mínimo.
- Depresión mayor Crónica: Después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

El concepto de depresión se puede sustentar en cuatro ejes o planos:

5.1.3.1 Eje semiológico: abarca un espectro de síntomas y signos agrupados, desde el punto de vista estructural, en cuatro sectores o dimensiones, el hundimiento energético vital, el humor depresivo, el trastorno de la comunicación y la alteración de los ritmos psicobiológicos.

5.1.3.2 Eje patogénico: consiste en la alteración del funcionamiento de los sistemas neurotransmisores, sobre todo al descenso de la actividad noradrenérgica en el cerebro, originado por la hipo sensibilidad de los receptores postsinápticos.

5.1.3.3 Eje terapéutico: La mayor parte de las depresiones responden favorablemente a un plan de psicoterapia, combinado con medicamentos antidepresivos (que estimulan la actividad noradrenérgica); cómo éstas sustancias aplicadas fuera del cuadro depresivo carecen de virtudes terapéuticas y pueden tener efectos psicotizantes y neurotizantes, es hoy posible comprobar aquí el diagnóstico de depresión.

5.1.3.4 Eje etiológico: La distribución de los factores abarca desde la endogeneidad hasta los trastornos de tipo somático, pasando por las situaciones sociales conflictivas, estresantes, críticas e incommunicantes.

5.1.4 Diagnóstico diferencial

Un episodio depresivo mayor debe diferenciarse de un "Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica". El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (por ejemplo: esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física.

Un "trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias" se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

También hay que distinguir, sobre todo en niños, si se trata de un episodio depresivo mayor (en el que se pueden presentar alucinaciones e ideas delirantes) o una esquizofrenia como tal o un trastorno esquizoafectivo.

La distractibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" como en un episodio depresivo mayor. El clínico debe ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un "trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido" por el hecho de que este último no cumple totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, a no ser que los síntomas persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Finalmente hay que señalar que los "periodos de tristeza" son aspectos inherentes de la experiencia humana y son fluctuaciones normales del estado de ánimo que no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor.

5.2 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS INFANTILES

5.2.1 Inventario de la Depresión en Niños (CDI) -Anexo A-

Autor: Maria Kovacs

Propósito: Diseñado para el gravamen del uno mismo-grado de síntomas depresivos en niños.

Población: Niños 7 a 17 años.

Cuenta: La Cuenta Total, Cinco Escala A: Humor Negativo, B: Problemas Interpersonales, C: Ineficacia, D: Anhedonia, y E: Estima Negativa Del Uno mismo.

Tiempo: (15) minutos o menos.

Descripción: El CDI se ha diseñado para medir el gravamen uno mismo-clasificado de los síntomas depresivos para los niños y los adolescentes envejecidos escuela. Hay 27 artículos que cuantifican síntomas tales como humor presionado, capacidad hedonista, autoevaluación vegetativa de las funciones y comportamientos interpersonales. Cubre las consecuencias de la depresión mientras que se relacionan con los niños y el funcionamiento en escuela y con los pares. Una forma corta con 10 artículos puede ser utilizada cuando una investigación

rápida es necesaria. Mientras que se divulgan ambas formas dan resultados comparables, la forma más larga proporciona cuentas del factor y da generalmente una descripción más robusta de los síntomas del niño. El nivel de la lectura del CDI está en el primer nivel del grado, el más bajo de cualquier medida de la depresión para los niños.

Anotación: Para cada artículo el niño tiene tres respuestas posibles; 0 que indica una ausencia de síntomas, 1 síntomas suaves que indican, y 2, síntomas definidos. La cuenta total puede extenderse a partir de la 0 a 54. El CDI se puede administrar usando una forma de QuickScore™ para asistir a anotar y a transformar las cuentas a un perfil. Las cuentas del factor son calculadas agregando las cuentas para cada letra asignada a cada artículo. Las cuentas totales y las cuentas del factor convirtieron a las cuentas de t en la forma del perfil. El CDI se puede también administrar y anotar usando un microordenador, o administrar usando las formas de papel y anotar usando el programa de computadora.

Confiabilidad: La confiabilidad interna de la consistencia se ha encontrado para ser buena, con los coeficientes extendiéndose de 71 al 89 con las varias muestras. Prueba-reexamine las correlaciones de la confiabilidad aparecen ser aceptable. Sin embargo se espera que los síntomas de la depresión cambien en un cierto plazo, y la regresión al medio se asocia en un cierto plazo de prueba repetida.

Validez: Los estudios numerosos de la investigación en han apoyado el CDI como determinando construcciones importantes para las aplicaciones explicativas y proféticas para caracterizar síntomas de la depresión niños y los adolescentes. Los estudios de la validez discriminante de los encontraron diferencias significativas cuentas negativas del factor del humor ($p < 05$) solamente ninguna diferencia significativa para las cuentas totales de CDI entre una muestra 134 niños y los adolescentes con varios desórdenes depresivos. Algo estudia informe el CDI para distinguir con éxito normales de categorías de diagnóstico, mientras que otros estudios han sido menos favorables, y se conviene que más investigación sobre la validez discriminante es necesaria para el CDI.

Normas: La muestra normativa incluyó a 1266 estudiantes de la escuela pública de la Florida en los grados 2 a 8. Había 592 muchachos entre las edades de 7 y 15, y 674 edades 7 a 16 de las muchachas. Si se asume que la muestra para ser representante demográfico total de la escuela, se estima que los 77% eran blancos, y americano africano del 23%, americano nativo, o hispanico. La población era sobre todo clase media, y los cerca de 20% de los estudiantes eran de solos hogares. Las normas separadas fueron desarrolladas para dos grupos basados en edades, (7-12, y 13-17) como tendencias de desarrollo dé lugar a cuentas más altas para el más viejo grupo.

Uso sugerido: El CDI mide la severidad de síntomas de la depresión en niños y adolescentes. El inventario se debe utilizar con otros instrumentos del gravamen para la diagnosis y supervisar progreso del tratamiento.

5.2.2 Escala de depresión para niños (CDS) -Anexo B-

Autor: A. Beck

Medida: En lo que a medición se refiere, la CDS combinan dos tipos de sistemas de medida: por un lado, pedimos al niño que nos de información sobre sí mismo, es decir, un autoinforme, y, por otro lado, pedimos informes sobre el niño a personas que le conocen bien como son padres, maestros y enfermeras.

Propósito: Diseñado para abarcar la sintomatología depresiva en niños en donde se considera relevante los siguientes aspectos:

- Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto.
- Auto concepto negativo: sentimiento de inadecuación y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido.
- Disminución del impulso y de la productividad mental: aburrimiento, retraimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda o consuelo, enlentecimiento motor.
- Problemas psicosomáticos: dolores de cabeza, dolores abdominales, insomnio u otras alteraciones del sueño.
- Preocupación por la muerte y enfermedad en uno mismo o en los demás, pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida (real o imaginaria)
- Dificultades en el área de la agresividad: irritabilidad, crisis de mal genio.

Descripción: La CDS completa tiene 66 ítems, de los cuales 48 son depresivos (por ejemplo, “A menudo pienso que no valgo gran cosa”, “A menudo me siento solo”) y 18 positivos (por ejemplo, “me divierto la mayor parte del tiempo”). Ambos grupos constituyen escalas independientes que se puntúan por separado obteniéndose una puntuación depresiva y una positiva.

Dentro de ambas escalas se agrupan determinados ítems que se refieren a aspectos similares de la depresión infantil y que forman subescalas. La escala de depresión consta de cinco de estas subescalas y la escala positiva de una.

Aplicaciones de la CDS

- La CDS permite al clínico determinar la extensión de la depresión del niño, tanto a partir de sus propias respuestas como a partir de las otras personas.
- Le proporciona al clínico una comprensión más clara de la naturaleza de la depresión del niño a través de las puntuaciones suministradas por una serie de subescalas que reflejan distintas áreas de la depresión.
- Le permite al clínico comparar la respuesta del niño con la de sus padres y otras personas. Comprensión de la depresión del niño en relación al contexto que rodea su vida.

Subescalas de la CDS

- Respuesta afectiva (RA): se refiere al estado de ánimo y humor del sujeto que responde
- Problemas sociales (PS): se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento, y soledad del niño
- Autoestima (AE): Hace referencia a los sentimientos, actitudes y conceptos del niño respecto a su propio valor
- Preocupación por la propia enfermedad y muerte (EM): Se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación a su salud y muerte
- Culpa (C): Hace referencia a la autoinculpación del niño.
- Placer (P): Se refiere a la presencia de diversión y alegría en la vida de niño o a su capacidad para experimentar dichas sensaciones:
- Miscelánea D
- Miscelánea P

5.2.3 Listas de chequeo –Anexo-C-: Para padres y Profesores

5.2.4 Escalas de evaluación para depresión infantil -Anexo D-

ANEXO A

Entrevista dirigida al niño: Focalización síntomas concretos en el síndrome depresivo

INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS			
Humor deprimido: En cuanto a los niños es importante tener en cuenta las unidades de tiempo.			
Te sientes triste			
▪ Toda la mañana			
▪ Toda la tarde hasta que regresas a casa			
▪ Desde que te levantas por la mañana hasta que te vas a la escuela			
▪ Desde el desayuno y hasta la hora de comer			
▪ Desde que comes y hasta que te vas a la cama			
Variación diurna del humor			
▪ ¿Te sientes peor (más triste, vacío) por la mañana o por la tarde?			
▪ ¿Cuándo empiezas a sentirte mejor?			
▪ ¿Esto te ocurre cada día?			
▪ ¿Y los fines de semana también?			
Culpabilidad excesiva: Sentirse culpable de las cosas que objetivamente no son responsabilidad del niño. Sentir que deberían castigarle más de lo que lo hacen, culpabilidad delirante en la que el niño está convencido de que es la persona más mala que jamás ha existido y/o que le persiguen que el fin del mundo se acerca. Es importante asegurarse que el niño entiende el concepto de culpa.			
¿Cómo te sientes después de hacer algo mal? _____ _____			
	SI	NO	
▪ ¿Te sientes así por mucho tiempo?			
▪ ¿A veces te sientes mal por cosas que han hecho otras personas pero que tú piensas que son culpa tuya?			
▪ ¿A veces te sientes culpable y no sabes por qué?			
A veces es necesario dar ejemplos concretos para que el niño entienda por ejemplo y tú me dirás cual niño se parece a ti: El primero es un niño que hace algo mal hecho, no se siente bien por ello y va a disculparse ante la persona perjudicada, esta acepta sus disculpas y el niño se olvida de lo ocurrido. El segundo es como el primero pero después de que acepten sus disculpas simplemente no puede olvidarse de lo que ha hecho y sigue sintiéndose mal durante una o dos semanas. El tercero es un niño que no ha hecho casi nada pero que siente mal y culpable por todo tipo de cosas que en realidad no son culpa suya.			
Cuál de estos niños se parece a ti? _____ _____			
Para comprobar por segunda vez el nivel de comprensión de las preguntas que se hacen pidiéndole que ponga un ejemplo, tal como “la última vez que te sentiste culpable como el niño de la historia”			
Anhedonia		SI	NO
1. ¿Piensas que te lo pasas mejor que tus amigos o peor que ellos?			
▪ Durante tus horas libres, como cuando estás en casa, ¿Te entretienes?			
▪ ¿Cuáles son tus pasatiempos preferidos? _____ _____			
▪ ¿Te diviertes con tus pasatiempos favoritos igual que antes?			

Ideación y Conducta Suicida: Hay que tener en cuenta la diferencia entre actos impulsivos y conductas suicidas. La evaluación del riesgo de suicidio debe ser especialmente atenta en el caso de los chicos que reúnan tanto los criterios de episodio depresivo mayor como los de trastornos de conducta.		
	SI	NO
▪ ¿Has pensado alguna vez en matarte?		
▪ ¿Has pensado como la harías?		
▪ ¿Hasta donde has llegado cuando lo has intentado? _____		
▪ _____		
▪ ¿Qué hiciste? _____		
▪ ¿Realmente deseabas morir?	SI	NO
▪ ¿Qué pasa después de la muerte? _____		

▪ ¿Por qué deseabas morir? _____		

▪ ¿Cuántas veces lo has intentado? _____		
Cambios en los patrones de sueño: Es importante tener presente los siguientes cambios en el sueño.		
	SI	NO
▪ ¿Se te dificulta dormir?		
▪ ¿Te despiertas continuamente?		
▪ ¿En la mañana te despiertas muy temprano?		
▪ ¿Duermes demasiado?		
▪ ¿Sientes que no duermes bien? (sueño no reparador)		
Cambios en el apetito y/o en el peso: Hay que tener en cuenta el registro del pediatra en cuanto a su peso		
	SI	NO
▪ ¿Tu apetito a aumentado o disminuido?		
▪ ¿Tienes preferencia por los dulces?		
Dificultad para Concentrarse y pensamientos enlentecidos.		
	SI	NO
▪ ¿Te cuesta seguir el hilo de lo que el profesor esta explicando en clase por que no entiendes o simplemente por que no importa o por que hay algo que te preocupa?		
▪ ¿O por que no puedes prestar atención mucho rato y te distraes fácilmente?		
▪ ¿Puedes prestar atención a otras cosas que te gusta hacer, como mirar televisión, jugar etc.?		
▪ ¿Te es difícil prestar atención a lo que el profesor dice o a tu trabajo?		
▪ ¿Sabes lo que significa concentrarse?		
¿Puedes decirme que significa? _____		

▪ ¿Te cuesta trabajo concentrarte mientras lees, estudias, o cuando haces los deberes?		
▪ ¿Tienes que esforzarte más que antes?		

ANEXO B

DESCRIPCIÓN DE ALGUNAS SUBESCALAS CDS			
Respuesta afectiva (RA)	Problemas sociales (PS)	Autoestima (AE)	Preocupación por la propia enfermedad y muerte (EM)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo me siento desgraciado en el colegio ▪ A veces desearía estar muerto ▪ En el colegio muchas veces tengo ganas de llorar ▪ A menudo me siento triste/ con ganas de llorar/ desgraciado ▪ A veces pienso que no vale la pena vivir ▪ Cuando estoy fuera de casa me siento triste ▪ A veces no se porque siento ganas de llorar ▪ Creo que mi vida es desgraciada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo pienso que nadie se preocupa por mí ▪ A menudo me siento solo ▪ A menudo no puedo demostrarle a nadie lo triste que me siento por dentro ▪ En la escuela muchas veces me siento solo y perdido ▪ La mayor parte del tiempo pienso que nadie me comprende ▪ Nadie sabe realmente lo triste que me siento por dentro ▪ A menudo siento que no le sirvo de nada a nadie ▪ Cuando estoy lejos de casa me siento vacío por dentro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo pienso que no valgo gran cosa ▪ A menudo me siento irritado conmigo mismo ▪ Odio mi aspecto externo o mi modo de actuar ▪ A menudo me odio a mí mismo ▪ A menudo me avergüenzo de mí mismo ▪ A veces se me ocurre pensar que soy muy malo por dentro ▪ Cuando algo no me sale o me sale mal en el colegio pienso que no valgo nada ▪ La mayoría de las veces pienso que no soy lo bueno que me gustaría ser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me despierto con frecuencia por las noches ▪ Me siento más cansado que la mayoría de mis compañeros ▪ La mayor parte del tiempo no me interesa hacer nada ▪ La mayoría de las mañanas no tengo ganas de levantarme ▪ Muchas veces me siento como muerto por dentro ▪ Cuando estoy en la escuela me siento cansado la mayor parte del tiempo ▪ A menudo me imagino a mis mismo como herido o muerto

ANEXO C

LISTAS DE CHEQUEO

PADRES	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre (3)
▪ ¿Se siente triste su hijo?				
▪ ¿Llora con frecuencia?				
▪ ¿Le ven cara de tristeza?				
▪ ¿Asegura que le van a pasar cosas malas?				
▪ ¿Sus conversaciones giran en torno a su desgraciada situación personal?				
▪ ¿Se queja de dolores de barriga, cabeza o de otras molestias?				
▪ ¿Se enfada su hijo con facilidad?				
▪ ¿Tiene explosiones de genio?				
▪ ¿Experimenta arranques de ira sin motivos aparentes?				
▪ ¿tolera difícilmente que le contraríen sus deseos?				
▪ ¿Varía con facilidad su estado de ánimo?				
▪ ¿Ha descuidado sus aficiones?				
▪ ¿Ha abandonado sus hobbies?				
▪ ¿Se aburre a menudo?				
▪ ¿Se queja que ya nada le produce placer?				
▪ ¿Permanece inactivo mucho tiempo?				
▪ ¿Ha dejado de visitar a sus amiguitos?				
▪ ¿Come menos o igual que antes?				
▪ ¿Le cuesta comer ahora?				
▪ ¿Tiene preferencia por algún alimento?				
▪ ¿Cuánto pesa?				
▪ ¿A perdido peso?				
▪ ¿Le cuesta conciliar el sueño?				
▪ ¿Se desvela durante la noche y tiene dificultad para volver a dormirse?				
▪ ¿Se despierta muy temprano por las mañanas y ya no se duerme?				
▪ ¿Duerme ahora más que antes?				
▪ ¿Le resulta difícil permanecer sentado un rato?				
▪ ¿Se frota las manos constantemente?				
▪ ¿Se toca o se pellizca la piel, la ropa?				
▪ ¿Arruga o rompe objetos como hojas de papel, cojines o juguetes?				
▪ ¿Tiene tics nerviosos, se muerde las uñas, se tira del pelo?				
▪ ¿Se mueve despacio?				
▪ ¿Tarda en reaccionar				
▪ Habla ahora menos que antes				
▪ El volumen de voz es más bajo				
▪ Cuesta mantener una conversación con él				

▪ Se resiste a comunicar sus pensamientos y sentimientos				
▪ Está siempre cansado				
▪ Se queja de agotamiento y cansancio				
▪ Pasa mucho tiempo sin hacer nada				
▪ Se encuentra peor por las mañanas que por las tardes				
▪ Tarda ahora más que antes en realizar acciones cotidianas como vestirse o asearse				
▪ Necesita realizar un mucho esfuerzo para a cabo tareas sencillas				
▪ Piensa que él es inútil				
▪ Se minusvalora				
▪ Se desprecia				
▪ Se critica constantemente				
▪ Afirma que es tonto, débil, feo, o malo				
▪ Dice que no se gusta se odia				
▪ Concede una importancia exagerada a errores insignificantes				
▪ Es perfeccionista y tremendamente meticuloso				
▪ Se siente responsable de todas las cosas malas incluso las que no dependen de él				
▪ Se le olvidan las cosas ahora más que antes				
▪ Se distrae con facilidad				
▪ Ha disminuido su rendimiento académico en algunas áreas o en general				
▪ Se muestra indeciso				
▪ Duda continuamente				
▪ Habla de muerte con frecuencia				
▪ Repite que si se moriría no pasaría nada				
▪ Hay niños que piensan que la gente estaría mejor estaría mejor si ellos se muriesen, su hijo cree eso.				
▪ Percibe la muerte como una liberación como un descanso				
▪ Algunos niños cuando tienen problemas serios amenazan o intentan suicidarse, le ha ocurrido esto a su hijo				

PROFESORES	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre (3)
▪ Habla ahora menos que antes				
▪ El volumen de voz es más bajo				
▪ Cuesta mantener una conversación con él				
▪ Se resiste a comunicar sus pensamientos y sentimientos				
▪ Se queja de agotamiento, cansancio, dolores con frecuencia?				
▪ Necesita realizar un mucho esfuerzo para a cabo tareas sencillas				
▪ Piensa que él es inútil				
▪ Se minusvalora				
▪ Se desprecia				
▪ Se critica constantemente				
▪ Afirma que es tonto, débil, feo, o malo				
▪ Concede una importancia exagerada a errores insignificantes				
▪ Es perfeccionista y tremendamente meticuloso				
▪ Se le olvidan las cosas ahora más que antes				
▪ Se distrae con facilidad				
▪ Ha disminuido su rendimiento académico en algunas áreas o en general				
▪ Se muestra indeciso				
▪ Duda continuamente				
▪ Sale en los descansos solo?				
▪ Trabaja en grupo?				
▪ Llora continuamente?				
▪ Manifiesta sentirse solo o triste?				

ANEXO D

ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA DEPRESION INFANTIL			
Desarrollo emocional			
Arriesgado		Cauteloso	
Agresivo		Sumiso	
Abierto		Reservado	
Honesto		Mentiroso	
Tímido		Extrovertido	
Introverso		llora frecuentemente	
Se adapta fácilmente		Otros _____	
¿Como son las relaciones del niño con los otros niños?			

Adolescencia			
Fortalezas y debilidades: _____			

Relaciones sociales:			

Síntomas específicos Depresión			
	SI	NO	
Trastornos de los ritmos básicos (alimentación y sueño)			
Apagamiento			
Evitación de la mirada			
Irritabilidad y agresividad			
Retraso en el desarrollo motor o del lenguaje			
Tristeza			
Aislamiento social			
Infelicidad prolongada			
Baja autoestima			
Enuresis			
Irritabilidad			
Conductas fóbicas			
Apatía			
¿Cuando se reprende responde con enojo, rabietas y mal humor?			
¿Cuando se reprende responde con inteligencia y control de emociones?			

6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

El estado de ansiedad se define como una reacción emocional o de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de una “amenaza”, los datos teóricos coinciden en que la ansiedad se manifiesta en 3 tipos de respuestas: Motoras, Fisiológicas y Subjetivas/ cognitivas.

Las respuestas motoras en niños, se dirigen a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes. Caballo (2002) establece cuatro tipos de respuestas: Respuesta de evitación activa, de evitación pasiva, de escape y motoras alteradas. Las respuestas psicofisiológicas se reflejan principalmente en aumento de la sudoración, taquicardia, palpitaciones, enrojecimiento o palidez, ahogo, suspiros, calor y fríos súbitos etc. Las respuestas subjetivas / cognitivas como pensamientos e imágenes de peligro, de incapacidad, de daño corporal relacionados con la situación ansiosa, además evaluaciones negativas de la reacción o conducta de afrontamiento a la situación.

La ansiedad de estado depende, según Caballo (2002), de dos clases de estímulos, externos e internos, los externos como insectos, agua, situaciones sociales, hablar en público, iniciar o mantener una conversación; los internos generan malestar por los cambios psicofisiológicos, preocupación por la reacción o el desempeño personal.

A continuación se definen las categorías diagnósticas de los trastornos de ansiedad en niños.

6.1.1 Categorías Diagnósticas

6.1.1.1 Miedos y fobias

Es importante diferenciar el miedo de las fobias, teniendo en cuenta que éstas últimas son las más representativas en la bibliografía de trastornos de ansiedad infantil. Debe entenderse el miedo como la respuesta manifiesta ante una estimulación externa y la fobia como un miedo provocado por estímulos no tan claros y/o internos con respuestas encubiertas por el niño, acompañadas de un temor irracional ante estímulos no aversivos.

Los niños con fobias tratan de evitar la situación u objeto que le producen miedo, pueden expresar sentimientos de tensión, angustia o incluso miedo a la muerte. Reacciones físicas como náuseas, palpitaciones y dificultad para respirar.

Es muy importante tener en cuenta la evolución de los miedos según la edad del niño, ello permite establecer si los síntomas corresponden a miedos o fobias específicas,

6.1.1.2 Fobias Específicas

Se definen en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desproporcionadas o desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de determinados estímulos fácilmente identificables: animales, tormentas, alturas, sangre, inyecciones, lugares cerrados, etc. El DSM-IV TR clasifica las fobias específicas en cuatro tipos: Animal, Ambiental, Sangre-

Inyecciones, Situacional entre otras, el inicio de las fobias se da regularmente en la infancia, sin embargo algunas de ellas pueden aparecer en una edad avanzada.

Para que el diagnóstico se dé el niño o el adolescente debe sentir miedo y angustia exagerados o estos deben interferir de modo significativo en su rutina normal, en el ambiente escolar y las relaciones sociales.

6.1.1.3 Fobias Sociales

Es el Temor intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el niño se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar así mismo el niño teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad, angustia o miedo) que sea humillante o avergonzante. Las situaciones más comúnmente son: hablar o comer en público, asistir a reuniones sociales, dar exposiciones, aparecer en televisión o en espectáculos públicos, asistir a una cita amorosa, mirar directamente a los ojos, miedo a vomitar en público, etc.

La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo experimentado en forma asociada ruboración (ponerse colorado), dificultad para hablar, temblor de manos o en la voz, náuseas, necesidad urgente de orinar, etc.; Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad, angustia o malestar; esta fobia interfiere marcadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas), familiares o sociales. La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Puede estar acompañada de depresión o de abuso de sustancias (alcoholismo por ej.). En los niños para su diagnóstico debe tenerse en cuenta que tengan la capacidad de entablar relaciones sociales adecuadas para su edad con personas que conozcan, además ésta debe producirse no sólo en la interacción con adultos sino además con iguales, debe producir ansiedad de modo casi invariable. La expresión de la fobia puede manifestarse en llanto, rabieta u horror al encontrarse en situaciones sociales con gente que no conoce. Además puede ir acompañada de síntomas como palpitaciones, calores y flojera, escalofríos, sudores y náuseas.

6.1.1.4 Ansiedad por separación

La ansiedad por separación en los niños suele relacionarse con la manifestación ansiosa de ir al colegio cuyos síntomas pueden ser mareos, dolor de estómago y náuseas, lo que obliga que el niño se quede en casa. A este tipo de fobia (Hersov 1997) La llama "rechazo al colegio". Esta fobia se relaciona con el miedo a separarse de la madre o del hogar.

La clasificación hecha por el DSM IV, propone entre los criterios para el diagnóstico de éste trastorno que es una ansiedad excesiva, en la cual el niño experimenta malestar excesivo cuando está separado del hogar o de las personas con quienes está más vinculado como la madre. Cuando está solo desea saber en donde está y se siente triste, nostálgico. Generalmente se preocupa porque sus familiares tengan accidentes, estas preocupaciones son clínicamente significativas o causan deterioro social y académico. La edad cronológica es de por lo menos 5 años.

6.1.1.5 Trastorno de Ansiedad Generalizado

Se define como Ansiedad o preocupación excesiva presentando un periodo no inferior a seis meses durante la relación con dos o más circunstancias de la vida que no se puedan atribuir a otro trastorno, debe presentar al menos seis síntomas físicos que reflejen tensión motriz, hiperactividad autónoma, vigilancia y escrutinio; los niños con este trastorno demuestran preocupación excesiva, quejas somáticas como dolor de estómago y dolor de cabeza, tienen una marcada conciencia de sí mismo y frecuentemente buscan aprobación de los demás, son denominados como perfeccionistas; Se ha encontrado (Silverman y Ginsburg 1995) que los niños ansiosos se caracterizan por un exceso de pensamientos negativos o catastróficos así mismo con distorsiones de personalidad y con dificultades en su aspecto social al relacionarse con sus compañeros donde existe percepción de ellos como niños tímidos y aislados. Este trastorno de Ansiedad Generalizada está asociado al rechazo escolar, temor a exámenes y bajo rendimiento.

Las preocupaciones e inquietudes de las que informa el niño no deben estar relacionadas con ningún otro trastorno de Ansiedad, no se puede dar un diagnóstico apropiado de (TAG) si la ansiedad se centra en un objeto o acontecimiento (Fobia) o en la separación de una persona significativa (Trastorno de Ansiedad por Separación), Por otra parte asegurarse de diferenciarlo con trastornos orgánicos como quejas somáticas que no sean en realidad parte de un proceso mayor como es una enfermedad orgánica.

6.1.1.6 Crisis de Angustia y Trastorno de Pánico

La característica esencial según el DSM IV, es la presencia recurrente de ataques de pánico con una duración de minutos u horas consistiendo en una serie de síntomas aversivos somáticos y cognitivos que a menudo alcanzan una intensidad en los primeros diez minutos, son más frecuentes en mujeres y suelen comenzar en la adolescencia, aunque a veces debutan en personas de mayor edad. Se manifiestan con episodios bruscos e inesperados, sin causa aparente, de miedo intenso a perder el control, o a que algo horrible va a suceder o incluso miedo a morir, acompañados de síntomas como: Dificultad para respirar, dolor en el pecho, palpitaciones, sudación, temblores, sensación de mareo e inestabilidad, hormigueo, náuseas y malestar abdominal.

Este trastorno puede clasificarse en:

- Ataques inesperados: Cuando la persona no asocia el inicio con un estímulo desencadenante interno o externo (es decir la percepción de que el ataque ocurra de forma espontánea).
- Ataque Situacionalmente Predispuesto: Cuando la persona se presenta en situaciones que frecuentemente aunque no siempre precipite un ataque de pánico después de la exposición.
- Ataque Situacionalmente Determinado: Ocurre inmediatamente después de o antes de la exposición.

6.1.1.7 Trastorno por estrés postraumático

Para el diagnóstico de este trastorno es necesario que el niño haya estado en contacto con un evento traumático, amenaza de heridas, muerte en los que haya respondido con miedo, impotencia u horror, conducta agitada o desorganizada.

Los niños y adolescentes sufren de malestar al recordar el trauma, y piensan recurrentemente en el acontecimiento, se puede producir reescenificación y aspectos de la catástrofe y con frecuencia manifiestan con el tiempo mayores miedos específicos, también se producen dificultades por separación y conductas dependientes, problemas de sueño, pesadillas y en los adolescentes sensación de vulnerabilidad y sentimientos negativos hacia el futuro. Se ve afectado el rendimiento escolar por la pérdida de interés, irritabilidad, ataques de ira, excesiva agresividad, o en ocasiones sentimiento de culpa cuando una persona ha muerto.

6.1.1.8 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Este trastorno engloba obsesiones y compulsiones de los cuales el niño no es necesariamente consciente, se produce en niños menores de 7 años con actos repetitivos y extraños que le pueden parecer anormales al niño, no obstante en ocasiones el niño suele dar explicación al comportamiento. Entre los criterios para el diagnóstico se haya que las obsesiones y compulsiones lleven mucho tiempo e interfieren en las actividades normales escolares y sociales. Las obsesiones y compulsiones se pueden presentar en cualquier momento y sus síntomas pueden cambiar conforme pasa el tiempo, se ha encontrado que los niños con trastorno obsesivo compulsivo también responden a diagnósticos de al menos otro trastorno, que éste podía seguir un curso crónico y permanecen hasta la adultez.

6.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

6.2.1 Teoría Biológica

Gorman y Cols. (1998) Han sugerido un modelo neuroanatómico de los trastornos de ansiedad, según el cual el tronco cerebral y concretamente el locus son el centro generador de la crisis de angustia; El sistema límbico siendo la zona donde se ubica la ansiedad anticipatoria y el cortex prefrontal es el habitáculo neuroanatómico de las conductas de evitación, defienden una interrelación de estas estructuras, que en los pacientes con crisis de ansiedad tienen en su opinión una vulnerabilidad genética.

Kagan, Reznick y Gibbons (1989) Realizaron un estudio acerca de la inhibición comportamental y su relación con los trastornos de Ansiedad en los niños, estos autores encontraron que cerca de 15 a 20 por 100 de los niños nacen con una predisposición a ser en la infancia irritables, en la niñez temprana tímidos y temerosos y en la edad escolar cautelosos, callados e introvertidos, y además del 25 al 30 por 100 de los niños muestran un perfil opuesto con comportamientos audaces, sociables e imperturbables ante la novedad.

Por otra parte Kagan propuso que los niños inhibidos, comparados con los desinhibidos tienen un umbral bajo de excitación en los circuitos de la amígdala y en el hipotálamo por lo tanto como resultado los niños inhibidos reaccionan con ciertos comportamientos particulares teniendo una activación del sistema nervioso simpático. Así mismo Kagan en compañía de Chaloff (1995) Realizaron una investigación en torno a la hipótesis de que la inhibición comportamental en los niños propensos a presentar trastorno de pánico con agorafobia, por ser hijos de personas con este trastorno, podría ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de algún tipo de psicopatología; los resultados sugieren que la inhibición comportamental es una manifestación temprana de una predisposición familiar a los trastornos de ansiedad.

6.2.2 Teoría Cognitiva

Los mecanismos cognitivos desempeñan un papel relevante en el mantenimiento del estado de angustia ya que tras las crisis el paciente desarrolla una ansiedad anticipatoria, que es el paso previo que conduce a las conductas de evitación y conforma el síndrome de agorafobia, existiendo tres tipos de factores Cognitivos:

- Estructuras Cognitivas desadaptativas vulnerables a trastornos emocionales y con tendencia a errores en el procesamiento de la información e interpretación distorsionadas con relación al peligro.
- Procesos cognitivos peculiares, donde hay focalización de la atención, que tiende a centrarse en el peligro y la amenaza; pensamientos catastróficos con inclinación a valorar las consecuencias físicas de las crisis, y la posibilidad de perder el control mental.
- Cogniciones Anticipativas de peligros físicos y pensamientos dicotómicos, que interpretan el peligro en términos de blanco o negro; y por ultimo productos cognitivos donde hay contenidos con relación a temas de peligro o imágenes amenazantes.

La teoría del condicionamiento clásico es importante para explicar la adquisición de la ansiedad en los niños y el condicionamiento operante para dar cuenta de su mantenimiento. Estos modelos están basados en el supuesto de que los niños con temor o ansiedad excesiva tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones negativas.

Ha sido difícil describir la especificidad de las cogniciones para cada uno de los trastornos de ansiedad, no sólo debido a los problemas metodológicos de la evaluación, sino en lo que se refiere a los niveles de generalización a través de diferentes situaciones y la comorbilidad presente en los diversos trastornos.

A partir de las investigaciones sobre este trastorno en niños y adolescentes (Kearney, Allbano, Eisen, Allan y Barlow, 1997) Se ha venido consolidando un modelo teórico que explica la naturaleza y evolución de dicho trastorno en la población infantil; Este modelo plantea que muchos jóvenes probablemente poseen una vulnerabilidad biológica para experimentar alguna forma de hiperexcitación ocasional (por ejemplo: Hiperventilación, pulso acelerado) debido a las diferencias en el locus ceruleus.

6.3 FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Aunque las causas de los trastornos de ansiedad en niños no están lo suficientemente claras y sean en general las mismas que explican las causas de los trastornos de ansiedad en adultos. Autores como Lost y Rutter (1997) señalan que los trastornos de ansiedad se producen en la familia, sin embargo esta teoría no está del todo clara.

Las Fobias específicas se consideran reacciones adquiridas, propuso tres vías de adquisición: condicionamiento directo, aprendizaje por observación y transmisión de información. Igualmente Caballo (2002) propone que para explicar el porqué se adquieren respuestas de miedo más fácilmente a unos estímulos que a otros, y porqué algunos niños las adquieren más fácilmente que otros, la hipótesis de “preparatoriedad y vulnerabilidad”. La primera asegura que el organismo está biológicamente preparado para adquirir y mantener respuestas fóbicas a los estímulos que filogenéticamente han constituido una amenaza para la supervivencia de la

especie. La vulnerabilidad por su parte, puede ser biológica o psicológica. Igualmente el condicionamiento clásico se encuentra en la génesis y el mantenimiento de las fobias.

Según Wicks-Nelson (1997) los trastornos de ansiedad provienen de diferentes influencias, por ejemplo influencia genética como en el trastorno obsesivo-compulsivo, igual sucede con la influencia familiar, de alguna forma el niño “aprende” a reaccionar ansiosamente de su familia como sus padres, así mismo se pueden crear ambientes “ansiosos”, igualmente el niño se puede ver afectado por la exposición a situaciones ansiosas y a desarrollar “estilos cognitivos” Wicks-Nelson (1997) que contribuyen a que se provoque ansiedad, sin embargo cada uno de estos trastornos tienen diferentes etiologías; En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo Rapport concluyó que tenía una base biológica o por causa de infecciones. Allen y Cols (1993) afirmaron que el trastorno por separación se debe a las necesidades y conflictos que se generan de la separación madre-hijo, este trastorno puede generarse después que el niño experimenta una situación estresante.

El mantenimiento de estos trastornos se caracteriza por que son frecuentes y heterogéneos y con un claro predominio en las mujeres y los jóvenes, posiblemente existan una serie de factores de riesgo que provocan un aumento en el desarrollo a los criterios de otros trastornos así mismo pueden predisponer a la agorafobia o a la crisis de angustia del adulto, incidencias del trastorno obsesivo-compulsivo y a una manifestación de la misma patología. El condicionamiento clásico se encuentra en la génesis y el mantenimiento de las fobias.

6.4 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad en los niños son difícilmente detectables, puesto que hay una gran variedad de síntomas que pueden pasar inadvertidos o que pueden confundirse con otros trastornos comportamentales, orgánicos o fisiológicos. Esto hace que su evaluación y diagnóstico sean complejos, ya que la sintomatología no siempre es absolutamente evidente, como es el caso de las respuestas motoras y los síntomas o respuestas cognitivas; por eso es muy importante un proceso concienzudo y detallado de evaluación que aborde los ambientes en los que el niño interactúa diariamente: Académico, social y familiar; aplicando pruebas, escalas psicométricas; entrevistas y listas de chequeo a padres, docentes y niños.

Gracias a un adecuado proceso evaluativo, se logra un diagnóstico confiable y la aplicación de un tratamiento integral, certero y exitoso y se alcanzará un pronóstico favorable.

6.4.1 Esquema evaluativo

Entrevista

El proceso de entrevista pretende obtener información del niño y su interacción en los diferentes ambientes a los que se enfrenta (escolar, familiar y social); ésta debe partir de un rastreo de datos de identificación (nombre, edad, sexo, escolaridad, datos familiares, historia del desarrollo etc.) de la anamnesis. Para la realización de la entrevista hay que tener en cuenta los 3 componentes de la ansiedad (Subjetivo-Cognitivo, Motor-Conductual y Fisiológico-Somático) los cuales se evidencian en modos de respuesta ante la presencia de un estado o situación de ansiedad; durante la entrevista al niño, a sus padres y profesores, es necesario indagar sobre la sintomatología que se manifiesta por medio de dichos componentes:

Componente Subjetivo - Cognitivo:

Los aspectos a tener en cuenta en este componente, son básicamente aquellos relacionados con la experiencia interna del niño, los cuales se exteriorizan por medio de expresiones o verbalizaciones frecuentes de miedo, pánico, alarma, preocupación, obsesiones y pensamientos intrusivos, esta información se haya en preguntas directas como:

- ¿Hace verbalizaciones reiteradas de preocupación hacia algunas situaciones, p, Ej. : Le preocupa que lo dejen solo, tiene miedo de que pase algo, siente miedo extremo hacia algunos animales, le preocupa lo que los demás piensen de el /ella?
- ¿Se niega a asistir a actividades sociales, sin explicación lógica aparente, P, ejemplo: Asistir al colegio, a actividades lúdicas, fiestas etc.
- ¿Se niega a realizar actividades escolares, sociales y familiares sin la compañía de su madre, padre o un adulto?
- ¿Existe preocupación excesiva por la separación y/o seguridad de su familia?
- ¿Reiterativamente habla de un tema que lo inquieta, por ejemplo: la muerte, un examen, un animal, sueños o pesadillas ?

Componente Motor – Conductual:

Correspondiente a los aspectos observables de conducta que implica variables como la expresión facial, movimientos y posturas corporales; además hace referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación. Los cuales se evalúan por medio de preguntas como:

- ¿Hace berrinche o pataletas en situaciones que le generan angustia, miedo, pánico etc.?
- ¿Se paraliza o se queda quieto ante situaciones que le producen miedo, por ejemplo presencia de animales, fenómenos naturales, fuegos artificiales etc.?
- ¿Huye en situaciones de preocupación sin medir las consecuencias en la huida, por ejemplo: correr por calles sin temor a ser arroyado por automóviles, no mide los peligros al huir?
- ¿Evita tener contacto con objetos por temor a lesionarse, sin evidencia de que esto pueda suceder?

Componente Fisiológico – Somático:

Abarca aspectos como, cambios fisiológicos, que se reflejan en cambios externos como sudoración, temblor, palidez facial, etc. Y cambios internos como, aceleración cardiaca, aceleración respiratoria, etc. deben tenerse en cuenta preguntas que hagan referencia a éstos, como:

- ¿Frecuentemente presenta temblor o inquietud de las extremidades al enfrentarse a ciertas situaciones, por ejemplo: exámenes, reuniones sociales etc.?
- ¿Constantemente presenta sudoración, enrojecimiento y/o palidez al verse comprometido en situaciones particulares. Por ejemplo: Presencia de animales, expresarse frente a publico etc.?
- ¿Expresa sentir dolores estomacales, cefaleas, asfixia o quejas somáticas reiterativamente, sin evidencia fisiológica de enfermedad?

Posteriormente se establece contacto con el niño lo cual permite observar las conductas y manifestaciones de ansiedad. Dadas las diferentes categorías diagnósticas, se debe tener claridad frente a la base y mantenimiento de la problemática. Además es primordial hacer referencia a los contextos en los que se desenvuelve, debido a que la sintomatología afecta los espacios familiares, escolares y sociales, la observación directa en situaciones a las que se enfrenta habitualmente, aporta y amplía información suministrada por padres y docentes, así mismo, dan una idea del perfil cognitivo, conductual y social del niño. El éxito de la entrevista, depende del rastreo minucioso de cada uno de estos aspectos y contextos. Este proceso debe complementarse con la aplicación de las listas de chequeo al paciente, sus padres y docentes. El objetivo de la aplicación de éstas, es establecer un diagnóstico diferencial, que permita implementar un plan terapéutico acorde a las necesidades del niño y a su vez, buscar un pronóstico favorable.

En este protocolo se anexan las listas de chequeo, las cuales permiten verificar los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad; estas se aplican a padres, docentes y al niño (Anexos A, B y C)

Instrumentos de Evaluación

Algunos autores proponen diferentes métodos de evaluación de los trastornos de ansiedad infantil, tales como la observación en situaciones artificiales en las que el evaluador prepara la situación ansiosa y observa la reacción del niño, la observación en situaciones naturales, en la que el examinador hace seguimiento de las reacciones del niño en los ambientes que frecuenta, además de la aplicación de inventarios o listas de chequeo en la cual por medio de una escala Likert se presentan situaciones potencialmente generadoras de ansiedad. Méndez (1999) elaboró varios instrumentos: El registro de respuestas de miedo para padres, registro de respuestas de ansiedad durante la hospitalización y el registro de asistencia a clase.

Caballo (2004) describe otros métodos de evaluación como la escala de estimación y el registro psicofisiológico; ambos tienen como objetivo determinar las manifestaciones y el estímulo que genera en el niño la respuesta ansiosa.

Spielberg (1973) creó el inventario de ansiedad estado-rasgo para niños, diseñado para medir la ansiedad crónica a través de situaciones (rasgo) y para medir estado de ansiedad transitorio (estado), igualmente se encuentran cuestionarios como Escala Revisada de Ansiedad Social para Niños (SASC-R) Lagreca y Stone (1993), el Test de Ansiedad para Niños (TASC) Sarason et.al (1958), Escala de Ansiedad Multidimensional para Niños. March et.al (1994) y el Inventario Revisado de Miedos para Niños (FSSC-R) Ollendick (1983).

En este apartado se reseñan algunos instrumentos diseñados para la evaluación de los trastornos de ansiedad en niños. Algunos evalúan por medio de la observación y la exposición al evento o situación ansiosa, otros valoran ansiedad por medio de inventarios y escalas.

6.4.1.1 El inventario de miedos para niños

Elaborado por Scherer y Nakamura (1968) ha sido simplificado en 1992 Gullone y King sacaron una versión actualizada con 78 ítem y escala de tres puntos que incluye elementos como miedo a la guerra o al SIDA, el objetivo de éstos, es evaluar los miedos de los niños, igualmente existen inventarios de miedos para padres, quienes los desarrollan con base en el comportamiento observado de sus hijos.

En 1998 Bouldin y Pratt diseñaron el “Inventario de miedo para Niños-II Versión padres” que consta de 94 ítem y una escala de 3 puntos. Algunos inventarios, como el de Pelechano (1981) pueden ser aplicados de forma individual o colectiva. Además se encuentran inventarios para miedos específicos, es el caso de la “Escala de temores hospitalarios” de Menlamed y Siegel (1975), o el “Inventario de miedos dentales para niños” (Dental Fear Survey Schedule for Children, Milgrom, Jie, Yang y Tay, 1994) y el inventario de miedos escolares (IME) de Méndez (1998).

6.4.1.2 Pruebas de observación en situaciones artificiales

Al igual que los inventarios, las pruebas de observación en situaciones artificiales, las pruebas de aproximación conductual (PAC) se crearon en el marco de la desensibilización sistemática (Lang y Lazovick, 1963, Caballo 2004), se puede llevar a cabo de dos formas: activa, por medio de la aproximación progresiva al estímulo fóbico y la pasiva, donde el estímulo fóbico se aproxima gradualmente al niño mientras éste permanece en el mismo lugar. Esta modalidad está indicada para registrar al mismo tiempo respuestas psicofisiológicas. Los PAC proporcionan resultados físicos y psicológicos.

Otra modalidad de evaluación, es la prueba de tolerancia a la oscuridad, en la cual se le indica al niño que aguante todo el tiempo que pueda, hasta que no lo soporte, el solo, en una habitación completamente oscura, (Mikulas y Coffman 1989, citado por Caballo 2004) utilizan un intervalo temporal de 30 minutos para valorar los resultados del mantenimiento.

Además de la observación en medio artificial, la observación en medio natural se desarrolla por medio de varios instrumentos (Méndez, 1999, citado por Caballo 2004): el registro de respuestas de ansiedad durante la hospitalización es uno de éstos. Así mismo, la escala de estimación se usa para cuantificar el miedo, no se recomienda para niños menores, por su dificultad para cuantificar sus emociones. Por ello (Méndez, 1999, citado por Caballo, 2004) propone recurrir con estos niños usar análogos visuales como, expresiones faciales de miedo, el termómetro del miedo, entre otras. Estas escalas poseen varias ventajas, son fáciles y rápidas de aplicar, se pueden combinar con otras técnicas como, entrevista, inventarios, observación etc.

6.4.1.3 Pruebas de observación de la expresión emocional (Padres – Maestros)

- Cuestionario de autorregulación emocional (Padres) -Anexo D-
- Cuestionario de autorregulación emocional (Docentes) -Anexo E-

6.4.1.4 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC)

Uno de los instrumentos psicométricos que más se encuentra en la literatura de ansiedad infantil es el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) (Spielberg, 1988, citado por Caballo, 2004), se aplica a niños entre los 9 y 15 años aproximadamente. Evalúa dos escalas una de rasgo y otra de estado, consta de 40 ítem en las que se refiere a situaciones ansiosas, algunos de ellos como: me siento feliz, estoy preocupado, tengo miedo.

6.4.1.5 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMAS-R –Anexo F-

Esta prueba es un instrumento clínico y de investigación, útil para identificar el grado y la naturaleza específica de la ansiedad. Subtitulada como “lo que pienso y siento” es un

instrumento de “ auto informe” que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. La aplicación puede ser individual o grupal, las respuestas son encerradas en un círculo “SI” O “NO” por el niño, la respuesta “Si” Indica que el reactivo esta describiendo sentimientos o acciones del niño y la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no lo esta describiendo, otra forma de aplicación es que el instructor puede leer el reactivo y encerrar la respuesta en un circulo en tal caso que el niño tenga dificultades para leer o marcar la respuesta; La respuestas “SI” dadas por el niño nos determina la puntuación de ANSIEDAD TOTAL, es un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo.

CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas, además de la puntuación de Ansiedad Total, la puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos.

Subescalas:

1. Ansiedad Fisiológica
2. Inquietud / hipersensibilidad
3. Preocupaciones sociales/concentracion
4. Mentira

La puntuación natural en cada subescala es el numero de reactivos marcados “SI” para esa subescala, Se encuentra disponible una plantilla de calificación para ayudar a calificar las respuestas del niño.

6.4.1.6 Entrevista para Síndromes Psiquiátricos: Niños y Adolescentes. CHIPS –Anexo G-

La Entrevista Chips esta diseñada para utilizarse en niños de 6 a18 años de edad, basado en los criterios del DSM IV y es apropiada para uso clínico y de investigación. Esta entrevista evalúa los siguientes tipos:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático

Cada sesión de la entrevista consiste en una serie de preguntas relacionadas con los criterios de diagnostico del DSM-IV, para cada trastorno de ansiedad.

La entrevista ha sido construida de manera tal que las respuestas afirmativas indican presencia de patología. Para cada trastorno, las preguntas se han organizado en forma ramificada las primeras preguntas son para evaluar el trastorno, después de hacer estas preguntas la entrevista puede ramificarse en una de dos formas. Si la respuesta de un niño a las preguntas de evaluación no es afirmativa, el entrevistador puede pasar por alto los demás interrogantes de esa sección y continuar con el siguiente trastorno. Si un niño responde afirmativamente (indicando la posibilidad de patología), se hacen las restantes de la sección. Después de efectuar todas las preguntas relacionadas con los síntomas de un trastorno, se cuestiona sobre el inicio y la duración de los mismos, así como los daños causados por estos.

6.4.1.7 Cuestionario de Personalidad para Niños (8 a 12 años) C P Q, R.B. Porter y R.B. Cattell

El nombre original de la prueba es “Children’s Personality Questionnaire CPQ Form A”, la administración de la prueba es individual o colectiva, su aplicación tiene una duración entre 30 y 40 minutos cada parte, se divide en dos (2) sesiones, se aplica a niños entre los 8 y los 12 años de edad, en etapa escolar de 3° básica primaria a 7° de bachillerato; la prueba maneja la apreciación de 14 rasgos de primer orden y 3 de segundo orden de la personalidad.

La importancia de la aplicación y resultados de esta prueba es la finalidad de ampliar la comprensión de psicólogos y docentes de la personalidad de cada niño, evalúa la ansiedad como rasgo de personalidad.

Las pruebas CPQ y ESPQ comparten la estructura de los rasgos encontrados en adultos mediante la aplicación de la prueba 16PF.

La CPQ se administra en 2 sesiones, con 70 elementos en cada una, el test permite puntuaciones en 14 dimensiones de la personalidad, tiene un tiempo mínimo de aplicación (35 minutos cada sesión), las 14 escalas que posee, han sido establecidas mediante la investigación factorial, una construcción con valor general como una estructura psicológicamente significativa dentro de la personalidad. En cada escala existen 2 polos, puntuaciones bajas y altas, las escalas de la prueba son: Factor A (Reservado-Abierto), Factor B (Inteligencia baja- Alta), Factor C (Afectado por los sentimientos-Emocionalmente estable), Factor D (Calmoso-Excitable), Factor E (Sumiso-Dominante), Factor F (Sobrio-Entusiasta), Factor G (Despreocupado-Consciente), Factor H (Cohibido-Emprendedor), Factor I (Sensibilidad dura-Sensibilidad Balada), Factor J (Seguro-Dubitativo), Factor N (Sencillo-Astuto), Factor O (Serenos-Aprensivos), Factor Q3 (Menos integrado, Más Integrado) y Factor Q4 (Relajado-Tenso).

6.4.1.8 Early School Personality Questionnaire ESPQ (6 – 8 años). R.W. Coon y R.B. Cattell

Esta Bateria, comparte las características de la prueba CPQ, se aplica igualmente en 2 sesiones (Forma A1 y A2), cada sesión tiene una duración mínima de 35 minutos, contiene 80 elementos, seis en cada uno de los rasgos de la personalidad y 8 para el aspecto intelectual, las 13 escalas que contiene la ESPQ, apuntan igualmente los factores de la CPQ, excepto el factor Q3 (Menos integrado-Más integrado).

Las dos pruebas se crearon para ser usadas en el contexto clínico y educativo, ambas pueden ser usadas la evaluación de ansiedad rasgo, valorando la dimensión estable de personalidad, tendencia, a diferencia de otras pruebas que evalúan la ansiedad estado, es decir ansiedad situacional actual.

6.4.1.9 Registros psicofisiológicos

Es escaso por economía y viabilidad, es complicado mantener al niño inmóvil mientras se le presentan estímulos fóbicos, esta técnica es usada generalmente para investigaciones, Melamed y Siegel (1975) usaron el índice de sudoración palmar en la valoración de la eficacia de un modelado filmado en la preparación de la cirugía infantil.

ANEXO A

PADRES En este cuadro encontrará una serie de frases o preguntas de lo que hace o piensa su hijo; las preguntas tienen 4 opciones de respuestas, debe leer cada pregunta y elegir la respuesta que este más de acuerdo con la manera en la que su hijo piensa, siente y actúa.	Nunca (0)	Algunas Veces (1)	Muchas Veces (2)	Casi Siempre (3)
Fobias				
Le tiene mucho miedo animales o bichos p. Ej., Perros, gatos, caballos, arañas y víboras.				
Cuando el niño experimenta ese miedo, tiene tanto miedo que no se puede mover.				
El niño le tiene miedo a estar en lugares pequeños como elevadores o closet.				
Cuando el niño experimenta ese miedo, se agarra de sus padres, llora y hace berrinche.				
El niño se enferma del estómago, o siente que se va a desmayar cuando está alrededor de animales, multitudes, agujas, oscuridad				
El miedo que su hijo siente lo limita de realizar actividades cotidianas				
Cree que su hijo tiene más miedos que otros niños				
Al niño le da mucho miedo estar con la gente que no es de su familia.				
Cuando asisten a una fiesta infantil, a su hijo (a) no le agrada jugar o compartir con niños de su misma edad				
Trastorno de Ansiedad por separación				
Cuando se supone que el niño salga de la casa, lanza puñetazos y hace berrinches para quedarse a su lado				
El niño expresa preocupación porque le pueda pasar algo a usted				
El niño hace berrinche, llora y ruega a los padres para que se queden en la casa, cuando planean ir alguna parte.				
Le es difícil ir a la escuela, por que se preocupa por estar lejos de sus padres.				
Le tiene miedo a estar solo en un cuarto de la casa, aun cuando haya otras personas en ellas.				
Cuando el niño esta en la casa, sigue a su madre a donde vaya.				
Le cuesta trabajo dormir sino esta con sus padres.				
Tiene pesadillas acerca de separarse de sus padres.				
Cuando el niño va para la escuela, siente dolor de estomago, de cabeza o vomito.				
El niño se preocupa por cosas que pasaran en el futuro.				
Trastorno de Ansiedad Generalizada				
Su hijo se preocupa más que otros niños de su edad, por cosas que sucederán en el futuro				
Se preocupa diariamente por muchas cosas y se le dificulta clamarse o tomarla a la ligera				
El niño se irrita y disgusta fácilmente				
Presenta problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido				
Cuando esta preocupado se cansa rápidamente				
Trastorno Obsesivo-Compulsivo				
El niño hace cosas como lavarse las manos, contar o decir algo, revisar sus útiles y pertenencias repetitivamente				
Refiere o expresa que va a pasar algo malo si no realiza las actividades anteriormente nombradas				
Se siente más tranquilo al realizar dicha actividad				
Expresa ideas o pensamientos que le molestan y los expresa frecuentemente				

ANEXO B

DOCENTES	Nunca (0)	Algunas Veces (1)	Muchas Veces (2)	Casi Siempre (3)
En este cuadro encontrará una serie de frases o preguntas de lo que hace o piensa su estudiante; las preguntas tienen 4 opciones de respuestas, debe leer cada pregunta y elegir la respuesta que este más de acuerdo con la manera en la que su estudiante piensa, siente y actúa.				
Fobias Específicas				
El estudiante le tiene mucho miedo a salir solo del salón de clases.				
Cuando el estudiante experimenta esa situación de temor, tiene tanto miedo que no se puede mover.				
El estudiante le tiene miedo a las multitudes p.ej. La hora de descanso.				
El estudiante trata de mantenerse alejado de esas actividades.				
El estudiante tiene mucho miedo al pararse frente a la gente para leer.				
Cuando el estudiante experimenta ese miedo se siente incomodo y llora				
El estudiante le tiene miedo a bichos, perros, víboras, arañas, abejas, hormigas				
El miedo que experimenta, le impide realizar actividades que realizaría normalmente.				
Ansiedad por Separación				
El estudiante expresa miedo y llora cuando los padres lo dejan y se van				
El estudiante tiene miedo de salir solo si los padres no vienen a recogerlo				
Durante el horario que permanece en el colegio, el niño vomita, le duele la cabeza, llora.				
Busca la compañía del profesor(a) en la hora de salida				
Trastorno de Ansiedad Generalizada				
Se preocupa más que otros niños por presentar un examen.				
Le cuesta trabajo estar sentado, sintiéndose nervioso y preocupado.				
Al estudiante le cuesta trabajo mantener atento y concentrado en las actividades académicas dentro del salón de clases.				
Permanece nervioso, suda, tiembla, llora				
Trastorno Obsesivo-Compulsivo				
El niño hace cosas como lavarse las manos, contar o decir algo, revisar sus útiles y pertenencias repetitivamente				
Refiere o expresa que va a pasar algo malo si no realiza las actividades anteriormente nombradas				
Se siente más tranquilo al realizar dicha actividad				
Expresa ideas o pensamientos que le molestan y los expresa frecuentemente				

ANEXO C

<p style="text-align: center;">NIÑO</p> <p>En este cuadro encontrarás una serie de frases o preguntas de lo que piensas o sientes; las preguntas tienen 4 opciones de respuestas, debe leer cada pregunta y elegir la respuesta que este más de acuerdo con la manera en la que piensas, sientes y actúas, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.</p>	Nunca (0)	Algunas Veces (1)	Muchas Veces (2)	Casi Siempre (3)
Trastorno de Ansiedad por Separación				
¿Cuándo estás fuera de casa, te preocupa si algo esta sucediendo en tu casa?				
Tienes miedo a que tu madre se enferme				
Cuando tu padre se ausenta de casa, te preocupa si él regresará				
Tienes miedo de estas solo en casa de noche				
Te cuesta trabajo quedarte dormido sino estas con tus padres				
Tienes pesadillas acerca de separarte de tus padres?				
¿Cuándo sales hacia el colegio sientes dolor de estómago, de cabeza o vomitas?				
¿Cuándo estás en casa, sigues a tu madre a donde vaya?				
Trastorno de Ansiedad Generalizada				
Te preocupa algunas veces que otros niños tengan mejor aspecto que tu.				
Sientes miedo cuando tienes que dirigirte a tu casa, solo y por la noche				
Te preocupa lo que la gente piense de ti				
Tienes miedo siempre de hacer algo que tu quieres hacer				
Cuando estas en la cama de noche y tratas de dormir, te das cuenta que algo te preocupa				
Crees que eres más miedoso que otros niños y niñas				
Cuando estas solo en casa, y alguien golpea a la puerta, sientes miedo.				
Te asustas de que puedas salir herido en un accidente				
Sin saber porque sientes algunas veces una sensación extraña en tu estomago				
Te preocupa que algo malo le suceda a alguien que tu conozcas				
. Te preocupa que es lo que va a suceder				
Te preocupa enfermarte				
Estas siempre preocupado				
Has tenido pesadillas				
Tienes miedo de que algo malo pueda ocurrir				
Cuado estas en un cuarto solo tienes miedo al oír algún ruido				
Fobias				
Tienes miedo a los ratones o a las ratas.				
Tienes miedo de sí sabes tus lecciones.				
Si fueras a subir una escalera, tendrías miedo de caerte				
Sientes una sensación rara cuando ves sangre.				
Cuando vas al dentista temes que te haga daño				
Tienes miedo de cosas como culebras				
Te asusta algunas veces mirar hacia abajo, desde un lugar alto				
Te sientes preocupado cuando tienes que ir al médico				
Has tenido miedo de sentirte herido				
Te sientes asustado cuando ves un animal muerto				
Algunos programas de televisión te asustan				
Temes a cosas como pistolas				

Tienes miedo a que te muerda un perro				
Tienes miedo de acercarte a los fuegos artificiales a causa de los estallidos				
Tienes miedo a sumergirte en el agua porque te pueda pasar algo				
Sientes algo extraño cuando tocas algo afilado				
Tienes miedo de pelear porque puedes salir herido				
Tienes miedo de entrar en un cuarto oscuro				
Tienes miedo a las arañas				
Trastorno Obsesivo-Compulsivo				
Hay cosas que quieras decir o hacer a cada rato, como lavarte las manos, revisar tus útiles, contar una historia				
Sientes que debes hacer esta clase de actividades aunque no tengan sentido				
Tienes ideas o pensamientos feos que regresan a tu mente (pensar que tus manos están sucias, que tus útiles no están)				
Tratas que esas ideas y pensamientos se vayan pero no lo logras				
Cuando realizas tus tareas sientes que deben quedar perfectamente alineadas, coloreadas.				
Te enojas cuando tus tareas no quedan perfectas como esperas				

ANEXO D

A continuación se enumeran algunos enunciados con respecto a diferentes situaciones que viven cotidianamente los niños: marque enfrente de cada uno que tanto describe a su hijo de acuerdo con lo siguiente: (Recuerde contestar de acuerdo a como se comporta su hijo, no como usted desearía que él lo hiciera)

CUESTIONARIO DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL (Padres)	Lo describe Completamente	Lo describe Mucho	Lo describe Moderadamente	Lo describe Algunas veces	Lo describe Muy poco	No lo describe en nada
	1. Cuando se encuentra con otros niños les expresa palabras de afecto					
2. Al estar con personas desconocidas verbaliza su malestar o temor						
3. Se muestra curioso ante lo que no conoce						
4. Suele contemplar a las personas que quiere con abrazos, besos o caricias						
5. Lloro intensamente cuando no consigue realizar una actividad en la que está interesado*						
6. Expresa sentimientos de preocupación cuando otro niño está en dificultades						
7. Cuando ocurre algo agradable para él se muestra alegre con sonrisas y verbalizaciones						
8. Se niega a iniciar actividades nuevas*						
9. Cuando un compañero hace algo que no le gusta, le responde con gritos y golpes*.						
10. Se queda callado cuando tiene temor, algo le desagradó o está enojado*.						
11. Manifiesta entusiasmo cuando realiza actividades nuevas						
12. Realiza fácilmente las actividades que usted le propone						
13. Cuando comparte con personas que se encuentran tristes se acerca a consolarlos						
14. Cuando usted lo regaña él le grita o golpea cosas*						
15. Pregunta sobre cosas que acaba de conocer						
16. Golpea a otros niños cuando comparte el juego*						
17. Mantiene la atención en las diferentes actividades que se le proponen						
18. Cuando juega con otros niños los golpea para lograr lo que quiere*						
19. Felicita a los demás cuando les pasa algo bueno						
20. Cuando no está de acuerdo con usted llora pero no dice nada*						
21. El niño demuestra afecto a otras personas						
22. Cuando realiza actividades nuevas muestra curiosidad						
23. El niño respeta las instrucciones del juego						
24. Se le dificulta decir a otras personas que las ama o las extraña*						
25. Cuando recibe cariño expresa verbalmente su alegría						
26. El niño se muestra muy temeroso ante situaciones o gente nueva*						
27. Cuando no consigue lo que quiere muestra ira intensa*						
28. Cuando se cae llora y expresa con palabras su malestar						
29. Golpea a otras personas cuando lo molestan*						
30. Cuando se pelea con un compañero se muestra agresivo*						
31. El niño respeta las normas establecidas en su hogar						
32. Golpea objetos cuando está enojado*						
33. Si se le quita un juguete llora con facilidad*						
34. Cuando no está de acuerdo con una orden lo manifiesta tranquilamente						
35. Generalmente se muestra curioso ante los juegos que no conoce						
36. Sigue tranquilamente las instrucciones que se le dan						
37. Cuando está con personas desconocidas muestra excesivo temor*						

ANEXO E

A continuación se enumeran algunos enunciados con respecto a diferentes situaciones que viven cotidianamente los niños: marque enfrente de cada uno que tanto describe al niño de acuerdo con lo siguiente: (Recuerde contestar de acuerdo a como se comporta el niño, no como usted desearía que él lo hiciera)

CUESTIONARIO DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL (Docentes)	Lo describe Completamente	Lo describe Mucho	Lo describe Moderadamente	Lo describe Algunas veces	Lo describe Muy poco	No lo describe en nada
	1. Cuando esta jugando con sus compañeros comunica lo que quiere sin imponerse					
2. Se desmotiva en la solución de actividades nuevas*						
3. El niño respeta las normas establecidas dentro del salón						
4. El niño se muestra motivado frente a conocimientos nuevos propuestos en el curso						
5. Cuando felicita al alumno por algo bueno que hace, él se muestra alegre						
6. Se muestra alegre cuando realiza actividades nuevas con otros niños						
7. Cuando juega con otros niños los golpea físicamente para lograr lo que quiere*						
8. Se le dificulta obedecer dentro del salón de clase*						
9. Expresa sentirse triste cuando otros compañeros están llorando						
10. Se enoja cuando otros obtienen algo que él deseaba*						
11. Cuando no entiende una explicación llora pero no dice nada*						
12. El niño se muestra ofuscado cuando no esta de acuerdo con una orden*						
13. Expresa excesivo temor cuando se encuentra realizando actividades nuevas*						
14. Se torna triste cuando sus compañeros obtienen un logro*						
15. El niño es responsable con las tareas que usted le asigna						
16. Se muestra enojado cuando no entiende algo que se le explica*						
17. Parece no importarle de que otros niños estén mal*						
18. Cuando el niño realiza bien sus tareas manifiesta verbalmente estar complacido por su trabajo						
19. Cuando se asigna una actividad nueva el niño realiza otras actividades cotidianas diferentes*						
20. cuando se le pide realizar una actividad sigue las instrucciones						
21. No le gusta compartir sus pertenencias con otros niños cuando ellos se lo piden*						
22. Se le dificulta al niño obedecer reglas que usted le impone*						
23. Muestra indiferencia ante los sentimientos de otros niños*						
24. El niño se distrae constantemente al realizar actividades nuevas*						
25. No se atreve a realizar actividades que no conoce*						
26. Cuando un compañero esta triste el niño le demuestra cariño y afecto						
27. Cuando el niño comienza actividades nuevas no las termina*						
28. El niño brinda afecto cuando un compañero esta triste						
29. Generalmente se niega cuando un compañero le pide ayuda*						
30. El niño coopera con sus compañeros en situaciones que lo requieren						
31. Manifiesta alegría cuando uno de sus amigos tiene un logro						
32. Se le dificulta obedecer lo que sus padres le piden*						

ANEXO F

Contenido de reactivos de las cuatro subescalas CMAS-R			
(Tomado de Manual de Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R –revisada-)			
1. Ansiedad Fisiológica	2. Inquietud / hipersensibilidad	3. Preocupaciones sociales/concentración	4. Mentira
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me cuesta trabajo tomar decisiones ▪ Muchas veces siento que me falta aire ▪ Me enojo con mucha facilidad ▪ En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a) ▪ Muchas veces siento asco o náuseas ▪ Me sudan las manos ▪ Me canso mucho ▪ Tengo pesadillas ▪ Algunas veces me despierto asustado ▪ Me muevo mucho en mi asiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero ▪ Casi todo el tiempo estoy preocupado ▪ Muchas cosas me dan miedo ▪ Me preocupa lo que mis papá me vayan a decir ▪ Me preocupa lo que la gente piense de mi ▪ Soy muy sentimental ▪ Me preocupa el futuro ▪ Me siento muy mal cuando se enojan conmigo ▪ Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir ▪ Soy muy nervioso ▪ Muchas veces me preocupa que algo malo me pase 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi ▪ Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas ▪ Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a) ▪ Los demás son más felices que yo ▪ Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal ▪ Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares ▪ Muchas personas están contra mí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas las personas que conozco me caen bien ▪ Siempre soy amable ▪ Siempre soy bueno ▪ Siempre soy agradable con todos ▪ Siempre digo la verdad ▪ Nunca me enojo ▪ Nunca digo cosas que no debo decir ▪ Nunca digo mentiras

ANEXO G

Ejemplo de preguntas usadas en la entrevista para cada trastorno (Tomado de Manual CHIPS, Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes, 2001)	
Trastorno de ansiedad por separación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Haces berrinche o lloras y ruegas a tus padres que se queden en casa cuando planean ir a alguna parte? ▪ ¿Cuando se supone que vayas a algún lado, lanzas puñetazos y tratas de quedarte en casa con tus padres? ▪ ¿Te preocupas mucho porque algo les pase a tus padres (como que se enfermen, se lastimen o mueran)?
Trastorno de Ansiedad Generalizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Te preocupas mas que otros niños de tu edad? (por ejemplo, por cosas que pasarán en el futuro como empezar la escuela, pequeños errores que hayas cometido en el pasado, por hacer un examen o por ir al dentista) ▪ ¿Cuando te preocupas, te resulta difícil calmarte, tomarlo a la ligera o relajarte? ▪ ¿Te cuesta trabajo dejar a un lado la preocupación?
Trastorno Obsesivo Compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Hay cosas que tengas que hacer o decir a cada rato? (como revisar, tocar, contar, decir o lavar algo una y otra vez) ▪ ¿Sientes como si al hacer ---- mejorara algo? ▪ ¿Sientes como que va a pasar algo malo si no ----? ▪ ¿Sientes que debes hacer esto aunque no tenga ningún sentido?
Trastorno por estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez te ha pasado algo muy malo? (como que te hayan atacado o te hayan secuestrado) ▪ ¿Alguna vez has visto que a alguien le pase algo malo (no en la tele) ▪ Cuando esto pasó, o justo después de que pasó: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Estabas muy asustado? ▪ ¿Te sentías desesperanzado? ▪ ¿Pasó mucho tiempo para que pudieras calmarte?

7. TALENTOS O CAPACIDADES EXCEPCIONALES

7.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Para la sociedad en general y más aun para las personas que atienden y trabajan con niños y adolescentes en su proceso de aprendizaje, es difícil identificar aquellas personas que son consideradas talentosas en un área específica, ya que con frecuencia hay dificultades en su ejercicio clínico, debido a que su propia disciplina o su formación no son suficientes para comprender o abordar este tipo de situaciones, en los cuales influye no sólo la habilidad en el desarrollo de una tarea, sino los aspectos afectivos, cognoscitivos y relacionales.

Los niños talento son capaces de obtener un alto rendimiento y cuentan con aptitudes excepcionales y habilidades en un área específica, su potencial no está relacionado con una capacidad académica general - como el superdotado- sino que está restringido a un dominio específico. Esta especificidad le otorga al talento una ventaja con profundidad. No se salta de un área de trabajo a otra: se concentra toda la voluntad y toda la capacidad en un solo tema.

Un niño talento, además de la ya bien mencionada aptitud, debe tener un carácter decidido y una motivación bien dirigida hacia su campo. Trabajar en el área a la que pertenezca el talento (v.g. matemáticas, literatura, ingeniería, artes) debe ser un principio central en la vida del niño. En otras palabras, el tipo de talento que tenga el niño debe constituir un hilo vital alrededor del cual todas las demás actividades son, si no subordinadas, sí evidentemente articuladas y dotadas de sentido, con el fin de que la habilidad que más se destaca sea influenciada ampliamente por sus otras actividades.

Es por esta razón que la identificación de los talentos debe ser mirada con mayor atención. Mientras que para identificar superdotados bastaba con realizar pruebas de inteligencia, para identificar talentos hay que saber si ellos en realidad consideran su talento como un valor, es decir, como un principio rector de su vida sin el cual no podrían concebirse. La idea es que para que alguien se pueda considerar como talento, en un campo específico, no sólo debe tener una alta competencia, sino que debe ser capaz de trabajar sostenidamente y elaborar productos que, para su edad, superen con creces las expectativas para un individuo común.

Es claro que una evaluación a través de las pruebas psicológicas disponibles en la actualidad, no permitiría una adecuada exploración de un niño talentoso. Es necesario ver cómo se desempeñan los estudiantes durante largo tiempo para saber si son talentos o no: nadie puede ser descartado a priori de un programa de talentos. Por esta razón los procesos de exploración y orientación son indisolubles. La cuestión, en este caso, no es identificar quiénes son talentos y quiénes no, sino quiénes son talentos para unas cosas y quiénes para otras. En el caso de los talentos, el proceso de exploración y el proceso de orientación son inseparables porque no se puede lograr una identificación efectiva sin que esto implique una orientación hacia un dominio específico, lo que sí es posible en los superdotados.

La literatura ha establecido diferentes tipos de talentos, los niños que se inscriben dentro de este grupo pueden tener la capacidad de desarrollar en mayor medida una o varias de estas clases de talentos que se enumeraran a continuación:

Talento Académico: Es una forma de talento complejo en el que se combinan recursos elevados de tipo verbal, lógico y de gestión de memoria. Este perfil es el que concuerda en gran medida con la antigua idea del superdotado como alumno con alto rendimiento escolar, capaz de absorber gran cantidad de información y con un alto coeficiente intelectual (CI: 120-140).

Talento Artístico-figurativo: el niño tiene capacidad para establecer una combinación espacial-figurativa, razonamiento lógico y aptitud creativa. No es un talento que tenga mucha fortuna en el entorno escolar, pero fuera del aula destaca en actividades como el arte y el diseño.

Talento Creativo: el niño presenta una alta capacidad en pensamiento divergente, con fluidez, flexibilidad y originalidad en ideas. Se puede ver mal evaluado por los profesores por ser excesivamente crítico con las tareas escolares, y retar a los docentes con sus ideas.

Talento Lógico: el dominio básico manejado a este nivel es el razonamiento lógico abstracto (tanto inductivo como deductivo). Suelen tener resultados discretos en áreas con mayor influencia verbal, pero en las áreas que exijan deducciones lógicas se destacan ampliamente.

Talento Matemático: Presenta elevados recursos de representación y manejo de informaciones cuantitativas y numéricas. Puede ser frecuente que los recursos de tipo verbal o figurativo (y también social, emocional, corporal cinético).

Talento Verbal: Presenta alta capacidad en el dominio de la información verbal. Como esta aptitud es muy útil en muchas áreas escolares, pueden rendir a gran nivel en el ámbito académico, exceptuando aquellas partes que requieran representaciones cuantitativas y figurativas. Su fluidez verbal facilita su éxito en situaciones de evaluación, incluyendo pruebas psicométricas con gran peso específico de esta aptitud.

Talento Social: Se caracteriza por disponer de amplios recursos de codificación y toma de decisiones referidas a información social, y probablemente comunicativas. Por si solo no tiene influencia en los resultados académicos, sino más bien en el clima escolar, que puede ser beneficioso para el propio alumno y para la clase.

7.1.1 Características observadas en niños con talentos

Con el fin de dilucidar en mayor medida las características claras que diferencian y estructuran un niño que se considera como talentoso, se enumeran a continuación estas teniendo en cuenta seis factores, que cobijan aspectos desde el componente académico hasta el socioafectivo:

7.1.1.1 Excelencia académica general

- Aprenden muy rápido y tienen excelente memoria para lo que les interesa.
- Pueden sobresalir en una o más asignaturas y generalmente rinden muy bien en el colegio si están debidamente motivados.
- En el colegio los superdotados aprenden antes, mejor, más rápido y de una forma cualitativamente diferente que la mayoría de los otros niños.
- Es voluntarioso en la búsqueda de nuevos conocimientos y no se distrae fácilmente.
- Se concentra en un tema y persiste hasta que lo acaba.

7.1.1.2 Aptitudes Específicas

- Habilidad temprana para leer y entender matices del lenguaje.
- Uso prematuro de vocabulario avanzado.
- Expresa ideas con claridad y facilidad.
- Retiene una diversidad de información.

- Aprende lo nuevo rápidamente y recuerda detalles por largo periodo de tiempo.
- Maneja una concentración intensa, ya que puede enfrascarse en tomas de interés aislando eventos que lo rodean.
- Habilidad para seguir indicaciones y asumir responsabilidades.
- Les gusta examinar, manipular, dando pruebas de una notable atención en sus actividades.
- Desde la primera infancia, le interesa mucho mas que los otros niños mirar las ilustraciones, leer, cantar, eventos y mirar la T.V.
- Comprende con facilidad la información que adquiere.
- Prefiere trabajar independientemente y necesita poca ayuda.

7.1.1.3 Pensamiento Productor

- Quieren saber el porqué de las situaciones especialmente de las no deseadas.
- Comprenden rápidamente lo que les explica.
- Con capaces de percibir y acentuar los absurdos cotidianos y disfrutar haciendo juegos de palabras.
- Aplica los conocimientos adquiridos a una materia a otra.
- Procesa información compleja, es capaz de percibir relaciones y comprender implicaciones.
- Tienen habilidad para pensar de formar abstracta, cambiando de representación concreta simbólica sin problemas.
- Gran habilidad de pensamiento critico, lleva a cabo evaluaciones con base en criterios establecidos y con frecuencia observa discrepancias entre lo que la gente dice y hace.

7.1.1.4 Liderazgo

- Son muy activos y demuestran gran interés por todo lo que los rodea.
- Suelen guiar situaciones cotidianas, son respetados e incluso envidiados.
- Usa materiales comunes para generar soluciones creativas a problemas de todos los días.
- Generan gran cantidad de ideas y soluciones ante situaciones inesperadas.
- Poseen energías sin limites mostrándose alerta y ansioso por explorar mas allá de las limitaciones usuales.

7.1.1.5 Conducta de Adaptación Social

- Imitan con facilidad los comportamientos de los adultos.
- Duermen menos de lo normal, aunque los trastornos del sueño parecen ser más cuestión de expectativas de los padres que de un comportamiento relacionado con el CI alto.
- Son socialmente maduros, mantienen excelentes relaciones con sus compañeros; son muy independientes, lo que les permite una adaptación notable.
- Se describen a si mismos como poseedores de una considerable empatía con los demás y generalmente son mas sensibles.
- Se asocian tan libres como cualquier otro niño en el colegio. Sin embargo en casa tienen menos amigos debido a sus actividades extraescolares y el carácter intelectual de sus hobbies.
- Es arriesgado y especulativo.
- Se aburre fácilmente con tareas rutinarias.
- Cuenta con una capacidad de observación y curiosidad aguda.

7.1.1.6 Habilidad Psicomotriz

- Su salud y desarrollo físico son superiores desde su nacimiento.
- Comienzan a caminar, como promedio, un mes antes que los otros niños, hablan 4 meses antes.
- En lo relacionado al peso o talla no puede atribuirse a los superdotados ninguna característica particular.
- En cuanto al control motor los niños tienen más dificultades que las niñas, lo cual queda reflejado en la escritura.
- Aprende ejercicios físicos más rápida y correctamente que sus compañeros.
- Compara sus logros en educación física con los logros de los demás compañeros.

7.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS

7.2.1 Un Primer Intento: El Estudio de Galton

El primer intento de análisis científico de la superdotación fue realizado por Galton (1869) quien no referencia directamente el concepto de superdotación sino de genialidad, es decir, trabajaba una noción que se considera poco actualmente pero que resultaba muy significativa. Las implicaciones de esta noción son varias: manifiesta una clara diferencia de la normalidad casi en un sentido cualitativo, admite una serie de implicaciones culturales con connotaciones casi mitológicas de mayor capacidad y por último toma como referencia una forma de producción diferente a la normal pero socialmente valorada, lo que hace que sea una persona con habilidades excepcionales.

En sus trabajos Galton (1869, 1874, 1889) detectó una importante relación en lo que respecta a los antecedentes familiares por lo que hace hincapié en la transmisión hereditaria del genio. Es necesario aclarar que su criterio esencial de validez fue la valoración social del rendimiento, lo que condicionó posteriores trabajos sobre el tema.

7.2.3 El Macroestudio de Therman Merrill

Otro de los científicos que resulta un referente importante en la historia de los estudios relacionados con esta temática es Therman Merrill quien en 1921 inició un proceso de identificación de escolares que mostraban un elevado coeficiente intelectual (C.I.) en la versión de 1916 del Stanford – Binet desarrollada por él. El procedimiento consistía en aplicar la citada prueba a una serie de niños que habían sido seleccionados por sus maestros en función de los criterios de brillantez escolar y juventud, siendo considerado grupo experimental.

Esencialmente sus objetivos eran descriptivos con un seguimiento longitudinal para controlar el desarrollo de los sujetos, sus características y aportaciones. Igual información se extrajo de un grupo de sujetos escogidos al azar el cual sería utilizado como grupo de control.

Algunas de las conclusiones que nos dejan ver su investigación son:

- Herencia y ambiente superior.
- Superioridad física
- Puntuación en dos o tres años superior a la de los compañeros de clase en todos los test de rendimiento.
- Mayor número de lecturas efectuadas
- Nivel de intereses más elevados.

Los trabajos iniciados por Terman resultaron una tarea importante por los aportes que realizan. No obstante a ello han recibido críticas bastante significativas. Genovard y Castelló (1990); Gowan (1979) coinciden en destacar como las más sustanciales las siguientes:

- La concepción de la inteligencia como una variable unidimensional.
- Falta de hipótesis explicativas para orientar el estudio.
- Grupo de control irregular en cuanto no resultaba suficientemente representativo de la población ni difería del experimental solo en las variables implicadas en el estudio sino en muchas otras.
- Estructuración inadecuada del seguimiento longitudinal dado que no se controlaban adecuadamente las variables de cohorte y edad.
- Conocimiento por parte de los sujetos de que eran observados en el sentido de genios influyendo esto en el auto-concepto y en las expectativas y actuaciones de las familias y profesores.
- Falta de homogeneidad en el C.I.

Un termino mucho más amplio, procedente de la expresión anglosajona “high abilities” incluso se puede extender a la expresión usada por J. Renzulli en su concepción de la sobre dotación como interacción entre tres “anillos”, uno de los cuales es la denominada “Above Average Ability”, o lo que podríamos entender como habilidad-capacidad-aptitud por encima de la media. Los otros dos anillos corresponderían a la creatividad y a la implicación en las tareas. Para Renzulli, la habilidad por encima de la media se puede definir de dos maneras: como habilidad general y como habilidad específica.

La habilidad consiste en la capacidad de procesar información, integrar experiencias que llevan a respuestas apropiadas y adaptativas ante nuevas situaciones y utilizar el razonamiento abstracto. Ejemplos de habilidad general son el razonamiento numérico y verbal, las relaciones espaciales, la gestión de la memoria o la fluidez verbal. La habilidad específica consiste en la capacidad readquirir conocimientos y habilidades o la habilidad para rendir en una o más actividades de un tipo especializado y dentro de un intervalo restringido. Ejemplo de estas habilidades específicas son: la química, la danza, las matemáticas, la composición musical, la escultura o la fotografía. Cada habilidad específica puede a su vez subdividirse en otras áreas (por ejemplo, retrato fotográfico, astrofotografía, fotoperiodística, etc, Renzulli, 1997).

Renzulli defiende en su modelo el término “habilidad por encima de la media” para describir ambos tipos, tanto generales como específicas, interpretando el significado de la expresión “por encima de la media” como un “intervalo elevado de potencial dentro de un área determinada”. El mismo autor reconoce que algunas de estas capacidades son de difícil evaluación, mientras que para otras, la evaluación mediante test tradicionales suele ser suficiente. En cualquier caso, Renzulli y sus colaboradores creen que los sujetos tienen “un buen nivel de habilidad por encima de la media son individuos que rinden o que potencialmente pueden rendir con alguna de sus capacidades entre un 15 y un 20% más”.

En la misma dirección apunta la definición dada por la Comisión Marland, a la que le fue encargado un informe por la oficina de Educación de Estados Unidos en 1972. Pese a su antigüedad, es perfectamente vigente. La definición que da este informe es la siguiente:

“Los niños bien dotados (gifted) y con talento son aquellos identificados por profesionales cualificados y que, en virtud de sus altas capacidades, son capaces de alta ejecución. Son niños que requieren programas educativos y diferenciados y servicios, más allá de las provisiones normalmente contenidas en el programa escolar regular en orden a realizar su contribución a sí mismo y a la sociedad.

Los sujetos capaces de altas ejecuciones se destacan en las siguientes áreas:

- Inteligencia general
- Aptitud académica específica
- Pensamiento creativo o productivo
- Capacidad de liderazgo
- Artes visuales y representacionales
- Capacidad psicomotora

7.2.4 Modelos de la Excepcionalidad Intelectual

En la actualidad el tema de la excepcionalidad intelectual cobra vigencia, los estudios proliferan, se crean multitud de asociaciones y publicaciones especializadas y emergen múltiples modelos que vienen a confirmar que esta temática se ha ampliado acogiendo numerosos campos de la actividad humana (Jiménez Correa y Loy Royo, 1999). Izquierdo (1990) propone los siguientes cuatro tipos de modelos a la hora de abordar el estudio de la excepcionalidad intelectual tomando en consideración el criterio que prima en las investigaciones de sus autores:

7.2.4.1 Modelos basados en las capacidades

Son aquellos que iniciaron el estudio del tema, dándole contenido al término. Entre los integrantes se incluyen Therman Merrill (1954), Taylor (1978), Gardner (1983) y la política misma de la U.S. Office of education (1972, 1985). La excepcionalidad es abordada como la manifestación de un alto grado de talento que difieren en el nivel que tienen el niño con relación a su edad y grado escolar, consideran la necesidad de un temprano diagnóstico de los niños lo que favorece la intervención.

7.2.4.2 Modelos basados en el rendimiento

Estos exigen la demostración de las características y capacidades, eligiendo el rendimiento como criterio de validez. Como uno de sus principales exponentes se considera a Gagne (1985) cuyo modelo propone emplear el término superdotación para la competencia y talento en el ámbito del rendimiento y se esfuerza en demostrar como la superdotación se convierte en talento como para ello precisa de catalizadores. Al no identificar la excepcionalidad como una identidad estable lo someten a un proceso de continuo seguimiento y expensas de diversas interacciones.

7.2.4.3 Modelos de componentes cognitivos

Los teóricos cognitivos hacen más hincapié en los procesos de orden superior y en las fases del procesamiento de la información que en el producto de excepcionalidad intelectual y en el empleo del término. Su atención está puesta en la elaboración de modelos y en el análisis de tareas. Entre los autores que aquí se incluyen se encuentran Borkowski (1986), Jackson y Butterfield (1986) y Sternberg (1977, 1981, 1982).

7.2.4.4 Modelos Socioculturales

Los modelos socioculturales pretenden destacar que el sujeto excepcional es un producto de la sociedad en que vive, haciendo especial hincapié en el papel del contexto familiar y social en la potencialización o inhibición de ciertas conductas y habilidades. Los autores que responden a esta concepción son Tannenbaum (1983), Csikszentmihalyi y Robinson, Haensly, Reynolds Nash

Albert y Runco. Estas posiciones constituyen un reto para los defensores de los modelos basados en las capacidades porque cuestiona no sólo la estabilidad de los condicionantes del rendimiento, sino también la estabilidad de las posibilidades de exigencias y criterios sociales del mismo (Izquierdo, 1990). Los modelos socioculturales demuestran con claridad la necesidad de una concordancia histórica favorable para poder llegar a un rendimiento excepcional.

7.3 EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS CON TALENTOS

El proceso de evaluación de niños talentos tiene cuatro focos centrales: desempeño a nivel escolar, familiar, personal social y el proceso de medición del coeficiente intelectual. En este apartado estableceremos lo concerniente a los aspectos a tener en cuenta para considerar que el niño es talento, listas de chequeo, que sirven como base para organizar un proceso de entrevista con padres y docentes, con el fin de identificar lo concerniente a las características comportamentales y aptitudinales del niño; y por último se aborda lo concerniente a las pruebas de medición del coeficiente intelectual.

7.3.1 Listas de chequeo

- Aspectos a tener en cuenta en un niño talento –Anexos A y B-
- Derrotero de entrevista dirigida a padres y docentes –Anexos C y D-

7.3.2 Pruebas de medición del coeficiente intelectual

7.3.2.1 Escala de Inteligencia de Stanford - Binet: Es una prueba bien estandarizada con excelente confiabilidad y adecuada validez concurrente. De las 15 subpruebas es la escala, se recomienda aplicar 12; éstas conforman 3 factores: comprensión verbal, razonamiento no verbal, visualización y memoria.

Es una herramienta potencialmente poderosa para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de los niños pequeños, adolescentes y adultos jóvenes.

En general las ediciones de esta escala en 1937 y 1960 fueron bien recibidas, a pesar de que existieran críticas asociadas con su énfasis en el material verbal, formato de escala por edad, énfasis en la memoria de repetición, procedimientos de aplicación y uso en situaciones clínicas.

7.3.2.2 Prueba de rendimiento individual Peabody: Es una medida de detección del rendimiento que se aplica individualmente en un lapso de tiempo de 30 a 40 minutos. La prueba cubre matemáticas, reconocimiento de lectura, comprensión de lectura, ortografía e información general para los niveles de jardín hasta educación media superior.

7.3.2.3 Batería psicoeducativa Woodcock - Johnson: Es un conjunto amplio de 27 pruebas que se aplican individualmente para la evaluación de 3 áreas de funcionamiento: Capacidad cognoscitiva, rendimiento e interés.

A pesar de que la batería cubre hasta la adultez, no todas las pruebas se aplican para todas las edades.

La escala completa de capacidad cognoscitiva no debe utilizarse como remplazo de otras medidas estandarizadas de Inteligencia como las puntuaciones de las escalas Wechsler o de la escala de inteligencia Stanford - Binet, ya que las clasificaciones en esta escala, cambian en función de la edad cronológica o asignación del grado del evaluado.

7.3.2.4 Escala de Inteligencia WISC – R: Proporciona un CI total además de una puntuación de CI verbal (6 pruebas) y otra de CI manipulativo (6 pruebas), brindando una información amplia y rica, útil para diversos programas educativos. Existe una batería para niños (WISC) y otra para adultos (WAIS), que están conformadas por una serie de subpruebas que se agrupan en una escala verbal y otra manual. El desempeño de la persona en la prueba se resume en un Coeficiente Intelectual Total y un coeficiente para cada subescala, es decir, un CI verbal y un CI manual los cuales permiten ubicar y comparar su rendimiento respecto de lo esperado para su grupo de edad. La escala WISC está diseñada para aplicarse a niños de entre 6 años 0 meses y 16 años 11 meses. La escala WAIS se aplica a partir de los 16 años 0 meses; en ambas versiones permite obtener un perfil del funcionamiento intelectual del paciente, lo que facilita un análisis por áreas de desempeño:

Pensamiento: evalúa función de abstracción, conceptualización y razonamiento verbal; pensamiento lógico - secuencial, asociativo y matemático.

Relaciones espaciales: Mide percepción y capacidad de organización e integración espacial, referido a contenidos figurativos y abstractos.

Cálculo: Evalúa cálculo mental, habilidad numérica, atención concentración y aplicación mental de procesos aritméticos.

Memoria: Mide capacidad para evocar contenidos adquiridos en el proceso de aprendizaje, capacidad de retención inmediata de contenidos semánticos y simbólicos a nivel oral y visual.

Lenguaje: Evalúa nivel cultural, aprendizaje del medio y nivel del desarrollo del lenguaje, tanto comprensivo como expresivo.

7.4.2.5 Escala WPPSI para preescolar y primaria: Además existe la escala WPPSI para preescolar, que se aplica en edades entre 4 y 6 años, y puede servir como un excelente mecanismo de predicción a largo plazo de la inteligencia y de la ejecución en la escuela.

7.4.2.6 Escala McCarthy de Aptitudes y psicomotricidad para niños: Se aplica a niños entre las edades de 2 a 8 años; con 18 test proporciona información sobre 6 subescalas: verbal, perceptivo-manipulativo, numérica, memoria, motricidad y general cognitiva. Se obtiene a partir de ella un Índice General Cognitivo (IGC) equiparable al CI y una puntuación de edad mental.

7.4.2.7 RAVEN - Matrices Progresivas: Esta prueba se aplica entre 30 y 45 minutos a niños con edades comprendidas entre los 4 y 9 años(CPM Color) y entre 6 años hasta la adultez se aplica la SPM General.

Utiliza un material gráfico(matrices) universalmente conocido y no necesita de expresión verbal, ya que basta con que la persona evaluada comprenda las instrucciones iniciales y señale la respuesta correcta. Aumenta de manera paulatina el nivel de dificultad y permite obtener un CI.

ANEXO A

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN UN NIÑO TALENTO	Cumple	No cumple
Aula de clase		
1. Aprenden muy rápido y tiene excelente memoria para lo que les interesa.		
2. Puede sobresalir en una o más asignaturas y generalmente rinden muy bien en el colegio si están debidamente motivadas.		
3. Aprenden antes, mejor, más rápido y de una forma cualitativamente diferente que la mayoría de los otros niños.		
4. Comprende con facilidad la información que adquiere.		
5. Prefiere trabajar independientemente y necesita poca ayuda.		
6. Les gusta examinar, manipular, dando pruebas de una notable atención en sus actividades.		
7. Quieren saber el porqué de las situaciones especialmente de las no deseadas.		
8. Gran habilidad de pensamiento crítico, lleva a cabo evaluaciones con base en criterios establecidos y con frecuencia observa discrepancias entre lo que la gente dice y hace.		
9. Generan gran cantidad de ideas y soluciones ante situaciones inesperadas.		
10. Poseen energías sin límites mostrándose alerta y ansioso por explorar más allá de las limitaciones usuales.		
Proceso comportamental		
1. Habilidad para seguir indicaciones y asumir responsabilidades.		
2. Desde la primera infancia, le interesa mucho más que los otros niños mirar las ilustraciones, leer, cantar, eventos y mirar la T.V.		
3. Uso prematuro de vocabulario avanzado.		
4. Son muy activos y demuestran gran interés por todo lo que los rodea.		
5. Suelen guiar situaciones cotidianas, son respetados e incluso envidiados.		
6. Usa materiales comunes para generar soluciones creativas a problemas de todos los días.		
7. Imitan con facilidad los comportamientos de los adultos.		
8. Duermen menos de lo normal, aunque los trastornos del sueño parecen ser más cuestión de expectativas de los padres que de un comportamiento relacionado con el CI alto.		
9. Son socialmente maduros, mantienen excelentes relaciones con sus compañeros; son muy independientes, lo que les permite una adaptación notable.		
Rendimiento académico		
1. Es voluntarioso en la búsqueda de nuevos conocimientos y no se distrae fácilmente.		
2. Se concentra en un tema y persiste hasta que lo acaba.		
3. Habilidad temprana para leer y entender matices del lenguaje.		
4. Expresa ideas con claridad y facilidad.		
5. Retiene una diversidad de información.		
6. Aprende lo nuevo rápidamente y recuerda detalles por largo periodo de tiempo.		
7. Comprenden rápidamente lo que les explica.		
8. Son capaces de percibir y acentuar los absurdos cotidianos y disfrutar haciendo juegos de palabras.		
9. Aplica los conocimientos adquiridos de una materia a otra.		
10. Procesa información compleja, es capaz de percibir relaciones y comprender implicaciones.		
11. Tienen habilidad para pensar de forma abstracta, cambiando de representación concreta simbólica sin problemas.		

Conducta de adaptación Social		
1. Parecen ser más estables emocionalmente que otros niños.		
2. Se describen a si mismos como poseedores de una considerable empatía con los demás y generalmente son mas sensibles.		
3. Se asocian tan libres como cualquier otro niño en el colegio. Sin embargo en casa tienen menos amigos debido a sus actividades extraescolares y el carácter intelectual de sus hobbies.		
4. Es arriesgado.		
5. Cuenta con una capacidad de observación y curiosidad aguda.		
Psicomotricidad		
1. Su salud y desarrollo físico son superiores desde su nacimiento.		
2. Comienzan a caminar, como promedio, un mes antes que los otros niños, hablan 4 meses antes.		
3. En cuanto al control motor los niños tienen mas dificultades que las niñas, lo cual queda reflejado en la escritura.		
4. Aprende ejercicios físicos más rápida y correctamente que sus compañeros.		
5. Compara sus logros en educación física con los logros de los demás compañeros.		

ANEXO B

LISTAS DE CHEQUEO	Nunca (0)	Algunas Veces (1)	Muchas	Casi Siempre (3)
Marque con una X la que más se aproxime a la descripción del niño				
Excelencia académica				
1. El niño aprende mucho más rápido que los demás niños de su edad.				
2. Hay mayor agilidad y calidad en el desarrollo de sus trabajos escolares.				
3. Es hábil en procesar la información suministrada en un área estructurada.				
4. Aprende en tiempos menores que al del resto de sus compañeros.				
5. Recurre fácilmente a la memoria de largo plazo para dar explicaciones a situaciones nuevas.				
6. Su rendimiento académico es excelente en una o más asignaturas.				
7. Mantiene un nivel constante de atención en las asignaturas de su interés.				
8. Mantiene una buena motivación para sobresalir académicamente.				
9. Se encuentra en la búsqueda constante de nuevos conocimientos.				
10. Se interesa por ampliar y profundizar en temas específicos de su interés.				
11. Sostiene por mayor tiempo un adecuado nivel de concentración que el resto de sus compañeros.				
12. Persiste en resolver tareas o actividades que le impliquen mayor esfuerzo que lo habitual.				
13. Propone soluciones novedosas a situaciones complejas.				
14. Sus trabajos muestran un aporte significativo al desarrollo del tema.				
15. Sintetiza con facilidad leyes que caractericen un proceso.				
Aptitudes específicas				
1. Se observa una habilidad temprana para leer.				
2. Reconoce desde temprana edad el uso del lenguaje para comunicar de manera precisa sus ideas.				
3. Muestra capacidad para darle un sentido lógico a la información recibida a través de diferentes fuentes de información.				
4. Utiliza un vocabulario más diverso que el resto de sus compañeros.				
5. Requiere de poca orientación en la ejecución de actividades.				
Liderazgo				
1. Convoca el trabajo en equipo.				
2. Es un buen mediador frente a los conflictos que se presentan durante el trabajo en equipo.				
3. Orienta el desarrollo de un proyecto.				
4. Sabe potenciar las habilidades de los demás.				
5. Reconoce que los demás también posee habilidades.				
6. Da sugerencias sin ofender a otros.				
7. Generalmente lo eligen como líder.				
8. Es creativo en el trabajo en equipo				
Conducta de adaptación social				
1. El niño es consiente de sus capacidades y refleja éstas en su entorno.				
2. Se adapta bien a las nuevas situaciones.				
3. Asiste a actividades extracurriculares.				
4. Tiene buen sentido del humor.				
5. Tiene buena actitud ante lo propuesto por los demás.				

6. Escucha atentamente a las personas que lo rodean.				
7. Muestra interés por las ideas de los demás.				
8. Ofrece ayuda voluntariamente.				
9. Estudia con los compañeros.				
10. Motiva a otros a hacer las cosas bien.				
11. Se ajusta bien ante los cambios de rutina.				
12. Admite sus fracasos (o tolera su frustración.)				
13. Posee buena actitud de escucha.				
14. Se ofrece a ayudar a los demás.				
15. Le resulta fácil iniciar y sostener una conversación con personas desconocidas.				
16. Se le facilita hablar en público.				
17. Expresa afecto en forma verbal y física, a personas conocidas y allegadas.				
18. Pide información sin mayor dificultad.				
19. Cuando la situación lo exige hace reclamos.				
20. Expresa de manera adecuada un desacuerdo.				
Habilidades motrices				
1. Se observa un óptimo desarrollo físico desde que nace.				
2. Tiene buen agarre en la toma del lápiz.				
3. Sus trazos son de buena forma y tamaño.				
3. En actividades de motricidad fina se observa mayor destreza manual que la de sus compañeros.				
4. Permanece con un buen ajuste corporal en las actividades de mesa.				
5. Tiene buena coordinación, agilidad y rapidez al realizar ejercicios como salto , carrera y macha.				
Habilidades adaptativas o anexas del niño talento				
1. Se adapta bien a los nuevos maestros.				
2. Ofrece ayuda de manera voluntaria.				
3. Hace sugerencias sin ofender a los demás.				
4. Le gusta hablar y compartir opiniones con sus compañeros.				
5. Muestra preocupación cuando no puede resolver un conflicto.				
6. Se interesa por el bienestar mismo y de su grupo.				
7. Motiva a sus pares a buscar soluciones rápidas y acertadas.				
8. Colabora buscando una ganancia grupal, antes que competir.				
9. Piensa antes de actuar.				
10. Es capaz de reconocer los logros de otros a través de acciones y palabras.				
11. Solicita ayuda con cortesía.				
12. Sigue instrucciones de manera adecuada.				
13. Le motiva participar en actividades de grupo.				
14. Es capaz de esperar turnos.				
15. Acepta de buena manera las indicaciones de los docentes.				
16. Posee un adecuado ritmo de trabajo.				
17. Aplica vocabulario aprendido en el aula a otras situaciones.				
18. Tiene buena actitud de escucha.				

ANEXO C

PADRES DE FAMILIA / ASPECTOS A OBSERVAR	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Personal				
1. Curioso, hace muchas preguntas				
2. Le gusta organizar juegos competitivos				
3. Automotivado, requiere poca atención.				
4. Gran capacidad de adaptación				
5. Se impacienta con tareas rutinarias				
6. Plantea preguntas y sugerencias				
7. Explora permanentemente en casa				
Expresión				
1. Es hábil expresándose oralmente				
2. Riqueza en su vocabulario				
3. Posee buenos niveles de conceptualización				
4. Establece conversaciones fácilmente con personas que recién conoce				
5. Su discurso posee un hilo conductor				
6. Respeta turnos en las conversaciones				
7. Aplica normas de cortesía				
Rendimiento académico				
1. Alto rendimiento en más de 2 asignaturas				
2. Incrementa sus niveles de atención en las tareas que realiza				
3. Su nivel educativo sobresale frente al grupo				
4. Realiza los trabajos sin supervisión				
5. Distribuye adecuadamente el tiempo para realizar las labores académicas				
6. Inicia y finaliza tareas sin interrupciones				
7. Es responsable en la entrega de trabajos				
8. Es colaborador con sus compañeros				
9. Se adapta a los cambios de rutina				
10. Se rinde fácilmente ante el aprendizaje de cosas nuevas				
Liderazgo				
1. Transmite ideas efectivamente				
2. Facilita y dirige esfuerzos				
3. Expresa pensamientos y opiniones				
4. Se involucra en las diversas tareas, olvidándose del tiempo				
5. Domina situaciones				
6. Persiste en la búsqueda de soluciones				
7. Es creativo y proactivo				
8. Asume su rol con facilidad				
9. Tiene buena actitud				
10. Ofrece ayuda a otros niños				
11. Muestra interés en las ideas de los demás				
Habilidades sociales				
1. Asume fácilmente las normas de casa				
2. Se adapta bien a los cambios en planes				
3. Toma decisiones fácilmente				
4. Es independiente				
5. Cumple con lo pactado				
6. Tiene responsabilidades en el hogar				
7. Comparte sus juguetes y pertenencias con otros niños				
8. Tiene buena relación con los padres				

ANEXO D

DOCENTES / ASPECTOS A OBSERVAR	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Personal				
1. Curioso, hace muchas preguntas				
2. Le gusta organizar equipos de trabajo				
3. Automotivado, requiere poca atención.				
4. Gran capacidad de adaptación				
5. Se impacienta con tareas rutinarias				
6. Plantea preguntas y sugerencias				
7. Se adapta bien a los docentes				
Expresión				
1. Es hábil expresándose oralmente				
2. Riqueza en su vocabulario				
3. Posee buenos niveles de conceptualización				
4. Maneja tópicos conversaciones				
5. Su discurso posee un hilo conductor				
6. Selecciona ideas principales y secundarias				
7. Organiza los conceptos para su aplicación				
Procesos de pensamiento				
1. Maneja las relaciones causa – efecto				
2. Comprende conceptos sin tener ejemplos concretos				
3. Establece relaciones entre conceptos e ideas				
4. Buen recuerdo de información de hechos				
5. Gran capacidad de almacenamiento				
6. Generaliza el aprendizaje de una experiencia a otra				
7. Establece diferencias y semejanzas				
8. Explica absurdos verbales y visuales				
9. Posee flexibilidad pensamiento de lo general a lo particular y viceversa.				
Pensamiento productor				
1. Es imaginativo al realizar actividades				
2. Realiza cambios en las ideas				
3. Capacidad de adaptar objetos y sistemas				
4. Es perseverante en lo que se propone				
5. Posee un alto nivel de concentración en actividades de su interés				
6. Es ingenioso y busca respuestas				
Rendimiento académico				
1. Alto rendimiento en más de 2 asignaturas				
2. Incrementa sus niveles de atención en las actividades que realiza				
3. Su nivel educativo sobresale frente al grupo				
4. Sus trabajos son bien elaborados y con buena base de sustentación				
5. Tiene consolidados sus hábitos de estudio				
6. Acata las normas e instrucciones dadas por el docente				
7. Se adapta a las exigencias académicas				
Liderazgo				
1. Transmite ideas efectivamente				
2. Facilita y dirige esfuerzos				
3. Expresa pensamientos y opiniones				
4. Se involucra en las diversas tareas, olvidándose del tiempo				
5. Domina situaciones				
6. Persiste en la búsqueda de soluciones				
7. Es creativo y proactivo				
8. Asume su rol con facilidad				

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica desarrollada, permitió enriquecer el quehacer sobre cómo ejecutar diferentes procedimientos que permitan establecer, acciones claras y concretas en torno al proceso evaluativo y diagnóstico de diferentes cuadros nosológicos a nivel infantil. La selección de estos se basó específicamente en el grado de prevalencia en torno a la consulta clínica individual.

Por tanto este trabajo arroja lo siguiente:

- Capítulo de ubicación sobre lo que es la evaluación neuropsicopedagógica y sus características.
- Revisión detallada de diversos cuadros que son objeto de necesidades educativas especiales con sus características, etiología, evolución, síntomas de presentación a nivel de hogar y colegio y teorías explicativas.
- Protocolos de evaluación para cada uno de los cuadros revisados, considerando criterios diagnósticos, listas de chequeo, pruebas a utilizar, así como aspectos claves a tener en cuenta en una entrevista con padres, docentes y niños.

Esta compilación permite una sistematización clara para utilizar la información relevante sobre variables: psicológicas, pedagógicas y neuropsicológicas, como puntos centrales para el establecimiento de una evaluación de carácter más complejo y específico como es la neuropsicopedagógica.

Teniendo en cuenta que los profesionales directamente implicados en este proceso se ven altamente beneficiados por la sistematización y el manejo de la información recopilado, se considera pertinente que se dé continuidad a este tipo de trabajos a través de las siguientes vertientes:

- Publicación de lo ejecutado hasta el momento
- Validación y normatización de los protocolos
- Implementación de estrategias para la intervención neuropsicopedagógica

BIBLIOGRAFIA

Acle Tomasini, G. & Olmos Roa, A. (1995). *Problemas de Aprendizaje . Enfoques teóricos*. Univ. Autónoma de México.

Adolescent Medicine-Oppositional Defiant Disorder, Cincinnati Children's Hospital. (2004). Internet.

Alonso Tapia; J. (1992). Motivación y Aprendizaje en el aula. Como enseñar a pensar. Madrid. Aula XXI. Santillana

Alonso, J.A.; Benito. (1996). Superdotados: Adaptación escolar y social en secundaria. Madrid: Nancea, cop. 285p ISBN 84-277-1101-8

Alliende, F., Condemarín, M. & Milicic, N. (1997). Prueba de comprensión lectora de complejidad lingüística progresiva – CLP. Cepe: Madrid.

American Academy of Chile and Adolescent Psychiatry. (1999). Los niños con el trastorno de desafío y oposición. Internet.

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV*. Washington: APA

Asociación Americana de Retardo Mental. (1992). *Manual Práctico: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Seiter, M: Editora.

Ardila, A. (1996). *El concepto de Inteligencia: Hacia el futuro*. Documento. Miami Institute of Psychology, Miami-florida.

Ardila, A. (1997). Trastornos Específicos del Aprendizaje. En: *Neuropsicología Infantil. Avances en investigación, teoría y práctica*. Editorial Prensa Creativa: Medellín

Ardila, A., Rosselli, M. & Matute, E. (2005). Neuropsicología de los Trastornos de Aprendizaje. Manual Moderno: México, D.F.

Arias, Juan de Dios. (2003). *Problemas de aprendizaje*. Universidad pedagógica Nacional. Bogotá.

Arocas Sánchez, E.; Martínez Coves, P. y Samper Cayuelas, I. (1994). *La respuesta educativa a los alumnos superdotados y/o con talentos específicos*. Valencia: Ministerio de Educación y Ciencias

Atención a la población con necesidades educativas especiales. (2000–2003). Plan de cubrimiento gradual. Secretaría de Educación Municipal de Manizales.

Ausubel, David. (1991). Sullivan. Psicología Educativa. Edmundo. Trillas.

Ayora. (2004). Niños con Déficit de Atención e Hiperquinesis (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 36. N.1 págs 49 – 55.

Bará S., Pineda, D. & Henao GC. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*; 37: 608 – 615.

Beltrán, J. (1993) *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis

Bergan, J.R. y Dunn, J.A. (1980). El desarrollo de la creatividad. En *Psicología Educativa*. México: Limusa Noriega

Bravo, Valdivieso, L. (1979). *Cuestionario de evaluación de problemas de aprendizaje* CEPA. Universidad Austral.

Bravo Valdivieso, L. (1996). *Psicología de las dificultades de aprendizaje escolar: Introducción a la educación especial*. Universitaria: Chile.

Bravo Valdivieso, L. (1997). *Trastornos de aprendizaje de la conducta escolar*. Universitaria: Chile.

Bravo, Valdivieso, L. (1999). *Lenguaje y dislexias. Enfoque Cognitivo del Retardo Lector*. Alfaomega Grupo Editor: México, D.F.

Butcher, H.J. (1990). *La Inteligencia Humana. Su Naturaleza y Evaluación*. Ediciones Maroba, Madrid.

Caballo, V.E. & Simón, M.A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Ediciones Pirámide: Madrid

Cabezas, H. (2002). El niño con autismo: un programa estructurado para su educación. En: CABALLO, V. *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Campbell B. Campbell D. Dickeson 2000 (Inteligencias Múltiples. Usos prácticos para la enseñanza y el aprendizaje. Troquel Argentina (2000)

Campione, J. (1987). *Retraso Mental e Inteligencia*. Editorial Paidós. Barcelona.

Calle, J & Utria, O. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 36. No. 3, 517-530

Capdevila, C & Artigas J. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?. *Revista de Neurología*; 40: 17 – 23.

Capilla, A & Pazo, P. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la magnetoencefalografía. *Revista de Neurología*; 40: 43 – 47.

Cardo, E. & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (Supl 1): S11-S15.

Castelló, A. (1987). La integración escolar del alumno excepcionalmente dotado. En C. Monereo(ed): *Áreas de integración del psicólogo de la educación en la integración escolar del alumno con necesidades educativas especiales*. Barcelona; Federación ECOM

Condemarin, Mabel y otros. (1986). *Madurez Escolar*. Edit. Andrés Bello, Chile,

Correa, J.I; Agudelo, A; Villa, L.M. (2004-2005). Documento Orientaciones Pedagógicas para la Atención a Estudiantes con Discapacidad Cognitiva. M.E.N Bogotá.

Cuetos, F. (1990). *Psicología de la lectura*. Escuela española: Madrid.

Cuetos, F., Rodríguez, B. & Ruano, E. (2000). *Batería de evaluación de los procesos lectores de los niños de educación primaria – Prolec*. TEA: Madrid.

Defior Citoler, S. (1996). *Las dificultades de aprendizaje: un enfoque cognitivo – lectura, escritura y matemáticas*. Ajibe: Málaga.

De Juan-Espinosa, M. (1997). *Geografía de la Inteligencia Humana*. Ediciones Pirámide: Madrid

Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales. Compilación de Alvaro Marchesi. Cesar Coll. Jesús Palacios. Psicología y Educación. Alianza Editorial.

Díaz, Joaquín. (2005). *Psiquiatría Infantil. Unidad de salud mental infanto-juvenil*. Almeira. Obtenido de base de datos ProQuest en febrero 10 de 2005.

Documento Retraso Mental discapacidad cognitiva o discapacidad intelectual. (2001). Un debate inclusionista. Dra. Lady Meléndez R. Asesora de Educación Especial. Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. Profesora Investigadora / IIP. Universidad de Costa Rica. I Congreso Internacional sobre Discapacidad Cognitiva. Medellín

Esquivel, Ancona (Mtra. Fayne. (1999). *Psicodiagnostico Clinico del Niño*. Editorial Pirámide. Madrid.

Etchepareborda, M. (2005). Perfiles Neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología*.

Fierro, A. (1988). *La Persona con Retraso Mental*. Editorial Popular: Madrid.

Fierro, A. (1984). *Modelos Psicológicos del Retraso Mental*. Editorial Popular: Madrid.

Fierro, A. (1992). *Los Niños con Retraso Mental*. Editorial Alianza: Madrid.

Flick, Grad. (1998). *Add/Adhd Behavior – Change Resource Kit*. New York. Center For Applied Research In Education.

Forns, M. Y Amador, J.A. (1995-1997) Evaluación de repertorios Cognitivos. EN. Silva, F: Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Síntesis: Madrid.

Freeman, J. (Ed1988): *Los Niños Superdotados. Aspectos Pedagógicos y Psicológicos*. Madrid. Santillana.

Fundacion Alberto Merani Para El Desarrollo De La Inteligencia Famdi. *Evaluación De La Inteligencia Infantil*. Bogotá.

Gagnè, F. (1985). *Giftenes And Talent: Reexancining And Reexamination Of The Definition*. Gifted Chile Quaterly, 29, 103-112

García, Enrique. (1999). *Piaget La formación de la Inteligencia*. Trillas. México.

García, Enrique. (2000). *Vigotsky. La construcción histórica de la psique*. Trillas. México

Gearheart, Bill R. (1981). *La Enseñanza En Niños Con Trastornos De Aprendizaje*. Edit. Panamericana: Argentina.

Gearheart, Hill R. (1985). *Incapacidad Para El Aprendizaje*. Estrategias Educativas. Manual Moderno. S.A: México.

Genovard Rosellò, C. & Castelló Tarrida, A. (1990). *El Límite Superior: Aspectos Psicopedagógicos De La Excepcionalidad Intelectual*. Pirámide: Madrid

Glasser, J. Alan et al. *Intervención Clínica De Las Escalas De Inteligencia De Wechsler Para Niños*.

Gómez Maquet, I. (2004). Evaluación Infantil Cognitivo-Comportamental. Evaluación Multimetodal Y Multiinforme. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*. Vol 6, No 1: 21 – 25.

Gómez, L., Arboleda, A., & Pineda, D. (2003). Utilidad de un cuestionario para rastreo de dificultades de aprendizaje en niños en edad escolar. CEPA.

Gonzales, J., Nuñez, J. (1998). Dificultades del aprendizaje escolar. Pirámide: España.

Guilford, J.P. (1967). *The Nature Of Human Intelligence*. New York: Mc Grow Hill

Harvard Mental Health Letter. Asperger´S Syndrome. www.health.harvard.com. February. 2005. Obtenido De La Dirección El 15 De Febrero Del 2005.

Izquierdo Martínez, A. (1990): *La Superdotación: Modelos, Estrategias e Instrumentos Para Su Identificación*. Madrid: Universidad Complutense

Kanner, Leo. (1966). *Psiquiatría Infantil*. Editorial Paidós. Barcelona.

Kamphaus R, Distéfano C (2000). Evaluación Multidimensional De La Psicopatología Infantil. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol 3 N1: 85 - 98.

Kamphaus R, Pineda D, Jiménez M, Restrepo MA, Puerta IC. (1999). Análisis transcultural de un instrumento de dimensiones múltiples en el diagnóstico del déficit de atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol 2, N. 2: 51 – 53.

Kamphaus, Rw & Frick,P. (2000). *Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente*. México: Manual Moderno

Kaufman, A & Kaufman, N. (1997). *Test Breve De Inteligencia K.Bit*. TEA Ediciones: Madrid

Luckanson. (2002). ET.al. Retraso Mental. Definición, clasificación y sistema de apoyo. Madrid

Marchesi, A., Coll, C. & Palacios, J. (2000). *Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Compilación. Alianza Editorial: Madrid.

Martín Bravo C. (1994). La Inteligencia Excepcional En La Concepción De Sternberg. En: Colectivo De Autores. *Intervención e Investigación Psicoeducativas en Alumnos Superdotados*. Amarú Ediciones: Salamanca

Martos, J. & Riviere, A. (2001). *Autismo: Comprensión y Explicación Actual*. Apna

Mccarthy, D (1991). *Escalas Mccarthy De Aptitudes Y Psicomotricidad Para Niños*. TEA Ediciones, S.A: Madrid

Monedero, C. (1995). Dificultades De Aprendizaje Escolar. Una Perspectiva Neuropsicológica.

Molina G., Santiago. (1998). El fracaso en el aprendizaje escolar. Ed. EA.

Moreno, Heladio. (2004). Plan de aula. Colección Manuales del educador. Ediciones SEM. Santafe de Bogotá.

Narbona J. (1999). El Síndrome De Rett Como Un Trastorno De La Hodogénesis. *Revista de Neurología*. 1999; 28: 97101.

National Institute Of Mental Health Booklet. Septiembre De 2004. Internet.

Papalia D, Olds Sw. 1997. *Desarrollo Humano*. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana, S.A. Santafé De Bogotá, D.C.

Pelechano, B, Vicente. (1984) Inteligencia Social y habilidades interpersonales. Análisis y modificación de conducta. U de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Pineda D, (2000). Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia de atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol 2, N 2: 20- 37.

Pineda, D. et al. (1998). *Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales*. Primera promoción de la Especialización en Neuropsicopedagogía. Trabajo de Grado. Universidad de Manizales.

Pineda, D., López-Campo G., Gómez-Betancur LA, Aguirre-Acevedo DC, Puerta IC, (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista De Neurología*; 40 (6): 331-339.

Pineda D, Restrepo Ma, Henao Gc, Gutiérrez V, Sánchez D, (1999). *Revista De Neurología*; 29 (12): 1117- 1127.

Pineda, D., Merchán, V., Rosselli, M. & Ardila, A. (2000). Estructura factorial de la función ejecutiva en estudiantes universitarios jóvenes. *Revista De Neurología*. 31(12): 1112-1118

Portellano, Ja.; Mateos, R.; Martínez, R.; Tapia, A & Granados, Mj. (2000). *Cuestionario De Madurez Neuropsicológica Infantil Cumanin*. Tea Ediciones: Madrid

Porter, R.B, Cattell, R.B. (1986). Manual Cuestionario De Personalidad Para Niños Cpq. Tea Ediciones S.A. 3ª Edición.

Puerta, IC. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista De Neurología*, 38 (3): 271 – 277.

Quintanar, L. & Solovieva, Y. (2002). Programa de corrección neuropsicopedagógica del DDA. Colección de Neuropsicología y Rehabilitación. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Psicología. México.

Rapin, I & Allen, D.A. (1983). Developmental Lenguaje Disorders: Nosological Considerations. En Kirk,U. Ed. *Neuropsychology Of Language, Reading And Spelling*. New Cork: Academia Press; P 155 – 184.

Ramírez, M., Ostrosky-Solís, F., Fernández, A & Ardila, A. (2005). Fluidez verbal semántica en hispanohablantes: Un análisis comparativo. *Revista de Neurología*. N 41 (8) 463-468.

Rosselli, M & Ardila, A. (2000). Neuropsicología Del Déficit Atencional Con Hiperactividad. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*. Vol 2. N 1 38 – 45.

Rosselli, M., Ardila A., Pineda, D & Lopera, F. (1997). *Neuropsicología Infantil. Avances En Investigación, Teoría Y Práctica*. Editorial Prensa Creativa: Medellín

Reinolds, C. Richmond, B.(1985). *Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños* (Revisada). Editorial El Manual Moderno.

Renzulli J.S. (1994). El Concepto De Los Tres Anillos De La Superdotación: Un Modelo De Desarrollo Para Una Productividad Creativa. En: Colectivo De Autores. *Intervención E Investigación Psicoeducativas En Alumnos Superdotados*. Amarú Ediciones: Salamanca

Renzulli, J.S. (1981). What Makes Giftedness? Reexamining A Definition. En: *Psychology And Education Of The Gifted*. New York: Irvington Publishers.

Restrepo, MA., Gutiérrez-Clellen, V., Pineda, D. & Sánchez, D. (2000). Habilidades del lenguaje en niños con trastornos de la atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*. Vol 2, N 2: 65-75.

Reyero M, Tourón J. (2000). En torno al concepto de superdotación: Evolución de un paradigma. *Revista Española De Pedagogía*.

Riviere, A & Martos J. (2005). *El Tratamiento Del Autismo: Nuevas Perspectivas* (Ministerio De Trabajo Y Asunots Sociales & Asociacion De Padres De Ninos Autistas, 1998). 740 Pages. [Autism,Italian]. Obtenido De La Página El 12 De Junio De 2005.

Rivière, A. (2003). *Obras Escogidas*. Volúmenes 1, 2 Y 3. Editorial Médica Panamericana. España.

Rivière, A. (2005). *Desarrollo Normal Y Autismo*. Universidad Autónoma De Madrid. Obtenido El 27 De Marzo De 2005 De La Dirección De La Institución.

Sánchez, J. (1986). Déficit De Atención, Hiperactividad E Impulsividad. Fundesco. Pereira.

Sánchez-Carpintero R. (2004). El sistema ejecutivo y las lesiones frontales en el niño. *Revista De Neurología*; 39 (2): 188-192.

Santiuste, V. & Beltrán, JA. (1998). *Dificultades Del Aprendizaje*. Editorial Síntesis, S.A

Sattler, J.M. (1996). *Evaluación Infantil*. Manual Moderno. 3ª Edición.

Silva Moreno, F. (1997). *Evaluación Psicológica en Niños y Adolescentes*. Madrid: Síntesis.

Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A Compendium Of Neuropsychological Tests*. Oxford University Press: New York

Soprano, AM & Chevrie-Muller, C. (1998). Evaluación de los aprendizajes escolares: Lectura, Escritura y Cálculo. EN: *El Lenguaje del Niño*. Editorial Masson: Barcelona

Schalock, R L. (1999). Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad. En: Verdugo, M.A, Borja F y Jordan de Urries. Salamanca Amaru.

Secretaría de Educación Municipal de Manizales. Atención a la población con necesidades educativas especiales. Plan de cubrimiento gradual. 2000 – 2003. Documento

Sternberg, R.J. (1986). *Las Capacidades Humanas*. Editorial Paidós. Barcelona.

Sternberg, R.J. (1987). *La Inteligencia Humana*. Editorial Paidós. Barcelona.

Temudo, T. & Maciel, P. (2002). Síndrome De Rett: Características Y Avances Genéticos. *Revista de Neuroogía*, 34 (Supl 1): 854-8.

Tobon , Martha. (1995). *Modulación Sensorial, Un Problema De Sintonía. Memorias*.

Tomas, J. (2003). *El Espectrum Autista: Evaluación, Diagnóstico, Neurobiología y Tratamiento Del Autismo*. Editorial Alertes:España.

Varela, V. (2004). Manejo de cuestionarios comportamentales en el Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad - TDAH-. Documento De Trabajo. Fundación Para El Desarrollo De La Salud Mental De La Población De Caldas –Fundamental-.

Verdugo, M.A. (2002). *El cambio de Paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR*. Documento.

Verdugo, M.A; y Jenaro, C. (2004). *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo*. Editorial Alianza. Madrid. Weller, E. Weller, M. (2001). *Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*. Chips. Editorial El Manual Moderno.

Wechsler, D. (1997). Test de inteligencia para niños WISC III. Manual. Paidós: Buenos Aires

Wicks-Nelson, R. (1997). *Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente*. Prentice Hall. 3ª Edición

Willemsen-Swinkels, S Y Buitelaar, J. (2002). The Autistic Spectrum: Subgroups, Boundaries, And Treatment Department Of Child And Adolescent Psychiatry, University Medical Center. *Psychiatric Clinics Of North America*. 25. 811–836

Wing L. (1981). Asperger´S Syndrome: A Clinical Account. *Psychological Medicine*. 11, 115 – 129.

Wicks-Nelson, R. Y Allen, I. (2.000). Autismo Y Esquizofrenia. En *Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente*. (Pp. 33). Madrid: Prentice Hall.

Ygual-Fernández, A., Miranda-Casas, A. & Cervera-Mérida, Jf. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurologí*, 1:193-202

