

**Diferencias neuropsicológicas entre el trastorno de la  
conducta y el TDAH en adolescentes**

**Colectivo de Autores**

Edición: Liset Ravelo Romero  
Corrección: Fernando Gutiérrez Ortega  
Diagramación: Roberto Suárez Yera

Juana María Salazar Rodríguez, Luis Felipe Herrera Jiménez, Milayxis Méndez  
Rodríguez, 2010

Editorial Feijóo, 2010

ISBN: 978-959-250-625-1



EDITORIAL  
*Feijóo*

Editorial Samuel Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Carretera a  
Camajuaní, km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

## **RESUMEN**

La investigación se realizó con el objetivo de determinar diferencias neuropsicológicas en adolescentes con Trastornos de Conducta y con Déficit de Atención/Hiperactividad. Para ello se realizó un estudio comparativo entre dos grupos con edades entre 11 y 15 años, portadores de estas alteraciones, atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio de Camajuaní durante el año 2009. Se seleccionó un grupo testigo para la comparación de los resultados. Con este fin se estudiaron los factores relacionados con el contexto familiar y escolar, utilizando la historia vital y entrevistas semiestructuradas a familiares y adolescentes. Se hizo la evaluación neuropsicológica estudiando lateralidad, atención, actividad analítico-sintética, pensamiento constructivo, memoria, según el enfoque de A.R. Luria. Se evaluó también la afectividad.

Se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes con Trastornos de Conducta y los portadores de Trastorno por Déficit de Atención /Hiperactividad, tanto en la influencia del contexto familiar como en la caracterización neuropsicológica. Se apreció una mayor afectación en los sistemas funcionales vinculados con las formas más complejas de la actividad analítico-sintética y síntesis simultánea en los adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención/Hiperactividad, siendo efectiva la estrategia metodológica utilizada.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
FUNDAMENTOS TEÓRICOS:	
LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.....	8
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. DIAGNÓSTICO. FACTORES ETIOLÓGICOS.....	11
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	16
LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO.....	25
METODOLOGÍA.....	30
RESULTADOS:	
HISTORIA SOCIOPSICOLÓGICA.....	31
ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO.....	36
EVALUACIÓN DE LA AFECTIVIDAD.....	47
CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52

## INTRODUCCIÓN

Los adolescentes, como los niños, son grupos muy vulnerables. El principio de prioridad social para la protección de la infancia y la adolescencia ha sido proclamado por diferentes instituciones, principalmente la UNICEF (Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia) durante varias décadas. Existe unanimidad entre todos los países del mundo en cuanto a que la estrategia de Atención Primaria es la mejor vía para alcanzar un desarrollo más alto en salud. La detección precoz de la presencia de desviaciones del desarrollo, favorece la formación de una personalidad saludable desde edades muy tempranas.

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez, proceso universal que varía de un individuo a otro y de acuerdo a su contexto cultural y socioeconómico. Resulta complejo establecer las limitaciones de esta etapa. La OMS la define como el período de la vida de los seres humanos que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, definición a la que agregaron los términos joven y joven adulto, considerando juventud a partir de los 15 años.

Existe el criterio bastante generalizado de calificar la adolescencia como una etapa tormentosa, estresante, difícil, cometiéndose muchas veces el error, al trabajar con ellos, de subestimar la severidad de los problemas que están realmente presentes, asumiéndolos como “desviaciones normales” propias de la etapa.

En esta etapa de la vida ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales, destacándose en la esfera psicológica la definición del rol de género y la búsqueda de su identidad, y en el ámbito social el tránsito de un estado de dependencia de la familia a una independencia relativa, la cual se va incrementando gradualmente y el adolescente va alejándose de la tutela familiar, como un ser particular, con identidad propia. El hecho de que este tránsito constituya un fenómeno de crecimiento, que favorezca la formación de la personalidad depende en gran medida de la familia y la preparación que esta

le haya brindado a través de su infancia. La familia es el contexto en que el ser humano recibe las mayores gratificaciones, pero también puede ser fuente de las más relevantes frustraciones y vivencias negativas, planteándose el entorno social y familiar como factores responsables de los desórdenes de conducta por muchos investigadores (Alda; Ruíz y Rojas, 2004) considerándose también los factores genéticos y neurobiológicos. Se han realizado estudios entre los que se destacan los de A. R. Luria acerca de la relación entre los trastornos de conducta y las anomalías del lóbulo frontal del cerebro y actualmente se realizan investigaciones en este sentido. (Luria, 1982; Díaz, 2003, Toplack; Umesch and Tannock, 2005).

El fenómeno de la agresividad y la violencia ha sido objeto de investigación durante varios años. La comprensión de las causas de estas manifestaciones del comportamiento son de interés prioritario en campos como el de las Ciencias Sociales y las Neurociencias. Este problema de la agresividad y la violencia en niños y adolescentes se ha transformado en un dato perceptible y de creciente importancia. Los docentes de experiencia, psicólogos, así como los miembros de tribunales de menores y de la justicia en general, pueden percibir un cambio en este sentido que resulta preocupante, advirtiéndose inclusive dentro de las sociedades más desarrolladas.

El aumento de la incidencia de los trastornos de conducta en niños y adolescentes es preocupación de muchos investigadores, planteándose un incremento de hasta tres veces cuando se comparan los últimos años, en algunas instituciones de Salud Mental. Estos trastornos afectan a más del seis por ciento de los niños, constituyen un tercio de los atendidos en estos servicios.

En nuestra área, más del 30 % de los adolescentes remitidos al Centro de Salud Mental tienen alteraciones en la conducta, existiendo una tendencia ascendente en los casos atendidos en el Centro de Diagnóstico y Orientación del municipio. Muchos de estos adolescentes presentan también déficit de atención e hiperactividad, existiendo frecuentemente solapamiento entre los dos trastornos. Se plantea por varios autores la comorbilidad en la adolescencia de los Trastornos de Conducta y el TDAH (Shoval; Manor; Tyano, 2005; Waxmonsky, 2003). Se observa que el niño con un Trastorno por Déficit

de Atención/Hiperactividad que recibe un mal tratamiento pedagógico y de la familia evoluciona en un alto por ciento de los casos hacia un trastorno de la conducta, por lo que el establecimiento de un correcto diagnóstico diferencial en edad temprana determina que se puedan establecer estrategias de atención primaria que permitan el tratamiento y establecimiento de programas psicoeducativos para la prevención de los Trastornos de la Conducta. Para ello es pertinente el estudio del comportamiento neuropsicológico buscando diferencias entre los adolescentes con estos trastornos.

En este trabajo nos planteamos el estudio neuropsicológico de adolescentes con Trastornos de la Conducta y adolescentes con TDAH con el fin de encontrar indicadores que faciliten la realización del diagnóstico diferencial, estableciendo características neuropsicológicas, sintomatología psicopatológica y potencialidades de los adolescentes, lo que puede ser útil para la confección de programas psicoeducativos con vista a la prevención de los trastornos conductuales en esta etapa de la vida.

El objetivo general del trabajo fue determinar las características que constituyan indicadores neuropsicológicos para el diagnóstico diferencial de los Trastornos de la Conducta y el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

Los objetivos específicos consistieron en:

- Caracterizar el funcionamiento neuropsicológico de adolescentes con Trastornos de la Conducta.
- Identificar las características neuropsicológicas de adolescentes con Déficit de Atención/Hiperactividad.
- Determinar las diferencias en el comportamiento neuropsicológico entre los adolescentes con Déficit de Atención/Hiperactividad y los que presentan Trastornos de la Conducta.

## **Fundamentos Teóricos**

### **LA ADOLESCENCIA. CARACTERIZACIÓN COMO ETAPA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD**

La adolescencia se ha definido tradicionalmente como etapa del ciclo vital que sirve de tránsito entre la niñez y la adultez, considerándose como etapa clave en el proceso de socialización por lo que reviste gran importancia que los adolescentes logren una regulación de su comportamiento que les permita una competencia adecuada entre las exigencias de la sociedad, garantizando así su ajuste a la misma.

Consideramos que existe una diferencia relevante en las manifestaciones de la adolescencia hasta los 15 años y a partir de esta etapa, y que esto no está determinado solo por factores biológicos, sino que tiene una determinación histórico-social, dado, entre otros factores, por la adquisición de independencia, las exigencias del nivel de enseñanza, el establecimiento de intereses más definidos y la conformación de proyectos de vida en lo que influye notablemente la selección de la profesión. Para este trabajo se asume el criterio de clasificación de I. S. Kon.

Existen diferentes enfoques en cuanto a los factores que determinan las particularidades del desarrollo psicológico del adolescente. El enfoque psicogenético sin dejar de tener en cuenta la influencia de lo biológico, considera como funciones centrales los procesos psíquicos. Algunos autores se centran en los procesos afectivos en el caso de las teorías psicodinámicas y otros en el desarrollo cognitivo (teorías cognitivistas). Los representantes de las teorías personológicas consideran que el desarrollo de la personalidad emana de la propia esencia humana.

Vigotski vio en la conciencia el sistema integral regulador de la conducta humana, mediante la integración funcional de las diferentes funciones psíquicas. En su concepción de las funciones psíquicas superiores expresa el

carácter mediatizado de las mismas por la conciencia, su carácter integral en la regulación de la conducta y el cambio cualitativo de su estructura en las distintas etapas del desarrollo. Aunque los estudios de Vigotski se dirigen esencialmente al área de los procesos cognoscitivos, enfatizando en el estudio de los procesos afectivos, en la necesidad de estudiar el proceso de transformación de las emociones elementales en sentimientos superiores específicamente humanos.

S. L. Rubinstein destaca la importancia de la autoconciencia en el estudio de la personalidad y plantea: “El problema del estudio de la personalidad no culmina en el estudio de sus propiedades psíquicas, o sea de las capacidades, el temperamento y el carácter, el mismo concluye con el descubrimiento de la autoconciencia de la personalidad”. (Rubinstein, 1946)

El desarrollo de la autoconciencia implica el surgimiento de particularidades tanto en la esfera cognoscitiva como en la afectiva, Rubinstein concibe el papel de la autoconciencia como elemento activo que mediatiza la expresión de los principales motivos y propiedades de la personalidad.

Según L.I. Bozhovich el hombre se transforma en personalidad en la medida que es capaz de autodeterminarse, cuando se orienta con los objetivos que conscientemente se ha planteado. “La madurez psicológica de la personalidad se alcanza cuando el hombre es capaz de conducirse independientemente de las influencias inmediatas de las condiciones en que vive”.

Según los planteamientos de Bozhovich la determinación de las características esenciales de la motivación como proceso psíquico superior es factor esencial en la formación de la personalidad. González (1983) denomina a la regulación consciente de los motivos que dirigen u orientan la personalidad “tendencia orientadora de la personalidad”. Los motivos que integran ésta son fundamentados conscientemente por el sujeto, tanto en relación con el contenido mismo del motivo, como en relación con las posibilidades del sujeto para actuar en base a ello, lo cual se expresa en la autovaloración, convirtiéndose esta última en importante elemento de la regulación motivacional.

En edades clave para el desarrollo de los motivos que forman la tendencia orientadora de la personalidad, como lo es la adolescencia, el desarrollo de su sistema motivacional consciente es condición esencial para la efectividad de esa tendencia, y constituye premisa esencial en la consolidación de la personalidad. (González, 1883).

Es esencial cuando se va a hacer un estudio del comportamiento de los adolescentes estudiar la autovaloración y los motivos que orientan este comportamiento.

La vulnerabilidad de la etapa de la adolescencia se asocia a los cambios biológicos que ocurren en esta etapa, denominados en la literatura "transformaciones puberales". Estas nuevas potencialidades del desarrollo tienen una importante repercusión psicológica. Algunos autores identifican estas transformaciones con la maduración sexual pero realmente tienen mayor amplitud pues abarcan además cambios antropométricos, fisiológicos, endocrinos y tienen su repercusión psicológica.

Las consecuencias psicológicas de los cambios biológicos se vinculan estrechamente con la esfera autovalorativa incluyendo la imagen corporal y su valoración por los adultos y coetáneos. La disarmonía corporal y aumento de la fuerza muscular llevan al adolescente a descargar energías y cometer torpezas que ocasionan riñas con los adultos y provocan irritabilidad y excitabilidad emocional.

Una imagen corporal poco favorable puede provocar complejos con retraimiento, timidez y conductas agresivas; la obesidad puede provocar depresión inseguridad, y se asocia a inadaptación escolar, confusión en el rol sexual y rechazo de los coetáneos así como la desnutrición tiene efectos dañinos a la salud, como retardar el crecimiento y la maduración sexual.

Entre los riesgos de desajuste psicológico en los adolescentes se encuentra el consumo de alcohol, tabaco y drogas que asociado a la curiosidad, la búsqueda de emociones y la aprobación en el grupo pueden constituir un problema muy serio que amenaza la salud mental de los adolescentes.

Están referidos en la literatura, en la conducta social de los adolescentes, (Nelson; Leibenluft; Mc. Chelín, 2005), factores biológicos, psicológicos y del

entorno familiar y social. Se plantea un pico estadístico de trastornos psicopatológicos que va desde los 13 a los 15 años expresándose síntomas de trastornos en el comportamiento, fundamentalmente el TDAH, conducta disocial, presentándose comorbilidad con depresión y ansiedad. Una de las explicaciones para ello es el aumento en la competencia social en esta etapa (De la Peña, 2003).

Muchos adolescentes son remitidos a consulta de salud mental con el título de “adolescentes difíciles”. Detrás de esta concepción popular y no científica se ocultan síndromes tales como: desórdenes de conducta, TDAH y desórdenes de estrés postraumático, trastornos que tienen mucha prevalencia y grandes consecuencias en el proceso de desarrollo de la personalidad del adolescente (Shoval; Masor; Tyano, 2005). El estudio de las diferentes facetas clínicas de estos desórdenes, su diagnóstico diferencial, comorbilidad y pronóstico, bien definido en edades tempranas, permite establecer el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones, perfeccionando el pronóstico en esta etapa del ciclo vital que resulta crucial en el desarrollo de la personalidad.

## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA. DIAGNÓSTICO. FACTORES ETIOLÓGICOS**

El trastorno de la conducta se define en el DSM- IV como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el cual son violados los derechos básicos de los otros, las normas y reglas sociales que deben ser apropiadas a la edad”.

En la clasificación estadística internacional del año 95 (CIE 10) se definen estos trastornos como conducta disocial caracterizándolos como “una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos pueden llegar a violaciones de las normas por encima de las que serían aceptables para el carácter y edad del individuo afectado, y las características de la sociedad en que vive.”

La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones está bien definida, pero se plantea la similitud entre el cuadro clínico de este trastorno y el síndrome hiperactivo llegando a ser frecuente el solapamiento entre ambos trastornos (Domínguez, 2003)

Los comportamientos se agrupan en cuatro cuadros:

- Conducta agresiva que amenaza o causa daño físico a otras personas.
- Conductas no agresivas que acusan pérdidas o daño a propiedades.
- Robo o hurto.
- Serias violaciones de reglas.

Estas perturbaciones del comportamiento causan daño clínicamente significativo en el funcionamiento social y académico y se manifiestan en diferentes contextos: familia, escuela, comunidad.

Es muy frecuente que el trastorno se inicie con comportamiento agresivo hacia otros. Se presentan manifestaciones como:

- Provocaciones, amenazas o intimidación.
- Luchas corporales frecuentes.
- Crueldad con otras personas y animales.
- Destrucción deliberada de la propiedad ajena.
- Robos con confrontación física.
- Forzar a otras personas a mantener relaciones sexuales.
- Serias violaciones de reglas (escolares o parentales).

Los trastornos de conducta predominan en el sexo masculino y se plantean subtipos de acuerdo a la edad de inicio y a los niveles de gravedad.

De acuerdo a la edad de inicio:

- Con inicio en la infancia: menores de 10 años con evolución generalmente desfavorable.
- Con inicio en la adolescencia: después de los 10 años, con tendencia a presentar problemas de conducta en compañía de otros, tienden a ser menos agresivos.

De acuerdo a los niveles de severidad:

- Leve: presentan los requisitos mínimos para el diagnóstico y los daños que ocasionan son relativamente pequeños (mentiras, fugas escolares, permanencia en la calle por la noche sin permiso).

- Moderado: el comportamiento y su efecto sobre los demás es de leve a severo, hay hurto sin dañar físicamente a las víctimas.
- Severo: múltiples problemas de conducta, dañando severamente a otros (sexo forzado, crueldad física, robo con fuerza o violencia, uso de armas, etc.)

Entre las características generales se refieren:

- Poca empatía.
- Poca preocupación por los sentimientos ajenos.
- Respuestas agresivas, tienden a interpretar las conductas de otros como amenazadoras u hostiles, lo que justifica su conducta.
- No muestran sentimientos de culpa.
- Autoestima generalmente baja dando una imagen contraria.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Irritabilidad y accesos de rabia.
- Aparición precoz del uso de sustancias (alcohol y drogas).

Se plantean como criterios para el diagnóstico:

Patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de otros o las normas sociales acordes a su nivel de edad, estando presentes tres de los criterios siguientes entre los 6 y 12 meses anteriores:

- Agresión a personas o animales.
- Destrucción de propiedades.
- Falsificación o hurtos.
- Serias violaciones de reglas.

B. La perturbación de la conducta causa perjuicio clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

C. Tener menos de 18 años. Se debe especificar edad de inicio y gravedad.

En la guía para el Tratamiento Multimodal de los problemas de conducta se plantean los síntomas en las diferentes áreas, fundamentando en estos el tratamiento.

Se hace énfasis en la presencia de una autoimagen negativa, de baja tolerancia a las frustraciones, lo que los lleva a reacciones emocionales de ira, impulsividad o manipulación y la falta de comprensión de los derechos y sentimientos ajenos, lo cual los lleva al egocentrismo.

En el área afectiva la principal característica es la falta de control de sus emociones lo cual se relaciona con la baja tolerancia a la frustración y la falta de empatía. Por esto se considera tan importante en el tratamiento la identificación de sentimientos y la modulación de su regulación.

Los problemas de las relaciones interpersonales se manifiestan en la familia, en la escuela y con los grupos de iguales. La familia intenta la solución del Trastorno de la Conducta caracterizándose en estos casos por métodos coercitivos, castigos e inconsistencias, falta de límites claros, desacuerdos parentales, etc., por lo que es indispensable en el tratamiento el trabajo psicoeducativo con la familia, indicando en los casos más graves, la terapia familiar.

Se observan en este tipo de niños minusvalías psicosociales, incluyéndose pocos logros académicos, relaciones sociales pobres, conflictos significativos con padres y maestros, problemas con la justicia y niveles altos de estrés emocional. Se plantea el comportamiento antisocial y delincuenciales en los niños y adolescentes como una de las formas más deteriorantes de la psicopatología infanto juvenil. Existen factores de riesgo que suelen estar presentes en el desarrollo temprano de estas personalidades, algunos intrínsecos al niño o adolescente y otros al contexto social.

Es difícil establecer un modelo coherente que permita explicar la conducta agresiva, disocial o antisocial por la diversidad de factores que han sido descubiertos y los diversos procesos subyacentes a estos factores por lo que es importante reconocer su influencia múltiple.

En relación con los factores que se plantean en la etiología de los Trastornos de la Conducta se consideran anomalías genéticas, aspectos neurobiológicos

como fallos en los neurotransmisores, disfunciones hormonales o problemas en el desarrollo (Mata, 2001). Se valora también por muchos autores la influencia del medio ambiente interpersonal y familiar, considerándose la relación entre susceptibilidad hereditaria, medio ambiente y traumas de la infancia. La esencia de la vulnerabilidad biológica en la personalidad abarca dimensiones como: labilidad afectiva, agresión impulsiva y déficit cognitivo-perceptual. (Goodman and Sieves, 2004) Estos autores estudian entre los factores neurobiológicos el déficit de la función central de la serotonina.

Según Nelson E.C. y otros los cambios hormonales que ocurren en la pubertad inducen cambios el sistema límbico que alteran las emociones atribuidas a los estímulos sociales e implican cambios en la conducta social del adolescente. Nelson and Mc. Clure (2005) plantean también la relación del desarrollo del cerebro con cambios en la conducta social, con la gradual maduración de la corteza prefrontal se incrementan las respuestas controladas y complejas de la información social. Según estos estudios se concluye que las alteraciones observadas en la conducta social de los adolescentes reflejan el desarrollo de cambios en la red de procesamiento de información social en el cerebro, considerando que la disfuncionalidad en esta red en este período crítico, puede contribuir al establecimiento de desórdenes de conducta y ansiedades en la adolescencia.

Las teorías basadas en los neurotransmisores incluyen baja serotonina y aumento de noradrenalina. Se plantea que puede existir una relación entre el cromosoma Y y la testosterona con la agresión, la que puede estar estimulada por un ambiente agresivo. Se ha demostrado la relación entre la agresividad persistente y las bajas concentraciones de cortisol, aunque no es bien conocido el mecanismo por el que se establece el vínculo. Se considera también la importancia del eje adrenal en el mecanismo del estrés, tanto el estrés prenatal como el de etapas evolutivas tempranas pueden ocasionar alteraciones prolongadas del eje adrenal, afectando receptores a esteroides situados en el hipocampo y en la corteza frontal. El descenso de la actividad del eje adrenal se ha observado en el trastorno por estrés postraumático y en el trastorno de personalidad borderline (BPD) que ha sido abusado física y/o sexualmente en la infancia. (Mata, 2001)

Es importante reconocer que los niños y adolescentes pueden desarrollar un trastorno del comportamiento a través de diferentes caminos y que el reconocimiento de esta variedad de caminos determina que las intervenciones sean específicas para cada uno de ellos.

## **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

El Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico complejo y aún insuficientemente conocido. Los estudios demuestran que este trastorno afecta entre el tres y el cinco por ciento de la población infanto-juvenil. (Sasot, 2005 ). Aunque los primeros estudios se remontan a la primera mitad del siglo XX, es a partir de 1950 cuando en la literatura científica se identifica a estos pacientes con el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima, concepto que se modifica a partir de la década de los años sesentas con el nombre de Hiperactividad, introduciéndose el concepto actual de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en las clasificaciones DSM a partir de los años setentas.

**Los criterios del DSM- IV exigen el cumplimiento de seis a nueve variables en déficit de atención y en hiperactividad-impulsividad.**

### **Déficit de atención**

- 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 actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar 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 dificultades para organizar tareas y actividades.

- A menudo evita, le disgusta, dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

#### Hiperactividad-impulsividad:

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 (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- 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.
- 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 (se entromete en conversaciones o en juegos)

El diagnóstico debe haber tenido un inicio precoz (anterior a los siete años), afectar como mínimo dos ámbitos de relación del paciente (habitualmente son la familia y la escuela) y llevar un tiempo mínimo de afectación de seis meses.

El diagnóstico del trastorno por déficit atencional e hiperactividad requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar la demanda es fundamental. Debe también realizarse una

anamnesis cuidadosa acompañada de adecuadas entrevistas abiertas y cerradas con padres y maestros.

Los síntomas fundamentales de este trastorno son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, constituyendo estos una tríada sintomatológica. El avance en los estudios de este síndrome ha permitido delimitar subgrupos lo cual facilita la eficacia terapéutica. Así se encuentran identificados el grupo en que participan los tres síntomas, el grupo de predominio hiperactivo-impulsivo, y el de predominio de déficit de atención. (Peña, 2003; Sasot, 2005).

El TDAH es una patología cuyo inicio, en al menos algunos de sus síntomas, deben estar presentes antes de los siete años, sin embargo muchos adolescentes se presentan a consulta después de los nueve años para el tratamiento, es a partir de esa edad que los síntomas producen deterioro en el funcionamiento del paciente. Acerca de esto existen diferentes explicaciones, entre las que tenemos: los síntomas presentes antes de los trece años eran de baja severidad y no producían deterioro, sin embargo, al entrar al nivel medio de enseñanza el nivel de competencia aumenta y el deterioro se hace presente, el pico estadístico en la manifestación de padecimientos internalizados va de los trece a los quince años por lo que la comorbilidad con depresión o ansiedad se suma y el deterioro se hace presente; los problemas de conducta disocial son más severos y los problemas de consumo de alcohol y de abuso de sustancias se elevan bruscamente a partir de la adolescencia lo que genera deterioro y búsqueda de atención.

Para identificar adecuadamente a estos pacientes es aconsejable seguir un protocolo en el que se valora la relevancia del síntoma. Los criterios más utilizados hoy día son los del DSM-IV-TR del American Psychiatric Association, no obstante no sería correcto en nuestra práctica clínica especializada el reducir el diagnóstico de un paciente a la exigencia despersonalizada de un texto. Siempre la comprensión global del trastorno será la que facilite el diagnóstico basándose en los criterios para el mismo.

El diagnóstico debe ser multidisciplinario y requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar la demanda fundamental, realizando una anamnesis cuidadosa acompañada de

entrevistas a padres y maestros. Es importante realizar una exploración sensorial y neurológica, así como una entrevista al niño o adolescente para valorar hiperactividad, control de impulsos, autoconcepto y autoestima, conductas negativistas y desafiantes y posibles conductas disociales. En el año 1994 un trabajo publicado por Eyestone y Howeel concluía que el 25 % de la población presa estudiada presentaba el diagnóstico comórbido de TDAH y Trastorno de Conducta Disocial y datos cotejados en Holanda, presentados en el Congreso Mundial de Psiquiatría Infanto-Juvenil celebrado en Berlín en agosto de 2004, corroboran estas afirmaciones.

Las exploraciones psicodiagnósticas y psicopedagógicas deben siempre acompañar el estudio de un niño o adolescente con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. La exploración psicodiagnóstica debe incluir estudios neurocognitivos (valorando atención sostenida, memoria de trabajo y control ejecutivo) y psicopatológicos, finalmente la exploración psicopedagógica debe identificar el nivel académico y el conocimiento de las técnicas instrumentales escolares.

En la etiología del TDAH se describen alteraciones neurobiológicas que nacen fundamentalmente en el cortex prefrontal y los circuitos frontoestriados con lo que se condiciona la regulación de la vigilia, la atención, la actividad y la inhibición, así pues existen alteraciones neurogenéticas, neuroanatómicas, neurobioquímicas y neurofisiológicas parcialmente conocidas que explican la etiopatogenia de este trastorno. (Hunt *et al.*, *Pediatric Annuals* 2001; Castellanos *et al.*, VI Congreso Nacional S.E.N., 2002; Berquin *et al.*, *Neurology*, 1988), referido por Sasot, (2005).

Nelson y otros estudian la relación entre el desarrollo fisiológico del cerebro y el desarrollo de cambios en la conducta social. Específicamente, los cambios hormonales que ocurren en la pubertad inducen cambios en el sistema límbico que alteran las emociones atribuidas a los estímulos sociales. La gradual maduración de la corteza prefrontal capacita incrementando las respuestas controladas y complejas a la información social. Según estos autores, la conducta social del adolescente refleja el desarrollo de cambios en la red de procesamiento de la información social en el cerebro, y consideran que el

trastorno en la regulación de esta red de información en este período puede contribuir al establecimiento de ansiedad y desórdenes de conducta.

Los niños con TDAH presentan además de la hiperactividad, dificultad en la ejecución de movimientos finos. Estas anomalías no desaparecen hasta tarde en la adolescencia, surgiendo un desarrollo retardado. Los investigadores especulan acerca de un deterioro o desarrollo anormal de las relaciones interhemisféricas. Estudios de neuroimagen funcional en TDAH ayudan a sostener la hipótesis de un deterioro en el desarrollo. (Rubia *et al.*, 2003).

## **COMORBILIDAD O TRASTORNOS ASOCIADOS**

El TDAH es un trastorno comórbido, es pues decisivo conocer la comorbilidad ya que cada caso, de acuerdo a esta, puede precisar un tratamiento distinto.

Los trastornos asociados más frecuentes ya fueron descritos por el Prof. J. Biederman en 1991, publicándose su estudio en el *American Journal of Psychiatry*. En dicho trabajo se daba relevancia comórbida a los procesos siguientes:

- Trastorno negativista-desafiante.
- Trastorno de conducta disocial.
- Trastornos emocionales.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de aprendizaje.

Ya en nuestro siglo, el National Institute of Mental Health correlacionó los trabajos publicados por el Prof. R. A. Barkley en el *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, en 1998, ofreciendo unos datos relevantes: "Más del 50 % de los niños o adolescentes con TDAH presentan como mínimo un trastorno comórbido". En dicho estudio se concluye que entre el 40-60 % de la población con TDAH presenta un trastorno negativista desafiante y entre el 20-40 % un trastorno de conducta disocial, es decir pacientes con alto riesgo de presentar conductas de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, así como la presencia de un mayor número de embarazos en adolescentes con TDAH.

Un trabajo del grupo del Prof. Barkley, publicado en el 2002, recoge el seguimiento de una población de 123 pacientes con TDAH y un grupo de control de 60 pacientes sanos desde los 6 hasta los 21 años de edad. Este estudio, en su inicio, exigió un criterio selectivo de exclusión: los problemas de conducta.

Las conclusiones del trabajo analizan entre las otras variables la comorbilidad de los pacientes con TDAH con trastorno de conducta disocial y los compara con el grupo control. La realidad confirma la teoría, observándose una mayor incidencia de robos, destrucción de la propiedad, crueldad con personas y animales e incendios provocados en la población con TDAH comórbida con trastorno de conducta disocial.

### **Conducta negativista desafiante**

Este trastorno afecta aproximadamente a la mitad de los pacientes con TDAH. Son niños que ya desde su etapa preescolar pueden presentar comportamientos negativistas hostiles y desafiante durante periodos superiores a seis meses y en los que se producen:

- Crisis de rabietas.
- Discusiones frecuentes con adultos.
- Desafíos y rechazos a la autoridad del adulto.
- Actos voluntarios con el objetivo de molestar.
- Fáciles culpabilizaciones ajenas de sus errores o malos comportamientos.
- Actitudes cólericas y con fáciles resentimientos.
- Actitudes rencorosas e incluso vengativas.

Son también niños fácilmente molestados por su grupo social que les puede acabar rechazando, también pueden ser fácilmente responsables de actos de intimidación física o verbal.

Hay también que destacar que el trastorno de conducta negativista desafiante severo y de inicio precoz es habitualmente el comienzo de un trastorno de conducta disocial en la adolescencia y de un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta (Moffit, 2002).

## **Trastorno de Conducta Disocial**

Este trastorno que afecta aproximadamente a una cuarta parte de los pacientes con TDAH es el trastorno comórbido con peor pronóstico. Son aquellos adolescentes que presentan conductas que violan los derechos básicos de las personas, o bien las normas sociales importantes.

Así pueden agredir a personas o animales, destruir la propiedad, robar o violar gravemente las normas, con lo que son delincuentes potenciales.

## **Trastornos emocionales y/o afectivos**

Se plantea la comorbilidad de trastornos emocionales y/o afectivos con el TDAH presentándose en mayor grado en la adolescencia.

Los trastornos emocionales más frecuentes son las fobias, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de ansiedad de separación y la ansiedad social.

Los pacientes con fobias presentan en general un menor riesgo de trastornos de conducta asociado al TDAH, mientras que los pacientes con ansiedad social presentan un peor pronóstico a este nivel. (Nigg, 2000)

Los trastornos depresivos se presentan con relativa frecuencia en el paciente con TDAH, es frecuente la presencia de tristeza, irritabilidad, culpabilidad excesiva, falta de ilusión, fatiga, trastornos del sueño y de la alimentación.

Es importante controlar el riesgo de suicidio en los pacientes con TDAH, y trastornos de conducta disocial que presenten clínica depresiva (Loeber, 2000).

## **Bajo rendimiento académico**

Evidentemente el déficit de atención es responsable de muchas de las dificultades de aprendizaje, ya desde el final de la etapa preescolar, pero es también frecuente encontrar niños con los que sus profesores no consiguen la forma de avanzar en el aprendizaje de alguna de las técnicas instrumentales escolares (leer, escribir y calcular). Son pacientes que presentan a nivel comórbido lo que el Prof. J. Artigas denomina desórdenes del aprender.

Según diversos estudios el porcentaje de niños y adolescentes con TDAH que presentan trastornos del aprendizaje alcanza el 60 % (Green, 1999).

Los trastornos de aprendizaje comórbido más frecuentes son los trastornos de la lectura de la escritura y del cálculo, también denominados Dislexia, Disgrafía y Discalculia.

Las dificultades más significativas como factor pronóstico en el aprendizaje escolar son las lectoras. A este nivel destacan en estos niños la presencia de dificultades en la segmentación fonética (capacidad para descomponer las palabras en sonidos); en la lectura visual (reconocimiento de las letras y palabras por su forma) y en la comprensión lectora.

Según el Dr. Jordi Sasot Llevadot, presidente de la Sociedad Catalana de Psiquiatría Infanto-Juvenil, el TDAH es un iceberg del que solo vemos una pequeña parte siendo el concepto de comorbilidad el eje básico sobre el que debe girar el diagnóstico y tratamiento.

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES**

El TDAH que se presenta durante la adolescencia es una entidad multifacética en términos clínicos y terapéuticos. Los aspectos psicosociales en esta población son de particular interés pues involucran un amplio número de áreas afectadas: la familia, los compañeros, la escuela, etc. Se describen las alteraciones psicosociales específicas para el TDAH así como por patrón de comorbilidad con padecimientos externalizados (PE) y padecimientos internalizados (PI). (Peña, 2003)

Un número importantes de adolescentes con TDAH manifiesta la enfermedad como una patología crónica, donde existe no solo el deterioro escolar, familiar y social desde la infancia sino el desgaste de múltiples evaluaciones y tratamientos en muchas ocasiones infructuosos. Esto hace que tanto el adolescente como la familia no muestren una actitud abierta, activa y participativa, sino de cansancio, desconfianza y pasiva ante la toma del medicamento y las medidas generales que el clínico recomienda.

Las áreas más afectadas en adolescentes con TDAH son:

- **Área familiar:** dependiendo del nivel de conocimiento que se tenga de la enfermedad y de la aceptación y compromiso para ayudar a solucionar algunos problemas relacionados con las manifestaciones clínicas, será el grado de rechazo que la familia tenga con el paciente, sobre todo considerando las quejas de: distracción, desorganizado, impulsivo, etc.
- **Área social:** el principal problema probablemente está relacionado con los iguales y con el rechazo que estos hagan del paciente por su nivel de impulsividad, hiperactividad y distracción que ocasionan un ambiente disruptivo para su integración en el grupo de iguales.
- **Área de las relaciones amorosas:** esta es una de las áreas más importantes para la mayoría de los adolescentes, sin embargo aquellos portadores de TDAH pueden tener problemas para el reconocimiento de las emociones propias y ajenas lo que limita el contacto íntimo y las relaciones de noviazgo o de amigos íntimos.
- **Área académica:** si el adolescente con TDAH ha sido un niño con TDAH grave y sin apoyo académico es como encontrar adolescentes con fracaso escolar, abandono de estudios, y sentimientos de incapacidad e inadecuación en el plano educativo, incluso es común el rechazo a la escuela o a cualquier sistema educativo que implique un desafío al control de los síntomas de la enfermedad.

Peña en el Primer Congreso de Autismo y Trastornos de Atención, celebrado en Méjico en el 2003, hizo un análisis de los aspectos psicosociales relacionados con el TDAH comórbido con Patrones externalizados (PE) y Patrones internalizados (PI).

Los PE incluyen fundamentalmente al trastorno disocial y al trastorno oposicionista desafiante. La comorbilidad del TDAH con estas categorías probablemente sea la que genera mayor rechazo por los adultos al ser estos adolescentes mentirosos, desobedientes, retadores, agresivos, golpeadores, etc. Los padres y cuidadores de estos pacientes así como los adolescentes mismos requieren un apoyo especial para desarrollar la empatía, la tolerancia y la comunicación verbal de las emociones. Los resultados del National Institute for Mental Health Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

(MTA) señalan que el subgrupo que responde tan bien a la farmacoterapia como a la psicoterapia es precisamente el comórbido con PE, sin embargo no se consideran en éste los casos de PE graves con manifestaciones como: iniciar golpes, maltratar físicamente a animales o personas, obligar a tener actividad sexual, etc.

Los PI incluyen a padecimientos como la depresión, la distimia, la ansiedad generalizada, la ansiedad de separación, las fobias específicas, la fobia social, las crisis de angustia y las demás patologías ansiosas. A diferencia de la propuesta terapéutica del MTA para el TDAH comórbido con PE, en el caso de los PI sí se hace evidente la participación de intervenciones psicosociales. Los resultados de las investigaciones señalan que este subgrupo TDAH comórbido con PI responde tan bien a medicamentos como a intervenciones psicosociales. Las intervenciones específicas para esta población incluyen: la terapia cognoscitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia familiar y la biorretroestimulación.

Este análisis demuestra la importancia en el diagnóstico del estudio profundo de la comorbilidad en el TDAH.

## **LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y SU IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO**

La evaluación neuropsicológica ha tenido lugar tradicionalmente como parte de la práctica de la neuropsicología clínica. Esta práctica implica la aplicación científica de procedimientos de medida psicológicos y psicométricos en la evaluación de conductas relacionadas con el sistema nervioso central.

Desde el famoso hallazgo del área de Broca en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, en 1865, la neuropsicología incipiente de los países occidentales estudiaba sobre todo la función global del cerebro. En la primera mitad del siglo XX, en los Estados Unidos, el interés principal era el de discriminar pacientes con daño cerebral como fenómeno unitario o global, interés que aún se mantiene, como es el caso del test de Bender y el test de retención visual de Benton.

En el año 1947, Ward Halstead, en sus investigaciones, identificó diferencias entre el daño cortical frontal y otros daños subcorticales y corticales no frontales. En 1955 Reitan modificó la batería creada por Halstead, y relacionó patrones encontrados en los tests psicológicos con daño cerebral lateralizado. La batería de Halstead-Reitan, sirvió para muchos hallazgos de funciones cerebrales discretas que se alteraban en casos con daño cerebral diferente. Esta batería sirvió de instrumento fundamental en la evaluación neuropsicológica durante los 20 años siguientes aproximadamente. A mediados de los años setentas aparece la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska, basada esencialmente en la teoría de los sistemas funcionales de Luria, la cual ha llegado a ser la opción que en evaluación neuropsicológica han tomado el 31 % de los psicólogos de Estados Unidos, un 34 % lo hacen con la Halstead. Reitan y el resto lo hacen con instrumentos de medida no clasificables como baterías estandarizadas. (Hartlage, 1987)

El concepto más importante para aplicar la teoría de Luria con resultados confiables es el de sistemas o unidades funcionales consideradas como un conjunto de áreas cerebrales que interactúan produciendo una conducta determinada. Luria plantea la importancia de valorar lo cuantitativo y lo cualitativo, destacando la necesidad de evaluar las potencialidades y los elementos que están conservados para tenerlos en cuenta en la rehabilitación.

Uno de los retos de la Neuropsicología actual es el desarrollo de una cultura neuropsicológica que implica lo relacionado con la Salud y la Educación, poder evaluar el deterioro neuropsicológico con el fin de atenuar o eliminar su impacto, lo cual incluye desarrollar el área de la Neuropsicología infantil. (Herrera, 2003)

La concepción Neuropsicológica de Luria asume que el funcionamiento cerebral se lleva a cabo con la participación conjunta e indispensable de tres unidades funcionales del cerebro. La primera es la de activación, encargada del tono cortical óptimo de activación de la corteza cerebral, siendo la estructura más importante la formación reticular; la segunda unidad se encarga de la recepción, elaboración y almacenamiento de la información (lóbulos parietal, temporal y occipital). La tercera unidad se ocupa de la planificación y control de la actividad (sectores por delante de la cisura de Rolando o central).

La planificación es un proceso regulador que opera en los niveles de la actividad de acción y la operación (siguiendo a Leontiev) y es más amplio que la solución de problemas. Existen niveles de planificación; un primer nivel dado por los métodos para cumplir objetivos en la vida, un segundo nivel que caracteriza la planificación de las acciones para la solución de los problemas de una manera y no de otra. “La planificación de operaciones comporta formar una representación de la tarea y de las condiciones, elegir las operaciones posibles a realizar y regular la conducta en consecuencia”. (Das *et al.*, 1998)

Lezak (1982), planteó el problema de evaluar las funciones ejecutivas refiriéndose a las técnicas de evaluación para cuatro categorías de capacidades ejecutivas:

- La formulación de metas.
- La planificación.
- La realización de planes dirigidos.
- La ejecución efectiva de actividades dirigidas a metas.

El sistema de funciones ejecutivas puede romperse en cualquier etapa en la secuencia de eventos conductuales que tienen lugar cuando se lleva a cabo una acción intencional o planificada. Para la evaluación de cualquier etapa se pueden utilizar las entrevistas, la observación y los tests. Para planificar son necesarias varias capacidades entre las que se destacan la atención sostenida, la capacidad de pensar en alternativas, hacer elecciones y desarrollar un marco conceptual que pueda servir para dirigir la actividad (Lezak, 1982). Resultan útiles para probar las capacidades de planificación, según Lezak, los tests: Laberintos de Porteus, Figura compleja de Rey y los dibujos del Test de Bender. De este último dice que es excelente para permitir al examinador observar cómo planifica el paciente sus dibujos en la página en blanco.

La programación explicada por Luria tiene un papel básico en la conducta propositiva, donde se lleva un plan de acción que requiere iniciarlo, mantener la conducta, cambiar y detener la secuencia. Esta programación es sumamente útil en actividades como escribir, dibujar o hablar.

La planificación también figura entre los metacomponentes de la teoría jerárquica de la inteligencia de Sternberg. Los metacomponentes de la teoría componencial (Sternberg, 1985) son los llamados procesos ejecutivos.

“Los procesos ejecutivos propuestos en la teoría cognitiva, para dar cuenta del desarrollo cognitivo, son diferentes de un modelo a otro, aunque en cada modelo, sirven a una función similar que es la de guiar la solución de problemas y la actividad intelectual para propiciar la planificación, monitorización (regulación) y la evaluación de la ejecución de las tareas cognitivas”. (Sircoff y Sternberg, 1989)

La planificación en la evaluación siguiendo los métodos de Luria se incluye entre las funciones que corresponden a la tercera unidad funcional, está implicada esencialmente en el componente motor, la planificación y la evaluación de la conducta. (Lewandowski, 1987). En esta función juegan un importante papel los lóbulos prefrontales (formación de intenciones y programas, planificación y regulación de las formas más complejas de la conducta humana). Para ello, los lóbulos prefrontales están implicados en el funcionamiento de la atención selectiva, de la concentración, de la flexibilidad mental y de la personalidad. (Lewandowski, 1987)

La neuropsicología cognitiva (McCarthy y Warrington, 1990) asume que la aportación teórica de Luria es central para afrontar las dificultades que plantea la solución de problemas. Se afectan, en los casos de alteración, la atención focalizada (distinta de la planificación, aunque asociada con ella) la planificación (de la que hay distintos tipos de deterioro que pueden afectar a la solución de problemas) y la evaluación.

En su trabajo realizado con adolescentes portadores de trastornos de la conducta en el centro de rehabilitación de Santa Clara, las autoras A. Rodríguez y Y. González, tuteladas por el Dr. L. F. Herrera, constataron que en estos adolescentes las manifestaciones neuropsicológicas más significativas son las que tienen como base la formación de los sistemas funcionales humanos más complejos, relacionados con la segunda y tercera unidades funcionales que comprometen básicamente las áreas prefrontales y temporoparietales de la corteza de ambos hemisferios.

Se demuestra también en este estudio la presencia de otros trastornos de la salud mental en el grupo estudiado como: deficiente autoestima, dificultades en el control de los estados emocionales (ansiedad rasgo y estado, depresión, aislamiento, impulsividad, agresividad y labilidad afectiva).

La evaluación neuropsicológica en niños constituye uno de los retos de la neuropsicología actual, pues se enfrenta a las peculiaridades de la alteración de los sistemas funcionales del cerebro en su formación, lo cual conlleva exigencias de comprensión de la organización cerebral previa a la alteración, así como las consecuencias posteriores al alterarse el normal curso en puntos más tempranos o más tardíos del proceso evolutivo. (Manga y Fournier, 1997)

Toda evaluación neuropsicológica infantil pretende obtener un perfil de capacidades, en el cual aparecerán puntos fuertes y débiles según las capacidades deterioradas en alguna medida y las conservadas.

La finalidad educativa de poseer un perfil neuropsicológico del menor sería adecuar los planes y estrategias de intervención (educativas, psicológica y rehabilitadoras) a las características de cada niño. Cada niño muestra una capacidad cognitiva que se considera globalmente, pero también hay que considerar las capacidades específicas, tanto cuantitativa como cualitativamente. El perfil neuropsicológico será un hallazgo único para cada niño estudiado.

La evaluación neuropsicológica de cada niño resultará singularmente valiosa al realizar un plan terapéutico individualizado.

Con fines investigativos, en la evaluación neuropsicológica en niños se necesita hacer una comparación entre grupos de sujetos entre sí, de donde pueden surgir perfiles neuropsicológicos característicos del trastorno. Se podrían conocer así los aspectos básicos o invariantes del trastorno en el desarrollo del niño, o bien su variabilidad en diferentes sujetos que la padecen. En los estudios longitudinales se podrá repetir la evaluación al mismo grupo, lo que permitirá la eficacia del programa terapéutico.

La evaluación neuropsicológica sería muy útil para la detección en edades tempranas de riesgos de desviaciones conductuales como ocurre en todos los trastornos psicopatológicos. Los niños con síntomas psicopatológicos como:

déficit atencional, hiperactividad, depresión, agresividad, presentan manifestaciones conductuales, que si son manejadas con estilos educativos inadecuados (hostilidad, métodos coercitivos, permisividad, etc.) tanto en el contexto familiar como escolar pueden evolucionar hacia un trastorno conductual.

Para la evaluación neuropsicológica de los adolescentes con desviaciones conductuales consideramos la utilidad de pruebas en que el paciente debe realizar tareas constructivas, donde la solución del problema requiera conservación de la orientación espacial. Se plantea observar el carácter planificado de la acción, la intencionalidad, el carácter secuencial de la actividad y el establecimiento de sistemas de relaciones. Para ello resultan adecuados los cubos de Kohs, la prueba de Link y la prueba de Yerkes. Consideramos que para evaluar el uso de los nexos lógicos abstractos se pueden utilizar: el análisis de textos literarios, análisis de proverbios en los que el paciente necesite hacer una selección de diferentes alternativas, así como pruebas de atención. Será indispensable la evaluación de estados afectivos (ansiedad, depresión) ya que son síntomas que se asocian a las desviaciones de la conducta.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio analítico de un grupo de adolescentes del municipio de Camajuaní, atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental durante el año 2009, con el diagnóstico de Trastornos de la Conducta y un grupo con Trastornos de Déficit Atencional e Hiperactividad, remitidos por el C.D.O., las escuelas y los médicos de familia.

La muestra estuvo constituida por 14 adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta y con un grupo de 22 en los que fue confirmado el diagnóstico de trastorno atencional e hiperactividad.

Se formaron 2 grupos de adolescentes de acuerdo a la patología, y se seleccionó un grupo testigo, con adolescentes que no presentan estas alteraciones, controlando las variables siguientes: edades entre 11 y 15 años, que estén representados ambos sexos. Se realizó la selección de este grupo

en las aulas de procedencia de los adolescentes estudiados, según el criterio de los maestros, basándose en la evaluación en una escala de 1 a 10 de los parámetros siguientes: respeto de normas ético morales, relaciones con maestros, relaciones con coetáneos, disciplina.

También se controló la variable rendimiento académico, seleccionando los estudiantes de rendimiento promedio según el criterio pedagógico, es decir, según los criterios evaluativos que establece el MINED.

### **TÉCNICAS UTILIZADAS:**

- Historia Vital: Revisión de Documentos Oficiales. Se revisaron los expedientes del C.D.O. y los Expedientes Acumulativos del Escolar.
- Entrevista semiestructurada.
- Prueba de Lateralidad.
- Test Guestáltico Visomotor de L. Bender.
- Test de Atención de Tolouse.
- Test de la Simultaneidad de los Signos.
- Metodica de Exclusión de Objetos.
- Prueba de los Cubos de Kohs.
- Prueba de Memoria de 10 palabras.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
- Escala de Depresión de Casullo.
- Cuestionario de Autoestima.

## **RESULTADOS**

### **HISTORIA SOCIO-PSICOLÓGICA**

Los datos de la historia sociopsicológica se obtuvieron del análisis de la historia vital y de las entrevistas a padres o familiar responsable y a los adolescentes.

En el grupo de adolescentes con Trastornos de la Conducta predominan las familias con patrones de conducta inadecuados, presencia de violencia intrafamiliar, abandono materno y paterno, e insuficiente control de la actividad

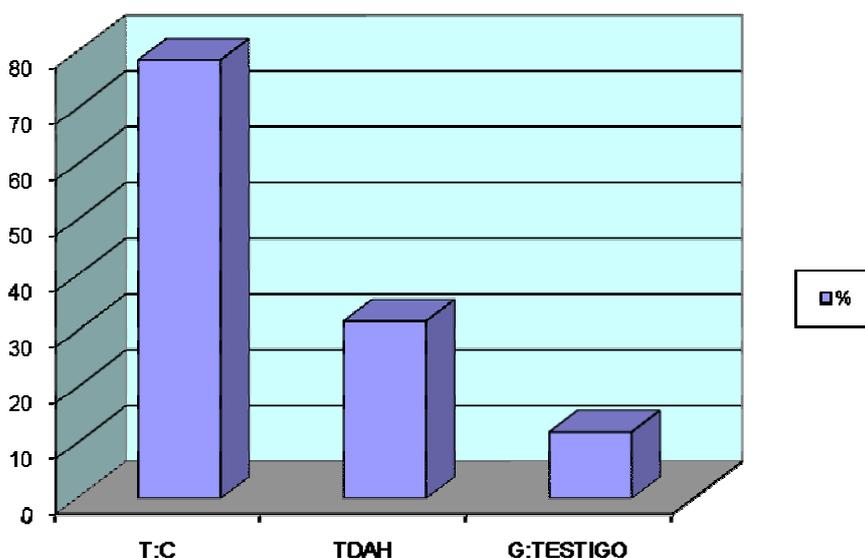
del menor. En estos menores hay predominio de insatisfacción y carencia afectiva, pobre comunicación con los padres y se utiliza el castigo físico como método para el control del adolescente, no existe respeto de los límites ni cohesión al tener que resolver situaciones de conflictos familiares, lo que origina poca capacidad de la familia para enfrentarse a las crisis.

En el grupo de adolescentes con trastorno por déficit atencional e hiperactividad también se encontró incidencia de patrones educativos inadecuados, pero se constata menor incidencia de violencia intrafamiliar y existe mejor control en la conducta del menor. Aunque en este grupo la carencia afectiva no es predominante, como se observa en el grupo anterior, se encuentran insatisfacciones en este sentido en los adolescentes entrevistados.

El castigo físico se utiliza, como observamos en el gráfico No. 1, en todos los grupos, pero el predomino está en el de adolescentes con trastornos de la conducta y, en menor medida, pero también con una incidencia significativa, en los que presentan TDAH.

Gráfico No.1

**Utilización del castigo físico en los grupos estudiados**



Las familias que transmiten formas autoritarias de jerarquías y utilizan la violencia para enseñar normas y valores a sus hijos, sin que estos tengan aún una visión crítica del mundo que los rodea, favorecen el aprendizaje de formas de resolver los problemas a través de relaciones agresivas. (Acosta, 2002; Mata, 2005). Es de significar que la agresión a los adolescentes con trastornos de la conducta conlleva a que en ellos se exacerbe la violencia e impulsividad, lo que afecta todas las esferas de su vida y crea un estado de expectativa, incertidumbre y reactividad ante la más mínima demanda. Neuropsicológicamente, puede estar relacionado con la formación de reflejos condicionados negativos y afectaciones en las formas más complejas de la actividad analítico-sintética, vinculada con la capacidad de autorregulación que tiene como base las zonas terciarias de las estructuras frontales de la corteza.

En los adolescentes del grupo testigo, existe la presencia de algunas situaciones familiares inadecuadas de permisividad e inconsistencia, pero no se constató presencia de violencia intrafamiliar, y existe control sobre la disciplina del menor primando las relaciones de respeto y un clima afectivo adecuado, aunque existen problemas aislados en la comunicación estos no llegan a dañar las relaciones familiares.

Cuando se analiza la historia escolar, los adolescentes con trastornos de conducta presentan bajo rendimiento académico así como los de TDAH, en un 50 % y 63,63 % respectivamente. En cuanto a la repetición de grados también los grupos presentan un comportamiento similar, con un 21,42 % en los trastornos de la conducta y un 13,6 en los TDAH. En la literatura se describe la relación de las dificultades en el desempeño académico en el TDAH así como en los trastornos de la conducta, coincidiendo los autores al respecto.

La falta de respeto a maestros predomina en los adolescentes con trastornos de conducta, dándose en un 57,14 % mientras que en los TDAH se presenta en un 9,09 % a pesar de su impulsividad. Esto se explica porque en el trastorno atencional e hiperactividad, a medida que el niño va madurando aprende a adquirir control en cuanto al cumplimiento de las normas sociales y de las relaciones interpersonales con las influencias educativas. El trastorno de la conducta se caracteriza por los problemas en las relaciones interpersonales y

las dificultades en el respeto a las normas morales y éticas lo que propicia que estas relaciones presenten problemas, caracterizándose también por su impulsividad. Esto se relaciona además con la ausencia de patrones educativos inadecuados y la falta de control del adolescente por la familia que predomina en este grupo como pudimos observar en el análisis del ambiente familiar. La falta de respeto de carácter verbal puede estar relacionada con lo que Luria denominó deficiencia en la función autorreguladora del lenguaje (Luria, 1982).

Se presenta también en los adolescentes con trastornos de la conducta el desinterés por los estudios en un 71,42 % siendo típico en los sujetos el pesimismo, los sentimientos de desesperanza, pobres intereses dirigidos fundamentalmente a motivos de tipo material no acordes con su etapa de desarrollo, lo que desean es remuneración material y esto se refuerza con el mal manejo familiar que han tenido. En los adolescentes con TDAH, aunque con menor incidencia, se presenta el desinterés por los estudios en un 36,36 %, lo cual es un valor alto teniendo en cuenta los valores de nuestra sociedad en este sentido, en este grupo predomina la tendencia al aprendizaje de oficios pues en su mayoría se sienten poco capaces de enfrentar estudios preuniversitarios y desean cursos más prácticos. En el grupo testigo los adolescentes aspiran a estudios preuniversitarios y sus motivaciones están más dirigidas a continuar estudios superiores. Esta muestra fue seleccionada precisamente controlando las variables rendimiento académico y relaciones interpersonales así como el respeto a las normas ético-morales por motivos metodológicos que responden a los objetivos de la investigación por lo cual este resultado era esperado.

Los problemas en las relaciones interpersonales dados por falta de respeto a maestros y relaciones con coetáneos son relevantes en los trastornos de conducta. En la entrevista a los adolescentes se puede constatar que estos no aceptan su responsabilidad en estos problemas, desplazan la culpabilidad a conductas negativas de los maestros hacia ellos, así como de los miembros de su grupo de edad, manifestando respuestas como: “yo no me dejo agitar”, “siempre que no se metan conmigo, yo no me meto con nadie”. Le resulta muy difícil a este grupo autodescribir sus rasgos caracterológicos, aunque la mayoría reconocen ser irritables e impulsivos.

Cuando se explora la toma de decisiones y el carácter planificado de las acciones, constatamos que no existe este plan, actúan sin pensar las consecuencias, está ausente la planificación y predominan, por lo tanto, las actuaciones por impulsos. El grupo con trastornos por déficit de atención/hiperactividad resultó ser más auténtico en cuanto a sus acciones, aunque también presentó dificultades al autodescribirse, en esto no difieren significativamente del grupo con trastornos de la conducta, pero si se diferencian en que reconocen que “en muchas ocasiones” sus problemas están causados por la impulsividad, por su falta de control. A diferencia del grupo con trastornos de la conducta, nos manifiestan su deseo de aprender a controlarse para lograr mejores relaciones.

En el caso del grupo con TDAH los familiares los describen como “cariñosos” a pesar de su impulsividad, se arrepienten a menudo de sus actos, mientras que en los de Trastornos de la Conducta los describen como “poco cariñosos”, “ariscos”, no muestran arrepentimiento cuando cometen errores en su comportamiento.

Las características de impulsividad, labilidad afectiva, deficiente control de sus emociones, e imposibilidad de planificación en sus acciones muestran un déficit en la función de la III unidad funcional del S. N. encargada de la planificación, regulación y verificación de los actos, lo cual está relacionado con la actividad cortical de las zonas prefrontales del cerebro.

Los adolescentes del grupo testigo se autovaloraron en la entrevista con más facilidad, no reflejaron problemas en sus relaciones interpersonales con coetáneos, valoraron de buenas sus relaciones con los maestros, con opiniones satisfactorias sobre estos, tienen autocrítica, estando entre las características negativas que más sobresalen en este grupo: la timidez, complejos en relación con el físico, variabilidad en los estados afectivos propios de la edad.

## **MOTIVACIONES E INTERESES**

Aunque en los grupos de estudio y en el grupo testigo no están bien definidos por las características propias de la personalidad en formación en esta etapa, observamos una tendencia en los adolescentes del grupo de Trastornos de Conducta a no continuar estudios y en muchos casos al rechazo a estos, lo cual ocurre con menor frecuencia en el grupo con TDAH. Es de destacar que el grupo testigo se diferencia de manera relevante de los dos grupos de estudio, manifestando interés por la superación intelectual un 86,7 % de los adolescentes entrevistados.

La falta de motivación por los estudios, los patrones de comportamiento inadecuados, los problemas en las relaciones interpersonales de los adolescentes estudiados tienen relación con el contexto familiar en que se desarrollan, donde predominan la carencia afectiva, el pobre control sobre la actividad del menor y los patrones de conducta negativos así como los problemas de comunicación con un alto índice de violencia intrafamiliar. En la literatura se describe la importancia del ambiente familiar en el desarrollo de conductas disociales y su importancia en el comportamiento del niño y el adolescente con TDAH.

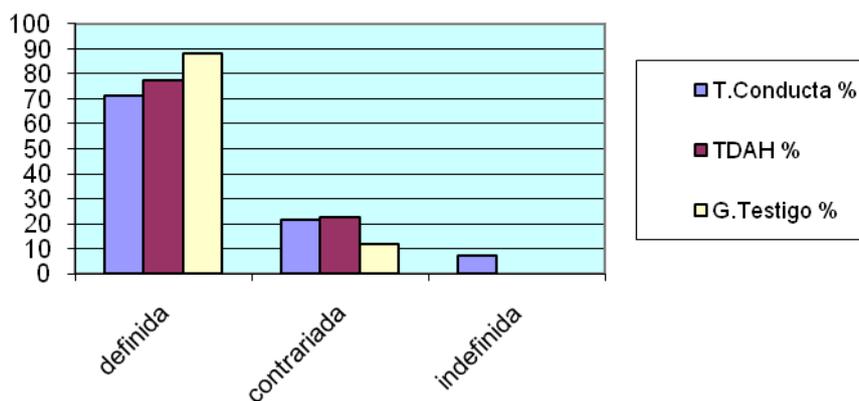
## **ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO**

### **PRUEBAS DE LATERALIDAD**

Cuando se analiza el grado de dominancia de los hemisferios cerebrales, encontramos, como se puede observar en el gráfico No. 2, diferencias altamente significativas entre los grupos de estudio y el grupo testigo, predominando la lateralidad contrariada en los grupos de estudio, no existiendo diferencias significativas entre estos últimos.

Gráfico No.2

## Comparación de resultados en Pruebas de Lateralidad



Fuente: Pruebas de Lateralidad

$X = 7,81$        $P = 0,020^{**}$

La lateralidad contrariada puede constituir un factor importante en los problemas de la escritura, de la motricidad, fundamentalmente de los movimientos finos. Estos resultados se corresponden con los hallazgos acerca de los problemas de lateralidad en adolescentes con trastornos de la conducta en el Trabajo de Diploma de A. Rodríguez y Y. González acerca de las características neuropsicológicas de adolescentes con trastornos de la conducta (2003), tutorado por el Dr. Luis Felipe Herrera.

Según A. R. Luria, la existencia de síntomas encubiertos de zurdería, pueden tener significado esencial para la valoración de lesiones focales en el cerebro. (Luria, 1947).

## TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR DE L. BENDER

Cuando analizamos los resultados de los adolescentes de los tres grupos en esta prueba encontramos que existen diferencias altamente significativas entre estos, con un valor de  $P < 0.000$ . En el gráfico No. 3 se puede observar que los sujetos con TDAH son los que presentan mayores signos de organicidad en esta prueba.

Comparación en cuanto a signos de organicidad

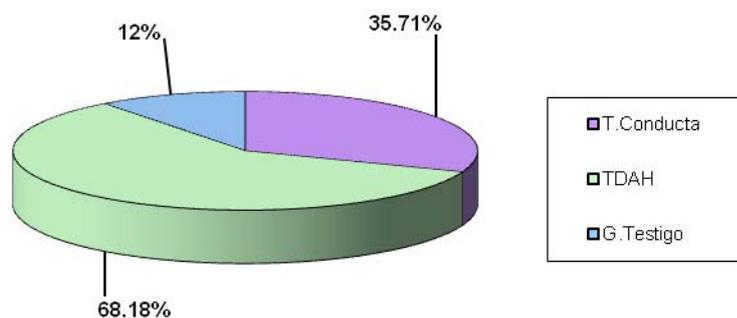


Gráfico No. 3.

En cuanto a los hallazgos de elementos de organicidad en los grupos de estudio, constatamos que en ambos existe: rotación de las figuras, incapacidad para mantener alineaciones horizontales y fragmentación de las figuras.

En el grupo con Trastornos de la Conducta predominó el amontonamiento, las superposiciones, manejo lábil de las figuras y simplificación. Esta última la interpretamos como dificultades debido al poco esfuerzo al realizar la prueba.

En el grupo portador de TDAH predominó la dificultad en copiar los ángulos y la sustitución de elementos (puntos por círculos), figuras nítidamente separadas, tangencia forzada.

En la realización de este test se observan las dificultades de los sujetos de ambos grupos en la motricidad fina, mucho más acentuada en los adolescentes con TDAH. En la literatura se describen trastornos de retardo en la maduración de la motricidad fina en los niños con TDAH. (Galvert *et al.* 2003). Estos autores plantean alteraciones neurobiológicas que están en la causa de estas alteraciones. Consideran que los movimientos rústicos típicos de la infancia pueden tener su origen en la inmadurez de las relaciones interhemiféricas, plantean la desaparición gradual de estas características neuroconductuales alcanzando en la adolescencia los niveles de la adultez. En los adolescentes de la muestra estudiada se observan trastornos en la maduración de estas funciones como se ha descrito.

Hay estudios en los niños con TDAH que plantean alteraciones en el desarrollo de los movimientos finos (Rubia *et al.*, 2003) y una de las causas neurobiológicas es una conducción deficitaria de las fibras del cuerpo medio del cuerpo calloso así como un desarrollo anormal de las relaciones interhemiféricas.

## **CAPACIDAD ATENTIVA**

Cuando se analizó el proceso de la atención, se pudo constatar que existen diferencias significativas, como se observa en la tabla No. 1, entre los grupos de estudio y el grupo testigo, lo cual evidencia que existen problemas de atención en los adolescentes con Trastornos de la Conducta y con TDAH, siendo el trastorno de atención más relevante, como es de esperar, en el grupo con TDAH; donde este síntoma es prioritario. Se describe en la literatura la comorbilidad de la conducta disocial con el Déficit Atencional (Sasot, 2003). Coincide este resultado con lo planteado en el trabajo de Rodríguez (2003), sobre características neuropsicológicas de adolescentes con trastornos de conducta, en el cual se plantea la presencia significativa de trastornos atencionales en los trastornos de la conducta.

**Tabla No. 1. Comparación en cuanto a Capacidad Atencional**

	T. Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Hipoprosexia	3	21,42	9	40,90	0	0
Muy baja atención	5	35,71	12	54,54	8	32
Atención Normal	5	35,71	1	4,54	13	52
Buena Capacidad Atentiva	1	7,14	0	0	4	16

Fuente: Test de Tachado Doble de Toulouse  $X^2= 23,82$   $P= 0,001^{**}$

### RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SIMULTANEIDAD DE LOS SIGNOS

En esta prueba se destacan entre los adolescentes con déficit atencional, como se esperaba, los que presentan TDAH. Los del grupo de Trastornos de la Conducta también presentan un alto índice de déficit atencional, aunque por debajo del grupo anterior, representado en un 59,09 % y 50 % respectivamente. En el grupo testigo solo un 8 % arrojó déficit atencional en esta prueba. Los resultados coinciden con los del test de Toulouse. Estos resultados son compatibles con los datos obtenidos por Luria en 1982 y Pineda en 1956, coincidiendo con los datos obtenidos en la evaluación de la atención por A. Rodríguez, y Y. González en 2003, en la cual los adolescentes con trastornos de la conducta presentaron déficit atencional significativo. Se observa distractibilidad, impulsividad, falta de control de las acciones así como perseverancia e inercia en estas. Se observan las dificultades en la concentración así como su deficiente volumen. La reiteración de los errores es más típica del grupo de los Trastornos de la Conducta, observándose una menor motivación para la obtención de éxitos en estos adolescentes, mientras

que en el grupo de TDAH predomina la impulsividad y la fatigabilidad, comienzan motivados por la prueba pero la tendencia a terminar rápidamente es característica, por lo que generalmente no se detienen a rectificar errores.

## METÓDICA DE EXCLUSIÓN DE OBJETOS

En el análisis de los resultados de esta metódica encontramos diferencias altamente significativas con un valor de  $P = 0,003$  entre los grupos.

**Tabla No. 2. Comparación del Pensamiento Abstracto Conceptual**

Manifestaciones de la Generalización del Pensamiento	T.Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Déficit en generalización	6	42,85	13	59,09	3	12
Generalización Situacional	1	7,14	4	18,18	2	8
Generalización lógico-abstracto	7	50	6	27,27	20	80

Fuente: Metódica de Exclusión de Objetos  $X^2 = 10,12$   $P = 0,003^{**}$

Se observan dificultades en la capacidad para establecer relaciones lógicas entre los objetos presentados en las láminas, siendo este defecto más severo en los adolescentes con TDAH, aunque está también presente en los del grupo de Trastorno de la Conducta. Está afectada en los dos grupos de estudio la representación semántica. Se pudo constatar que estos sujetos, cuando se les presentan varias alternativas, tienen serias dificultades en la selección de lo que es correcto, pues no son capaces de encontrar el nexo lógico para distinguir los elementos semánticos esenciales, tienen afectado el sistema categorial. Este déficit es más severo en los adolescentes con TDAH. En los

trabajos de Goldstein, Vigotski y Zeigarnik, se explica la perturbación de operaciones lógicas selectivas.

En los trabajos de Goldstein (1944) y A. R. Luria, se explica cómo en los pacientes con lesiones en los lóbulos frontales hay perturbaciones en los procesos de clasificación, estos pierden su carácter categorial.

Tanto en los resultados de esta prueba, como en la de Simultaneidad de los Signos, se ponen de manifiesto limitaciones en el empleo de la síntesis simultánea, resultando más afectados los pacientes diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperkinesia.

Los resultados de este trabajo, en relación con los hallazgos en las características del pensamiento de los adolescentes con Trastorno de la Conducta coinciden con los de Rodríguez y González (2003) pues las autoras concluyen que los adolescentes estudiados presentaron limitaciones tanto en el pensamiento práctico-espacial como en el teórico, particularmente ante las exigencias que requieren hacer uso de los nexos lógico-abstractos y de la síntesis simultánea.

Los sistemas funcionales relacionados con la actividad analítico-sintética son los pertenecientes a la tercera unidad funcional del trabajo cortical, por los que estos resultados confirman un deterioro en la misma. Como es conocido, la tercera unidad funcional del trabajo cortical tiene su base en las estructuras pre frontales y frontales de la corteza cerebral.

Diversos estudios corroboran que las lesiones en las zonas frontales y pre frontales son responsables de las alteraciones conductuales. (Luria, 1982; Ardila y Rosselli, 1997; Pineda, 1996)

## **TEST DE LOS CUBOS DE KOHS**

Al analizar las ejecuciones en esta prueba de los diferentes grupos, se utilizaron las puntuaciones directas y su transformación en edades equivalentes, según lo que se establece para la calificación del test en la variante utilizada en la Escala Weschler de Inteligencia para niños (WISC) que fue la utilizada en este trabajo. Observamos los resultados en la tabla No. 3.

**Tabla No. 3. Comparación de los resultados en relación con el Pensamiento Constructivo**

Puntuaciones	Trastorno de la Conducta		TDAH		Grupo Testigo	
	F	%	F	%	F	%
Por debajo de su edad	11	78,57	18	81,8	4	16
En su rango de edad	3	21,42	4	18,18	18	72
Por encima de su edad	0	0	0	0	2	8

Fuente: Test de los Cubos de Kohs

Cualitativamente se observan en ambos grupos de estudio perturbaciones en el establecimiento de las relaciones espaciales, no se guían por las orientaciones previas, no son capaces de distinguir los elementos constructivos. Está perturbado en ambos grupos el carácter planificado de las acciones basadas en la orientación previa. Estos adolescentes cometen los errores y no intentan corregirlos. Están dañados en estos sujetos los procesos analítico-sintéticos y las formas más complejas de la actividad intelectual.

La diferencia que encontramos entre los dos grupos está en la irritabilidad que demuestran los adolescentes con TDAH, predominan las acciones impulsivas del abandono de la tarea ante el primer fracaso, sin rectificar errores, en el grupo de Trastorno de la Conducta se muestra irritabilidad en algunos casos, pero continúan la prueba hasta el final y es curioso que cometen los errores y se muestran satisfechos con los resultados, “como si no hicieran conciencia” de estos errores. Esto se corresponde con el fenómeno denominado por V. W. Zeigarnik como “acriticidad del pensamiento” lo que en estos casos denota limitaciones para detectar los errores e insuficiencia en el control de las acciones. No se encontraron alteraciones significativas en el grupo testigo.

En los trabajos de L. S. Tsvetpova (1966) se plantea la incapacidad de los pacientes con lesiones en los lóbulos frontales de trabajar en la actividad contractiva basándose en una orientación previa; en el análisis de la prueba de Kohs específicamente, encuentran evidencia de que los elementos constructivos no coinciden con la impresión directa. Los pacientes no comienzan con la orientación previa de los datos, se caracterizan por intentos impulsivos, no dirigidos por un programa previamente formado.

### **PRUEBA DE MEMORIA DIEZ PALABRAS**

En la tabla No. 4 se muestran las medias de las palabras recordadas en cada uno de los ejercicios, en los diferentes grupos, aquí podemos observar cómo en los grupos de estudio la tendencia es a descender en el número de palabras que recuerdan mientras que en el grupo testigo el número de palabras recordadas aumenta, lo cual es la respuesta normal según la fundamentación de la prueba.

**Tabla No. 4. Comparación de Medias de Palabras Recordadas**

<b>Grupos</b>	<b>Ejercicios</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Trastorno de conducta	4,78	5,64	6,28	6,35	6,42	5,42
TDAH	4,72	5,16	6	5,40	6,22	5,81
Grupo testigo	5,68	6,52	7,32	7,52	7,6	7,40

Fuente: Prueba de memoria de 10 palabras de Luria

Cuando se hace el análisis por caso, se observa que el máximo de palabras que se logra recordar en el grupo con TDAH fue de ocho, en el grupo de Trastornos de la conducta 2 sujetos recordaron nueve palabras y en el grupo testigo 9 sujetos recordaron entre ocho y nueve palabras. No existieron respuestas de diez palabras recordadas en ninguno de los grupos.

Cualitativamente observamos diferencias entre los grupos en las curvas de aprendizaje.

En los gráficos 4, 5 y 6 se muestran las medias de cada grupo representadas en la curva del recuerdo de cada uno.

**Resultado de Prueba de 10 Palabras en Trastornos de Conducta**

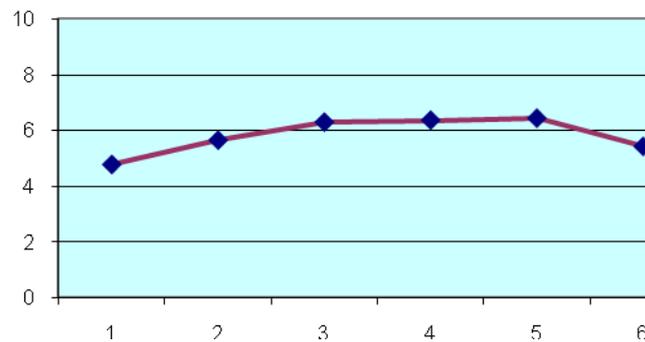


Gráfico No. 4.

**Resultado de Prueba de 10 Palabras en TDAH**

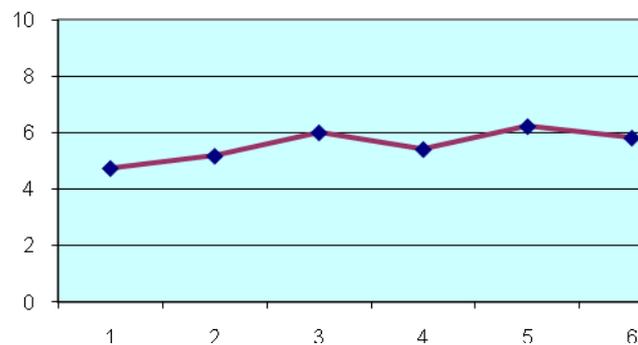


Gráfico No.5.

### Resultado de Prueba de 10 Palabras en G. Testigo

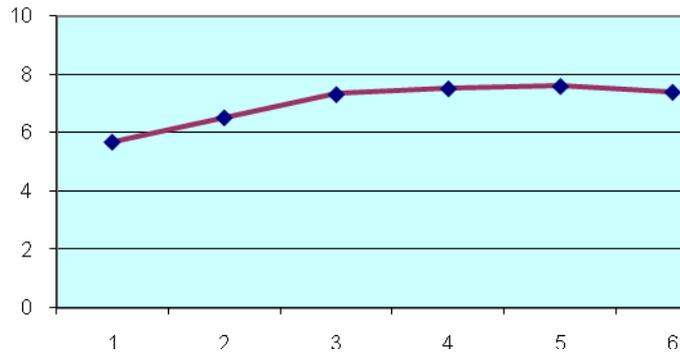


Gráfico No. 6.

Se observa cómo el grupo testigo responde con una curva ascendente, los adolescentes con Trastornos de la Conducta tienen una curva de meseta baja y en los que presentan TDAH se observa una curva inestable que denota fatigabilidad y dificultades en la movilidad de los procesos nerviosos, predominando en el grupo con TDAH fluctuaciones en el proceso de memorización con el olvido de palabras y sustitución de las ya dichas. En el grupo de Trastornos de Conducta observamos una actitud ante la prueba de desinterés por los resultados. En la fundamentación de la prueba se describe la curva de meseta baja como indicador de indolencia emocional, desinterés, siendo este tipo de resultado un signo de problemas orgánicos.

Estos resultados evidencian daños neuropsicológicos en los menores con TDAH y Trastornos de la Conducta, específicamente en la segunda unidad funcional que tiene como función la recepción, análisis y almacenamiento de la información. Los síntomas del TDAH se plantean como expresión de alteraciones neurobiológicas que nacen fundamentalmente en la corteza prefrontal y los circuitos frontoestriados que condicionan la regulación de la atención, actividad e inhibición (Sasot, 2005). Las diferencias en las ejecuciones en esta prueba nos pueden orientar en la diferencia en la evaluación neuropsicológica de los TDAH y los Trastornos de la Conducta, lo que es importante en la clasificación del diagnóstico.

## EVALUACIÓN DE LA AFECTIVIDAD

### ESCALA DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO

Existen diferencias altamente significativas entre los grupos estudiados, en relación con la afectividad, como se observa en las tablas No. 5 y No. 6.

**Tabla No. 5. Niveles de Ansiedad como Estado**

	T. Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Baja	1	7,14	3	13,63	11	44
Media	4	28,57	7	31,81	10	40
Alta	9	64,28	12	54,54	4	16

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

$$X^2 = 13,69 \quad P = 0,008^{**}$$

**Tabla No. 6. Niveles de Ansiedad como Rasgo**

	T. Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Baja	2	14,28	3	18,18	13	52
Media	4	28,57	9	36,36	9	36
Alta	8	57,14	10	45,45	3	12

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado  $X^2 = 14,85$   $P = 0,007^{**}$

La ansiedad es un síntoma que se plantea por diferentes autores en la afectividad de los adolescentes con trastornos de la conducta, así como en los de TDAH, planteándolos entre la sintomatología psicopatológica que se presenta como comorbilidad, fundamentalmente en TDAH. (Peña, 003)

La ansiedad como rasgo y estado se dan generalmente en una relación. Se ha comprobado tanto en la práctica asistencial como en la investigación, que los sujetos que tienen una alta ansiedad como estado, pueden no presentar enfermedad psiquiátrica, siendo esta una reacción transitoria. (Alonso A. A., referido en *Psicodiagnóstico, selección de lecturas*, 2003)

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE M. M. CASULLO

En el análisis de la depresión, como observamos en la tabla No. 7, este síntoma predomina en los adolescentes del grupo de Trastornos de Conducta, encontrándose diferencias altamente significativas.

**Tabla No. 7. Diagnóstico de la Depresión en los Grupos Estudiados**

	T. Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Baja	3	21,42	12	54,54	17	68
Media	2	14,28	7	31,81	5	20
Alta	9	64,28	3	13,63	3	12

Fuente: Escala de Depresión de M. M. Casullo

$X^2 = 19,29$        $P = 0,001^{**}$

Está descrito en la literatura que la depresión es un síntoma asociado a los trastornos de la conducta. Se plantea por algunos autores que la agresividad en los niños es una forma de encubrir la depresión, consideramos que si esta forma de expresar la sintomatología se repite y el niño no recibe el tratamiento adecuado, puede convertirse en un patrón de comportamiento estable. También se hace referencia en la literatura a la comorbilidad de la depresión con el TDAH (Sasot, 2005). En nuestro trabajo no se constató la relevancia de este síntoma en la muestra estudiada de adolescentes con esta patología.

### INVENTARIO DE AUTOESTIMA

Los resultados del análisis de este cuestionario demuestran que existen diferencias entre los grupos estudiados, como se muestra en la Tabla No. 8

**Tabla No. 8. Comparación en relación con la Autoestima**

	T. Conducta		TDAH		G. Control	
	F	%	F	%	F	%
Muy Alta	1	7,14	5	22,72	8	32
Alta	3	21,42	10	45,45	11	44
Baja	4	28,57	6	27,27	5	20
Muy Baja	6	42,85	1	4,54	1	4

Fuente: Cuestionario de Autoestima

$$X^2 = 16,53 \quad P = 0.011^*$$

En cuanto a la afectividad, se constata que estos procesos están perturbados, tanto en los que presentan Trastornos de la Conducta como en los que

presentan Trastornos por Déficit Atencional e Hiperactividad, diferenciándose ambos grupos en la sintomatología que predomina. En los adolescentes con Trastornos de la Conducta predomina la depresión y la baja autoestima, reflejan pobreza de las emociones y poca capacidad empática, presentando también irritabilidad, mientras que en los adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad predomina la ansiedad, la irritabilidad, el escaso control de las emociones, sin embargo son afectivos, fundamentalmente con su familia y con los maestros, lo que contrasta con su impulsividad.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados han permitido la diferenciación de los adolescentes con Trastornos de la Conducta y con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) por lo que consideramos que la estrategia metodológica empleada resultó efectiva.

En las relaciones interpersonales se aprecia mayor afectación en los Trastornos de Conducta. Este indicador se asoció a la carencia afectiva en el hogar y a la incidencia del maltrato infantil.

En el grupo portador de TDAH se encontraron manifestaciones de mayor impulsividad, fatigabilidad y dificultades en la movilidad de los procesos de excitación e inhibición que indican la presencia de signos de organicidad, específicamente en las tareas que requieren de la síntesis simultánea y del establecimiento mantenido de la actividad analítico-sintética. Se encontraron dificultades en el procesamiento de la información, planificación, control, verificación y seguimiento de las acciones que afectan más a los adolescentes con TDAH. Estos tienen un deficiente control de sus actos, lo que implica mayor impulsividad en sus acciones, sin embargo, tienen mejor criticidad en su pensamiento. Ambos tienen dificultades en la memoria, apreciando en los portadores de Trastornos de Conducta mayor estabilidad del recuerdo y en los TDAH una representación inestable que denota fatigabilidad y dificultades en el recuerdo inmediato, que corroboran dificultades en la recepción, análisis y almacenamiento de la información.

La ansiedad y la depresión resultaron más notables en los adolescentes con Trastornos de la Conducta. En ellos se encontró una evidente relación entre estos síntomas de la afectividad y la pobre estimulación afectiva desde etapas tempranas de la vida, apreciándose afectaciones en las formas más complejas de la actividad intelectual, más que por déficit neuropsicológico, por déficit de motivación y poco interés en la actividad escolar.

Consideramos que para lograr una intervención efectiva se deben establecer estrategias psicoeducativas en etapas tempranas del desarrollo, que contemplen acciones con familias, maestros y menores afectados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M. (2003): *Maltrato Infantil*, segunda edición, Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Ardila, A. y M. Rosselli (1997): *Neuropsicología clínica*, segunda edición, Editorial Prensa Creativa, Medellín.
- Barkley R. A. (2004): "Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments." *J. Psychiatr Pract.* Jan;10(1):39-56.
- Bellock A; B. Sandín y F. Ramos: (2002): *Manual de Psicopatología*, Vol. II, Editora Mc. Graw Hill.
- Bozhovich, L. I. (1976): *La personalidad y su formación en la edad infantil*, Editorial Pueblo y Educación. La Habana.
- Bustamante, J. (1994): *Neuroanatomía funcional*, Ediciones Celsus Santa Fe de Bogotá.
- Caballo, V. E. y M.A. Simón (2002): *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*, Editorial Pirámide, Madrid.
- Casullo, M. M. (1998): *Adolescentes en Riesgo*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Chronis A.M.; A. Chaco; G.A. Fabiano; B.T. Wymbs and W E. Pelma (2004): Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with TDAH: review and future directions. *Clin child Fam Psychol Rev.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- CIE-10. (1992): *Catálogo Internacional de Enfermedades*, Décima Revisión.
- Crossmann, G.; A. Gerth; D. Fitzner (1983): *El niño con trastornos de la conducta*, Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de la Habana.
- Damasio, A. (2002): *El error de Descartes*, Editorial Crítica. Barcelona.

- Davison, G. C. and J. M. Neale (2000): *Psicología de la Conducta Anormal*; p. 504, Segunda Edición. Ediciones Limusa Wiley México, D.F.
- Domínguez, G. L. (2003): *Psicología del Desarrollo. Adolescencia y Juventud. Selección de Lecturas*, Editorial Félix Varela, La Habana.
- DSM-III. (1984): *Diagnostic and Statical Manual of Mental disorders*, Washington D. C. American Psychatric Association.
- DSM-1V. (1992): *Diagnostic and Statical Manual of Mental disorders*. Washington D. C. American Psychatric Association.
- García M. A. (2003): *Psicopatología Infantil. Su Evaluación y Diagnóstico*, Editorial Félix Varela, La Habana.
- González Rey, F. L. (1987): *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- González Rey, F. L. y A. Mitjans Martínez (1989): *La personalidad, su educación y desarrollo*, Editorial Pueblo y Educación, La Habana
- Goodman, M.; A. New; L. Siever Trauma, Genes, and the Neurobiology of Personality Disorders. *Ann N Y Acad. Sci.* 2004 Dec;1032 :1032 :104-16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Consultado el 16 de agosto de 2005)
- Herrera, L. F (1993): *Importancia del diagnóstico neuropsicológico*. Conferencia # 8. Curso de Postgrado. Características generales del RDP. Imprenta Universitaria. Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas, Santa Clara.
- \_\_\_\_\_ (2003): *La Neuropsicología: una mirada hacia el futuro*. Conferencia Magistral. III Simposio Internacional de Psicología y Desarrollo Humano. Facultad de Psicología, 2-4 de abril.
- Herrera, L. F. y N. García ( 2003): *Características de la depresión en adolescentes con dificultades para aprender*, Monografía, Editorial Samuel Feijóo, UCLV.
- Heyneman E.K. (2003): *The Aggressive Child*. *Child Adolescent Psychiatry Clin N Am.* Oct.; 12 (4):667-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Leontiev, A. N. (1983): Problemas del Desarrollo del Psiquismo, Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.
- Lewis, D. and C. Yeager (2002): Diagnostic evaluation of the violent child and adolescent. *Child Adolescent Psychiatr Clin N Am* Oct; 9 (4):815-39 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Consultado el 16 de agosto del 2005)
- Luria, A. R. (1977): *El Cerebro en Acción*, Editorial Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
- \_\_\_\_\_ (1982 a): *Las Funciones Corticales Superiores del hombre*, Editorial Científico Técnica, Ciudad de La Habana.
- \_\_\_\_\_ (1982 b): *El Papel del Lenguaje en el Desarrollo de la Conducta*, Ed. Científico-Técnica. La Habana.
- Manga D. y F. Ramos (1997): *Evaluación de los Síndromes Neuro Psicológicos Infantiles*, Madrid.
- Mata, E. (2001): *El Joven Psicópata*, Mesa Redonda 8vo. Congreso Internacional de Psiquiatría, *Rev. de Clínica Psiquiátrica Alcmeon*. Año XII, vol 10, No. 3.
- Méndez, F. J.: (1988): *El niño que no sonríe*, Editorial Pirámide.
- Menéndez, H. (1998): *La adolescencia y sus conflictos. Un reto al Médico de la Familia*, Editorial Academia, La Habana.
- Nelson, E.; E. Leibenluft; E.B. McClure and D.S Pine: The social reorientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychology Med.* 2005 Feb; 35 (2):163-74 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Consultado el 12 de julio de 2005)
- Peláez, M. (2003): *Adolescencia y Juventud. Desafíos Actuales*, Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Peña, O. (2003): *Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Aspectos Psicosociales*. Memorias del Congreso Internacional de Autismo y Trastornos de la Atención, Guadalajara,

Marzo 2003, en <http://www.uag.mx/202/autismo-adolesc.htm> (Consultado el 12 de julio de 2005).

- Pérez Villar, J. (1988): *Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente*, p. 102, Editorial Pueblo y Educación.
- Piaget, J. and H. Wallon (1963): *Los estadios en la Psicología del niño*, Ediciones Lauro, Buenos Aires
- Riviere, A. (1996): La obra de L. S. Vigotsky. Editorial del Salmón. Universidad San Marcos. Lima, Perú.
- Rodríguez, A. y Y. González: Particularidades Neuropsicológicas de Adolescentes portadores de Trastornos de la Conducta. Trabajo de Diploma, Tutorado por el Dr. Luis Felipe Herrera, UCLV.
- Shoval, G.; I. Manor and S. Tyano (2005): The Difficult Child Syndrome. *Harefuah*. Jan; 144(1): 29-33, 70 <http://www.ncbi.nlm> (Consultado el 16 de agosto de 2005)
- Toplak, M. E.; U. Jain and R. Tannock (2005): Executive and motivational process in adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD). *Behavioral and Brain Functions*, 1:8
- Vigotsky, L. S. (1984): *Aprendizaje y desarrollo intelectual en la edad escolar, infancia y aprendizaje*, Editorial Crítica, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1987): *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*, Editorial Científico-Técnica, Ciudad Habana.
- Waxmonsky, J.: Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness." *Curr Opin Pediatr*. 2003 Oct ;15(5):476-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Zazzó, R. (1970); *Manual para el examen psicológico del niño*, Editorial de Ciencia y Técnica, La Habana.
- Zeigarnik, B. W. (1979): *Introducción a la Patopsicología*, Editorial de Científico-técnica, La Habana.