

# DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Barry Nurcombe**

**Edición: Matías Irrázaval & Andres Martin**

**Traducción: Fernanda Prieto-Tagle & Pablo Vidal**



Estudiantes de octavo grado participando en la fase piloto de la intervención Respect4U (Respeto para tí) en una escuela secundaria en Masiphumelele, Ciudad del Cabo, Sudáfrica (Fotografía: Julius Oatts)

Barry Nurcombe MD

Profesor Emérito de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Universidad de Queensland, Brisbane, Australia

Conflictos de interés: no se declaran.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a [jmrey@bigpond.net.au](mailto:jmrey@bigpond.net.au)

Cita sugerida: Nurcombe B. Diagnóstico y plan de tratamiento en problemas de salud mental de niños y adolescentes (Irrázaval M, Martín A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal P. ed.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

El término *diagnóstico* deriva de una palabra griega, que significa *distinguir*, *discernir*, o *decidir*. *Diagnóstico* fue utilizado por Hipócrates, para referirse al proceso de razonamiento médico. Actualmente, se aplica tanto al proceso como al resultado en la toma de decisiones.

El diagnóstico tiene una serie de funciones, entre ellas:

- Permite a los profesionales describir casos desde una perspectiva común
- Permite la recolección de datos con finalidad administrativa
- Puede utilizarse con finalidad científica, para recopilar casos de naturaleza similar y exponerlos a los diferentes tratamientos con evidencia científica
- Es clave en la planificación del tratamiento.

Este capítulo trata sobre la formulación de un diagnóstico, de manera que facilite la planificación individualizada del tratamiento.

Un trastorno mental es un patrón clínicamente significativo de síntomas y signos psico-conductuales. Se asocia a un malestar actual y a un impacto negativo en el funcionamiento del paciente o de las personas de su entorno que originan un riesgo de malestar y una afectación en su funcionamiento futuro. El concepto de *trastorno* se queda corto frente a la validez científica del concepto de *enfermedad*. Tanto el trastorno como la enfermedad conllevan una *desventaja biológica* (Scadding, 1967). Algunos de los trastornos descritos en el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) o en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) pueden ser distintivos y categoriales. En la mayoría de las veces, los trastornos son dimensionales con “puntos de corte” diagnósticos, que son determinados arbitrariamente o mediante fórmulas estadísticas. Cuando una serie de trastornos del comportamiento coinciden es importante valorar si la visión dimensional o categorial se puede aplicar de manera conjunta en estos casos. En la medida en que se da validez a la visión dimensional, es probable que un trastorno haya sido originado por una combinación de factores genéticos y temperamentales, con respuestas adaptativas aprendidas (p.ej., trastorno de conducta), mientras que un trastorno categorial probablemente tenga una base biológica (p.ej., Síndrome de Rett). No se podrá demostrar que todos los trastornos o síndromes son categóricamente distintos; y algunos que parecen ser categóricamente resultarán ser heterogéneos.

El profesional clínico combina la diferenciación entre las diferentes categorías prototípicas, junto con la obtención de los diferentes factores dinámicos que se implican en el origen y la perpetuación del estado mental actual del paciente. Este capítulo abordará la manera en la que la clasificación diagnóstica puede ayudar en la planificación del tratamiento.

## LAS DIMENSIONES DEL DIAGNÓSTICO

Es de gran utilidad conceptualizar las formulaciones diagnósticas en tres ejes o dimensiones (ver también Capítulo A.10):

- Biopsicosocial
- Del desarrollo
- Temporal.

El término diagnóstico fue utilizado por Hipócrates para referirse al proceso de razonamiento médico. Actualmente, se aplica tanto al proceso como al producto de la toma de decisiones.

### Categorial versus dimensional

Un diagnóstico categorial implica una diferenciación clara y cualitativa entre tener y no tener un trastorno (p.ej., cáncer de mama) mientras que un diagnóstico dimensional implica una diferencia cuantitativa (p.ej., hipertensión).

Ha habido extenso debate sobre las ventajas y desventajas de ambos enfoques. En la práctica, un enfoque categorial en el diagnóstico es más práctico a nivel clínico (p.ej., indica la necesidad de un tratamiento). Sin embargo, en las clasificaciones más recientes (como el DSM-5) se intenta incorporar ambas visiones, por ejemplo, incluyendo calificaciones en la gravedad de los diagnósticos o definiendo un “espectro” (p.ej., trastornos del espectro del autismo). Para obtener más detalles, consultar el Capítulo A.3.

## La dimensión biopsicosocial

En cualquier momento, el paciente se compone de funciones a nivel biológico (inferior), psicológico y social (superior) (p.ej., funcionamiento del sistema molecular, celular y de órganos; funcionamiento psicológico inconsciente y consciente, y adaptación familiar y social). Cada nivel emerge del nivel inferior. Ningún nivel puede ser reducido a un nivel inferior, aunque la ciencia pueda buscar encontrar asociaciones entre diferentes niveles (p.ej., entre la disfunción sináptica molecular y la psicosis).

El profesional clínico analiza los siguientes niveles al formular el diagnóstico:

### 1. *Nivel físico*

- Síntomas de los órganos periféricos
- El sistema inmune
- El sistema nervioso autonómico
- Los sistemas sensoriomotores

### 2. *Nivel psicológico*

- Procesamiento de la información (orientación, atención, memoria, comprensión, juicio)
- Aprendizaje
- Comunicación
- Actitud hacia sí mismo y hacia los demás
- Competencia social
- Síntomas psicológicos
- Conflictos inconscientes y mecanismos de defensa

### 3. *Nivel social*

- Estructura y dinámica familiar
- Relaciones sociales
- Adaptación escolar y ocupacional

## La dimensión del desarrollo

El profesional clínico evalúa los diferentes sistemas dentro del eje biopsicosocial, para determinar si alguno está anormalmente *retrasado*, *adelantado* o *desviado*, en relación con lo que podría esperarse por la edad del paciente. El trastorno del espectro del autismo, por ejemplo, está asociado a un desarrollo tardío y desviado (p.ej., en la comunicación, en las relaciones sociales y en el razonamiento verbal). La dimensión en el desarrollo es la más importante para la evaluación de los niños y adolescentes.

## La dimensión temporal

La vida humana es como una película de cine: comienza en algún lugar, se ve como si estuviera en un marco estático, y transcurre hacia el futuro. La dimensión

temporal requiere comprender lo siguiente:

## **Predisposición**

¿Cuáles son las influencias físicas, psicológicas o sociales - genéticas, intrauterinas, perinatales y en el desarrollo temprano - que predispusieron al paciente a presentar alteraciones psiquiátricas en el momento de la valoración?  
¿Hubo alguna fuente de estrés, trauma o deprivación durante los años del desarrollo?

## **Precipitación**

¿Existe evidencia de un estresor físico o psicosocial, que coincidió con el inicio de la alteración psiquiátrica, y que podría haber originado el desequilibrio? Los factores comunes de estrés incluyen la enfermedad física (p.ej., una hepatitis que origina una depresión), la exposición a un trauma psicológico o la pérdida, los conflictos conyugales y la separación. Algunos factores estresantes psicológicos actuales pueden ser reiniciados por traumas infantiles no resueltos. No todos los problemas actuales son causales: algunos (p.ej., el trastorno del espectro del autismo) evolucionan gradualmente desde una predisposición previa de retraso o desviación en el desarrollo.

## **Presentación**

Es útil preguntarse, *¿Por qué ocurre ahora?* Si un problema ha sido evidente desde hace algún tiempo, ¿Por qué el individuo o la familia pide ayuda en este momento?. ¿Ha causado un estrés adicional en el sistema físico o psicosocial que se encontraba compensado previamente?

## **Patrón**

El patrón de síntomas y signos biopsicosociales constituye la disfunción actual (la fenomenología representa el trastorno o los trastornos que se identifican según el DSM o la CIE). ¿Los síntomas y signos representan una descompensación o una inminente descompensación de una adaptación inadecuada (con ansiedad, somatización o descarga de tensión), la aparición de mecanismos de afrontamiento más primitivos (p.ej., negación, represión, disociación), la fragmentación del funcionamiento mental (como en la psicosis), o la sintomatología residual de una descompensación previa (como en el trastorno de conversión crónico)? ¿Los síntomas tienen una función comunicativa o mimética (imitación) inconsciente (como en algunas formas de conversión)? En caso afirmativo, ¿Qué se comunica, y a quién? ¿Los síntomas se basan en una enfermedad física real o imaginaria? Si es así, ¿Obtiene el paciente una ganancia secundaria de la enfermedad?

## **Perpetuación**

Muchos problemas psicológicos son de corta duración; el estrés precipitante desaparece o en algunas ocasiones se enfrenta a una mejora en el funcionamiento. Pero ¿Qué ocurre con los problemas que no se solucionan? ¿Qué los mantiene? ¿El factor precipitante persiste de tal manera, que se mantiene el desequilibrio? ¿Los mecanismos patológicos de afrontamiento originan tensiones adicionales que

mantienen activo el problema? Es necesario comprender la causa y el mantenimiento de los problemas para poder planificar el tratamiento.

**Pronóstico**

¿Cuál será el resultado, con o sin tratamiento? ¿El cuadro clínico justifica un tratamiento o es probable que disminuya de forma espontánea?

**Potencial**

No deberíamos focalizarnos únicamente en los problemas o las disfunciones. ¿Cuáles son los recursos biopsicosociales que tiene el paciente? Por ejemplo, la belleza física, la fuerza física, la capacidad artística, el talento deportivo, la habilidad social, o la capacidad mecánica, pueden ser aprovechados para compensar las anomalías o problemas para planificar un plan de tratamiento integral.

**Figura A.11.1 Integrando la información en una formulación diagnóstica: la matriz diagnóstica**

	Predisposición	Precipitación	Patrón	Perpetuación	Potencial
Físico					
Psicológico					
Familiar/Social					



Niños haciendo un acto en la ceremonia de apertura del Congreso Mundial de la IACAPAP el 2010 en Beijing

## CASO CLÍNICO: LA FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

Janet es una adolescente de 17 años de edad. Sus padres están divorciados. Es la hija primogénita de sus padres, tiene un hermano de 10 años y otro hermano por vínculo paterno de 2 años, nacido de la segunda esposa de su padre. Janet ha sido derivada a salud mental a través del médico de atención primaria. Su médico de cabecera está preocupado porque Janet presenta sintomatología depresiva, ideación suicida y conductas autolesivas, tras sufrir una violación hace 18 meses. Janet reveló recientemente la violación sufrida a su doctor. Nunca se quejó previamente de esto ni tampoco se lo dijo a su madre o a la policía. Su médico se pregunta si Janet presenta un trastorno por estrés postraumático.

Janet es una joven atractiva que viste de forma elegante, se relaciona de manera adecuada con la examinadora e impresiona madurez para su edad. Lloro brevemente cuando explica lo que le sucedió 18 meses antes. Relata que mientras su madre y hermano estaban visitando a un familiar, Janet llevó a su casa a un amigo de su escuela porque su casa estaba vacía. Este chico le obligó y le forzó a tener relaciones sexuales con él. Tras lo sucedido, Janet se sintió ultrajada, culpable y “desconectada” de su cuerpo y del mundo. Sabía que había sido un error haber llevado a este chico a su casa por lo que no fue capaz de contarle lo sucedido a su madre ni a la policía. En realidad, había estado teniendo relaciones sexuales con varios chicos, no por amor (“soy demasiado joven para el amor”), sino porque quería sentirse cercana a alguien. Cuando se le preguntó por qué quería tener a alguien cercano a ella, ella contó la siguiente historia.

Relató que aproximadamente hace tres años, su padre, que era maestro, estaba fuera de casa asistiendo a un curso educativo en otra ciudad. Un día el padre llamó a su esposa para decirle que quería pedirle el divorcio porque se había enamorado de otra mujer y no volvió a regresar a la casa. La madre de Janet, una persona íntegra y de buena familia, se sintió desolada. Janet la apoyó y asumió la mayor parte de los cuidados maternos de su hermano menor.

Durante los dos años siguientes, previos al divorcio definitivo de sus padres, Janet comenzó a visitar a su padre, a su madrastra y a su hermanastro menor. Su padre, a quien ella adoraba e idolatraba (“era la niña de papá”) comenzó a ser muy crítico hacia ella. Janet se lesionó el tobillo y dejó de bailar por lo que ganó un poco de peso (cinco kilos). Su padre le recriminó este aumento de peso y este motivo fue el origen de su pelea. Su padre la llamó desagradecida e irrespetuosa. Tras lo sucedido, su madrastra apoyó a su padre, por lo que Janet dejó de visitar y hablar con su padre en los doce meses siguientes.

Janet se quejaba de síntomas depresivos, aunque no presentaba insomnio ni alteración en el apetito. Tenía pensamientos de suicidio. A veces se sentía como “desconectada” de su cuerpo y del mundo que la rodeaba. Para aliviar la sensación de “muerte” emocional algunas veces se hacía cortes superficiales en sus piernas con una cuchilla de afeitar.

La madre de Janet no sabía nada de la violación, por lo que el profesional clínico no le habló sobre lo sucedido. La madre relató que desde el divorcio, notaba a su hija más irritable y deprimida. Además, ella misma había recibido tratamiento para su depresión después de su separación, aunque ya se encontraba recuperada. A nivel laboral trabajaba a tiempo

completo y no tenía ningún tipo de relación con su ex-marido.

Janet no presentaba antecedentes familiares de trastorno mental ni tampoco problemas de aprendizaje o de comportamiento antisocial. Janet fue una niña buscada cuyos hitos del desarrollo transcurrieron con normalidad. Su embarazo y parto fueron normales. Janet era cariñosa con ambos padres, pero particularmente con su padre, a quien idolatraba. No había presentado enfermedades médicas significativas, operaciones quirúrgicas ni tampoco había sufrido ningún accidente. A nivel académico, había sido una niña brillante que planeaba acudir a la universidad. A nivel familiar había sido como una “segunda madre” para su hermano menor.

### **Formulación diagnóstica**

Janet es una adolescente caucásica de 17 años de edad, la mayor de tres hermanos, de clase social media-alta. Sus primeros años de vida transcurrieron sin incidentes, creció como una niña alegre y sociable junto a su padre al que adoraba. Este vínculo tan cercano a su padre le predispuso a presentar un trastorno depresivo que se precipitó tras el abandono familiar inesperado por parte de su padre. Tras lo sucedido, apoyó a su madre que se encontraba deprimida y ocupó su papel en el cuidado de su hermano. Discutió y se enfadó con su padre que, al sentirse culpable, comenzó a ser crítico hacia ella. Se fue distanciando de su padre ya que se sentía desplazada afectivamente por su hermanastro. En la búsqueda de una mayor afectividad emocional comenzó a ser más promiscua sexualmente y en ese contexto ocurrió la violación que sufrió. Posteriormente su sintomatología depresiva se agudizó al presentar sentimientos de culpa, odio hacia sí misma, síntomas de despersonalización, ideas autolíticas pasivas y episodios de autolesiones físicas con cortes (para aliviar la falta de respuesta emocional). Su estado psiquiátrico actual se mantiene por la pérdida de su padre y la falta de comunicación familiar sobre su situación actual. Con el tratamiento adecuado el pronóstico es bueno. Sin tratamiento, es probable que su depresión se pueda cronificar y sus relaciones emocionales adultas sean vacías, insatisfactorias y conflictivas. Sin embargo, presenta fortaleza mental, además de inteligencia, buenas habilidades sociales y habilidad artística (ballet).

En resumen, Janet presenta un trastorno depresivo leve. No presenta sintomatología de un trastorno por estrés postraumático (carece de flashbacks, pesadillas, o hiperactivación autonómica), aunque sí presentó un trastorno de estrés agudo. Sufrió una violación y presentó sintomatología posterior de despersonalización e ideación suicida. La sintomatología en el momento actual ha disminuido de intensidad. Se diseñará un plan de tratamiento dirigido a un objetivo en la siguiente sección.

La formulación diagnóstica puede derivarse de una combinación de los ejes biopsicosocial, temporal y del desarrollo, en una matriz, como se ilustra en la Figura A.11.1.

El diagnóstico biopsicosocial (Nurcombe & Gallagher, 1986) ayuda al profesional a identificar los focos del plan de tratamiento, y las bases alrededor de las cuales se diseña el tratamiento. Se han propuesto otros sistemas diagnósticos (p.ej., Amchin 1991; Faulkner et al. 1985; Leigh & Reiser 1993; Perry et al, 1987; Shapiro 1989; Sperry 1992; Sperry et al, 1992), pero sólo Shapiro (1989) le da una importancia adecuada a los factores psicodinámicos, del desarrollo, educativos y familiares.

## MODELOS DE PLAN DE TRATAMIENTO

Los profesionales clínicos utilizan cuatro tipos de planes de tratamiento. El primero es intuitivo, y los demás tienen una mayor premeditación:

1. Concordancia diagnóstico-tratamiento
2. Orientado al problema
3. Plan de tratamiento focalizado intrahospitalario
4. Dirigido a metas

### Concordancia diagnóstico-tratamiento

Esta es la manera intuitiva, la técnica de concordancia de patrones utilizada por la mayoría de los profesionales. Dado un patrón clínico (p.ej., niño de 7 años de edad; hiperactivo, inquieto, inatento e impulsivo; problemas de aprendizaje; padres coercivos y punitivos; inteligencia probablemente en el límite inferior del rango promedio), el profesional clínico empareja un diagnóstico con un plan de tratamiento (p.ej., pruebas de inteligencia y de educación, psicoeducación a los educadores y a los padres, posible educación diferencial, terapia farmacológica con estimulantes, posible programa conductual para mejorar la concentración). El progreso del niño con el tratamiento se evalúa de manera global, hasta que la familia se encuentra satisfecha con los avances del niño, o insatisfecha con estos, y abandona el tratamiento.

Aunque la concordancia diagnóstico-tratamiento es rápida, eficaz e *intuitiva*, tiene graves defectos. La ausencia de focos específicos y de estimaciones en el tiempo requerido para producir cambios provoca imprecisiones y una potencial “deriva”: el terapeuta no es responsable de decidir si el plan de tratamiento está funcionando o de cambiar el tratamiento si no funciona. Cuando un equipo clínico está implicado en proporcionar un tratamiento de forma adecuada, como por ejemplo el el contexto de un paciente hospitalizado, puede llegar a ser descoordinado si el equipo carece de una lógica explícita para la asignación de funciones o en la toma de decisiones conjuntas.

### Orientado al problema

Weed (1969) introdujo en medicina, la *historia clínica orientada al problema*, con el fin de mejorar la falta de coordinación existente entre los programas de hospitalización altamente especializados. En el sistema de Weed, los problemas en el diagnóstico y en el tratamiento se extraen desde la base de datos. Los problemas se vuelven inactivos o se expresan como diagnósticos categoriales y se prescriben tratamientos generales o específicos para ellos. Consecuentemente, los problemas terapéuticos permanecen activos, se vuelven inactivos o se resuelven. La lógica explícita del sistema fomenta la comunicación, la colaboración y previene que el paciente “se quede en tierra de nadie” entre las distintas especialidades.

Desafortunadamente, la orientación al problema no ha tenido éxito en la psiquiatría. Grant y Maletzky (1972) sugirieron que los problemas psiquiátricos fueran declarados como comportamientos desviados en necesidad de ser extinguidos, o como comportamientos deficientes que necesitaban ser mejorados. Sin embargo, no existen directrices claras para extraer problemas de la base de datos, o decidir cómo deben integrarse. Frecuentemente, la historia clínica orientada al problema

El registro de un plan orientado a problemas se introdujo inicialmente en la medicina con el fin de mejorar la falta de coordinación entre los programas altamente especializados de pacientes hospitalizados. Desafortunadamente, el plan de orientación al problema no ha tenido éxito en la psiquiatría.



se convierte en una lista fragmentada de *comportamientos*, que pierde la esencia de un patrón de interacción dinámica. Por lo tanto, corre el riesgo de ser considerado por el equipo de tratamiento como un “trabajo administrativo” que se debe realizar para satisfacer la revisión externa.

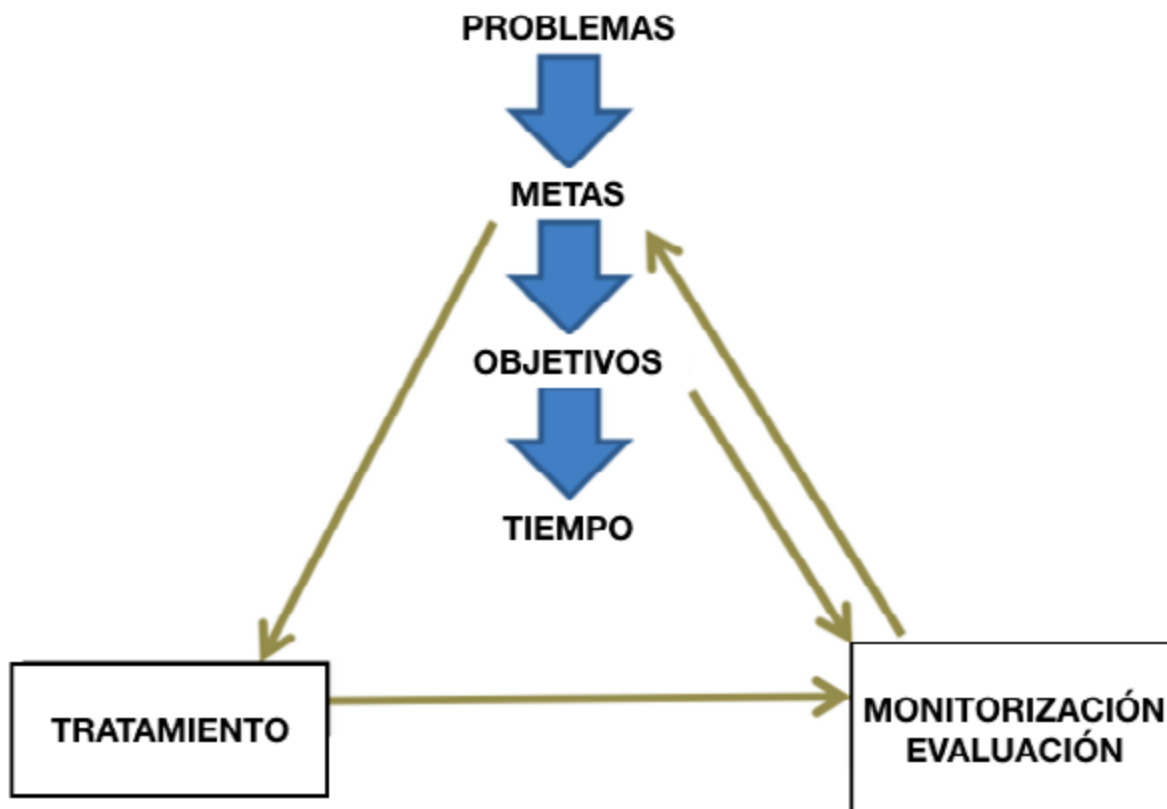
### **Plan de Tratamiento Focalizado Hospitalario**

Harper (1989) introdujo la *planificación focal*, para facilitar el tratamiento en pacientes hospitalizados. El profesional clínico identifica un problema focal, lo formula en términos operacionales y relaciona el tratamiento con el diagnóstico a través de objetivos explícitos. Al emplear un lenguaje explícito y sin jerga, el plan es accesible tanto para el equipo clínico como para el paciente y la familia. La planificación del tratamiento focal está estrechamente relacionado con el *plan dirigido a metas*.

### **Plan Dirigido a Metas**

El plan dirigido a metas fue introducido por Nurcombe y Gallagher (1986) y Nurcombe (1989). Los focos del tratamiento esencial se extraen de la formulación diagnóstica. Los focos esenciales son aquellos aspectos del diagnóstico que son modificables, y es probable que produzcan el mayor efecto general cuando

**Figura A.11.2 Plan de tratamiento dirigido a metas**



se modifican. Al elegir las metas y el tratamiento, el profesional clínico debe tener en cuenta el tiempo, los fondos y los recursos disponibles. En contraste con el plan de tratamiento focal para pacientes hospitalizados, el plan dirigido a metas es aplicable en todos los contextos de tratamiento: por ejemplo, el tratamiento en pacientes hospitalizados tiene como objetivo la *estabilización* rápida del comportamiento peligroso, antes que un tratamiento general. El tratamiento comunitario o ambulatorio implica la *resolución* de los conflictos conscientes o inconscientes, la *recuperación* de las deficiencias, la *reeducación*, la *rehabilitación*, la *reconfiguración* de la familia y la *promoción* de las fortalezas y aptitudes para compensar los defectos; o una combinación de las anteriores.

## DISEÑANDO UN PLAN DE TRATAMIENTO DIRIGIDO A UNA META

Los pasos para realizar un plan de tratamiento dirigido a metas son (Figura A.11.2):

1. Identificar los problemas esenciales y los potenciales
2. Reestructurar los problemas potenciales como metas
3. Estimar el tiempo que se necesita para alcanzar cada meta
4. Para cada meta, identificar al menos dos objetivos
5. Para cada meta, decidir el tratamiento o los tratamientos en base a la evidencia científica actual, sus posibilidades a nivel social y cultural y los recursos existentes disponibles
6. Para cada meta/objetivo, es preciso una monitorización, para determinar si el tratamiento está progresando, o si se alcanza la meta.

### Identificar los problemas y potenciales

El profesional clínico (o el equipo clínico en una reunión) extrae de la formulación diagnóstica biopsicosocial aquellos problemas esenciales o potenciales que, si se modifican, se suprimen o mejoran, es posible que generen un gran beneficio. Por ejemplo:

- El estrés físico o psicosocial que predispone al paciente a desarrollar una alteración en el futuro.
- El estrés físico o psicosocial que perpetúan la disfunción actual
- Los factores físicos, psicosociales o administrativos que motivaron la derivación del paciente
- Factores del modelo biopsicosocial actual, que tienen la capacidad de ser modificados: disfunción física y neuropsicológica; síntomas que se consideran como estilos de afrontamiento.

La estabilización, la resolución, o la compensación de las metas que se generan tras una formulación, al hacernos estas preguntas:

- *¿Qué síntomas, signos, dificultades, conductas, emociones, actitudes o disfunciones deben cambiar para que el paciente sea tratado en un nivel de cuidado menos restrictivo?*
- *¿Qué factores precipitantes o perpetuantes pueden ser modificados o eliminados?*

- ¿Qué aptitudes potenciales pueden ser promovidas, para compensar la disfunción o el defecto?

Generalmente, para elaborar un plan integral, se requieren de entre cuatro a seis problemas y uno potencial. En general, los problemas suelen ser *conductuales* (p.ej., autolesiones), *psicológicos* (p.ej., conflictos no resueltos debido a un abuso sexual en la infancia, *familiares* (p.ej., distanciamiento entre padres e hijos o conflictividad parental), *sociales* (p.ej., dificultades en las relaciones con los pares), *educacionales* (p.ej., dificultades de aprendizaje) o médica (p.ej., diabetes mellitus descompensada). Cada problema y posibilidad representa lo que el profesional clínico o el equipo tiene como objetivo para poder ayudar al paciente y la familia.

## Reestructurar los problemas potenciales como metas

El tratamiento tiene como objetivo cambiar los problemas potenciales, por ejemplo:

- Reducir la intensidad en el estado de ánimo depresivo
- Reducir la frecuencia del comportamiento compulsivo
- Resolver conflictos relacionados a un abuso sufrido en el pasado
- Promover una comunicación más empática entre padre-hijo
- Promover una disciplina parental consistente y adecuada (p.ej., revertir una parentalidad coercitiva)
- Fomentar (promover) la habilidad artística.

- Un **objetivo** es lo que se espera del paciente o la familia cuando se alcanza una meta.
- Una **meta** representa lo que el profesional o el equipo pretende hacer para ayudar al paciente.

## Eligiendo las terapias

Para cada problema esencial o potencial, utilizando estos criterios, el profesional selecciona una terapia o un conjunto de terapias adecuadas a las necesidades de los pacientes y las familias. En decir, ¿Qué terapia:

- Tiene la mayor evidencia científica (p.ej., basado en la evidencia)?
- Tiene menos riesgos (p.ej., con menos efectos secundarios)?
- Se adapta mejor a los recursos clínicos disponibles?
- Es la más económica en términos de tiempo y dinero?
- Se adapta mejor a las características socioculturales de la familia?

## La fecha objetivo

El profesional calcula cuánto tiempo necesitará para que la terapia o las terapias sean eficaces (p.ej., para alcanzar la meta). La fecha es un punto de referencia respecto a la cual se puede medir el progreso del tratamiento.

## Definiendo los objetivos

Un objetivo es lo que se espera del paciente o la familia cuando se alcanzan las metas en contraste con un objetivo, que representa lo que el profesional o el equipo pretenden conseguir para ayudar al paciente. Los objetivos descritos son ejemplos de conductas comportamentales que monitorizan la consecución de las metas. Los objetivos también indican la manera en la que se alcanzará una meta. Una meta

sin un objetivo corre el riesgo de convertirse en una abstracción sin contenido. Los objetivos sin metas corren el riesgo de perder la esencia del asunto. A continuación, se describe un ejemplo de un tratamiento en pacientes hospitalizados:

**Meta:** *Reducir la intensidad del estado de ánimo depresivo y la ideación suicida*

### **Objetivos:**

- En la valoración diaria del estado mental, el paciente no referirá ningún afecto depresivo ni ideación suicida durante dos semanas consecutivas
- El personal de enfermería registrará si el paciente interactúa con sus pares
- El educador nos informará si el paciente se esfuerza por realizar sus tareas escolares
- Los padres nos informarán acerca de si el paciente ya no está deprimido y si está realizando sus planes de forma constructiva.

### **Evaluación**

En algunos casos, se deben utilizar medidas físicas (p.ej., peso corporal en un trastorno de conducta alimentaria), la cuantificación de los síntomas (p.ej., intentos de autolesión en un trastorno del espectro del autismo) o los resultados de una prueba (p.ej., cambios en las puntuaciones de una escala de evaluación). Sin embargo, en muchos casos, el método de evaluación más adecuado es un examen clínico del estado mental.

El proceso del Plan de Tratamiento Dirigido a Metas se ilustra en la Figura A.11.2. El profesional clínico generalmente hace las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el objetivo final (*meta*)?
- ¿Por medio de qué manera el paciente llegará ahí (*tratamiento*)?
- ¿Cómo se sabrá que el paciente tiene buena evolución, o ha llegado al objetivo (*objetivos*)?

### **Trabajo en equipo**

El plan de tratamiento dirigido a metas le permite al equipo clínico poder planificar, colaborar e implementar un tratamiento a partir de una base intelectual común. Cada miembro del equipo sabe lo que deben hacer para implementar la

Haga clic en la imagen para ver al Dr Nurcombe resumir el plan de tratamiento dirigido a metas (2:44)



## CASO CLÍNICO: EL PLAN DE TRATAMIENTO

Volviendo al caso de Janet, la adolescente de 17 años de edad con clínica depresiva, ideación suicida y autolesiones que fue víctima de una violación añadida al duelo no resuelto por la pérdida paterna. En este caso se pueden identificar los siguientes problemas estructurales y potenciales:

- Depresión/ideación suicida
- Duelo no resuelto tras la pérdida del padre
- Reacción de estrés no resuelta tras la violación con autolesiones y autoreproches
- Comunicación familiar pobre; distanciamiento afectivo entre los padres y entre el padre y la propia paciente
- Habilidad artística.

Estos problemas pueden ser reelaborados en cinco objetivos:

1. Disminución del estado de ánimo depresivo y eliminar la ideación suicida
2. Resolver el duelo que siguió a la pérdida del padre
3. Resolver la reacción de estrés que ocurrió tras la violación
4. Fomentar una mejor comunicación entre los padres y entre el padre y la niña
5. Promover su habilidad artística

Para cada meta, se pueden incorporar las siguientes terapias:

*1. Disminuir el estado de ánimo depresivo:*

- Psicoterapia individual (dinámica o interpersonal), semanal, durante 12 semanas, disminuyendo gradualmente hasta los seis meses
- Fármacos antidepresivos (si la psicoterapia por sí sola es ineficaz después de cuatro semanas)

*2. Resolver el duelo que se originó tras la pérdida del padre*

- Psicoterapia individual, como fue descrita más arriba

*3. Resolver la reacción de estrés que se originó tras la violación*

- Psicoterapia individual, como fue descrita más arriba

*4. Fomentar la comunicación familiar*

- Terapia familiar, semanal, durante 3 meses

*5. Promover su habilidad artística*

- Animar a la paciente a retomar sus clases de ballet.

Por lo tanto, el tratamiento implica una combinación de psicoterapia

individual, terapia farmacológica antidepresiva y terapia familiar, que se ajustará según el progreso de la paciente durante seis meses.

Los objetivos de cada meta son:

*1. Disminución del estado de ánimo depresivo*

- Ausencia de estado de ánimo depresivo (o una puntuación en el rango no significativo en una escala de evaluación de depresión) o de ideación suicida en el examen del estado mental durante dos meses.
- Buenas relaciones con los pares, sin promiscuidad sexual.
- Progreso satisfactorio en la escuela.

*2. Resolver el duelo*

- En la terapia individual, la paciente comprenderá la relación entre la pérdida, la depresión, la necesidad de afecto y la promiscuidad sexual.

*3. Resolver la reacción de estrés*

- En la terapia individual, la paciente comprenderá la relación entre el trauma de la violación, la baja autoestima y las autolesiones.
- Ausencia de autolesiones durante un mes.

*4. Fomentar la comunicación familiar*

- Los padres serán capaces de planificar conjuntamente los mejores intereses para Janet
- Janet será capaz de decir a sus padres cómo le afectó la separación
- Janet retomará las visitas a su padre, y éstas serán satisfactorias mutuamente.

*5. Promover la habilidad artística*

- Janet retomará su entrenamiento de ballet.

terapia y monitorizar los objetivos. La comunicación con los evaluadores externos será más clara y concisa.

## **Negociación con la Familia**

La formulación diagnóstica y el plan de tratamiento se analizan con la familia. Se describen los objetivos, las terapias y los costes (en términos de tiempo y dinero). La familia tiene la oportunidad de estar de acuerdo o no con el tratamiento, o de modificar, o de tomar decisiones dentro del plan propuesto. La familia, el profesional clínico y el equipo aceptan colaborar, firman el plan y una copia de éste se pone a disposición de la familia. De esta forma, se obtiene el consentimiento informado.

## Revisión

Prestar atención a los objetivos alertará al profesional si el tratamiento se detiene, si el paciente empeora, o si surgen complicaciones importantes. En cualquiera de estos casos, es necesario revisar el plan de tratamiento. ¿Los objetivos representan adecuadamente la base del trastorno del paciente? ¿Las metas y los objetivos pueden ser puestos en práctica? ¿Los objetivos reflejan estas metas? ¿Las terapias prescritas son adecuadas, y están siendo administradas correctamente? ¿Deberían reestructurarse las metas y los objetivos?

## DESVENTAJAS Y OPORTUNIDADES

Se requiere mucho tiempo para ser un experto y poder realizar correctamente un plan de tratamiento dirigido a metas. Donde mejor se enseña es en los talleres y en las conferencias de casos, donde el aprendizaje es a través del modelado. Algunos profesionales son reacios a especificar fechas u objetivos. Otros resienten el tiempo requerido para realizar “trabajo administrativo” y prefieren operar de un modo más intuitivo, combinando los diagnósticos con sus correspondientes tratamientos. Las metas psicodinámicas son ciertamente más difíciles de enmarcar, en contraste con los objetivos médicos, educativos o comportamentales. Sin embargo, una vez que se ha articulado un plan, se hacen evidentes las ventajas educativas, comunicativas, regulatorias y médico-legales. Por último, los planes dirigidos a metas, pueden facilitar la investigación sobre la eficacia relativa de las diferentes terapias.

## CONCLUSIÓN

Desde la introducción del DSM, ha mejorado la fiabilidad con la que los profesionales hacen diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, la validez de las categorías de diagnóstico de DSM es incierta. Insel (2013) señala que el sistema de diagnóstico del DSM se basa en el consenso de los comités sobre grupos de síntomas, y no en medidas objetivas. Los síntomas sólo indican el mejor tratamiento en raras ocasiones. Insel sugiere que la psiquiatría debería diseñar un sistema de clasificación ligado al circuito cognitivo, neuronal y a los biomarcadores genéticos. Tal sistema, sostiene el investigador, es más probable que sea una guía más precisa para mejorar los tratamientos.

Sin embargo, las alteraciones psiquiátricas se diferencian en su especificidad, desde las categorías (p.ej., trastorno bipolar) hasta las dimensiones (p.ej., trastorno límite de la personalidad). Algunos trastornos están relacionados principalmente a una predisposición, causa y perpetuación psicosocial y el tratamiento debe dirigirse a la psicopatología individual y familiar, así como a la neurobiología de la ansiedad o la depresión, por ejemplo.

La formulación diagnóstica biopsicosocial y el Plan de Tratamiento Dirigido a Metas, están diseñados para explicar los factores biológicos y psicosociales en el núcleo de la psicopatología. En contraste con los enfoques reduccionistas, que abordan exclusivamente los factores biológicos o los factores psicosociales por sí solos.

Practique estas habilidades en el caso planteado en el Apéndice

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

**POR FAVOR VEA  
EL APÉNDICE  
A.11.1 PARA VER  
EJERCICIOS DE  
APRENDIZAJE  
AUTODIRIGIDO**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amchin J (1991). *Psychiatric Diagnosis. A Biopsychosocial Approach Using DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Faulkner LF, Kinzie JD, Angell R et al (1965). A comprehensive psychiatric formulation model. *Journal of Psychiatric Education*, 9:189-203.
- Grant RL, Maltzky B (1972). Application of the Weed system to psychiatric records. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3:119-129.
- Harper G (1989). Focal inpatient treatment planning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:31-37.
- Insel TR (2013). Transforming diagnosis. Director's Blog, NIMH, April 29. <nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Leigh H, Reiser, MF (1993). *The Patient: Biological, Psychological and Social Dimensions of Medical Practice* (2nd ed), New York, NY: Plenum.
- Nurcombe B (1989). Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:26-30.
- Nurcombe B, Gallagher RM (1986). *The Clinical Process in Psychiatry: Diagnosis and Management Planning*, New York, NY: Cambridge.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Perry S, Cooper AM, Michels MD (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144:543-550.
- Scadding JG (1967). Diagnosis: The clinician and the computer. *Lancet*, 2 (7521):877-882.
- Shapiro T (1989). The psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26:675-680.
- Sperry L (1992). Demystifying the psychiatric case formulation. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 10:12-19.
- Sperry LT, Gudeman JE, Faulkner LR (1992). *Psychiatric Case Formulations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weed LL (1969). *Medical Records, Medical Evaluation and Patient Care*. Cleveland, OH: Case Western Reserve University Press.



Académicos y asistentes al Seminario de Investigación Helmut Remschmidt de la IACAPAP, en Stellenbosch, Sudáfrica, Diciembre de 2013.



## Apéndice A.11.1

A continuación se muestra el resumen de un caso hipotético (una combinación de varios pacientes reales) proporcionado amablemente por la Profesora Asociada Dra. Susan MK Tan, del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del Centro Médico de la Universiti Kebangsaan Malaysia (UKMMC), Kuala Lumpur, Malasia. Por favor lea el caso, realice un diagnóstico provisional y un plan de tratamiento orientado a problemas como se describe en el capítulo. Después puede comparar su plan con la respuesta modelo propuesta.

### Daniel

Daniel es un niño de origen malayo de 8 años de edad, el mayor de dos hermanos. Ha sido derivado al servicio de salud mental infanto-juvenil a través de un equipo de orientación escolar que observó cicatrices nuevas y antiguas y moratones en los brazos de Daniel. Presentaba numerosas marcas, ocultas en sus pantalones largos, provocadas por latigazos con un *rotan*, un bastón largo y flexible.

La madre de Daniel, de origen chino, era taoísta. Su padre es musulmán de etnia malaya. Los padres de Daniel se enamoraron cuando trabajaban juntos en un supermercado. Su matrimonio fue poco aceptado por sus abuelos maternos, quienes eran muy conservadores. Le preguntaban: "¿Por qué no puedes encontrar a alguien de tu misma clase social? Ahora tienes que convertirte a otra religión para casarte con este hombre". Sus abuelos paternos eran más comprensivos. Los padres eran comerciantes de mercados nocturnos, vendían baratijas y recuerdos. Cambiaban de un mercado a otro diariamente en una furgoneta en mal estado y apenas llegaban a fin de mes. Llevaban a sus hijos con ellos mientras trabajaban, ya que nadie podía cuidar de ellos.

Mientras sus padres trabajaban, esperaban que Daniel y su hermana se sentasen a la mesa e hiciesen la tarea, dibujasen o jugasen. Sara,

la hermana de siete años de Daniel, hacía todo por sí misma, y después ayudaba en el puesto familiar. Era capaz de calcular el cambio correcto para los clientes. Daniel en contraposición tiene dificultades para leer y escribir. Confunde las "p" y las "q", le cuesta escribir su nombre, y tiene dificultades en la aritmética. Es habilidoso con las manos, y su hermana y otros niños lo buscan para que les arregle sus juguetes. Cuando sus padres trabajan, él prefiere deambular de un puesto a otro. Tiene facilidad para hacer amigos, aunque se suele relacionar más con niños más pequeños o adolescentes que le mandan que les haga recados. En una ocasión el padre lo vio fumando y le azotó. Los padres comparan negativamente a Daniel con su hermana.

Sus abuelos maternos culpan a la madre, cuando estaba embarazada de Daniel, de haber ignorado su consejo de no visitar un zoológico (la madre fue asustada por un mono). De acuerdo con las creencias de los abuelos, ese incidente, y el que la madre haya contraído matrimonio con otra persona de diferente etnia, había disgustado a sus antepasados quienes, en respuesta, maldijeron a Daniel para que se comportase como un mono y no estuviese nunca quieto.

En la escuela, Daniel es considerado un niño travieso, inatento, que no puede pararse

quieto. A nivel académico es de los peores de su clase, aunque su profesor de educación física refiere que sobresale en fútbol y que ganó una medalla de oro en la carrera de los 100 metros. Sin embargo Daniel no comparte sus problemas ni siquiera con él.

Daniel tiene muchos amigos entre los niños más pequeños, aunque pocos tienen su misma edad. A menudo los maestros lo riñen por saltarse la fila, interrumpir cuando otros hablan y no respetar los turnos en los juegos. Daniel golpea a otros niños cuando se enfada con ellos, aunque en ocasiones les regala cosas que roba del puesto de sus padres.

Daniel acompaña a sus padres al servicio de salud. Es pequeño y delgado para su edad, y se encuentra por debajo del percentil cincuenta para su talla y peso. Viste con un uniforme escolar que está viejo y sucio y tiene agujeros en los zapatos. Su examen físico general es normal. No está pálido y no tiene rasgos dismórficos. Inicialmente su contacto visual es pobre. Se mueve en su asiento y es reactivo a decir algo malo acerca de sus padres. Dice que está en contra de las normas de la familia. Sin embargo, cuando se da cuenta de que el terapeuta quiere ayudarlo, se descompone y se pone a llorar. Dice que ha estado triste, enfadado y celoso durante mucho tiempo, aunque intentaba no sentirse así. Admite tener problemas para dormir. A veces se despierta gritando cuando tiene pesadillas de ser golpeado por su padre. Se ha sentido irritable durante el último año, especialmente cuando se siente ridiculizado al no poder leer y escribir correctamente. Ha pensado en quitarse la vida, pero no sabe cómo hacerlo. Le gusta el atletismo y admira al entrenador, ya que es el único maestro que le trata con cariño.

Daniel confiesa que su padre y su madre lo golpean con frecuencia

cuando pierde o rompe cosas, o cuando desaparece del puesto en el que los padres trabajan. Nunca le explican por qué le golpean. Se ha sentido infeliz durante el tiempo que es capaz de recordar y cree que nadie lo quiere. Sus abuelos maternos dicen que es como un mono. Él piensa que sus padres no lo quieren cuando lo comparan con su hermana y le preguntan: "¿Por qué no puedes ser como ella?". Sus padres pocas veces hacen cosas agradables con él. Le compraron un balón de fútbol en su último cumpleaños, pero su padre se lo quitó cuando rompió una ventana. Durante las temporadas festivas como Aid Mubarak, que celebró con sus abuelos paternos, o el Año Nuevo chino, que celebró con sus abuelos maternos, recibió sólo un conjunto de ropa nueva, mientras que a su hermana sus familiares le regalaron varios conjuntos de ropa. A menudo piensa en huir de su casa, pero no sabe a dónde ir.

En la entrevista, los padres admiten que le pegan al menos una vez por semana. Lo consideran la manera asiática de dar disciplina a los niños. Ambos fueron educados por padres estrictos. El padre de Daniel refiere que él también tenía problemas para permanecer sentado y concentrado durante las tareas escolares. Él todavía no sabe leer o escribir correctamente. Esta fue una de las razones por las que se enamoró de su esposa: ella lo acepta como es y se encarga del trabajo administrativo en su negocio. Daniel fue un "accidente". Sus padres tuvieron que contraer matrimonio rápidamente para ocultar el hecho de que había sido concebido fuera del matrimonio (hubiese sido un problema grave para los abuelos de ambas familias). Ellos insisten en que quieren a Daniel, pero sus problemas los estresan sobre todo porque tienen que luchar para llegar a fin de mes. Ellos no creen que tenga otros problemas, además de ser travieso y desobediente.

# RESPUESTA MODELO

Compare su plan de tratamiento con el que se sugiere aquí. Tenga en cuenta que la respuesta modelo no es la única manera de tratar los problemas de Daniel. Puede haber otras maneras para tratarlos, dependiendo, por ejemplo, de la disponibilidad de los servicios, el acceso a los medicamentos, las cuestiones culturales o las circunstancias locales. La respuesta modelo proporciona una guía que permite discutir los problemas que pudiesen ser abordados.

## FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA PROVISIONAL

Los diagnósticos categóricos provisionales (según el DSM-5) son:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)
- Posible Trastorno Específico de Aprendizaje (con dificultades en la expresión escrita y en la aritmética)
- Posible capacidad intelectual límite o bajo el promedio
- Trastorno depresivo: Distimia.

La realización de pruebas de inteligencia y educativas son necesarias para descartar o confirmar el trastorno específico del aprendizaje y la discapacidad intelectual. Puede ser que presente solamente un trastorno específico del aprendizaje, solamente una discapacidad intelectual, o una combinación de ambos.

La inatención, la hiperactividad, la impulsividad y los problemas de aprendizaje de Daniel son probablemente innatos. La combinación de los síntomas de inatención, hiperactividad y el trastorno del aprendizaje han originado un fracaso académico y una baja autoestima. Su autoestima ha empeorado más, como resultado de las medidas coercitivas y severas, el rechazo excesivo de sus padres estresados que están estresados y por las atribuciones populares de sus abuelos maternos que dicen que fue maldecido y es como un mono.

Sin tratamiento, su pronóstico es pobre. Existe riesgo de suicidio o delincuencia juvenil si se le separa de su familia. Mucho de esto depende de la movilización de la escuela para proporcionarle una evaluación educativa y una enseñanza académica que le ayude en sus dificultades. La capacidad del profesional clínico para involucrar y apoyar a los padres es necesaria. La actitud de los padres ante la disciplina hacia Daniel no debe ser criticada. Por el contrario, los enfoques alternativos en la crianza de los niños deben ser reforzados empáticamente sobre la base de que el castigo por sí solo no ha funcionado. Es más probable que los padres cooperen si además la terapia farmacológica con estimulantes es eficaz a corto plazo. La promoción de las habilidades prácticas y deportivas de Daniel ayudará a compensar su baja autoestima.

### Estudios

- Evaluación pediátrica por su baja estatura
- Evaluación de la inteligencia
- Evaluación educativa (para clarificar la existencia y extensión de las dificultades específicas del aprendizaje)

## PLAN DE TRATAMIENTO

Daniel es un niño de 8 años de edad, el mayor de dos hermanos. Sus padres son de origen chino y malayo. Su madre se convirtió del taoísmo al Islam, la religión del padre, antes de contraer matrimonio.

### Patrón

Daniel presenta los siguientes síntomas y signos:

- Baja talla y peso
- Desaliñado
- Poco contacto visual
- Nerviosismo, inquietud
- Inquietud en la escuela
- Inatención
- Posible inmadurez perceptual
- Rompe cosas, no respeta las filas, interrumpe y no respeta los turnos en una conversación
- No se relaciona adecuadamente con sus pares
- Se guarda sus problemas para sí mismo
- Piensa que sus padres no lo quieren porque él es malo
- Se siente desfavorecido
- Piensa en escaparse o en quitarse la vida
- Golpea a sus pares, o les da regalos
- Roba a sus padres
- Insomnio y pesadillas
- Triste, enfadado, celoso

### Factores predisponentes

- Embarazo prematrimonial que precipitó el matrimonio
- Matrimonio mixto al cual se oponían sus abuelos maternos
- El padre presentaba inatención e hiperactividad en la escuela. Tenía dificultades en el aprendizaje de letras y números (posible TDAH y trastorno del aprendizaje, lo que sugiere una predisposición genética)

### Factores precipitantes/perpetuantes

- Pobreza
- Padres con situación laboral estresante
- Disciplina física excesiva por parte de ambos padres, especialmente el padre (justificado por los padres como la norma cultural)
- Parentalidad coercitiva
- Los padres lo comparan desfavorablemente con su hermana menor
- Explicaciones populares de los abuelos (identificación con un “mono” y castigo divino por el matrimonio mixto)
- Bajo rendimiento académico
- Falta de amigos

## Potenciales

- Repara los juguetes
- Habilidad atlética
- Buena relación con su entrenador.

## Problemas objetivo/potenciales

1. Inatención/hiperactividad/ impulsividad
2. Problemas de aprendizaje
3. Apoyo educativo
4. Parentalidad coercitiva
5. Distimia
6. Habilidad atlética y práctica

## METAS DEL TRATAMIENTO

### 1. Mejorar la atención, el nivel de actividad y el control de los impulsos

- Psicoeducación con los profesores (reunión en la escuela)
- Psicoeducación con e los padres (asesoramiento parental)
- Fármacos estimulantes, preferiblemente los de liberación prolongada (los fármacos deberían tener un efecto beneficioso entre las siguientes dos semanas hasta un mes).

### 2. Solucionar los problemas de aprendizaje

- Educación diferencial para el trastorno específico del aprendizaje (tardará entre seis meses hasta dos años de tratamiento)

### 3. Proporcionar apoyo educativo

- Psicoeducación del personal de la escuela (educadores, orientadores escolares, entrenador, director) en las reuniones de la escuela, respecto a la causa del TDAH, la del trastorno específico del aprendizaje y sobre la necesidad de promover sus potenciales. Se requerirán reuniones mensuales en la escuela desde los seis hasta los doce meses

### 4. Mejorar la calidad de la parentalidad y la disciplina

- Asesoramiento parental
- *Triple-P\** – *Programa de Parentalidad Positiva* u otra forma de psicoeducación parental para mejorar sus hábitos negativos y reducir las prácticas coercitivas
- Posible psicoeducación de los abuelos maternos, sobre prácticas

\*Triple P – Programa de Parentalidad Positiva® es uno de los muchos programas disponibles, de apoyo a la parentalidad y a la familia, para la prevención y el tratamiento de los problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes. Se basan en la teoría del aprendizaje social, de la conducta cognitiva social, y del desarrollo.

positivas similares

- Estas intervenciones probablemente tendrán una duración de entre seis meses a un año.

## 5. Disminución de la distimia

- Psicoeducación parental y psicoeducación sobre el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje, y técnicas de crianza
- Apoyo del orientador escolar
- Promoción de sus potenciales
- Estas intervenciones probablemente requerirán entre seis meses a un año para ser implementadas.

## 6. Promover sus potenciales

- Obtener apoyo de su entrenador y de la escuela para potenciar su habilidad atlética
- Obtener apoyo del padre, para potenciar sus habilidades prácticas
- Estas intervenciones probablemente tardarán alrededor de 12 meses para ser implementadas.

## MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

### Metas 1,2,3 (atención, impulsividad, problemas de aprendizaje)

- Contacto telefónico o reunión mensual con la escuela
- Entrevistas regulares con los padres (semanales durante 3-6 meses, posteriormente disminución de la frecuencia)

### Meta 4 (parentalidad y disciplina)

- Información a los padres (semanal durante 3-6 meses)

### Meta 5 (distimia)

- Examen del estado mental (semanal durante 3-6 meses)
- Informes de los padres (semanal durante 3-6 meses)
- [El Cuestionario de Capacidades y Dificultades \(SDQ, Versión Malaya\)](#), administrado mensualmente durante 3-6 meses)

### Meta 6 (potenciales)

- Informes de los padres (semanales durante 3-6 meses, posteriormente disminución de la frecuencia)

## CONTINGENCIAS DEL TRATAMIENTO

- Si las pruebas de inteligencia, educativas y de la educación diferencial no están disponibles el profesional debe proceder sobre la base de que Daniel tiene tanto TDAH como un trastorno específico del aprendizaje.
- Si es posible, se debe conseguir la ayuda de la madre y de los abuelos paternos, para que le enseñen a Daniel a leer y a hacer cálculos, y se les debe motivar para ser pacientes. Con suerte, los padres serán menos coercitivos si los fármacos estimulantes tienen un efecto rápido. Sin embargo, se les debe advertir que puede llevar tiempo encontrar la dosis adecuada del fármaco adecuado.
- Si el *Triple-P* o un programa similar no está disponible, el profesional debe incluir estos principios

en el asesoramiento parental regular.

- La psicoeducación y poder trabajar con el personal de la escuela es fundamental. El profesional clínico debe trabajar para conseguir el apoyo del entrenador. Es posible que el padre pueda enseñarle habilidades prácticas a Daniel.
  - La administración regular del SDQ ayudará a monitorizar los avances en el progreso.
-