



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE PROFESIONALES

**“EVALUACIÓN COGNOSCITIVA DE NIÑOS CON TDAH
EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL”**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA
FABIOLA ROMINA HERRERO GUZMÁN

DIRECTORA DEL IPSS:
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

CIUDAD UNIVERSITARIA

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM. 240

2009

ej. 2

M-

TPs.

AGRADECIMIENTO

"En el principio había el no-ser, del que surgió el ser al tomar consciencia de sí mismo"
Rig Veda

"Agradezco infinitamente a DIOS, por todos aquellos días estudiantiles convertidos hoy en experiencia y sabiduría de vida, siendo este trabajo símbolo de la culminación de mis estudios profesionales y el inicio de nuevos proyectos como profesionista."

Agradezco a la UNAM mi máxima casa de estudios, por ser el recinto en donde obtuve un desarrollo integral como ser humano y profesionista.

Agradezco a mi familia y a mis amigos por su apoyo y compañía.

NAMASTE!!!

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5-8
1. Datos generales del programa de servicio social	9-12
2. Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social	13-18
3. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	19-25
4. Objetivos del informe del servicio social	26-28
5. Soporte teórico metodológico	29-62
a) ¿Qué es el Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH)	29-41
b) ¿Cómo se evalúa a un niño con TDAH?	42-56
c) Efecto de los fármacos en el control del TDAH	57
d) El papel de los padres en la educación de niños con TDAH.....	58-62
6. Resultados obtenidos en el servicio social	63-99
7. Recomendaciones y/o sugerencias para el servicio social	100-116
Referencias	117-119
Anexos	120-135
• Anexo 1: Cronograma de actividades de servicio social	120-121
• Anexo 2: Criterios Diagnósticos del TDAH según el DSM-IV	122
• Anexo 3: Entrevista clínica	123-125
• Anexo 4: Test Gestáltico Visomotor	126-129
• Anexo 5: Figura Humana de Koppitz	130-132
• Anexo 6: Escalas Wechsler	133-135

RESUMEN

El presente reporte de servicio social constituye un trabajo clínico, descriptivo, y observacional de tres casos de pacientes diagnosticados con TDAH, a quienes por instrucción de su médico paidopsiquiatra, se les realizó una evaluación cognoscitiva en el hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" durante mi periodo de Servicio Social.

El proceso de evaluación de cada niño tuvo una duración de 5 sesiones de alrededor de hora y media, y comprendió entrevistas con los padres y con el menor, y valoraciones con una batería de pruebas conformada por el test de Bender, el test del dibujo de la figura humana, la Escala de inteligencia de Wechsler más apropiada según su edad, y algunas pruebas adicionales dependiendo de las características de cada caso en particular.

Se destacan algunas generalidades como los datos del programa del servicio social, el contexto de la institución, y descripción de las actividades realizadas, así como algunas peculiaridades tales como las características del TDAH, el proceso de evaluación del niño hiperquinético, las pruebas psicológicas más empleadas, y las características más relevantes del evaluador infantil.

Se aboga por una evaluación mínimamente intrusiva, ajustada a las características del problema, en la que no sólo se aborden aspectos cognoscitivos sino también emocionales, lo que permitirá realizar un buen diagnóstico diferencial y establecer la existencia de trastornos comórbidos que pudiera presentar el paciente para así trazar una mejor línea de tratamiento.

Al final, se hace un análisis de cada caso y se sugieren algunas recomendaciones prácticas a los padres para el manejo de estos niños en casa, las cuales pueden ser de gran ayuda mientras se les canaliza al área terapéutica correspondiente.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Hiperquinético adquiere día a día una mayor importancia dentro de la clínica ya que cada vez son más los niños que son enviados al psicólogo por éste motivo de consulta. En el hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" este hecho no es la excepción, ya que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de Psicodiagnóstico presentan problemas de inquietud, impulsividad, y dificultades en el área de la atención y la concentración. En México, el TDAH representa un problema de salud pública ya que más de un millón y medio de niños y adolescentes padecen este trastorno, de los cuales, sólo el 8% está diagnosticado y tratado.

El TDAH comprende un patrón persistente de conductas de falta de atención y/o de hiperactividad/ impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas son más frecuentes e intensas de lo habitual, según la edad y desarrollo del sujeto. Además, algunos síntomas de hiperactividad o de inatención deben haber aparecido antes de los siete años, manifestarse en más de un contexto (escolar, familiar, etc.) e interferir en el rendimiento y en las actividades cotidianas.

Es importante resaltar que aún cuando éste diagnóstico es muy común, existe mucha ambigüedad en torno a su conceptualización, debida en parte a la sobreinformación relacionada con este padecimiento, la cual en la mayoría de los casos, proviene de fuentes poco fiables. Así es común escuchar que las personas hablan de que cierto niño tiene TDAH porque es muy inquieto o porque no pone atención a las cosas, sin considerar que tal vez las conductas observadas en él son simplemente síntomas que expresa el niño ante una situación de índole emocional. De ahí la importancia de una buena evaluación que confirme el diagnóstico y defina las áreas de tanto de habilidad como de necesidad del paciente.

Es por ésta situación que en éste Informe Profesional de Servicio Social se hace una revisión profunda acerca del TDAH y se delimitan las características que posibilitan el diagnóstico diferencial. La evaluación de éste trastorno constituye una labor minuciosa en la que es necesario integrar la información obtenida de diversas fuentes, requiriendo no sólo del trabajo con el niño o adolescente sino también con otras personas importantes o cercanas a él que pueden brindar información valiosa, tales como: los padres, los maestros, los compañeros, los hermanos, y los abuelos.

Es sólo mediante el establecimiento de un diagnóstico que confirme o descarte el trastorno cuando se podrá comenzar a proporcionar la ayuda adecuada (el tratamiento que el niño requiera), y determinar si existen problemas asociados. Así mismo, es importante el diagnóstico oportuno para poder abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo.

El TDAH presenta una prevalencia alta de comorbilidad en todos sus subtipos, es decir, es un trastorno que por sus características no se presenta de manera aislada y tiende a asociarse con otros trastornos, siendo los más frecuentes los trastornos de conducta, los trastornos del estado de ánimo, y los trastornos de aprendizaje. Por esta razón, durante la entrevista con el niño y los informadores (frecuentemente los padres), el psicólogo debe evaluar la presencia de síntomas disruptivos, ansiosos, depresivos, etc., así como el impacto del cuadro clínico en el rendimiento escolar, la dinámica familiar y las relaciones con otros compañeros.

La comorbilidad con frecuencia complica el diagnóstico, el tratamiento, y empeora el pronóstico. De ahí la importancia de establecer un buen diagnóstico diferencial y una evaluación que incluya la interacción de los aspectos cognoscitivos, emocionales, y perceptuales del paciente,

reconociendo tanto sus recursos como sus limitaciones en su desempeño a nivel personal, familiar, y escolar. La detección oportuna de los trastornos comórbidos constituye una determinante esencial para establecer las estrategias de intervención y modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo.

La falta de diagnóstico y tratamiento adecuados del TDAH aumenta la posibilidad de accidentes, delincuencia, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y bajo rendimiento escolar. Aunado a lo anterior se presentan situaciones emocionales complejas que derivan en depresiones y ansiedad, ya que las personas que lo padecen generalmente tienen una baja autoestima y poca seguridad en ellos mismos.

Las entrevistas clínicas y las escalas de valoración son instrumentos fundamentales en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, siendo la Escala de Conners un instrumento eficaz para valorar objetivamente la frecuencia e intensidad de los síntomas evaluados. Las escalas de Conners cuentan con dos versiones (la original y la abreviada) tanto para la escala de padres como para la de profesores. La escala de Conners para padres contiene noventa y tres preguntas, reagrupadas en ocho factores que son los siguientes: Alteraciones de conducta, miedo, ansiedad, inquietud-impulsividad, inmadurez, problemas de aprendizaje, problemas psicosomáticos, obsesión, conductas antisociales e hiperactividad.

Por otro lado, se recomienda el uso de pruebas cognitivas, neuropsicológicas y de personalidad para lograr una valoración más integral del paciente, siendo las pruebas más usuales el test de Bender, las escalas Wechsler, el dibujo de la figura humana de Koppitz, el test de apercepción Temática Infantil (CAT), y el método de evaluación de la percepción visual de Frostig-2 (DTVP-2).

Se propone que a través de la entrevista (no sólo con el niño sino también con otras personas importantes o cercanas a él), de una buena observación clínica, juego, y aplicación de pruebas, se haga una evaluación más dinámica, y se realice un diagnóstico más certero, que permita trazar líneas de tratamiento adecuadas a la situación del paciente

Al final de todo proceso de evaluación es necesario retroalimentar a los padres y familiares respecto a los resultados obtenidos. Se les deberá informar acerca de los conocimientos básicos del trastorno, su origen, sus síntomas y consecuencias, y sus diversos tratamientos y objetivos de éstos, ya que cuanto mayor sea el conocimiento de los padres sobre el trastorno de su hijo más fácil resultará la posterior intervención y más probable su éxito.

Además de lo anterior, considero necesario brindar a los padres durante la entrevista de devolución diagnóstica una serie de estrategias conductuales básicas que posibiliten el manejo del menor en casa, favoreciendo de ésta manera el desarrollo de habilidades organizativas y habilidades sociales, y motivando al menor para cambiar su comportamiento disruptivo. Así a través del aprendizaje de técnicas conductuales básicas como proveer instrucciones claras y concisas, el recompensar una conducta apropiada, y la organización del tiempo y el espacio del niño, los padres estarán capacitados para ir preparando el terreno terapéutico apropiado para la posterior inclusión de su hijo a la línea de tratamiento correspondiente.

1.- DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El servicio social es una actividad académica, temporal, y obligatoria que se debe prestar en beneficio de la Sociedad, el Estado y el País, y que tiene como objetivo crear conciencia en el alumno sobre la realidad social, económica y cultural de nuestra sociedad logrando su participación directa en la solución de problemas.

En el servicio social es fundamental la reestructuración de los conocimientos científicos obtenidos durante la carrera y la relación teoría-práctica en un escenario real, por lo que se consolida como una disciplina encaminada a conocer y resolver los problemas humanos y sociales históricamente determinados, relativos a la relación entre personas, entorno y organización social. (Facultad de Psicología, 2008). A través de dicha actividad, el egresado que realiza su servicio social se convierte en un agente de cambio que promueve el desarrollo comunitario, enriqueciendo de esta forma su propia formación profesional y humana.

El servicio social es una actividad eminentemente formativa que contempla dos aspectos:

- El beneficio personal, pues afirma y amplía la formación académica.
- La aportación Social que se brinda con el trabajo realizado a través del servicio.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" a través de su programa "*La Intervención del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico Infantil*" contempla tres objetivos principales al recibir estudiantes de servicio social:

- a) Facilitar la práctica de los conocimientos adquiridos durante su formación académica.

- b) Sensibilizarlos en la responsabilidad que implica la prestación del servicio social como primer contacto en un ambiente de trabajo y la repercusión en su futuro laboral.
- c) Contribuir en la adquisición de experiencia laboral a través de las actividades desempeñadas durante la prestación del servicio social.

A través de la Coordinación de Enseñanza en Psicología de dicha institución el alumno es asignado a un área de trabajo en particular, tomando en consideración los intereses, habilidades y aptitudes que manifieste durante la entrevista de selección. En lo personal, al acudir al hospital Infantil tenía el interés de ingresar al área de Psicodiagnóstico ya que deseaba lograr cuatro objetivos fundamentales:

1. Conocer de cerca los problemas de salud mental y de desarrollo que afectan a niños y adolescentes mexicanos.
2. Desarrollar nuevas habilidades en el análisis, comprensión y evaluación psicológicas, ya que considero que a partir de un buen psicodiagnóstico se puede planear las estrategias de tratamiento más eficaces y adecuadas para la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia.
3. Conocer los instrumentos psicológicos empleados actualmente para la evaluación de niños y adolescentes.
4. Lograr la atención oportuna de los pacientes dentro de un marco multidisciplinario, en donde intervengan diferentes profesionales de la salud mental como paidopsiquiatras, neuropediatras, genetistas, etc.

Finalmente mi solicitud fue aceptada y fui incorporada al área de Psicodiagnóstico, en donde estuve trabajando por un lapso de seis meses con un horario de 8:00 a 12:00 horas. El servicio de Psicodiagnóstico junto con el de Psicoterapia conforma el área de Psicología de éste hospital, la cual trabaja de manera interdisciplinaria en la atención de niños y adolescentes con problemas mentales, emocionales y conductuales. Su objetivo es apoyar el diagnóstico diferencial y la planeación del tratamiento a través de la evaluación psicológica, además de proporcionar sugerencias específicas.

Para la realización de las actividades de trabajo dentro del área de Psicodiagnóstico el prestador de servicio social cuenta con la supervisión del psicólogo adscrito, quien lo acompaña durante la atención a los pacientes y sus familias, detectando los posibles errores y motivando un análisis y comprensión más profundo y exhaustivo del caso. En caso de ser necesario, el adscrito deja revisiones bibliográficas e investigaciones que tienen como objetivo ampliar los conocimientos del estudiante y facilitar la comprensión del trabajo a realizar. Para facilitar dicho fin, durante mi periodo de servicio Social revisé los capítulos de Trastornos del Humor, Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, Retraso Mental, y los Trastornos del desarrollo psicológico, de la decima versión de la Clasificación Internacional Estadística de las Enfermedades Mentales (CIE-10), para así identificar los síntomas que corresponden a las distintas patologías, y poder entender, aceptar o descartar los diagnósticos hechos por los psiquiatras.

Como se estudió a lo largo de la carrera, el conocimiento profundo de la normalidad constituye una base fundamental para el conocimiento de lo "anormal", por lo que durante las evaluaciones retomé los aspectos normales físicos, emocionales e intelectuales del desarrollo del niño y del adolescente. Esto me permitió tener un marco de referencia para discriminar entre esta línea

fronteriza, a veces difusa y confusa, entre la normalidad y la anormalidad. También se consideraron aspectos normoevolutivos del embarazo, así como las complicaciones más frecuentes durante el nacimiento.

Por otro lado realicé la revisión de diversas pruebas psicológicas tales como el Test de Bender, el test de la Figura Humana (con indicadores de Koppitz), el test de Machover, la Escala de maduración conceptual de Harris-Goodenough, las escalas de Wechsler WIPPSI, WISC-R y WISC-IV, el test Stanford-Binet, la escala de desarrollo de Gesell, el test de Raven, el test de apercepción infantil CAT-A y CAT-H, el HTP de Buck, el test de la Familia, el test de persona bajo la lluvia, el test de frases incompletas, y el test de Frostig, actividad que me ayudó a consolidar el conocimiento en cuanto a la aplicación, calificación e interpretación de dichos instrumentos durante la evaluación de niños y adolescentes.

Dentro del departamento de Servicio Social de la Facultad de Psicología de la UNAM existe un programa de asesoría a los alumnos, en donde mes con mes se reportan las actividades, retos, e inquietudes encontradas por el prestador. A través de éste se logra transmitir a los alumnos el compromiso con el otro y consigo mismo, fomentándole practicar actividades que le den una estabilidad física, psico-social, y profesional como el auto-cuidado personal, el esparcimiento, el entusiasmo, la reflexión y la búsqueda de alternativas para un desarrollo humano pleno y mejor calidad de vida (Facultad de Psicología, 2008). Dichos aspectos no sólo me ayudaron a reflexionar acerca de mis actividades durante mi prestación de servicios sino también a confrontarme a mí misma como profesional e ir formando mi imagen profesional a través de la retroalimentación recibida por mi supervisora, pacientes, y por los padres de familia.

2.- CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

a) Antecedentes del Hospital

El Manicomio General de México, construido a principios del siglo pasado (1910) y planeado con el criterio que prevalecía en esa época, albergaba en sus pabellones a mujeres, hombres, y niños, sin que existiese una diferenciación clara de acuerdo a la edad y proceso patológico. Así, durante años estuvieron reunidos en un sólo pabellón niños epilépticos, psicópatas, deficientes mentales, neuróticos, etc., agregándose a la heterogeneidad de estos padecimientos la diferencia de evolución y las edades, ya que había desde lactantes de seis meses hasta adolescentes de 18 años.

Al paso de los años en el Manicomio General se crea la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto. Es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, dan inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños.

Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, y lo que era el antiguo pabellón de Psiquiatría Infantil se convierte en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" que fue fundado en la zona de Tlalpan en un edificio horizontal y fue el primero en inaugurarse, ya que los niños desnutridos y abandonados del Manicomio General eran, sin duda, una prioridad. Su primer director fue el doctor Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en su género, fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Los doctores Velasco Alzaga, Eduardo Dallal, Darío Urdapilleta, Pascual

Navarro, Pérez Turley, Quintero y Carlos Tornero, encabezan la lista de directores y administradores que compartieron ésta responsabilidad médica, social y humana. Desde entonces se otorga atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Desde hace más de cuatro décadas se trabaja con un modelo de tratamiento inter y multidisciplinario, que incluye los servicios de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, y Servicios Médicos, Diagnósticos, Terapéuticos, y Rehabilitaciones de apoyo.

b) Servicios que proporciona

La atención general se realiza en tres grandes áreas:

1. ADMISIÓN Y URGENCIAS: En ésta se evalúa a todos los pacientes de primera vez y se les asigna el servicio que se encargará del tratamiento y seguimiento. Estas áreas proporcionan atención las 24 horas los 365 días del año.

2. CONSULTA EXTERNA: Está constituida por seis clínicas, que son:
 - Clínica del Desarrollo: Donde se atienden menores de 0 a 17 años con alteraciones específicas de una o varias áreas del desarrollo.

 - Clínica de Trastornos de las Emociones: Aquí se atienden niños de 6 a 12 años que presentan trastornos del humor como ansiedad, fobias, ataque de pánico, depresión y reacciones de adaptación.

- Clínica de Trastornos de Conducta: Se atienden menores de entre 5 y 12 años con trastornos por déficit de atención e hiperactividad, alteraciones de la conducta y de aprendizaje.
 - Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes víctimas de abuso sexual): Proporciona atención integral a niños y adolescentes, así como a sus familiares, que presentan problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.
 - Clínica de la adolescencia: Atiende a menores entre 11 y 17 años 11 meses que presentan trastornos que inician durante la adolescencia o en etapas más tempranas.
 - Hospital de Día: Brinda atención a menores con trastornos generalizados del desarrollo, como es el autismo y psicosis en sus diferentes manifestaciones.
3. HOSPITALIZACIÓN: Consta de 4 unidades, donde se otorga atención integral a menores de 18 años, de ambos sexos, que ameritan manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda de su padecimiento. Algunos ejemplos de éstos son: Psicosis de diferentes tipos (tóxicas, orgánicas, etc.), agitación psicomotriz, trastornos de conducta y personalidad, depresiones severas y retraso mental, entre otras.
- Unidad de PAIDEA (Programa de atención Integral a niños y adolescentes con problemas de fármaco dependencia): Se atiende a niños y adolescentes que tienen problemas relacionados con el alcohol y el abuso de sustancias, en un modelo de

atención similar a una comunidad terapéutica. Los pacientes tienen actividades diversas como educación física, terapia ocupacional, además de las propias de su tratamiento.

- Unidad de Adolescentes Varones: Donde se atienden pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren de hospitalización para su manejo. Éstos pacientes tienen un rango de edad entre 12 y 17 años 11 meses, y el promedio de su estancia es de 30 días.
- Unidad de Adolescentes Mujeres: Ésta unidad funciona de manera similar a la anterior. Las adolescentes mujeres con farmacodependencia son atendidas en esta unidad.
- Unidad de Cuidados Prolongados: Atiende a pacientes con retraso mental de moderado a profundo. Los tratamientos son a base de terapia conductual, física y farmacoterapia.

Además de la atención brindada por estas áreas, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" ofrece los siguientes servicios de apoyo:

- Psicodiagnóstico
- Terapia Familiar
- Neuropediatría
- Servicio Dental
- Servicio de Gabinete (Laboratorio, Rayos "X" y Electroencefalografía)
- Genética (Con apoyo del Hospital General Dr. Manuel Gea González)

- Pediatría
- Medicina Física y Rehabilitación
- Rehabilitación Psicosocial
- Psiquiatría Comunitaria

c) Filosofía de la Institución

- MISIÓN

La misión del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es proporcionar atención médica especializada en Psiquiatría infantil y de la adolescencia de la más alta calidad, con elevado sentido humano, en un marco de respeto y dignidad hacia los pacientes de nuestro país, buscando siempre una operación eficiente, orientada hacia la satisfacción de las expectativas de los trabajadores del hospital y el cumplimiento de los compromisos contraídos con la propia población usuaria de los servicios, y autoridades inmediatas y superiores.

- VISIÓN

Consolidar a corto y mediano plazo al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" como una institución con mayor reconocimiento asistencial en materia de atención médica psiquiátrica preventiva, terapéutica, y rehabilitatoria en niños y adolescentes, cuyas acciones obtengan los más altos estándares de servicio y calidad técnico-médica con el propósito de mejorar la salud, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental infantil.

- VALORES

Garantizar el derecho a la salud mental, proporcionando asistencia médica con amabilidad, honestidad, responsabilidad, y eficiencia a los niños, adolescentes y sus familias.

d) Ubicación Física

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se encuentra ubicado en la calzada San Buenaventura (San Fernando) No. 86, Col. Belisario Domínguez, en la zona de Hospitales de la delegación Tlalpan, en el Distrito Federal.

e) Tipo de Institución

Actualmente esta institución es dependiente de la Secretaría de Salud, y es fundamentalmente de carácter público.

f) Población a la que atiende

El hospital, consciente de la necesidad de atender de manera eficaz al mayor número de pacientes independientemente de su status social y económico, no se limita a impartir sus servicios asistenciales a la población infantil y adolescente con trastornos psiquiátricos que acude a consulta, sino que también extiende su radio de acción a la familia.

g) Requisitos para la obtención de servicios

- El paciente debe de ser menor de 18 años y venir acompañado por un familiar adulto, quien será el que solicite la atención.
- La familia del paciente deberá dar las facilidades necesarias para que se le practique un estudio socioeconómico, el cual será realizado cada seis meses.
- Los familiares pagarán la cuota de recuperación de los servicios que necesiten de acuerdo a lo indicado por el estudio socioeconómico realizado.

3.- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

La Evaluación psicológica o psicodiagnóstico constituye un proceso de duración limitada que se basa en una relación bipersonal, y que tiene como objetivo lograr el conocimiento, la descripción y la comprensión de la personalidad de un sujeto. Se centra en algún tema concreto (motivo de consulta) que es el que origina la demanda de intervención por parte del psicólogo y por tanto debe incluir aspectos del pasado, del presente y del futuro.

El término diagnóstico está tomado del vocablo griego que significa "*conocer acabadamente*", por lo que si lo aplicamos a la personalidad implicaría el conocer completamente a la persona que vamos a evaluar. Así el psicodiagnóstico constituye un "*Un proceso de recopilar información y extraer conclusiones acerca de los rasgos, habilidades, capacidades, funcionamiento emocional y problemas psicológicos del individuo*" (Padrón, 2002)

El Psicodiagnóstico realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" incluye el uso de diversos instrumentos, en particular, el de las pruebas psicológicas y la entrevista clínica, y concluye en un informe que sistematiza la información obtenida y que posibilita realizar una devolución tanto a los padres como al médico paidopsiquiatra de lo que sucede con el paciente.

El personal del servicio de Psicodiagnóstico del hospital realiza evaluaciones empleando instrumentos de medición psicológica (entrevista, pruebas psicológicas, valoraciones de juego) que permiten obtener información tanto cuantitativa como cualitativa de los pacientes que acuden al área. Los pacientes son referidos por su médico paidopsiquiatra, quien determina el tipo de valoración que se necesita según la semiología presentada. Actualmente se practican valoraciones de desarrollo, de procesos cognoscitivos, emocionales, o bien, los estudios psicológicos completos.

1. **Valoración de Desarrollo:** Esta dirigida a evaluar las áreas de lenguaje, motora, personal-social, adaptativa, y cognitiva, en pacientes que presentan alteraciones, desviaciones, y/o detenciones en su desarrollo debidos a diversas causas.
2. **Valoración de Procesos Cognoscitivos:** Tiene como objetivos conocer los recursos y potencial cognitivo del paciente, obteniéndose la medida de su coeficiente intelectual (CI).
3. **Evaluación emocional:** Su objetivo es conocer la dinámica afectiva y su influencia en la sintomatología, además del establecimiento del diagnóstico y pronóstico. Generalmente se emplean pruebas proyectivas para hacer aflorar material inconsciente que refleje las motivaciones, los conflictos, las necesidades, los intereses, y los mecanismos de defensa empleados con mayor frecuencia por el menor.
4. **Estudio Psicológico Completo:** Incluye la valoración de procesos cognoscitivos y la evaluación emocional.

Con todos los datos obtenidos a través de las técnicas psicológicas integradas de manera correcta es posible establecer un diagnóstico que oriente hacia la utilización de la terapéutica más conveniente dependiendo de la severidad de los síntomas y de los recursos con los que cuente el paciente.

Al inicio del servicio social el pasante en conjunto con el psicólogo adscrito, elabora un cronograma de actividades en el que se establecen por escrito los objetivos, las actividades específicas, habilidades a desarrollar, bibliografía que se revisará y las formas de evaluación de las actividades del prestador (Véase anexo 1).

Durante los seis meses de servicio social realice diversos tipos de estudios psicológicos, siendo los más frecuentes las valoraciones de procesos cognoscitivos y los estudios psicológicos completos. La patología más frecuente es el TDAH, y los niños con este síndrome son enviados principalmente para valoración de CI, ya que suelen presentar algunas dificultades escolares. En segundo lugar llegan los niños con problemas emocionales, tales como depresión o trastornos adaptativos, y finalmente los niños con algún tipo de retraso en el desarrollo.

El proceso de evaluación de un niño es más largo que el de un adulto. Se empieza la entrevista con los padres porque normalmente los niños no tienen conciencia del problema y por ello son terceras personas los que al detectar ese problema plantean al psicólogo la evaluación del menor. Con ellos se establece el encuadre de trabajo y se plantean los objetivos a seguir. Normalmente se realiza un mínimo de dos entrevistas con los padres, una primera centrada en lo que le está ocurriendo al niño y una segunda de anamnesis, donde se hace la reconstrucción de toda la historia del niño, desde el inicio de la vida hasta el momento actual.

Después se hace la entrevista con el niño, en donde deberá observarse cómo se expresa, cómo se relaciona con nosotros, cómo se comporta dentro del consultorio, y cuáles son los espacios que utiliza. En niños muy pequeños o con capacidades verbales limitadas se cambia la palabra por el juego diagnóstico, ya que tiene la misma cualidad simbólica y es más fácil de realizar. Así, observando que juguetes selecciona el niño, cómo los utiliza y que hace con ellos, se pueden identificar sus temores, defensas, ansiedad, y sus estrategias de cambio. El dibujo libre también constituye una técnica eficaz para estimular la comunicación y lograr una mejor relación con el niño.

Cada una de las valoraciones que realicé en el hospital requirió de una hasta seis sesiones de hora y media, y comprendieron varias etapas:

- a) **Revisión del expediente clínico:** Una vez que llega al consultorio la hoja de referencia del paciente, se pide en archivo el expediente para realizar una revisión del caso antes de la entrevista, realizando un reporte por escrito con los datos más significativos, y anexándolo a la integración de estudios del paciente.
- b) **Entrevista inicial:** Constituye el primer contacto con los padres y con el paciente, y tiene como objetivo obtener información relacionada con el motivo de consulta y el desarrollo del conflicto. Además permite realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se aplicarán y en qué orden. Se requiere realizar un reporte por escrito de lo que acontece en la misma, el cual se anexa a la integración.
- c) **Aplicación de pruebas y otras herramientas diagnósticas:** Éstas difieren dependiendo del tipo de caso y de estudio solicitado por el médico psiquiatra. Durante el período de servicio social apliqué a distintos pacientes las Escalas de Wechsler WPPSI , WISC-R, y WISC-IV, el test de Bender, el test de la Figura Humana de Koppitz, el test de Harris-Goodenough, la Escala de maduración de Gesell, la Escala de matrices coloreada de Raven, el Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DVTP-2), el Cuestionario Neuropsicológico infantil CUMANIN, el test de Frases Incompletas para niños, el Test de Apercepción Temática para niños de figuras de animales de Bellak (CAT-A), el Dispositivo Psicoanalítico de Apercepción para niños en situación de abandono (DANSA), el test de Persona bajo la Lluvia, el test de la Familia de Corman, y el test de Casa-Árbol-Persona de Buck.
- d) **Calificación e Interpretación de pruebas:** Esta parte del proceso es la de mayor importancia, ya que permite dar significación a las tareas y trabajos realizados por el

paciente. Para la interpretación cuantitativa se cuenta con manuales en donde se encuentran plasmadas las tablas de puntuaciones estándar, de percentiles y otras medidas estadísticas que permiten ubicar al paciente de acuerdo a su edad y ejecución en una curva de distribución normal. Lo anterior permite hacer un análisis intersujeto e intrasujeto de las ventajas y desventajas del paciente según las habilidades que presenta. Para el análisis cualitativo se recurre a la corriente psicoanalítica para la interpretación de dibujos e historias que el paciente elabora.

- e) **Integración de estudios y entrega del Informe Psicológico:** Se realiza un reporte por escrito dirigido al médico que solicita la valoración, siguiendo los lineamientos establecidos por el área de Psicodiagnóstico a través de su "*Manual de elaboración del informe psicológico*" (Servicio de Psicodiagnóstico del HPIJNN, 1999). Dicho reporte se compone por una ficha de identificación, el motivo de evaluación, una descripción de la actitud presentada por el paciente, los antecedentes de importancia, las técnicas e instrumentos empleados, los resultados cuantitativos y cualitativos, la impresión diagnóstica y las sugerencias.

- f) **Cierre del proceso y devolución de la información:** Se realiza a través de una amplia entrevista con los padres, a quienes se expone la evaluación realizada y los resultados obtenidos en el proceso de evaluación. Ésta fase supone el cierre del proceso psicodiagnóstico, y se limita únicamente a aquellos aspectos que sean de utilidad para el proceso terapéutico.

En el caso de evaluación con adolescentes, en algunas ocasiones se les retroalimenta por separado acerca de los resultados obtenidos durante la evaluación. Esto generalmente se hace con pacientes que manifiestan curiosidad por los resultados, y

que solicitan la información para un mejor conocimiento de su padecimiento y de las líneas de tratamiento que seguirán en un futuro. Así el paciente se va más tranquilo, más seguro porque se siente tomado en cuenta, y con una mayor disposición al tratamiento.

- g) **Elaboración de Notas al Expediente:** Es necesario reportar en el expediente lo acontecido en cada una de las sesiones de valoración, para que el médico psiquiatra y demás especialistas de la salud estén informados de los resultados que se van obteniendo.

- **Capacitación y sesiones clínicas**

El hospital cuenta con los comités de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, Autoridad Médica, y Calidad de la Atención e Infecciones intra- Hospitalarias, los cuales se encargan de vigilar y hacer cumplir las normas y procedimientos establecidos para lograr la calidad de la atención. Para complementar mi formación clínica asistí a dos cursos de capacitación: un "Curso para pasantes de Licenciatura en psicología" impartido el 2 y 3 de Agosto de 2007 por el servicio de Psicodiagnóstico, y un curso de "Introducción a la Psicofarmacología en niños y adolescentes para el psicólogo" impartido del 6 de Septiembre al 25 de Octubre de 2007 por el área de educación continua del Hospital, los cuales me ayudaron a ampliar mis conocimientos acerca de pruebas psicológicas y de los efectos de los fármacos en distintas patologías.

El "Curso para pasantes de Licenciatura en psicología" tuvo una duración de 6 horas, y en él se contemplaron los fundamentos de la entrevista clínica, así como la revisión teórica de las pruebas psicológicas más elementales para las evaluaciones psicológicas como son el test de Bender, el test de la figura humana de Machover, los indicadores de Koppitz para la figura humana, el test de inteligencia Stanford-Binet, el test de Persona bajo la lluvia, el test del dibujo de la familia de Corman, y las escalas de Wechsler WISC-R y WPPSI. Por cada una de las

pruebas estudiadas se consideraron fundamentos teóricos, materiales, aplicación, calificación e interpretación, la cual se puso en práctica al realizar algunos ejercicios con datos de evaluaciones realizadas a pacientes del hospital en años anteriores. Al finalizar, el curso se complementó con la entrega de una antología, en donde se exploraron temas tales como el desarrollo normal de la infancia y de la adolescencia, la psicopatología de la infancia y de la adolescencia, la clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles, y algunas consideraciones generales sobre la entrevista y la redacción del informe.

El curso "Introducción a la Psicofarmacología en niños y adolescentes para el psicólogo" tuvo una duración de 16 hrs, y en él se estudiaron las generalidades de los fármacos y sus mecanismos de acción, los estudios de laboratorio para iniciar su prescripción, así como los medicamentos más utilizados en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes. Éste curso enriqueció mi formación como psicóloga ya que es importante conocer los efectos colaterales de los fármacos más comunes como lo son los estimulantes, los antipsicóticos, anticonvulsivos, ansiolíticos, y antidepresivos.

Por otro lado, durante el periodo de Servicio Social asistí a las sesiones clínicas que se realizan todos los días Jueves en el auditorio del hospital, las cuales me permitieron ampliar mi criterio acerca de diversos padecimientos gracias a la exposición de casos clínicos y las opiniones de diversos profesionales al respecto del mismo. Los temas de debate más frecuentes fueron el TDAH, las fármacodependencias, y los modelos cognitivos conductuales para el tratamiento de ansiedad y depresión.

4.- OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

El presente informe contiene los datos relacionados con la práctica realizada como pasante de Psicología en el área de Psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

A pesar que durante mi periodo de servicio social realicé diferentes tipos de estudios, en éste informe sólo se abordaran los casos de tres niños con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los cuales fueron enviados al servicio para una valoración de procesos cognoscitivos y corroboración de CI.

El Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) ha sido considerado dentro de la clínica como una de las patologías más frecuentes y de mayor comorbilidad que se presentan dentro de la población infantil. Es una discapacidad que afecta a un gran número de niños y niñas, más sin embargo, son contadas las instituciones educativas y de salud que atienden éste padecimiento. Cuando un niño presenta dificultades para concentrarse en clase y seguir instrucciones, a menudo olvida lo que se le indica, o su rendimiento académico no corresponde a su capacidad o inteligencia, los padres o maestros tienen el deber de buscar ayuda especializada para él. El Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" es la única institución en América Latina en su género, y proporciona a través de su clínica de la Conducta la atención multidisciplinaria que éste tipo de pacientes requiere.

Según datos de la Clínica de la Conducta del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" (comunicado de prensa 153 del 18 de julio 2004), se estima que a la fecha hay una prevalencia del 6% en la población infantil y adolescente, por lo que en nuestro país existen aproximadamente 1 878 000 niños y adolescentes con este problema. Alrededor del 50% de los casos con TDAH tienen otro trastorno social, de un 30% a un 40% se asocia al trastorno de

aprendizaje, de un 20% a un 30% se asocia al trastorno oposicionista desafiante, entre el 10% y el 20% se asocia al trastorno de ansiedad, y entre el 5% y el 10% a trastornos depresivos.

El objetivo general del presente reporte es delimitar a través del marco teórico las consideraciones generales que deben tomarse en cuenta en la evaluación de niños con TDAH, quienes constituyen la primera causa de atención en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil de México, así como ilustrar dicha actividad a través de tres casos de evaluación, comentando las sugerencias específicas de tratamiento a cada uno de ellos.

En el abordaje de cada caso los objetivos específicos fueron:

- Brindar orientación psicoeducativa a los padres acerca del TDAH, y adaptar la información a sus posibilidades de comprensión, así como proporcionarles una serie de estrategias que puedan utilizarse en casa para el apoyo a su hijo, y que pueden servir como introducción al curso de "*Manejo de límites, normas y autoridad*" impartido por el área de Servicio Social, y como preámbulo a su atención en las clínicas a las que sean canalizados una vez después de que el paidopsiquiatra revise el informe psicológico del menor.
- Obtener un perfil de las ventajas y desventajas más significativas del paciente, y retroalimentar tanto a los padres como a los distintos profesionales de la salud mental (paidopsiquiatra, neurólogo, terapeuta, etc.) al respecto.
- Recomendar al médico paidopsiquiatra las sugerencias de tratamiento más adecuadas a las necesidades específicas del niño.

Las prácticas además de ser supervisadas, se sustentaron en información bibliográfica, lo que implica un campo de interacción en el cual además del contacto con los escenarios reales, se entra en contacto con los productos de otros miembros de la comunidad científica para el estudio de una problemática determinada, demandando una serie de estrategias y habilidades de análisis y síntesis.

5.- SÓPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

a) ¿Qué es el Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH)?

- **Concepto y Etiología**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, conocido como TDAH por sus siglas, ha sido considerado como una entidad médica desde 1900, estableciéndose su importancia real hasta el inicio de la década de los noventa. Desde su descubrimiento, se le han asignado más de 80 denominaciones, siendo conocido como "Déficit del control moral", "Lesión cerebral mínima", "Disfunción cerebral mínima," e "Hiperquinesia". Estas denominaciones reflejan los avances en la investigación, los cambios que se han ido produciendo en la conceptualización del trastorno, y la evolución de los criterios diagnósticos que permiten diferenciarlo de otros trastornos.

Actualmente se reconoce como un trastorno esencialmente crónico, de naturaleza heterogénea y cambiante, de etiología desconocida, de probable base orgánica, en el que influyen factores genéticos, hormonales, y ambientales, y en el que están involucradas las catecolaminas cerebrales, principalmente la dopamina, la norepinefrina, y la noradrenalina. Éstos neurotransmisores no funcionan correctamente en el lóbulo frontal del cerebro que es el encargado de la llamada "función ejecutiva", gracias a la cual podemos empezar una acción y continuar haciéndola a pesar de las distracciones. Las disfunciones en este sistema producen alteraciones graves en la inhibición y en la capacidad para controlar los impulsos, alteraciones en la capacidad de mantener la flexibilidad mental y el cambio de criterios, en la planificación y generación de estrategias, en la organización de las acciones, en la utilización de la experiencia (memorias a largo plazo) y en la producción de una actividad espontánea (verbal o no verbal), características muy notables en los niños que padecen TDAH (Bausela, 2005). Durante la evaluación psicológica a pacientes con TDAH, estas funciones se tratan de observar tanto en las

pruebas como en la observación directa para determinar el grado de afección de éste padecimiento.

- **Epidemiología**

El TDAH constituye el desorden del comportamiento que con más frecuencia se diagnostica en la infancia, afectando del 3 al 7% de los niños en edad escolar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que uno de cada tres niños que solicitan atención psiquiátrica lo hace por TDAH.

Éste trastorno se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas, en una proporción de nueve varones por seis mujeres. Las niñas presentan con mayor frecuencia problemas de inatención, dificultades cognitivas, y síntomas ansiosos y afectivos, mientras que los niños presentan más impulsividad, excesiva actividad, e inatención. (Solloa, 2001).

Según la Secretaría de Salud, en México se estima una prevalencia del 6% en población infantil y adolescente, por lo que existen aproximadamente más de un millón y medio niños y adolescentes con este problema; cifra que podría duplicarse, si se toma en cuenta a los adultos que continúan padeciendo TDAH. Actualmente se calcula que 50% de los niños que acuden a un servicio de consulta externa en un centro de salud mental de segundo nivel de atención, presenta este trastorno. Hace algún tiempo se pensaba que dicho trastorno desaparecía en la etapa de la adolescencia; sin embargo, aun en más del 50% de los casos la enfermedad perdura hasta la edad adulta, lo que aumenta el número de personas con este padecimiento. (Secretaría de Salud, 2004)

- **Características**

Éste síndrome se caracteriza por la presencia de tres síntomas primarios: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, presentándose cada uno de ellos en intensidades distintas. Éstas tres características están presentes en los estadios iniciales del desarrollo en todos los niños, sin embargo, cuando producen incapacidad porque sobresalen en frecuencia, intensidad, y duración, se consideran clínicamente significativas. Éstos problemas se reflejan en un deterioro de la capacidad del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener en su mente las metas y contemplar consecuencias futuras, situaciones que afectan su desarrollo y su calidad de vida, particularmente si éste trastorno no es detectado y manejado a tiempo. (Russell A. Barkley, 2002)

a) Inatención: Este aspecto es fundamental en la integración y diagnóstico de estos casos.

En contra de lo que se ha creído durante muchos años, el síntoma más importante de este síndrome no reside en la hiperactividad, sino en los problemas de atención y concentración. Estos problemas se dan sobre todo cuando la persona afectada de TDAH está realizando tareas rutinarias. Uriarte (1998) llama a este síntoma "corto periodo de atención", ya que el niño sí enfoca su atención, pero sólo por un breve intervalo de tiempo y siempre por debajo de lo esperado para su edad. El niño se muestra interesado por detalles mínimos e indiscriminadamente, por lo que no hace una adecuada elección de lo esencial y lo secundario, ni organiza adecuadamente sus actividades.

b) Hiperactividad: El movimiento es algo inherente y normal en toda criatura, pero la inquietud de estos niños sobrepasa lo esperado y permisible. Es un estado de movilidad prácticamente permanente, el cual es reportado por los padres desde que éste es muy pequeño. Muchas veces esta conducta es tolerada por el medio familiar, sin embargo al

entrar a la etapa escolar los maestros detectan un problema en los niños, ya que a esta edad se esperaría el acatamiento de normas y adaptación a actividades y experiencia determinadas que a estos niños se les dificultará ampliamente.

La hiperactividad, más que un problema de movilidad es un problema de control e inhibición de la conducta. Estos niños dan respuestas excesivas a los estímulos del medio. Los individuos hiperactivos e impulsivos no son capaces de controlar sus movimientos, por déficit de inhibición. Cuanto más rutinario y monótono es el medio, tanto más se mueven y tanto más se multiplican los movimientos que realizan sin ningún objetivo.

- c) Impulsividad: En éste rubro se pueden mencionar todas aquellas acciones que interfieren en la capacidad para inhibir la conducta, actuando según lo que le dictan sus impulsos sin poder tolerar ninguna demora en la satisfacción de sus necesidades.

Las características de la persona impulsiva son las siguientes: son personas excitables, desorganizadas, responden sin pensárselo dos veces, planifican poco, tienen poca paciencia, cambian a menudo de actividad, tienen poca capacidad de inhibición, poca tolerancia a la frustración, poca capacidad de demora de la gratificación, prefieren recibir premios pequeños a corto plazo, en lugar de esperar premios mayores en un plazo mediano, y a menudo se ven envueltos en problemas por su comportamiento inadecuado.

- **Clasificación**

La cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) menciona tres modalidades de TDAH:

- a) **El predominantemente inatento:** El pequeño sólo es capaz de concentrarse durante muy poco tiempo, ya que su atención salta de un objeto a otro oscilando frecuentemente. Son niños con una exagerada facilidad para despistarse y, por tanto, con serias dificultades para centrarse en las tareas académicas.
- b) **El tipo impulsivo-hiperactivo:** Son niños en los que predominan las conductas impulsivas y la hiperactividad. Las primeras hacen que el niño emita respuestas o conductas precipitadas. La segunda se refleja por la inquietud motora en momentos en los que los niños que no padecen el trastorno, normalmente, permanecen tranquilos.
- c) **El tipo combinado:** Cuando aparecen, más o menos por igual, la inatención, la impulsividad, y la hiperactividad.

- **Diagnóstico**

Es importante resaltar que aun cuando éste diagnóstico es muy común, existe mucha ambigüedad en torno a su conceptualización, debida en parte a la sobre-información relacionada con este padecimiento, la cual en la mayoría de los casos, proviene de fuentes poco fiables. Así es común escuchar que las personas hablan de que cierto niño tiene TDAH porque es muy inquieto o porque no pone atención a las cosas, sin considerar que tal vez las conductas observadas en él son simplemente síntomas que expresa el menor ante una problemática emocional importante.

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV), para el diagnóstico de éste trastorno se necesitan cumplir las siguientes características:

1. Presencia de Hiperactividad-Impulsividad o Desatención: Para el diagnóstico de estos síntomas se indica una serie de criterios que deben de cumplirse (Ver Anexo 2)
2. Inicio antes de los 7 años de edad
3. Una duración de cuando menos seis meses.
4. Comprobación de que no se tiene como causa la esquizofrenia, trastornos afectivos, o retraso mental severo o profundo.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y debe ser determinado por un pidiopsiquiatra con base en la observación de la conducta del niño y su tolerancia a la falta de actividad durante la entrevista a los padres. La anamnesis valorará la presencia de síntomas y su persistencia en distintos ambientes, así como los antecedentes personales y familiares. Por otro lado dicha valoración deberá complementarse con una exploración física que deberá incluir una valoración

neurológica, visual y auditiva. Los exámenes complementarios son solicitados según los hallazgos de anamnesis y exploración física.

En el hospital Psiquiátrico infantil "Juan N. Navarro" los pacientes reciben una primera impresión diagnóstica cuando ingresan al área de urgencias, y posteriormente pasan con su médico paidopsiquiatra para la determinación de un diagnóstico más exacto, para lo cual es necesaria una buena observación clínica y la realización de estudios complementarios tales como: estudios psicológicos (valoraciones emocionales, cognoscitivas, de desarrollo, completas), pruebas de laboratorio (orina, excremento, sangre), y estudios de gabinete (electroencefalograma, rayos X, resonancia magnética, tomografías).

Es importante resaltar que no es la conducta en sí lo que rige el diagnóstico, sino la frecuencia, la intensidad, y la severidad con la que se presenta, así como el grado en el que afecta al buen desarrollo de la persona en diferentes aspectos de su vida (hogar, escuela, familia, comunidad, iglesia, etc.). Los niños con TDAH se arriesgan constantemente, corren, trepan, se alejan, curiosean e investigan exponiéndose a peligros que otros niños de su edad ya son capaces de tener en cuenta. Presentan problemas para organizarse, para planear, expresarse, elegir y utilizar estrategias con la intención de resolver problemas. No pueden detenerse, pensar, inhibir impulsos, esperar, actuar y mantener el nivel de esfuerzo y concentración a pesar de las distracciones que haya, de manera tan eficiente como otros niños.

Tras diagnosticar al niño con TDAH, es necesario establecer unas medidas terapéuticas que logren controlar los síntomas y sus repercusiones. Es por ésta situación que los paidopsiquiatras del hospital psiquiátrico infantil "Juan N. Navarro" ante la sospecha clínica de este padecimiento,

solicitan una valoración psicológica en la que se determine el nivel intelectual para poder determinar el tipo de terapia psicológica más adecuada de acuerdo a las capacidades del niño.

Los paidopsiquiatras generalmente están más interesados en las capacidades cognitivas de los niños con TDAH que en su dinámica emocional, situación por la cual habitualmente solicitan valoraciones cognoscitivas al servicio de psicodiagnóstico para saber su nivel de coeficiente intelectual (CI). No obstante, considero que dada la etiología y la alta comorbilidad de este padecimiento, es difícil separar la parte intelectual de la parte emocional, ya que ésta última de igual manera puede interferir en el rendimiento escolar del menor, situación que se discutirá más adelante en el apartado de recomendaciones y/o sugerencias para el servicio social.

- **Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad**

Una gran variedad de problemas médicos y psiquiátricos pueden confundirse con el TDAH u ocurrir con él. La hiperactividad y la inatención como síntomas pueden aparecer en diversos problemas médicos y psicológicos, como en los trastornos de aprendizaje y lecto-escritura, trastorno negativista-desafiante, trastornos de la conducta, ansiedad, depresión, trastorno bipolar y trastorno de tics.

Para hacer el diagnóstico diferencial se deberán descartar las otras posibles causas de la inatención e hiperactividad. Con respecto a la inatención, entre las causas médicas o físicas que la explican se encuentran los problemas de visión o audición, la epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, o sueño insuficiente por trastorno del sueño o problemas ambientales. Los trastornos de ansiedad, o miedo real, depresión (produciendo falta de interés), o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño pueden interferir también con la atención. En adolescentes se puede

observar que el uso de algunos medicamentos como el fenobarbital o la carbamazepina, y el uso de drogas como el alcohol, la marihuana, la cocaína, los inhalantes volátiles, etc. pueden disminuir la atención.(Meneghello, 2000)

Respecto a la hiperactividad, algunos niños en la parte alta del espectro normal de actividad pueden parecerse a niños con TDAH, o niños con un temperamento difícil. También la enfermedad bipolar de comienzo temprano se puede parecer al TDAH. Además, niños con distintos grados de retraso mental leve, capacidad intelectual en el límite con el retraso mental, y trastornos de aprendizaje pueden ser confundidos con el TDAH.

Además de un buen diagnóstico diferencial se debe de considerar la comorbilidad, pues el TDAH se presenta en gran medida con los trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y aprendizaje. La mayoría de expertos coincide en que el 40-60% de los pacientes con TDAH presenta al menos un trastorno comórbido, aunque otros autores han observado una comorbilidad de hasta el 60-80%, ya que los síntomas tienen un impacto sobre las diferentes esferas de la vida del sujeto (Artigas, 2003). La presencia de comorbilidad en el TDAH se utiliza como un índice de gravedad de la psicopatología, ya que la alteración del funcionamiento suele ir aumentando con cada diagnóstico comórbido. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos disruptivos (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta), trastornos de ansiedad, trastornos del humor y trastornos por tics.

- **Tratamiento**

Dada la diversidad, grado de afección y cronicidad de los problemas conductuales asociados al TDAH, se requiere un tratamiento multimodal en el que intervengan profesionales de distintas disciplinas como: psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros de educación especial.

El tratamiento farmacológico constituye una de las piedras angulares para el control de este padecimiento, no dejándose del lado el papel de la crianza y la educación del niño. El papel de los padres es fundamental ya que su forma de criar puede afectar, empeorar, alterar, modificar, o mejorar la sintomatología y el grado en el que el niño y/o adolescente logra vencer dificultades, adaptarse y triunfar familiar, emocional, académica y socialmente.

El principal objetivo que se pretende en el tratamiento de niños hiperactivos es el de ayudarlos a enfocar y conservar su atención, y mantener bajo control las respuestas impulsivas. (Russell A. Barkley, 2002).

Los fármacos estimulantes tienen un efecto mucho más complejo que una simple disminución del nivel de actividad. Suelen alterar la actividad de los niños, su orientación hacia objetivos, estado de ánimo, personalidad, concentración, percepción y coordinación motora, y los cambios en estas áreas pueden afectar la relación con sus familias, escuela y compañeros. (Satler, 1985).

Existen fármacos estimulantes que actúan sobre el neurotransmisor dopamina (Metilfenidato, dextroanfetamina), y medicaciones no estimulantes que intervienen principalmente sobre la noradrenalina (atomoxetina, bupropion, tricíclicos), aumentando sus niveles en algunas zonas del cerebro que funcionan por debajo de lo normal en niños con TDAH, como por ejemplo, las

áreas prefrontales, las cuales sirven para inhibir las respuestas y para filtrar el ruido de fondo y podemos concentrar.

También son importantes los tratamientos de modificación conductual y de modalidad cognitivo-conductual, los cuales permiten proporcionarles tanto a los niños como a los padres estrategias para mejorar su calidad de vida. La educación y entrenamiento de los padres en el manejo de TDAH son esenciales para el éxito. (Bauermeister J.J, 2009)

El tratamiento conductual ayuda al niño a aprender conductas positivas mediante el empleo de retroalimentación positiva, definiendo estrategias que pueden ser utilizadas exitosamente por los padres y los profesores para modificar conductas particulares asociadas al TDAH. El tratamiento cognitivo ayuda a establecer en el niño un pensamiento organizado en el que éste es capaz de prever las consecuencias de sus conductas y buscar alternativas. Esto se logra a través de un Entrenamiento mediacional cognitivo o autoinstruccional (Meichenbaum & Goodman, 1971) en el que el niño aprende autoinstrucciones que interrumpen la cadena de pensamientos que él mismo elabora antes de la solución de un problema, sustituyéndolo por una secuencia de pensamientos más útil.

- **Pronóstico**

El pronóstico es variable en función de la gravedad de los síntomas y de los problemas y/o trastornos que puedan coexistir con el TDAH. En términos generales, se puede afirmar que en muchos sujetos el exceso de actividad motora y/o vocal se reduce significativamente a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta. No obstante, según Barkley (2002), más del 80% de los niños que han sido diagnosticados de TDAH en la edad escolar, continuarán presentando el trastorno en la adolescencia y entre el 30 y el 65% lo presentarán también en la vida adulta.

Los síntomas que son más estables son los de impulsividad, aunados con la baja autoestima, el pobre logro académico y la conducta antisocial. Los problemas de aprendizaje suelen persistir durante toda la vida. Sin embargo todo esto no es definitivo ya que habrán de considerarse los recursos del niño, su capacidad intelectual, la severidad de los síntomas, su medio familiar, la presencia de conductas agresivas y su nivel socio-económico. Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, influirá de forma determinante en la evolución del paciente.

Los adolescentes con TDAH acostumbran a ser poco perseverantes, presentan escasa tolerancia a la frustración, y exigen la gratificación o cumplimiento inmediato de sus demandas. El abandono de la enseñanza, y el consumo de alcohol. (Solloa, 2001).

Los adultos con TDAH son, con frecuencia, desorganizados y descuidados. Tienen dificultades para mantener un trabajo estable y cambian de actividad con frecuencia. Muchos tienen el sentimiento de no haber conseguido lo que son capaces de alcanzar, por su escasa perseverancia y su tendencia a posponer las cosas. Son más propensos tanto a los accidentes de tránsito como a los laborales. Presentan más problemas matrimoniales y psicológicos que los

adultos que no padecen esta alteración, y consumen más alcohol y otras drogas. La irritabilidad, las explosiones de cólera, y la baja tolerancia a la frustración son frecuentes.

b) ¿Cómo se evalúa a un niño con TDAH?

La evaluación reviste gran importancia en el trabajo psicológico, pues es el paso inicial por el cual se intenta delimitar el problema que presenta un individuo y sus posibles orígenes, además de ser la fuente inicial de información para definir un plan de intervención. En cualquier proceso de evaluación psicológica se intenta formular hipótesis explicativas o causales sobre la problemática de quien consulta, es por ello que el psicólogo debe contar con herramientas y procedimientos adecuados que le permitan establecer de forma válida y confiable la problemática real.

La evaluación del niño con TDAH comprende la formulación de una clasificación diagnóstica, una delineación cuidadosa de las capacidades y deficiencias del niño, una descripción de su temperamento y personalidad, y las recomendaciones apropiadas.

El diagnóstico del TDAH en niños preescolares ofrece muchas dificultades debido a que la mayoría de los niños de esa edad presentan alto grado de actividad, impulsividad y lapsos cortos de atención. Cuando éstas características se presentan en grado excesivo, impiden el aprendizaje óptimo, la socialización exitosa, y una adecuada interacción madre-hijo, lo cual hablaría de la patología de los síntomas. Generalmente el diagnóstico de la hiperactividad se da cuando el niño ingresa al jardín de niños o la primaria, ya que el menor no siempre es capaz de ajustar su conducta a las reglas de la clase. Para el niño hiperactivo, por ejemplo, es muy difícil estarse quieto y sentado en su lugar durante una hora, grita mucho, impide las actividades de la clase y de los compañeros, y además es desatento. Por otra parte, a ésta edad se inicia el aprendizaje de la lecto-escritura, y aunque no es una regla, el niño con TDAH presenta ciertas dificultades como consecuencia de los problemas perceptivos y de atención que lo caracterizan.

En general, la evaluación del TDAH exige una valoración completa y meticulosa. Entre los procedimientos de evaluación más comunes se encuentran las entrevistas, los cuestionarios, la observación conductual, y las pruebas psicológicas.

Debido a la visión psiquiátrica predominante en el abordaje de patologías de los pacientes del hospital "Juan N. Navarro", considero que debido al enfoque centrado en los síntomas se pierde la visión integral de los padecimientos, tanto en la evaluación como en el tratamiento de los mismos. Debido a éste factor, ante un caso de TDAH los psiquiatras solicitan a los psicólogos del área de psicodiagnóstico la realización de "valoraciones cognoscitivas", en donde se enfatiza la necesidad de conocer el CI del menor y se deja del lado la dinámica emocional.

En éste apartado se hablarán en general de los aspectos básicos de la evaluación de niños con TDAH, y en específico, del trabajo que se desarrolla por normatividad en el área de Psicodiagnóstico del hospital "Juan N. Navarro" al realizar "evaluaciones cognoscitivas".

- **La entrevista**

La entrevista se realiza con la madre o el principal responsable del niño, quien ofrece información sobre la edad en que empezaron los problemas y la frecuencia de las dificultades del menor. Ésta es crucial para obtener información acerca de la familia del niño, la visión que los padres tienen del problema de su hijo, los estilos de crianza y las técnicas disciplinarias, los factores del entorno que pueden estar contribuyendo a los problemas del menor, y los recursos disponibles de la familia, así como para obtener información sobre el desarrollo prenatal y postnatal, desarrollo neuromotriz, enfermedades padecidas, escolaridad, y la presencia de parientes con una conducta similar o algún trastorno psíquico. Ésta información nos permite

descubrir algunas de las posibles causas de la hiperactividad o de la inatención, y formular hipótesis que nos permitan comprender mejor el comportamiento del niño.

Durante la entrevista con el niño y los informadores (frecuentemente los padres) el psicólogo clínico debe evaluar la presencia de síntomas disruptivos, ansiosos, depresivos, etc., así como el impacto del cuadro clínico en el rendimiento escolar, la dinámica familiar y las relaciones con otros compañeros.

La entrevista produce diversos tipos de información:

- a) Desarrollo: Incluye información sobre el proceso cognoscitivo y de percepción, habilidades y aptitudes sociales, conducta adaptativa, y características emocionales y de personalidad.
- b) Conductual: Incluye observaciones de su conducta en la familia, en la escuela y en la situación de prueba. Si no se puede observar directamente se recurre a registros observacionales y cuestionarios.
- c) Médica: Incluye información sobre estudios realizados, incluyendo también tratamientos farmacológicos.
- d) Ambiental: Se refiere a la información de la escuela y la familia

Esta información deberá usarse para describir el problema, estimar su gravedad, identificar los factores relacionados con él, sugerir áreas de mejoramiento y ayudar a desarrollar tratamiento o sugerencias terapéuticas.

Cuando los resultados de las pruebas no concuerdan con la narración de los padres sobre lo que el niño puede hacer, hay que seguir investigando hasta encontrar razones del desacuerdo.

- **Pruebas psicológicas**

Aunque existen cuestionarios para la valoración de la presencia de síntomas del TDAH y síntomas asociados (E.g: la Escala de Conners, Inventario de conductas infantiles de Achenbach), no hay una determinada prueba o batería de pruebas psicológicas para establecer un diagnóstico de TDAH. Sin embargo, diversos tipos de pruebas son útiles en la evaluación cognoscitiva de niños canalizados por un posible TDAH, incluidas las pruebas de inteligencia, las de ejecución, las de memoria, y una o más pruebas neuropsicológicas. Con estas pruebas se aporta información acerca del desarrollo intelectual, estilos cognitivos, presencia o ausencia de síntomas neurológicos menores, impulsividad, desarrollo perceptivo, coordinación motora, capacidad de atención, y nivel de actividad motora del infante.

- **Integración Visomotriz:** El test Guestáltico Visomotor de Laretta Bender es un test clínico, no verbal, de tipo lápiz y papel, que evalúa la función Guestáltico motora tanto en niños como en adultos. Está basado en la teoría de la Gestalt sobre la percepción, en particular en las investigaciones realizadas por Wertheimer sobre las leyes de la percepción en 1923. Consta de nueve tarjetas con dibujos abstractos, los cuales deben de ser copiados uno por uno en una hoja en blanco. Esta prueba tiene una alta confiabilidad, ya que puede detectarse retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, así como diagnosticarse daño neurológico y retraso mental.

En el hospital psiquiátrico infantil "Juan N. Navarro" se emplea la escala de Koppitz para evaluar la madurez perceptomotora para evaluar niños entre 5 y 11 años, ya que la validez y la confiabilidad arrojadas por distintas investigaciones con diferentes tipos de población son muy altas.

La escala de ésta prueba consta de 30 indicadores que se califican con uno o cero: uno si está presente el error, y cero si está ausente. De esta forma, una calificación alta corresponde a un grado de madurez bajo. Para asignar la calificación el error tiene que ser muy claro, ya que si existe duda deberá puntuarse con cero.

Además de la escala para evaluar el nivel de maduración, Koppitz identificó algunos indicadores emocionales que pueden tomarse como referencia para comprender la conducta de los niños, pero que de ninguna manera deberán emplearse por sí solos para hacer diagnósticos. Algunos de ellos son: orden confuso, línea ondulada, aumento progresivo de tamaño, gran tamaño, tamaño pequeño, segunda tentativa, expansión, línea fina, y repaso del dibujo.

En lo personal considero que en la actualidad el test de Bender sigue siendo una prueba útil para evaluar el nivel de maduración en la integración Visomotriz de los niños, debido a que arroja resultados fiables y es de fácil aplicación. Es la primera prueba con la que se inicia toda evaluación en el hospital, quizá porque permite establecer un buen rapport con el paciente y favorece la alianza paciente-evaluador.

- **Nivel de Inteligencia:** El test que con más frecuencia se utiliza en las evaluaciones psicológicas es la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler en sus diferentes versiones, ya que permite obtener una medida de la capacidad intelectual del niño descrita en términos de Cociente Intelectual (CI). Su aplicación es individual y la calificación permite comparar el desempeño del infante con el esperable para su edad, obteniendo el CI que corresponda. Consta de 11 subescalas, 6 verbales y 5 de

ejecución, que se aplican intercalándose para mantener más fácilmente el interés y la colaboración de los niños pequeños. (Wechsler, D, 1986)

Dependiendo de las edades de los niños pueden emplearse las escalas WPPSI, WISC-R, y actualmente la escala WISC-IV, la cual rompe con la estructura dual de puntuaciones de CI, y brinda puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en cuatro dominios cognitivos específicos: Comprensión verbal, Razonamiento perceptual, Memoria de trabajo, y Velocidad de procesamiento.

Las escalas WPPSI y WISC-R funcionan muy bien en la población psiquiátrica infantil (incluyéndose el TDAH), arrojando coeficientes de CI confiables. En casos de niños con retraso mental o niños no escolarizados, se opta por utilizar la escala de inteligencia Stanford-Binet, ya que permite visualizar las capacidades del niño en siete categorías: lenguaje, memoria, pensamiento conceptual, razonamiento verbal, razonamiento numérico, área visomotora, e inteligencia social. Además, al comparar la edad mental con la edad cronológica, la escala métrica permite cuantificar los años de adelanto o de retraso en el desarrollo intelectual del menor.

Recientemente en el hospital se está poniendo a prueba la escala de inteligencia WISC-IV, la cual desde mi personal punto de vista, tiene ciertas limitaciones prácticas al emplearse en la evaluación de pacientes psiquiátricos. En primer lugar es una prueba que posee criterios de calificación más estrictos que su versión anterior, por lo que no se recomienda su uso en niños que se sospeche bajas capacidades, ya que éstos suelen obtener un rendimiento mucho menor y por ende un CI menor que el que pudieran

obtener con otras pruebas de inteligencia. Incluso en los niños que al parecer tiene un CI normal se observa que en ésta prueba tienen un rendimiento menor al esperado.

Por otro lado se requiere más tiempo de aplicación, ya que en la mayoría de los casos se necesitan al menos dos sesiones debido a que los niños se cansan alrededor de la séptima subprueba. En caso de niños con TDAH, dependiendo de la gravedad de la sintomatología, el tiempo de aplicación puede alargarse hasta 4 sesiones.

También es muy laboriosa para calificar: primero es necesario calcular las puntuaciones escalares de cada Subprueba, para así establecer el valor de cada índice compuesto. Luego se determina el CIT y se comprueba si es una medida confiable y válida de la capacidad intelectual del menor. Si no es así, ésta debe resumirse en función del Índice de capacidades general, o bien, deberán de interpretarse solamente los índices que sean válidos. Por último se determinan las fortalezas y debilidades normativas y personales de cada uno de los índices, su grado de frecuencia en la población general, y si son hitos destacables o puntos de interés prioritarios para el menor.

- **Estilos Cognitivos**: Los Estilos Cognitivos son las distintas maneras que tenemos los seres humanos para enfrentarnos al aprendizaje, es decir, las formas particulares para recibir, almacenar, procesar y confrontar la información. Los estilos cognitivos estudiados en el TDAH (López-Villalobos, 2003) son:

- a) **"La Reflexión" frente a la "Impulsividad"**: El estilo cognitivo impulsivo está caracterizado por la rapidez, inexactitud, pobreza en los procesos de percepción y en el análisis de la información; mientras el estilo cognitivo reflexivo requiere control de impulsos, comprobación de hipótesis y análisis sistemático. Para evaluar éstos estilos se emplea el "Test de Emparejamiento de Figuras Familiares", adaptado por

Cairns y Cammock en 1978, el cual consta de 20 ítems en los que la tarea consiste en escoger una figura entre seis posibles que debe ser igual a la que se presenta como modelo. Una de las seis figuras es idéntica a la del modelo, mientras que las otras cinco difieren en algún pequeño detalle. La prueba proporciona dos indicadores: el número de errores y la latencia a la primera respuesta.

- b) "La Dependencia" frente a la "Independencia de campo": La dependencia del campo se caracteriza por la tendencia a percibir un fenómeno como un todo unitario, sin atender a las diferentes partes que lo integran; la independencia, por el contrario, consiste en la capacidad de aislar un determinado rasgo que se percibe como relevante, del contexto en el que se integra. Para identificar el estilo cognitivo dominante se emplea el "Test de Figuras Enmascaradas para niños", elaborado por Karp y Konstandt en 1963, el cual consta de modelos recortados de dos formas (tienda y casa) que están enmascaradas en las figuras complejas. Cada una de estas formas se utiliza en una de las series del test (es decir, un conjunto de figuras complejas que emplean la misma forma simple). En la primera serie de figuras complejas, once tienen la forma simple de la tienda (T1-T11) enmascarada en ellas, mientras que en la segunda serie catorce figuras (H1-H14) tienen la forma de la casa. (Zuluaga, 2007)
- c) "La Flexibilidad" o "Rigidez" : La flexibilidad cognitiva es la capacidad para cambiar rápidamente y de forma apropiada, de un pensamiento o acción a otro, de acuerdo con la demanda de la situación; mientras que la rigidez se refleja en la dificultad para ignorar distracciones respecto a un estímulo relevante y/o la inhabilidad para inhibir respuestas verbales incorrectas. Para evaluar este rubro se puede emplear el "Test

de STROOP o Test de Colores y Palabras", el cual se basa en el efecto que el significado de una palabra (nombre de un color) tiene sobre el color en que está escrita ésta. El significado es típicamente el nombre de un color contrario al de la tinta en el que se ha impreso, presentándose lo que se denomina un "efecto de interferencia color-palabra".

Por lo general los niños hiperactivos tienen un estilo cognitivo medio más impulsivo, rígido, y dependiente de campo perceptivo, es decir, su pensamiento es poco analítico, tienen poco control de impulsos, y poseen cierta rigidez cognitiva. Desde una perspectiva del desarrollo individual, en los casos de TDAH se observa una tendencia a la disminución de la impulsividad y de la dependencia de campo, probablemente consustancial al desarrollo de la edad. (López-Villalobos, 2003)

De las pruebas empleadas para la evaluación de estilos cognitivos, en México solo ésta disponible el "Test de colores y palabras" de Charles Golden, ya que las otras pruebas están fuera de catálogo y no poseen baremos para la población mexicana. Por ésta razón no son utilizadas en las evaluaciones que se hacen en el Hospital. No obstante, considero que el psicólogo durante la evaluación con otras pruebas debe de observar el estilo cognitivo predominante del paciente para así informar al maestro o psicopedagogo al respecto. Por ejemplo, se pueden utilizar las subpruebas "Figura-Fondo" y "Constancia de la Forma" del "Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2) para evaluar algunos de los estilos cognitivos del menor, ya que las tareas que ahí se piden son similares a las establecidas en el "Test de Figuras Enmascaradas para niños", y en "Test de Emparejamiento de Figuras Familiares".

- **Signos Neuropsicológicos menores:** Los signos neurológicos menores (S.N.M.) representan realizaciones anómalas en tests neurológicos no específicos. Se les llama menores ("soft" en inglés) porque no indican una lesión claramente localizada en el SNC a diferencia de los signos neurológicos mayores ("hard" en inglés) que tienen un poder predictivo de localización mayor, por lo general en lesiones específicas a nivel de núcleos, tractos nerviosos o nervios. La importancia de estos signos no reside pues directamente en las disfunciones motoras o sensitivas asociadas a su presencia, sino en su valor como indicadores de factores orgánicos cerebrales que pueden tener importancia predictora de disfunciones psicológicas concomitantes y, en particular, trastornos psiquiátricos y del aprendizaje. Son ejemplo de SNM la distinción derecha-izquierda, grafestesia, estereognosia, oposición del pulgar y movimientos en espejo en la mano contraria, marcha, disdiadococinesia, equilibrio, etc. (Ramírez, 2008)

Muchos de los niños hiperactivos presentan signos neurológicos menores. Por eso conviene que se realicen tests como el Test Discriminativo Neurológico Rápido o el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN, el cual es utilizado en el hospital psiquiátrico infantil "Juan N. Navarro" cuando se sospecha de alteración neurológica o déficit de aprendizaje.

El Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN), es una prueba validada en una población con características lingüísticas similares a la nuestra, que nos permite valorar el desarrollo madurativo de niños pertenecientes al rango de tres a seis años de edad, teniendo como objetivo la identificación y prevención de signos neurológicos menores. El instrumento está conformado por 83 ítems agrupados en 13

escalas. Cada ítem es valorado como acierto (1) o error (0), y podemos recoger información respecto a lateralidad de mano, ojo y pie.

Las 8 escalas principales son: Psicomotricidad, Lenguaje Articulatorio, Lenguaje Comprensivo, Lenguaje Expresivo, Estructuración Espacial, Visopercepción, Memoria y Ritmo. (Portellano, 2000). Las 5 escalas adicionales no forman parte del conjunto destinado a medir desarrollo neuropsicológico. Dos de ellas evalúan las áreas de Atención y Fluidez Verbal, y a partir de los 5 años (60 meses), se pueden aplicar dos escalas de lenguaje escrito: Lectura y Escritura.

Cada escala permite registrar puntuaciones cuya interpretación se hace convirtiendo estos puntajes brutos en escalas centiles, los que están diferenciados en 5 grupos de edad en meses. La puntuación total (Desarrollo Global), formada por los 83 ítems de las 8 escalas principales, se interpreta en centiles, y de ésta se puede obtener un índice en términos de cociente de desarrollo (CD). La prueba permite además obtener puntuaciones y centiles del Desarrollo Verbal y Desarrollo No-Verbal del sujeto, los que se obtienen de las 8 escalas principales.

La realización de algunas tareas como el reconocimiento y reproducción de figuras, la distinción derecha-izquierda, los movimientos manuales rápidos, el reconocimiento de formas en la palma de la mano, hacer círculos con los dedos, y oposición del pulgar y movimientos en espejo en la mano contraria, permiten detectar durante la evaluación la existencia de signos neurológicos menores. Además, dichas tareas permiten establecer un buen rapport con el paciente ya que se realizan tanto dentro como fuera del consultorio a manera de juego. Es por esto que considero que este test es práctico y útil

para la evaluación del desarrollo Neuropsicológico del niño, y su uso resulta eficaz en las evaluaciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Cuando un paciente durante la evaluación manifiesta algunos de estos signos neurológicos menores, se sugiere su canalización a Neuropediatría para el establecimiento de alguna estrategia de rehabilitación.

En la evaluación cognoscitiva también puede utilizarse la prueba del dibujo de la figura humana, la cual además de ser una prueba de maduración constituye una técnica proyectiva. Como prueba proyectiva es una de las más utilizadas, entre otras cosas, por su eficacia para detectar indicadores de posibles problemas emocionales que pueda presentar el sujeto para el momento de la evaluación. Basándose en la teoría de de Harry Stack Sullivan, Koppitz plantea la hipótesis de que los DFH reflejan primordialmente el nivel de desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida (Esquivel *et al*, 1999). Los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado, las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida, y su modo de enfrentarlas. Conductualmente, estos problemas se manifiestan a través de una variedad de comportamientos, entre ellos: retraimiento, impulsividad, inestabilidad, agresividad, ira, inseguridad, baja autoestima, mal desempeño escolar, sentimientos de indefensión, egocentrismo, depresión, dependencia, dificultad para conectarse con el mundo circundante, incapacidad para comunicarse, bajo rendimiento académico, sentimientos de culpa, robo, ansiedad, miedo, etc.

Para la evaluación del DFH, Koppitz desarrolló un sistema compuesto por 30 indicadores de desarrollo y 30 indicadores emocionales, los cuales se presentan en niños y niñas en un rango

de edad que fluctúa entre los 5 y los 12 años. Los ítems evolutivos se consideran primariamente relacionados con la edad y el nivel de maduración psicomotriz del menor, mientras que los indicadores emocionales se vinculan primariamente con las actitudes y preocupaciones del menor.

De los indicadores de desarrollo Koppitz tomó en consideración sólo los indicadores esperados (aquellos que se presentaron en una frecuencia del 86%) y los indicadores excepcionales (se presentaron en el 15% o menos de los dibujos) para cada rango de edad, con los cuales creó un sistema de calificación. El procedimiento que se sigue para dicho fin es que a cada dibujo se le otorga una constante de cinco puntos y se resta un punto por cada indicador esperado que no se encuentre presente en el dibujo. Cuando en el dibujo aparecen indicadores excepcionales, a la constante de cinco se agrega un punto por cada uno de ellos.

Con respecto a los indicadores emocionales, Koppitz está de acuerdo en el consenso entre expertos de que no existe una relación unívoca entre un signo aislado del dibujo de la figura humana y un rasgo determinado de la personalidad o de la conducta. Sin embargo, los estudios realizados por dicha autora señalan ciertos aspectos generales que pueden tomarse en cuenta en la interpretación de dichos indicadores. Al analizar los dibujos infantiles desde el punto de vista clínico, el psicólogo debe observar como dibuja el niño su figura o figuras, a quien dibuja, y que es lo que está tratando de decir con su dibujo.

De acuerdo con un estudio para determinar la validez clínica para diferenciar a los niños adaptados de los desadaptados, Koppitz (1976) establece que la presencia de dos ó más indicadores emocionales en el dibujo del niño es altamente sugerente de un problema afectivo.

El DFH se emplea en las valoraciones cognoscitivas que se realizan en el Hospital Psiquiátrico Infantil, y considero que es un instrumento eficaz para detectar la problemática afectiva en la que se pudiera encontrar el paciente. En el caso de los niños con TDAH, puesto que hablamos de un trastorno generalmente comórbido, esta prueba resulta eficaz para detectar síntomas que pudieran explicar alguna otra patología que pudiera afectar al menor.

Con respecto a otras investigaciones sobre evaluación de niños con TDAH, se ha observado que los niños hiperactivos suelen obtener resultados más bajos que los normales en las pruebas de Bender, en el dibujo de la figura humana, y en la prueba del desarrollo de la percepción visual. Sin embargo, tal vez su rendimiento inferior refleje problemas de atención y control de impulsos, más que de control perceptomotor (Satler, 1985).

Las pruebas de inteligencia deben de aplicarse como uno de los diversos elementos en la evaluación de diagnóstico de un niño, y para obtener información sobre sus fortalezas y limitaciones cognitivas. Las principales dificultades de los niños hiperactivos están en su incapacidad para enfocar, mantener y organizar su atención, y para inhibir sus respuestas impulsivas. Estas dificultades suelen reflejarse en su rendimiento en algunas, pero no en todas las pruebas de inteligencia.

Durante la evaluación, los niños hiperactivos tienden a responder más rápidamente y a cometer más errores que los niños del grupo control, sobre todo en aquellas tareas cognoscitivas que requieren esfuerzo concentrado del niño durante un determinado periodo de tiempo (por ejemplo, subtest de Claves). Es por esta situación que en las pruebas individuales de inteligencia suelen obtener resultados más variables que los de los niños normales.

La evaluación no tiene un valor indefinido o definitivo. Los niños cambian como resultado del desarrollo, experiencias de vida y tratamiento. Los seguimientos a corto y largo plazo, son partes importantes del proceso de evaluación psicológica. Se sugiere apoyar a los niños hiperactivos a través del medicamento estimulante, el refuerzo positivo predecible (por ejemplo, elogio) y con entrenamiento en el uso de mandatos verbales auto dirigidos, para que así el niño se recuerde a sí mismo que hay que ir despacio y poner atención.

c) El efecto de los fármacos en la evaluación

Aunque no es papel del psicólogo hablar de los efectos de los fármacos en el desarrollo del paciente, considero que hay algunos aspectos que es necesario reflexionar. La impulsividad y la incapacidad para controlar las respuestas son dos aspectos de la conducta que se benefician notablemente, según reportan con frecuencia los padres y los profesores del niño que recibe dosis apropiadas de estimulantes.

Los resultados de la investigación indican que las habilidades cognitivas más amplias- por ejemplo, las habilidades para razonar y resolver problemas- no parecen afectarse directamente con los estimulantes, en tanto que las más refinadas- como las de atención- se fortalecen con los fármacos. Por otro lado, se ha reportado un notable aumento de los periodos de atención tanto en número como en duración y calidad, lo cual produce cambios favorables en el área del aprendizaje. También se incrementa la responsabilidad del niño, quien hace su trabajo con mayor limpieza y además lo termina. Se aumenta además la capacidad para memorizar y se exhibe una mejor tolerancia a las frustraciones, estimulándose el interés por luchar con los problemas que el aprendizaje plantea (Velasco, 1978).

El grado en que las drogas afectan el rendimiento en las pruebas de inteligencia de los niños hiperactivos (y de los incapacitados para aprender) parece muy variable. Algunos estudios informan mejorías en el CI Verbal o en el de Ejecución, en tanto que otros encuentran poco o ningún cambio. (Satler, 1985)

d) El papel de los padres en la educación de niños con TDAH

El papel de los padres resulta imprescindible para la recuperación del niño hiperactivo, ya que representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad. Para cumplir bien el papel que les corresponde los padres necesitan: un diagnóstico temprano de la situación en que se encuentra su hijo, información clara de qué es el TDAH, información sobre el grado de afectación de su hijo, y recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específica sobre las pautas de acción para casa.

Para los padres suele ser complicado reconocer que su hijo sufre TDAH, por lo que la psicoeducación les ayuda a adoptar una actitud positiva ante el padecimiento y fomentar la autoestima de sus hijos, además de servirles como guía de actuación para estimular las conductas positivas en casa, motivar el estudio, mejorar la integración social de los pequeños, y manejar distintas alternativas para gestionar su tiempo libre, entre otras opciones.

Para cumplir dicho fin, en el hospital se brinda apoyo a los padres a través del taller "Manejo de límites, normas y autoridad en casa", el cual se imparte por el área de Servicio Social. No obstante, considero necesaria la orientación por parte del área de Psicodiagnóstico durante la entrega de resultados a los padres, ya que ello posibilitara el manejo del niño en tanto los padres reciben fecha para asistir al curso y reciben instrucciones del médico psiquiatra para el tratamiento a seguir en la clínica hospitalaria correspondiente a su padecimiento.

Algunas de las recomendaciones que realicé durante las entrevistas de devolución de resultados y que fueron de gran utilidad para los padres mientras esperaban la continuidad de su atención psiquiátrica y psicológica son:

- **Registro de conductas:** Se hace hincapié en que los padres estén al pendiente de las conductas de su hijo y que las registren en una agenda o diario de sucesos significativos del día, para que así puedan coordinar el intercambio de información entre el psiquiatra, el psicólogo, el psicopedagogo, y el profesor del aula.
- **El niño necesita estructura:** Se explica a los padres que a un niño con TDAH lo que más le falta es estructura, y que necesita contar con: orden, unos padres organizados, un ambiente familiar estructurado, reglas muy claras, rutinas y a aprender a predecir las respuestas de sus padres por sus actos.
- **No activar al niño con su comportamiento:** Los niños con TDAH son más vulnerables a la influencia del entorno; si este es estresante, si los gritos son frecuentes, si el ambiente es desorganizado, es muy probable que su inestabilidad se manifieste en forma de una hiperactividad incontrolada y una excitabilidad muy marcada.
- **Poner límites claros y adecuados a la capacidad del niño:** Se indica que al niño deberán dársele órdenes con gentileza explicando que y como debe actuar, en vez de lo que no debe hacer. Se deberá explicarle que las elecciones que hagan tendrán consecuencias (positivas o negativas), y cumplir con las advertencias que se han establecido con claridad y justicia. Retirarle privilegios, no necesidades, si así se quiere y estipula.
- **Consecuencias inmediatas:** Hacer hincapié en que los premios o los castigos que se establezcan deberán darse en el momento, ya que si se promete algo a largo plazo se pierde su efecto. Es más importante fijarse en aquellas conductas positivas que

seguro los niños realizan y que pasan desapercibidas, que atender a las conductas negativas que no les agradan.

- **Evitar el uso del castigo:** Si se utiliza el castigo más a menudo que el reforzamiento positivo se corre el riesgo de que éste pierda su eficacia y se tenga que recurrir a castigos cada vez peores. La mejor alternativa será la de ignorar lo que el niño hace, no mirarlo ni hacer comentarios hasta que el comportamiento ceda.
- **Papá y mamá deben ser siempre un equipo:** El niño siente seguridad al saber que sus padres están de acuerdo con la forma de educar, ya que si de alguna forma estos se contradicen el niño se confunde más o aprende a manipular. Esto es importante aun cuando los padres estén separados.
- **Comunicación efectiva:** Se invita a los padres a desarrollar nuevas habilidades en la comunicación con su hijo. Deben asegurarse que el niño los escucha, mirándolo a los ojos, hablándole despacio y con frases cortas, con un tono de voz suave, y con mucha proximidad física (a medio metro de distancia). No se deberá escuchar al niño cuando grita.
- **Favorecer la autonomía personal del niño,** al no sobreprotegerlo y darle responsabilidades familiares razonables y tareas en consonancia con sus aptitudes. Se enseñará al menor a realizarlas y luego se alabará su cumplimiento.
- **Crear buenos hábitos de estudio:** Esto implica establecer una rutina de trabajo, acondicionar el cuarto de estudio, entrenar para que se acostumbre a trabajar solo,

premiar el ser capaz de adelantar materia de estudio, preparar la mochila para el día siguiente, y premiar la conservación del material escolar.

- **Modelar conductas reflexivas:** Se habla con los padres para que "modelen", es decir, que prediquen a través del ejemplo aquellas conductas que son deseables.
- **Reforzar su autoestima:** La función de los padres es básica en el desarrollo de la autoestima del niño, su actitud debe ser cariñosa y positiva, alabando los logros del niño con sonrisas, abrazos y palabras de ánimo, mostrándole en todo momento confianza, así como elogios, no sólo cuando hacen algo bien, sino también, cuando se esfuerzan en conseguirlo. El niño necesita sentirse valioso y reconocido por las personas que lo rodean, sobre todo por sus padres, quienes deberán transmitir al hijo la importancia que éste tiene en el núcleo familiar y deben satisfacer la necesidad que el niño tiene de ser amado, respetado, escuchado, y aceptado como individuo.
- **Generalizar la utilización de auto-instrucciones:** Se recomienda a los padres colocar carteles en casa para ayudar al niño a analizar las situaciones, y sabe qué hacer en cada una de ellas.
- **La relación Madre-Hijo, Padre-Hijo es sagrada:** No hay nada más importante que tener una buena relación con los hijos. Por tanto se hace énfasis en que la relación no se forma en un momento, sino que es continua y debe tener relaciones mutuas de amor, caricias, respeto, aceptación y atención.

- **Favorecer el contacto controlado con otros niños:** Los padres pueden ayudar a sus hijos enseñando a aumentar la cantidad y variedad de sus estrategias para resolver situaciones sociales, favoreciendo el contacto controlado con otros niños y ayudándolos a controlar las emociones en los encuentros con los amigos para que el niño no estropee con su mal comportamiento el contacto. Se recomienda a los padres observar a sus hijos mientras juegan para posteriormente retroalimentarlo respecto a sus relaciones con el grupo de pares.
- **Ser constante:** Es necesario hacer hincapié en que cualquier cambio requiere de tiempo, y que aun cuando se esté fuera de casa la conducta debe de ser la misma.

Considero que la aplicación de las estrategias anteriores en la dinámica familiar ayuda a concretar el éxito en las intervenciones terapéuticas, promoviendo el desarrollo de la autoestima del menor al favorecerse situaciones en las que el niño tenga logros (aunque inicialmente estos sean muy pequeños), y al crearse un clima de respeto y aceptación entre todos los miembros del núcleo familiar. Sin embargo, debe considerarse que el desarrollo de estas estrategias regularmente es un proceso largo que requiere tiempo y esfuerzo por parte de todos los implicados: paidopsiquiatras, maestros, terapeutas, padres, y por supuesto, el niño.

6.- RESULTADOS OBTENIDOS

El presente capítulo tiene como propósito dar a conocer los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos de las valoraciones de procesos cognoscitivos realizadas a tres pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" durante mis prácticas de Servicio Social, los cuales fueron diagnosticados con TDAH predominantemente hiperactivo, TDAH predominantemente inatento, y TDAH mixto.

Se eligieron estos casos al azar con el objetivo de ilustrar las diferencias en el proceso de evaluación, y resaltar la importancia del psicodiagnóstico.

Considero que el hablar solamente de los resultados es insuficiente por lo que se dará un marco de referencia en donde se describirán el motivo de referencia al área de Psicodiagnóstico, los antecedentes de importancia, y la actitud que el menor manifiesta durante la evaluación.

Cabe resaltar que en cada una de las valoraciones se realizaron entrevistas tanto a los padres como a los menores, además de emplearse una batería de pruebas conformada por el test de Bender, el dibujo de la figura humana, y la Escala de Inteligencia de Wechsler adecuada a su nivel de edad. Como tanto Luis David como María Belén son menores de seis años y medio se utilizó en ambos casos la Escala de Inteligencia para el nivel preescolar y primaria de Wechsler (WPPSI). En el caso de Luis Iván se empleó la Escala de Inteligencia WISC-IV, con el objeto de ilustrar el uso de esta prueba.

Así mismo se emplearon pruebas complementarias para corroborar ciertos datos de interés en cada caso en particular, y que posibilitaron idear estrategias de tratamiento más adecuadas para cada uno de ellos.

A. CASO LUIS DAVID

NOMBRE: Luis David P. H

EDAD: 6 años 5 meses

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: Primer grado de Primaria con apoyo de USAER

RELIGION: Católica

FECHA DE NACIMIENTO: 24 de Mayo de 2001

RESIDENCIA: Iztapalapa, D.F

FECHA DE APLICACION: 12, 13, 19, 23 y 26 de Noviembre de 2007

MEDICO QUE SOLICITA: Dra. Pilar Poza Díaz

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Metilfedinato (Concerta)

DIAGNOSTICO INICIAL: Trastorno con déficit de atención

- **Motivo de consulta**

El médico de la clínica de la Conducta refiere al paciente al servicio de Psicodiagnóstico ya que observa que éste tiene gran dificultad para realizar semejanzas y diferencias, así como para aprender a leer y a escribir. La madre refiere que trae a su hijo a este hospital debido a que *"pegaba mucho en el kínder y era muy agresivo al jugar con sus compañeros"* sic, conductas que persisten hasta la fecha aunque en menor grado, según comenta

- **Antecedentes personales**

Luis David es el segundo hijo de dos gestas de la madre, quien refiere haber planeado y deseado el nacimiento de su hijo ya que 6 meses antes había tenido un aborto espontáneo. El embarazo fue de alto riesgo presentando la madre constantes vómitos y bajo peso, por lo que lleva control médico mensual y complementos vitamínicos. El paciente nace a las 39 SDG por parto natural, con un peso de 2875 g, una talla de 51 cm, y obteniendo un APGAR de 8. No se

refieren complicaciones durante el parto, sin embargo, el paciente presenta reflujo gastroesofágico a los 15 días de nacido por lo que es tratado durante seis meses con Cisaprida y Ranitidina. Al año y medio el paciente presenta problemas de bronquios por lo que es atendido con Ketotifeno y Salbutamol por seis meses.

La madre parece no recordar con exactitud datos acerca del desarrollo motor de su hijo, sin embargo menciona que éste se rueda de la cama desde el primer día de nacido. Luis David presenta un desarrollo psicomotor normal logrando sostén cefálico a los 4 meses, sedestación a los 8 meses, y deambulación hasta cumplir 1 año 3/12 meses. Lo refieren como demasiado inquieto e hiperactivo desde pequeño.

Luis David es alérgico al polvo, a pelo de perro, y a los piquetes de insectos. No ha padecido enfermedades importantes, sin embargo, tuvo un accidente en un triciclo a los cuatro años, en donde por distracción pierde el control del vehículo, se mete debajo de una escalera, y se abre la cabeza, recibiendo atención médica oportuna. Tiene varios raspones en los brazos y piernas producto de pequeñas lesiones al jugar, y regularmente anda sucio y desaliñado.

En lo referente al área escolar, la madre comenta que Luis David no estuvo en guardería. Entró al Kinder a los 4 años, en donde la madre observa un día que fue a recogerlo que desorganizaba al grupo, agarraba los materiales y llamaba a los demás a jugar. *“También desesperaba a la maestra y un día la quiso morder porque no lo dejaba salir del salón”* sic madre, por lo que ante las constantes llamadas de atención solicitan el apoyo de USAER, de donde posteriormente son referidos ésta institución. Actualmente Luis David cursa el primer grado de primaria, con bajas calificaciones y una materia reprobada (Español), reportándole la maestra que no termina trabajos, no cumple con tareas, y que no permanece en su lugar. La madre intenta en casa premiarlo si acaba sus tareas, sin embargo, no logra obtener el premio porque las metas para obtenerlo son muy altas para él. (Ej.: Darle un dulce si acaba dos planas).

Luis David parece tener amigos sin embargo comenta que juega de manera solitaria durante el recreo. En casa juega a los carritos u otros juguetes con periodos cortos (aprox. 15 min.), pudiendo permanecer jugando X-Box hasta por una hora aunque no sentado (se mueve de un lado a otro). Cuando juega con su padre y hermano suele enojarse cuando pierde o ser demasiado burlón cuando va ganando. La madre no pone límites en cuanto al juego, mencionando Luis que él puede jugar todo el día sin que lo regañen.

El paciente vive con sus padres María Hilda de 32 años, David de 36 años, y su hermano Miguel de 12 años de edad, en un nivel socioeconómico bajo. Luis David refiere que tiene una buena relación con su papá ya que *"me compra cosas, me cuenta chistes y juega conmigo"* sic, siendo evidente la falta de autoridad y establecimiento de límites por parte de éste. Por su parte, la madre menciona que quiere mucho a su hijo y que se lleva bien con él, pero que en ocasiones la desespera *"porque no se levanta a desayunar, no recoge sus cosas, y porque hace berrinches"* sic. Se observa que la señora trata de establecer consecuencias a la conducta de su hijo, sin embargo, no siempre cumple lo que dice, por lo que se incrementan los berrinches y las conductas disruptivas del menor. Por otro lado, Luis David mantiene una buena relación con su hermano, quien suele cuidarlo y vestirlo cuando la madre no puede hacerlo.

El paciente tiene un sueño intranquilo, moviéndose de un lado a otro durante la noche. En ocasiones llega a levantarse a jugar en la noche a los carritos, situación que no ha sido controlada por los padres. Menciona que ha tenido muchos sueños refiriendo uno de ellos en el que se encuentra perdido y su familia lo anda buscando pero que un coche lo quiere atropellar; solo lo encuentra su hermano.

Presenta enuresis primaria, mojando la cama cada tercer día. La madre no le da líquidos después de las 7 para evitar que se orine, y cuando llega a hacerlo no lo regaña ni establece consecuencias por lo sucedido.

- **Actitud durante la valoración**

Para la valoración de procesos cognoscitivos, Luis David asiste a la entrevista inicial en compañía de su madre, presentándose en medianas condiciones de aliño e higiene, y con un alto nivel de energía e hiperactividad. Se observan algunas ronchas en los brazos de piquetes de mosquitos (debido a su alergia con este tipo de insectos), así como piel reseca y uñas largas y sucias. Es muy intrusivo durante en la entrevista, interrumpiendo a la madre constantemente para que juegue con él o le compre una golosina. Debido a esta situación fue necesario darle una hoja de papel y un lápiz en donde se dibuja a el mismo con unas orejas de burro "*Este soy yo y este es mi hermano que me dice burro*" sic pac. Se le pregunta a la madre si su hijo tomó el medicamento, respondiendo que se le olvidó dárselo por salir de prisa.

En su segunda cita Luis David toca efusivamente la puerta del consultorio con diez minutos de anticipación, mostrándose en disposición a la evaluación. Cuando la madre está a punto de irse el menor se molesta y le pide que no se vaya porque quiere hacer pipí, a pesar de que acababa de ir al baño. Como la señora no accede a llevarlo, Luis David se enoja, hace gestos de enfado y da un golpe en la mesa. El enojo pasa rápidamente, y se procede a la evaluación en donde es posible observar una orientación en tiempo disminuida, debido a que la fecha que da es equivocada.

Durante la ejecución del Bender Luis David se muestra ansioso al reproducir las figuras, mordiéndose la uña del dedo meñique, hablando en voz alta, contando los puntos de la tarjeta y

los que ha trazado constantemente y borrando ante la insatisfacción de los dibujos realizados. En la figura ocho, la cual le representa mayor dificultad, se levanta y se sienta en repetidas ocasiones, acomoda la tarjeta desde distintos ángulos para verla mejor, y parlorea mientras dibuja.

Para la prueba del dibujo de la figura humana Luis David realiza un dibujo de su mamá y su papá; intenta ponerles el nombre escribiendo primero "mamá" y después dice *"No sé cómo se escribe papá... a ya se empieza con p y le sigue la a de mama"* sic pac, sin embargo confunde las vocales y las letras escribiendo "mpmp" en lugar de "papá".

Para la aplicación del WPPSI fue necesario aplicar las subpruebas en dos sesiones y con breves periodos de descanso ya que se distrae fácilmente. Luis David entiende las reglas que se le dan al iniciar los subtests, sin embargo, muestra cierto enfado al verse obligado a seguirlas, mencionando al final de la "Casa de Animales": *"Para que las reglas, no me gustan, mejor vamos a jugar"* sic pac. También se observa poca tolerancia a la frustración, manifestando ansiedad y enojo cuando no puede hacer algo; Ej. En el subtest de "Diseños Geométricos" no pudo hacer la figura 9 y la repitió 3 veces, enfadándose al percatarse de que no podía reproducirla adecuadamente. Por otro lado Luis David manifiesta gran creatividad en "Diseños Geométricos", en donde arma un pato con las fichas y me dice *"No me gustan esas figuras, póngame unas más difíciles"*.

Al terminar la valoración con el WPPSI se juega con él durante quince minutos con plastilina, y se le dice que tiene que recoger las cosas porque ya se terminó su tiempo. Intenta convencerme de que juegue tazos con él, y se le indica que ya no hay tiempo, sin embargo empieza hacer un berrinche, se sale por su mamá, azota la puerta, y regresa con ella sin entrar al consultorio ya que se encontraba muy molesto por no haber podido jugar.

De manera general Luis David es muy impulsivo; se levanta de su asiento constantemente y se sale corriendo del consultorio cuando se le ocurre ir por algo con su mamá.

Es sumamente hiperactivo, intranquilo, quiere cambiar las reglas que se le ponen y sólo accede a continuar la evaluación si se negocia con él, ya que todo el tiempo quiere jugar. Muestra conductas compensatorias como contar con los dedos o resolver el problema después que termina el tiempo límite de los subtests.

Por otro lado, cabe resaltar que en la mayoría de las sesiones el paciente no tomó medicamento bajo la excusa de la madre de que habían salido de prisa.

- **Resultados de la valoración cognoscitiva**

***Bender**

Es sugerente de inmadurez perceptomotora. Su edad de maduración se ubica entre los 4:6/ 4:7 años., obteniendo un nivel de maduración "deficiente".

***DFH De Koppitz**

Nivel de madurez cognoscitiva = Normal a Normal Bajo

***Escala WPPSI**

WPPSI	CI	Diagnóstico
Escala Verbal	100	Normal
Escala de ejecución	110	Arriba de lo Normal
Escala Total	106	Normal

* DVTP-2 (Frostig)

	Cociente	Diagnóstico
Cociente de Percepción Visual con respuesta motriz reducida (CPMR)	87	Debajo de lo normal
Cociente de Integración Visomotora (CIVM)	95	Normal
Cociente de Percepción Visual General (CPVG)	90	Normal

La reproducción gráfica de las figuras del Bender es sugerente de inmadurez perceptomotora, obteniendo 16 puntos que son indicadores de un coeficiente de madurez "deficiente" y que corresponden a la ejecución de un niño de 4 años y medio. En la reproducción gráfica de las tarjetas se observa distorsión en las figuras A, 7 y 8, rotación en las figuras 3 y 4, perseveración en las figuras 1, 2 y 6, sustitución de círculos por puntos en las figuras 1,3 y 5, ángulos en la figura 6, y errores de integración en las figuras A, 3, 4 y 7. Las rotaciones y la sustitución de puntos por círculos se encuentran asociados al proceso de lecto-escritura y explican las dificultades que el paciente presenta actualmente al leer y escribir. Por otro lado, se observan indicadores de impulsividad y agresividad, así como incapacidad para planear y organizar el material de manera adecuada.

En el DFH de Koppitz Luis David obtiene un nivel de madurez cognoscitiva y mental de Normal a Normal Bajo, presentando indicadores emocionales que reflejan agresividad, impulsividad, y dificultades para conectarse con el mundo exterior (tendencia al retraimiento).

De acuerdo con la escala de Wechsler, el paciente rinde actualmente con un nivel de inteligencia normal, habiendo obtenido un CI total de 106. Su verdadero CI probablemente se encuentre entre los 101 y 111 puntos con un 90 % de probabilidad.

En lo referente a la Escala Verbal el paciente rinde con un CI de 100, obteniendo un diagnóstico "NORMAL". Cinco de las seis subescalas se encuentran dentro de un parámetro que va de normal a normal bajo, teniendo una ventaja significativa en su capacidad para el manejo de conceptos cuantitativos, razonamiento numérico y cálculo mental empleando conductas compensatorias como contar con los dedos. Así mismo se observa que Luis David presenta dificultades en la secuenciación auditiva y en la memoria auditiva inmediata, ya que le cuesta trabajo repetir lo que se le acaba de decir, siendo esta una de sus desventajas significativas.

Se observa que el nivel de información general que ha aprendido Luis David de su medio, su comprensión verbal, y capacidad expresiva se encuentran dentro del promedio bajo. Su habilidad para el pensamiento asociativo y para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos que se encuentra en un nivel normal-bajo, estableciendo semejanzas predominantemente a nivel concreto.

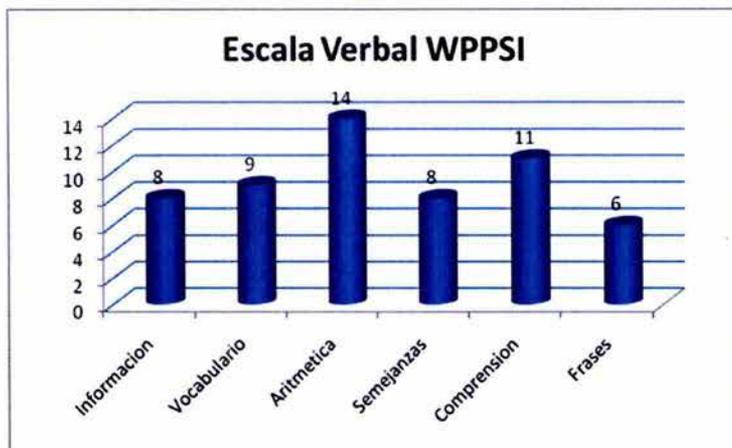


Gráfico 1. Resultados obtenidos por Luis David en la Escala Verbal del WPPSI, durante su evaluación cognoscitiva en el HPIJNN. Los puntajes que aparecen en cada subescala están estandarizados.

En lo que respecta a las habilidades no verbales, el paciente obtiene un CI de 110 en la Escala Ejecutiva, el cual es sugerente de un funcionamiento "ARRIBA DE LO NORMAL". Cuatro de las subescalas se encuentran por arriba de la media poblacional, obteniendo ventajas significativas en los subtests de "Figuras Incompletas" y "Diseño con Prismas" mismos que muestran paradójicamente buena percepción y concentración, atención en los detalles, y habilidad para aprender rápidamente una serie de aprendizaje, así como buena organización perceptual, integración visomotora, y visualización espacial. Por otro lado, presenta una coordinación motriz deficiente en el trazado de figuras con lápiz que constituye una de sus desventajas significativas que dificultan la escritura.



Gráfico 2. Resultados obtenidos por Luis David en la Escala Ejecutiva del WPPSI, durante su evaluación cognoscitiva en el HPIJNN. Los puntajes que aparecen en cada subescala están estandarizados.

A pesar de que Luis David obtuvo un mejor desempeño en la Escala Ejecutiva, las diferencias entre el CI Verbal y el CI de ejecución no son significativas, por lo que no se puede hablar de que en su funcionamiento intelectual exista un factor predominante.

Debido a las dificultades que Luis David presenta en la escritura, su mal manejo del lápiz, así como la confusión de letras y palabras de apariencia semejantes (mamá, mpmp, b,d), se decide añadir a la batería básica una prueba adicional: El Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, con el objetivo de evaluar tanto la percepción visual como la integración visomotora. Los resultados muestran que habilidades perceptuales como la coordinación ojo-mano, posición en el espacio, copia, relaciones espaciales, velocidad visomotora y constancia de la forma se encuentran dentro de límites normales. Sus puntuaciones más bajas se encuentran en los subtests de "Figura-Fondo" y "Cierre Visual", las cuales afectan el desarrollo de la escritura. La

escasa discriminación "Figura-fondo" influye en su comportamiento desatento y desorganizado, ya que su atención salta de un estímulo a otro. Así mismo se tienen dificultades para controlar la desviación del centro de atención de un estímulo a otro, manifestándose en consecuencia problemas de omisión que son observables, por ejemplo, en el subtest de "Velocidad Visomotora" en donde Luis David muestra dificultades para acompletar las figuras en orden sin saltarse ni omitir estímulos. Dicho factor influye a su vez en la organización del trabajo escrito.

Los problemas debidos a las dificultades en el "Cierre Visual" son evidentes en la forma y el tamaño irregular de las letras, así como en la confusión de letras y palabras de apariencia semejante, y en la omisión de palabras o renglones enteros al copiar.



Gráfico 3. Resultados obtenidos por Luis David en el Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2), durante su evaluación cognoscitiva en el HPIJNN. Los puntajes que aparecen en cada subescala están estandarizados.

- **Impresión diagnóstica**

Luis David es un niño con una edad cronológica de 6 años 5 meses que tiene una "INTELIGENCIA NORMAL", caracterizada por el buen manejo de conceptos cuantitativos, buen razonamiento numérico y cálculo mental, buena atención en los detalles, así como por su habilidad para aprender rápidamente una serie de aprendizaje.

Así mismo se observa gran hiperactividad, agresividad, y poca tolerancia a la frustración y a la demora, síntomas que se observan en la historia clínica del paciente desde sus primeros años de vida, y que tienen su base en la dinámica familiar. La relación madre-hijo está basada en la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las demandas del hijo, ya que así la madre se evita tener problemas con él.

Paradójicamente en los resultados de algunas pruebas se observa una buena capacidad de atención y concentración, infiriéndose que esta se mejora notablemente cuando emplea conductas compensatorias (contar con dedos o repetirse a sí mismo en voz alta las cosas), y cuando se utilizan materiales didácticos (dibujos, figuras, etc) como fue en los subtests de Casa de animales y Figuras Incompletas. Empero ante el alto nivel de energía que presenta cambia su foco de atención constantemente.

Por otro lado, se observa que el paciente no responde bien a la disciplina debido a que a nivel familiar existe una carencia de límites y autoridad, por lo que suele expresar berrinches cuando no obtiene lo que quiere. Los padres imponen castigos a algunas de las conductas inadecuadas pero no las cumplen, o bien, suelen hacer las cosas por él para evitar lidiar con el niño. La madre suele satisfacer la mayoría de las demandas del menor, situación por la cual Luis David ha mantenido una fuerte relación de apego con su madre.

En el control de esfínteres no ha habido un adecuado manejo conductual por parte de la madre, quien actualmente no le llama la atención, ni establece consecuencias cuando su hijo moja la cama.

Luis David interrumpe conversaciones, obedece poco, no permanece concentrado por mucho tiempo en tareas que "no le agradan", y es agresivo con otros compañeros, lo cual ha contribuido a deteriorar su relación con el grupo de pares, ya que muchos niños lo rechazan en la escuela. Este factor a su vez ha favorecido una baja autoestima y poca confianza en sí mismo.

Presenta inmadurez perceptomotora y dificultades para el trazado de figuras con lápiz, lo cual ha influido negativamente en el aprendizaje de la escritura. Los problemas en el trazado también se ven afectados por las dificultades en el "Cierre Visual" y discriminación "Figura-Fondo", los cuales a su vez influyen en la organización del trabajo escrito .

B. CASO MARÍA BELÉN

NOMBRE: María Belén V.G

EDAD: 6 años 2 meses

SEXO: Femenino

ESCOLARIDAD: Primer grado de Primaria

RELIGION: Católica.

FECHA DE NACIMIENTO: 9 de Octubre de 2001.

RESIDENCIA: México, D.F.

FECHA DE APLICACION: 13 de Diciembre de 2007 y 4, 8, 11, 16 y 24 de Enero de 2008.

MEDICO QUE SOLICITA: Dra. Esmeralda Arriaga Cruz

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Metilfedinato y Valproato de Magnesio

DIAGNOSTICO INICIAL: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Mixto

- **Motivo de consulta.**

Se trata de paciente que presenta problemas de aprendizaje, actualmente con aprovechamiento bajo, con dificultad para aprender lo que se revisa en su grado escolar. Además es muy inquieta.

El padre refiere que la mandan de la escuela *"porque no copia la tarea, es muy lenta para hacer los trabajos, no pone atención, y se para de su lugar"* sic. Por su parte, la madre menciona que su hija necesita educación especial ya que le tiene que repetir las cosas por lo menos tres veces para que las haga *"Actúa como si quisiera apenas entender las cosas...como si estuviera en tercero de kínder"* sic madre.

- **Antecedentes personales**

María Belén es la segunda hija de dos gestas de la madre, quien refiere haber tenido un embarazo de alto riesgo a causa de un diagnostico de "placenta previa" al segundo mes. Por esta situación le indican reposo absoluto, manifestando constante hinchazón de manos y pies durante los siguientes meses. A las 34 semanas de gestación la internan de urgencia en el hospital debido a sus dificultades para respirar, diagnosticándole "preclamsia severa" y teniéndola que estabilizar durante una noche para practicarle cesárea. La niña nace con un peso de 3.050 kg y una talla de 51 cm, presentando signos de hipoxia por lo que es necesario tenerla

en la incubadora por una semana. También presenta ictericia por lo que es tratada con fotoestimulación.

Los padres observan que desde el nacimiento su hija presentaba dificultades para dormir "*lloraba mucho en la madrugada pero a nosotros se nos hacía normal*" sic padre. Durante el día, María Belén era incapaz de permanecer tranquila y lloraba si no la tenían cargada. Hasta los cuatro años duerme con sus papás, presentando posteriormente dificultad para dormir sola. Se pasaba a la cama de sus padres, quienes la llevaban a su recámara y se quedaban con ella hasta que se durmiera. Actualmente duerme con su hermano en la misma cama.

En lo que respecta a su desarrollo motor, María Belén logra el sostén cefálico a los 7 meses, y camina al año y medio. Actualmente se le dificulta brincar y correr, mencionando el padre que "*Si lo hace, pero no tan rápido como los otros niños*".

En lo referente al área escolar, María Belén entra a un CENDI a los 3 años 10 meses. Posteriormente al segundo año entra a un kinder normal en donde le sugieren el apoyo de CAPEP ya que no logra concentrarse en sus trabajos escolares y se distrae con facilidad. En CAPEP la maestra menciona a los padres que la niña es muy lenta, se distrae y no copia las tareas, por lo que les sugiere que la lleven con un neurólogo. En Febrero de 2007 le detectan un "Ts. Paroxístico del sueño" y le envían medicamento que toma hasta la fecha, y con el que ha tenido un sueño más tranquilo a decir de los padres. Actualmente cursa el primer grado de Primaria, en donde se le continúa llamando la atención por no atender a las clases, por levantarse, y por no copiar tareas. Tiende a aislarse de sus compañeros, no tiene amigos y busca en el recreo a su hermano para jugar con él.

La paciente vive con sus padres Luis de 35 años, Karina Granados de 29 años, y su hermano David de 12 años, en un nivel socioeconómico bajo. Se observa gran desconcierto de los padres

por lo que esta pasando con su hija y por lo que pudo haberlo originado "No sé si no estamos preparados o que pasa" sic madre. El padre es consentidor y no marca límites adecuadamente a su hija, describiéndola como "Una niña normal pero con sus diferencias, que no obedece, que no pone atención, que quiere lo que a ella le gusta, que no respeta". La madre, por su parte, se encuentra desesperada ya que no sabe cómo hacer que su hija entienda correctamente las cosas y obedezca cuando se le da una orden sin necesidad de que la ayuden. "En algunas cosas es muy abusada y en otras no... es muy independiente para algunas cosas (para hacerse comida o vestirse) pero en otras (tarea) tengo que estar con ella todo el tiempo y ver que hace...no me puedo salir y dejarla porque se distrae y agarra las cosas" sic madre. El padre añade "Cuando salimos tratamos de sobreprotegerla para que no se vaya a lastimar, a ir lejos o a romper algo, ya que no mide las consecuencias de sus actos" sic. Esta situación ha limitado tanto la independencia de María Belén como la de sus padres.

Los padres poseen un pobre nivel cultural que les impide entender lo que está pasando con su hija. Comentan que los médicos del hospital les han preguntado si su hija presenta convulsiones y que ellos lo desconocen ya que no saben que es una convulsión. Durante la entrevista les proporciono información al respecto, y mencionan que han observado que cuando su hija tomaba su siesta "se despertaba como temblando, estaba medio dormida...pero la arullábamos y se dormía" sic.

La madre refiere que la niña manifiesta ansiedad cuando la regañan o cuando las personas que quiere se van, llegando a morderse las uñas, o sentir la necesidad de orinar sin llegar a hacerlo. Tiene un afecto expansivo y se refiere a sí misma como "solita".



- **Actitud durante la valoración.**

Para la valoración de procesos cognoscitivos, María Belén acude a la entrevista en compañía de sus padres, presentándose en buenas condiciones de aliño e higiene, destacando por su peinado y maquillaje en la cara, así como sus uñas pintadas. Empieza a inquietarse cuando hablo con sus padres, por lo que le doy colores y hojas para que se entretenga. Se sienta en una silla y trabaja silenciosamente, levantándose cada que termina un dibujo para mostrarme lo que hace. En pocos minutos se acaba las hojas, por lo que le doy más hojas y plastilina y hace un trabajo con ambos materiales. Al finalizar me pide que le preste unas pinturas de agua, pero su tiempo de consulta finaliza, por lo que me pide jugar en otra ocasión.

Para la segunda sesión, María Belén se muestra tímida y ansiosa por la situación de evaluación. Durante la ejecución del Test Guestáltico Visomotor realiza los trazos de manera insegura, preguntándome constantemente "¿Así está bien? Al reproducir las figuras observo en su rostro cierta confusión e inquietud que manifiesta al agarrarse constantemente el cabello. Por otro lado se talla constantemente los ojos, argumentando que le entro jabón, no obstante me queda la duda de si tiene buena visión. En la prueba de la figura humana emplaza sus dibujos en la esquina superior derecha, trazando la figura femenina a continuación de la masculina sin que se le haya dado indicación alguna. Se queja porque a sus dibujos les faltan brazos y no puede dibujarlos, por lo que me pide que haga los trazos por ella, sin embargo, accede a dibujarlos cuando la motivo a que intente hacerlos ella misma lo mejor que pueda.

Para la aplicación del WPPSI fue necesario dividir la prueba en 4 sesiones de menos de una hora ya que se distrae fácilmente con las cosas del consultorio, hace preguntas de lo que se le ocurre o ve, y quiere cambiar de actividad. En todas las subpruebas es necesario repetirle las instrucciones en varias ocasiones para que entienda como realizar las actividades. En el subtest de "Casa de Animales" completa la serie con dificultad, queriéndose saltar las líneas, o bien,

continuar el juego utilizando cilindros de un solo color en lugar de irlos cambiando. Repite los colores en voz alta, olvidando en todas las ocasiones el color "negro" y preguntándome "¿De qué color es?" sic pac

En la tercera sesión comienzo jugando con ella para establecer más rapport, en donde observo dificultad para entender las instrucciones del juego, y poca discriminación visual de figuras que son parecidas. Realiza algunos de los subtest y empieza a distraerse, por lo que es necesario suspender la prueba. Le proporciono unas hojas para que dibuje pero solamente quiere hacerlo si yo también dibujo con ella.

En la cuarta sesión se tuvo que reprogramar la valoración, ya que a pesar de que había tomado su medicamento estaba muy inquieta y solo mostraba disposición para jugar. En esta ocasión solo realizó uno de los subtests, siendo necesario hablar con la madre al respecto.

Para la quinta sesión acuden ambos padres quienes me comentan que han hablado con su hija para que trabaje adecuadamente. A pesar de que María Belén muestra una actitud más cooperadora, sigue distrayéndose de la tarea y pregunta constantemente por lo que ve a su alrededor, y por el número de preguntas que le faltan para concluir las tareas.

- **Resultados de la valoración cognoscitiva**

***Bender**

Aparentemente "Normal", sin embargo, su edad de maduración se ubica entre los 5:4/ 5:5 años, obteniendo un nivel de maduración "inferior al término medio". Presenta todos los indicadores altamente significativos de lesión cerebral.

*DFH de Koppitz

Nivel de madurez cognoscitiva y mental= Normal, ya que cumple con los indicadores esperados para su edad.

*Escala WPPSI

WPPSI	CI	Diagnóstico
Escala Verbal	80	Abajo de lo Normal
Escala de ejecución	64	Retraso mental Leve
Escala Total	70	Limítrofe

*CUMANIN

Desarrollo Verbal (DV)=Centil 10
Desarrollo no verbal (DNV)=Centil 5

Desarrollo Total= Centil 4
Cociente de Desarrollo (CD)= 73

Resultados en las escalas	Centil
Psicomotricidad	4
Lenguaje Articulario	25
Lenguaje Comprensivo	10
Lenguaje Expresivo	20
Estructuración Espacial	30
Visopercepción	10
Memoria Icónica	60
Ritmo	2

Fluidez Verbal	5
Atención	2

Lateralidad: Zurda manual, zurda ocular y zurda de pie.

En la reproducción gráfica de las figuras del Bender, María Belén obtiene 11 puntos que son indicadores de un coeficiente de madurez "NORMAL" y que la ubican en la primera desviación estándar correspondiente a los niños de su edad y sexo. En la reproducción gráfica de las tarjetas se observa distorsión en las figuras A, 7 y 8, rotación en las figuras 3, 4, y 8, ninguna curva en la figura 6, error de integración en las figuras 4 y 7, y línea continua en las figuras 3 y 5.

En el DFH de Koppitz María Belén obtiene un nivel de madurez cognoscitiva y mental aparentemente "NORMAL", ya que sus figuras cuentan con los indicadores esperados para su edad. Sin embargo, hay que aclarar que durante la evaluación la menor hace grandes esfuerzos por tener un buen rendimiento a pesar de sus pocas capacidades. También se observan indicadores emocionales que reflejan inseguridad, retraimiento, y dificultades para conectarse con el mundo exterior y con quienes le rodean, y que son observables actualmente a través de la poca interacción y aislamiento de su grupo de pares.

De acuerdo con la escala de Wechsler, María Belén rinde actualmente con un nivel de "INTELIGENCIA LIMITROFE", habiendo obtenido un CI total de 70. Su verdadero CI probablemente se encuentre entre los 66 y 74 puntos con un 90 % de probabilidad. En lo referente a la Escala Verbal la paciente rinde con un CI de 80, el cual es sugerente de un funcionamiento "ABAJO DE LO NORMAL". Solo una de la subescalas que componen esta área se encuentra por arriba de la media poblacional, mostrando el resto un funcionamiento que va de inferior a deficiente y que se ve afectado principalmente por la atención y concentración

disminuidas que en general la paciente presenta. Un análisis intrasujeto tomando la dispersión de la media muestra que el nivel de información que María Belén ha adquirido de su medio es deficiente, debido a su tendencia a renunciar ante tareas difíciles y sus niveles bajos de concentración. Presenta además una habilidad inadecuada para el cálculo mental y dificultades en la secuenciación auditiva, siendo esta última una de sus desventajas más significativas. No obstante, es capaz de aprovechar al máximo la poca información que ha adquirido para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos o conceptos.

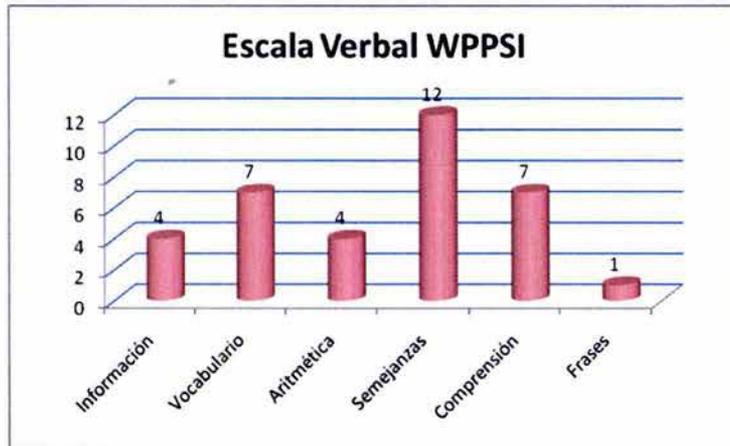


Gráfico 4. Resultados obtenidos por María Belén en la Escala Verbal del WPPSI, durante su evaluación cognoscitiva en el HPIJNN. Los puntajes que aparecen en cada subescala ya están estandarizados.

En lo que respecta a las habilidades no verbales la paciente obtiene un CI de 64 en la Escala Ejecutiva, obteniendo un diagnóstico de "RETRASO MENTAL LEVE". Todas las subescalas se encuentran por debajo de la media de su grupo de pares, mismas que muestran dificultades en

la coordinación visomotora, lentitud para hacer asociaciones, integración espacial deficiente, ineficiencia en la planeación, y preocupación por detalles irrelevantes.



Gráfico 5. Resultados obtenidos por Maria Belén en la Escala Ejecutiva del WPPSI, durante su evaluación cognoscitiva en el HPIJNN. Los puntajes que aparecen en cada subescala ya están estandarizados.

Existe una discrepancia entre el CI Verbal y el CI no verbal de 16 puntos, que muestra un déficit de ejecución con tareas prácticas.

El análisis por factores de Kauffman del WPPSI muestra que los niveles de "Organización Perceptual" e "Independencia de la distracción" se encuentran por debajo de lo normal, reflejando las dificultades de Maria Belén para concentrarse o permanecer atenta, así como para interpretar y organizar los estímulos visuales dentro de un límite de tiempo. Esta situación es observable, por ejemplo, en sus dificultades para copiar la tarea en el salón de clases.

Debido a las bajas puntuaciones obtenidas en la Escala Ejecutiva del WPPSI, así como los problemas de coordinación motora referidos por los padres durante la entrevista, se decide utilizar el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN para explorar áreas de decisión motora que pudieran estar afectadas por algún posible daño cerebral. En esta prueba se observa una predominancia de la paciente en la lateralidad izquierda, ya que realiza todas las actividades empleando el ojo, mano y el pie izquierdos. Es evidente la torpeza psicomotriz de María Belén al realizar actividades físicas, lo cual puede ser indicador de algún déficit de áreas de decisión motora subcorticales o cerebelosas. La atención y la comprensión se encuentran muy disminuidas, factores que influyen a su vez en la realización de otras tareas como la reproducción de una secuencia rítmica, y la formación de frases a partir de un estímulo.

- **Impresión diagnóstica**

María Belén es una niña con una edad cronológica de 6 años 2 meses que actualmente presenta un nivel de "INTELIGENCIA LIMITROFE" caracterizado principalmente por un nivel de atención limitada (su foco de atención salta de un momento a otro), coordinación motora inadecuada y ansiedad. En consecuencia, manifiesta dificultad para entender reglas y seguir instrucciones adecuadamente (teniendo que repetirseles en varias ocasiones), queriendo cambiar constantemente de actividad y hacer lo que ella quiere. Los resultados de la valoración deben de interpretarse con suma cautela ya que la hiperactividad y la atención aun no se encuentran controladas, lo cual impide saber a ciencia cierta cuáles son sus ventajas y desventajas reales. Conjuntamente al problema atento e hiperactivo, se observa gran torpeza motora y dificultades para separarse de personas significativas e interactuar con el grupo de pares, comportándose cuando está en grupo sumamente tímida, aislada y cohibida.

Los padres en su intento de evitar que su hija sufra algún daño producto de su inquietud excesiva tienden a sobreprotegerla, limitando con ello la libertad tanto de ellos mismos como de la menor, y generando en esta última una mayor dependencia hacia sus padres.

Por otro lado, también se observa dificultad por parte de los padres para llamarle la atención a la menor y establecer consecuencias a sus conductas disruptivas, situación que agrava aún más el cuadro, y hace que María Belén sea más caprichosa.

C. CASO LUIS IVÁN

NOMBRE: Luis Iván M.P

EDAD: 11 años 2 meses

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: Quinto grado de Primaria

RELIGION: Católica

FECHA DE NACIMIENTO: 15 de Marzo de 1997

RESIDENCIA: México, D.F

FECHA DE APLICACION: 16, 18, 21, 24 y 31 de Enero de 2008

MEDICO QUE SOLICITA: Dra. Pilar Poza

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Fluoxetina

DIAGNOSTICO INICIAL: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- **Motivo de consulta**

El médico refiere paciente masculino con irritabilidad, tristeza, anhedonia, y disminución del rendimiento académico desde hace un año a la fecha, la cual coincide con la separación de los padres. También observa dificultad para realizar semejanzas y diferencias; en ocasiones no entiende lo que le enseñan en la escuela; lee y no comprende lo que leyó.

Luis Iván refiere durante la entrevista acudir a esta institución ya que *"la maestra dice que tengo déficit de atención... además no voy muy bien en la escuela"* sic pac. Su madre parece estar de acuerdo con dicha afirmación, mencionando además que a raíz de la separación con su esposo su hijo se volvió más distraído e irritable.

- **Antecedentes personales**

Luis Iván es el tercer hijo de tres gestas de la madre, quien refiere haber cursado un embarazo normal, teniendo control médico desde el segundo mes. El paciente nace por parto natural a las 40 semanas con un peso de 3600 g, y una talla de 52 cm, reportándose un buen estado de salud. Su desarrollo psicomotor es aparentemente normal logrando sostén cefálico a los 2 meses, sedestación a los 5 meses, bipedestación a los 9 meses, y deambulación al cumplir el año.

Ingresa al kínder a los 4 años de edad, en donde no presenta problemas de adaptación, ni de aprendizaje, ni de conducta. Al iniciar la primaria Luis Iván cursa con un promedio regular, refiriendo que en tercero y cuarto grado tuvo maestras que ponían poco interés en el grupo. Actualmente cursa quinto grado, con un promedio regular (7y 8) y la maestra le detecta probable TDAH ya que lo observa disperso, olvidadizo, rezagado al entregar las actividades propuestas, se levanta constantemente de su lugar para buscar amigos, tiene dificultad especial para las matemáticas, y muestra poca comprensión en las lecturas. Por esta situación es referido a USAER para descartar algún problema de aprendizaje (en donde la valoración no muestra nada), y posteriormente a ésta institución en Octubre de 2007 para tratamiento por posible TDAH. Debido a las dificultades que presenta en especial para las matemáticas, asiste todos los días a clases de regularización de 3 a 5 de la tarde.

El paciente vive con su madre Laura de 38 años, quien actualmente trabaja seis días de la semana en una cervecería y uno en una tienda de ropa, su hermana mayor Ivonne de 19 años, quien cursa la universidad, y su hermana Karen de 14 años de edad quien estudia la secundaria. Sus padres se separaron hace un año, por lo que viven en casa de los abuelos paternos en dos cuartos independientes. Además viven con sus dos tíos y sus respectivas familias, refiriendo tener buenas relaciones con ellos.

Sobre el divorcio la madre comenta que "*Luis Iván tenía miedo de que su papá se fuera... escuchaba del tema y lloraba*" sic madre, negándose inclusive a ver a su papá después de la separación, sin embargo, desde hace dos meses a la fecha lo visita fines de semana manteniendo aparentemente una buena relación con él. Su padre Alejandro de 37 años, es hojalatero y vive actualmente con una nueva pareja y los tres hijos de ésta.

- **Actitud ante la valoración**

Durante la evaluación de procesos cognoscitivos Luis Iván se muestra cooperador, respetuoso, impulsivo, y algo tenso, tronándose en varias ocasiones los dedos y haciendo presión con ambas manos. Ocasionalmente presenta onicofagia. Se rinde fácilmente después del fracaso, disculpándose después de percatarse de su error. Se refiere a mi en varias ocasiones como "maestra".

En la valoración proyectiva se muestra cooperador y menos tenso, pareciendo inclusive disfrutar de las tareas. Se expresa con un lenguaje articulado, claro, y orientado en la realidad.

- **Resultados de la valoración cognoscitiva**

***Bender**

"Normal". Su edad de maduración se ubica entre los 10:0/ 10:11 años, obteniendo un nivel de maduración igual al "término medio".

***DFH de Koppitz**

Nivel de madurez cognoscitiva y mental: Normal

***Escala WISC-IV**

Índice	Subpruebas	Puntuaciones Escalares
Comprensión Verbal	Semejanzas	7
	Vocabulario	6
	Comprensión	8
	Información	7
	Palabras en contexto	6
Razonamiento Perceptual	Diseño con cubos	7
	Conceptos con dibujos	12
	Matrices	6
	Figuras Incompletas	12
Memoria de Trabajo	Retención de dígitos	6
	Sucesión de N. Y L.	6
	Aritmética	7

Velocidad de Procesamiento	Claves	2
	Búsqueda de Símbolos	5
	Registros	11

Escala	Indices	Índice compuesto	Categorías
	Comprensión Verbal	83	Promedio Bajo/ Punto Débil Normativo
	Razonamiento Perceptual	90	Promedio/ Dentro de límites normales
	Memoria de Trabajo	77	Promedio Bajo/ Punto Débil Normativo
	Velocidad de Procesamiento	65	Extremo Inferior/ Punto Débil Normativo.
	Índice de Capacidades General	84	Promedio/ Dentro de límites normales

En la reproducción gráfica de las figuras del Bender, Luis Iván obtiene 1 error que es indicador de un coeficiente de madurez "NORMAL", y que lo ubican en la primera desviación estándar correspondiente a los niños de su edad y sexo. Se observa rotación en la figura 7, así como indicadores emocionales que reflejan planeamiento pobre, incapacidad para organizar el material, perturbación emocional, impulsividad y agresividad.

En el DFH de Koppitz Luis Iván obtiene una puntuación de 5 que implica que su nivel de madurez cognoscitiva y mental se encuentra en un "NIVEL NORMAL". La figura humana es de tamaño pequeño, y cuenta con los indicadores esperados para su edad tales como cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, y pies. En el análisis de sus trazos se observan signos de inseguridad, inestabilidad, retraimiento y depresión. Se explora la escritura a través de una historia de su dibujo, en donde es posible observar notables faltas de ortografía con las letras /s-c/ y /b-v/

La evaluación de las habilidades cognitivas fue realizada a través de la escala de Wechsler WISC-IV, la cual reúne un conjunto de aptitudes en cuatro áreas globales o índices: 1) Comprensión Verbal (ICV), que mide aptitud verbal, 2) Razonamiento Perceptual (IRP), que implica la manipulación de materiales físicos o estímulos visuales para resolver problemas de forma no verbal, 3) Memoria de Trabajo (IMT), que mide la capacidad de memoria a corto plazo, y 4) Velocidad de Procesamiento (IVP), que evalúa la eficiencia en el procesamiento cognitivo.

El análisis de datos con este instrumento muestra que el CI Total de Luis Iván no se puede interpretar porque ha presentado demasiada variabilidad en los resultados de los cuatro índices que constituyen, es decir, Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptual, Memoria de Trabajo, y Velocidad de Procesamiento. Sin embargo, como el rendimiento de Luis Iván en Comprensión Verbal (83) y en Razonamiento Perceptivo (90) es similar, se pueden combinar estos índices para obtener el Índice de Capacidad General (ICG). Este índice difiere del CIT en que no está influido directamente por el rendimiento de Juan en los otros dos índices. De este modo, Luis Iván obtiene un ÍNDICE DE CAPACIDAD GENERAL (ICG) de 84, lo cual le identifica con un nivel de inteligencia general "PROMEDIO/ DENTRO DE LÍMITES". Hay un 95% de probabilidad de que su verdadero ICG se sitúe en el percentil 14.

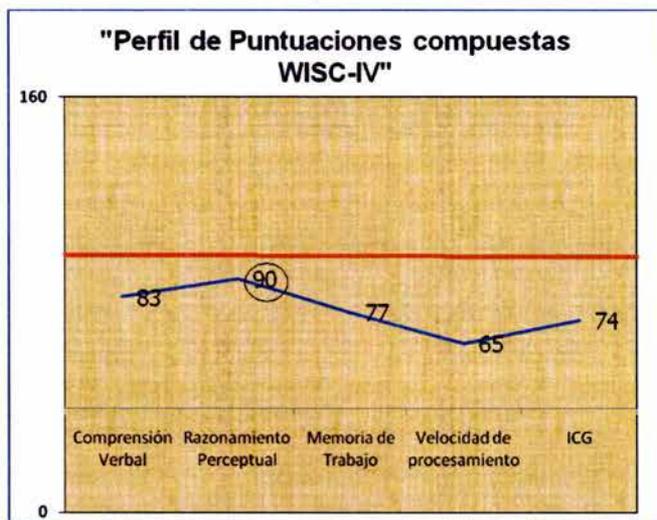
En lo referente a los índices restantes, tres de los cuatro índices obtenidos por Luis Iván pueden ser considerados como interpretables, ya que mediante un análisis de discrepancias se ha visto que los valores del ICV, IMT e IVP son buenas estimaciones de su aptitud en los rasgos que mide cada índice. El IRP pudo ser considerado como un buen indicador de sus capacidades debido a que los resultados de las subpruebas que lo componen fueron muy variables y exceden al valor crítico.

El ÍNDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL es una medida de inteligencia cristalizada (Gc) que representa la capacidad de Iván para razonar con información previamente aprendida. Esta capacidad Gc de las personas se desarrolla en gran medida como una función de las oportunidades y experiencias educativas formales e informales, y depende en gran parte de la exposición del sujeto a tareas que le exigen definir palabras (Subprueba Vocabulario), sugerir semejanzas conceptuales entre dos palabras (Subprueba Semejanzas), y responder a cuestiones sobre el conocimiento de principios generales y situaciones sociales (Subtest de Comprensión). Luis Iván obtuvo un ICV de 83 (que se sitúa entre 77 a 91 con un intervalo de confianza del 95%), con un percentil de 13, y una categoría de "PROMEDIO BAJO/ PUNTO DEBIL NORMATIVO".

El ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO (IMT) es una medida de la memoria a corto plazo (Gc-Mcp) y representa la capacidad de Luis Iván para captar, retener, y transformar información que se recibe de modo inmediato y usar esa información en el plazo de unos pocos segundos. La capacidad de Luis Iván fue medida con dos tareas: el test de dígitos, que le pidió que repitiera secuencias de números en el mismo orden en que se los acaba de presentar el examinador (parte de dígitos en orden directo) o en orden inverso (parte de dígitos en orden inverso), y el test Letras y números que le exigió escuchar una serie de letras y números mezclados y recordar por un lado los números en orden creciente y por otro las letras en orden alfabético. Luis Iván obtuvo en este índice IMT un 77 (que estaría entre 71 y 86 con un intervalo de confianza del 95%), con un percentil de 6, y una categoría "PROMEDIO BAJO/ PUNTO DEBIL NORMATIVO".

El ÍNDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO (VP) representa la capacidad de Luis Iván para ejecutar tareas cognitivas en forma automática y con fluencia, especialmente cuando hay presión para mantener la atención y la concentración. Dicho indicador ha sido evaluado con

tareas que le exigieron copiar una serie de símbolos que están emparejados con números en un modelo (Subprueba Claves) o bien indicar la presencia o ausencia de un símbolo modelo dentro de un grupo (Subprueba de Búsqueda de símbolos). Luis Iván ha obtenido un IVP de 65 en esta capacidad (que estaría entre 60 y 78 con un intervalo de confianza del 95%), con un percentil de 1, y una categoría de "EXTREMO INFERIOR/ PUNTO DÉBIL NORMATIVO". La velocidad de procesamiento de Luis Iván se considera un punto débil significativo cuando se compara con la de otras personas de su edad en la población en general. Además su velocidad de procesamiento es significativamente más baja que sus aptitudes en otras áreas. Por tanto, se debe de tomar como un punto notable y sugiere que tiene una deficiencia en dichos procesos.



Gráfica 6. En la gráfica se representan los índices compuestos que componen en WISC-IV, expresados en puntaje escalar. El índice de Razonamiento Perceptual no es interpretable debido a la alta discrepancia de las subpruebas que lo conforman.

Además de los 10 subtest principales del WISC-IV, a Luis Iván se le han aplicado cinco pruebas más de tipo optativo con el objeto de hacer un análisis más profundo de sus aptitudes cognitivas.

De ésta forma se analizó su riqueza de vocabulario, el nivel de información general que domina, su capacidad para recoger y mantener información con una intención inmediata y usarla en un plazo de unos segundos, su capacidad para recuperar de nuevo la información almacenada anteriormente cuando ya ha pasado algún tiempo, así como su capacidad para enfrentarse cognitivamente a una tarea que no puede llevarse a cabo automáticamente. El análisis muestra que su nivel de información general está dentro del "PROMEDIO", mientras que su memoria a corto y largo plazo, su riqueza de vocabulario, y su razonamiento fluido verbal no solo constituyen un "PROMEDIO BAJO" sino que, en relación con otros escolares de su edad, se consideran puntos débiles normativos.

Cabe resaltar que es importante atender los aspectos emocionales y sociales del paciente, y como estos se relacionan con sus capacidades escolares y de rendimiento. En este sentido Luis Iván presenta síntomas ansiosos y depresivos importantes que están afectando significativamente su rendimiento en la prueba y su rendimiento escolar. Es por esta situación que se decide hacer un estudio psicológico completo, para así conocer la dinámica afectiva del paciente.

- **Valoración emocional**

El paciente se refiere a sí mismo de la siguiente manera: "Soy Luis Iván, tengo 11 años, me gustan los muñecos, no me gusta que me agarren mis cosas, ni que me esculquen, y que no rompan mis muñecos" sic pac. Tiene aspiraciones e interés de superarse en un futuro, ya que desea "aprender a estudiar", acabar la escuela y convertirse quizá en hojalatero como su padre o mecánico como sus tíos.

A través de la información derivada de las pruebas proyectivas se observa que su personalidad se caracteriza por ser extrovertido, sociable, idealista, impaciente, franco, respetuoso con la autoridad, con fuerza física y energía vital; sin embargo ante situaciones críticas o estresantes tiende a sentirse enojado, irritable, inseguro, con poca fortaleza para sostenerse; enfrentando situaciones de amenaza pero solo al inicio, pues después desiste y pide apoyo externo. La negación y la evasión constituyen dos de los mecanismos psicológicos que más utiliza para afrontar la hostilidad percibida.

En la escuela se siente "presionado" ante la desventaja académica con los compañeros, ya que cuando el resto del grupo ya acabó el trabajo él no lo ha terminado, sintiéndose con ello mucho más ansioso e inseguro de sus capacidades. Muestra onicofagia e hiperhidrosis palmar cuando tiene que exponer o leer en clase, mencionando al respecto: "*Si entiendo las lecturas pero la maestra me pasa al frente y me pongo nervioso y no puedo leer*" sic pac. Menciona que la maestra lo presiona y no lo apoya en clase lo suficiente y que por ello le agrada ir a clases de regularización para aprender lo que se le dificulta.

En sus ratos libres Luis Iván disfruta de hacer graffiti, ver T.V, salir con los amigos a jugar, y convivir con sus abuelos quienes lo consienten mucho. Refiere sentirse triste por la separación de sus padres ya que le gustaría seguir viviendo con ambos "Cuando estoy con mi papá sueño con mi mamá y al revés" sic pac. Sus principales temores y preocupaciones se centran en: el área escolar (debido a las continuas llamadas de atención por su inquietud o por su falta de atención, y dificultad en las tareas, etc.), y la posibilidad de que a algún miembro de su familia le pase algo, ya que su mamá trabaja en una cervecería en la noche, a su hermana Karen la atropellaron y se descalabró al caerse de un columpio, y a su papá un día lo iban a asaltar cuando fue al centro. Sus frustraciones y enojos están vinculados con las burlas por parte de sus

hermanas acerca de su forma de vestir (le dicen "naco"), con la poca oportunidad de que sus opiniones sean tomadas en cuenta en casa (ya que al parecer las hermanas son las que deciden las actividades), con la intrusión de sus hermanas y primos en sus cosas personales, y con las injusticias que le suceden a otras personas y a él mismo (ya que desde que comenzó a hacer grafiti en su casa lo culpan por todo lo malo que sucede) .

En lo que respecta a su familia, Luis Iván cuenta con una familia extensa con poca comunicación, y poca interacción entre los miembros, ya que cada uno está ocupado en una actividad distinta a horarios diferentes. Se observa que el abuelo es quien tiene la autoridad en la casa ya que es él quien decide lo que se va a hacer. A pesar de que se apoya mucho en sus hermanas para realizar sus actividades existe cierta rivalidad fraterna ya que Luis Iván percibe un trato preferencial de su madre hacia sus hermanas. Como se esperaría en cualquier divorcio, los roles de la familia se están reajustando y el menor está ocupando el papel del "protector" ya que va a dejar a su madre al trabajo, acompaña a sus hermanas a la parada del camión, va por ellas, y está pendiente de lo que les pasa.

La pérdida de la seguridad económica hace que la madre busque trabajo fuera de casa, laborando actualmente en dos lugares los siete días de la semana. Por tanto, dedica menos tiempo que antes a Luis Iván quien vive esta situación como un doble abandono. El paciente desearía poder abandonar la casa de los abuelos y vivir en un sitio aparte junto con su madre y sus hermanas, en donde pudiera recibir mayor atención por parte de su mamá.

El menor aún esta asimilando la separación de sus padres, sintiéndose actualmente desprotegido, abandonado, desorientado, y sin apoyo. Muy en el fondo le gustaría vivir con ambos. Se observa de dos meses a la fecha un mayor acercamiento al padre, a quien visita los

fines de semana. Menciona que le gustaría irse a vivir con él mas sin embargo, se observa indeciso aún ya que no quiere dejar la escuela en donde está ni tampoco dejar a su mamá.

Demuestra tener celos hacia la actual pareja de su madre, a pesar de que mantiene una buena relación con él. Ya ha comenzado a aceptar a la pareja de su padre, y poco a poco se está adaptando a la nueva dinámica familiar.

Comienza a manifestar interés por el sexo opuesto, en particular por una compañera de su clase, y desea ir a fiestas con sus amigos, los cuales tienen entre 15 y 16 años. Sin embargo no se le permite asistir ya que en esas fiestas se consume alcohol. En la escuela tiene amistades que presentan problemas de conducta, situación que le ha ocasionado aun mayores problemas ya que los profesores tienden a asociarlo con ellos.

- **Impresión diagnóstica**

Luis Iván es un niño con una edad cronológica de 11 años 2 meses que rinde actualmente con un nivel de inteligencia "PROMEDIO" caracterizada por una verbalización deficiente que va ligada al ambiente educativo poco estimulante, dificultad en la secuenciación auditiva numérica, dificultades en el razonamiento deductivo, y lentitud en el desempeño. El índice de Velocidad de procesamiento constituye un punto de interés prioritario ya que a la vez es un punto débil personal y un punto débil normativo. En especial se observa en dicho índice una baja facilidad numérica (aptitud para manipular con rapidez y precisión los números), y una baja velocidad perceptiva (aptitud para buscar y comparar con rapidez los símbolos o patrones conocidos presentados al lado o en campos separados), en especial cuando hay presión para mantener la atención y la concentración. Se infiere que en la situación escolar es tal su nivel de ansiedad por no poder trabajar al ritmo del grupo que su velocidad de procesamiento disminuye aun más. Los factores depresivos también influyen en este rendimiento.

Se observan dificultades para la aritmética, en especial para las multiplicaciones y divisiones. La comprensión de lectura se observa normal y en la escritura se observan varios errores ortográficos, principalmente con las letras /s-c/ y /b-v/

Actualmente está cursando el proceso de separación de los padres ante el cual se siente enojado, desprotegido, y abandonado, ya que además de haber perdido al padre siente un distanciamiento de la madre lo que es interpretado como una doble pérdida. Por esta razón, demanda atención principalmente de la madre, la cual no puede estar con él como quisiera ya que labora en dos trabajos y no tiene días de descanso. Como parte de la asimilación del divorcio su relación con el padre se ha reanudado desde hace dos meses a la fecha, y el menor acude a visitarlo los fines de semana.

En general el menor tiende a presentar constantes síntomas (o malestares) que nos indican la presencia de un Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo y no un TDAH como se refiere en la escuela, ya que el inicio de los síntomas comenzó hace un año cuando los padres se divorciaron. La inatención y posible hiperactividad están más ligadas a factores emocionales y se exageran con el manejo que la maestra tiene con él en el aula.

7.- RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Siguiendo con lo planteado en los objetivos del presente informe, en ésta sección deseo hacer en primer lugar un reporte acerca de las recomendaciones y sugerencias proporcionadas a los padres durante la entrevista de devolución diagnóstica, y posteriormente hablar de mi experiencia en la evaluación con pacientes con TDAH en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", mencionando algunas sugerencias específicas al servicio que considero importantes.

Una vez terminada la valoración, a los padres de cada uno de los niños se les dio cita para una entrevista de devolución diagnóstica, en donde además de explicarles las características del TDAH, el objetivo del estudio, y los resultados de las pruebas, se les proporcionaron sugerencias específicas para el tratamiento de cada niño.

- **Caso Luis David**

Luis David es un menor con un diagnóstico de TDAH predominantemente hiperactivo (determinado por el paidopsiquiatra), el cual presenta un alto nivel de energía y actividad física, impulsividad, y poca tolerancia a la frustración y a la demora.

Posee un estilo cognitivo impulsivo, flexible, y dependiente de campo. Además de éstos síntomas sobresalen durante la evaluación problemas de baja autoestima, de ansiedad, miedos y aislamiento, rechazo por el grupo de pares, y síntomas ansiosos importantes que se reflejan a través de la enuresis que presenta. Estos síntomas no fueron evaluados a fondo, ya que la valoración solicitada por el paidopsiquiatra se limita al área cognoscitiva, sin embargo, se considera importante evaluar el área afectiva, para explicar las posibles disfunciones, y establecer líneas de tratamiento adecuadas. A medida que el menor crezca estos problemas

pueden agravarse y marcar una tendencia en la formación de su personalidad, afectando de mayor forma sus relaciones interpersonales y disminuyendo aún más su calidad de vida.

Paradójicamente en los resultados de algunas subpruebas de la escala Wechsler WPPSI se observa una buena capacidad de atención y concentración, infiriéndose que ésta se mejora notablemente cuando se trabaja en un ambiente controlado (libre de ruidos y personas que lo puedan distraer), cuando emplea conductas compensatorias (contar con dedos o repetirse a sí mismo en voz alta las cosas), y cuando se utilizan materiales didácticos para la realización de las tareas (dibujos, figuras, etc.) como fue en los subtests de Casa de animales y Figuras Incompletas.

Es sumamente creativo y posee un estilo cognitivo flexible por lo que sugiero apoyo escolar empleando materiales didácticos en donde se permita la expresión de ésta fortaleza del niño.

Dando respuesta al motivo de referencia indicado por el pidiopsiquiatra, se descartan dificultades en la comprensión y realización de semejanzas y diferencias ya que puntúa con un nivel "Promedio/Dentro de límites normales". Así mismo se infiere que los problemas en la lecto-escritura se originan por la inmadurez perceptomotora y dificultades en el "Cierre Visual" y "Discriminación Figura-Fondo".

Considerando lo anterior, durante la entrevista de devolución diagnóstica se le hacen tanto al médico pidiopsiquiatra como a la madre las siguientes sugerencias:

- Continuar con tratamiento farmacológico de manera constante y sin interrupciones para que el médico valore la eficacia del medicamento.

- Valorar canalización a Análisis Conductual Aplicado para el control de berrinches, respeto de turnos, y episodios enuréticos.
- Valorar apoyo Psicopedagógico para mejorar la escritura, y apoyo a los problemas de aprendizaje asociados con las dificultades de cierre y figura-fondo.
- Considerar Valoración Emocional para conocimiento de la dinámica afectiva del niño, de los posibles trastornos emocionales existentes, y para determinar un diagnóstico y un tratamiento más adecuado.
- Canalizar a los padres a Trabajo Social para acudir a un taller de manejo de normas, límites y autoridad.

Con respecto a esta última sugerencia cabe resaltar, como se ha mencionado a lo largo de este informe, que el taller para padres se imparte cada 3 meses, por lo que durante la entrevista se le brindan a la madre algunas estrategias para su manejo en casa:

- Proporcionar a Luis David un ambiente familiar estructurado, organizando las actividades que se hacen en la casa y tratando de establecer una rutina.
- Explicarle a su hijo que las elecciones que haga tendrán consecuencias (positivas o negativas), y cumplir con las advertencias que se han establecido con claridad y justicia. Retirarle privilegios, no necesidades, si así se quiere y estipula.

- Favorecer la autonomía personal del niño al no sobreprotegerlo y hacer sus responsabilidades.
- Fomentar el desarrollo de su autoestima: Sorprender al niño "siendo bueno" o haciendo alguna cosa deseable, tan frecuentemente como sea posible, y recompensarle con una alabanza, palabra bondadosa, sonrisa o palmada en la espalda. Estimularle a reconocer sus progresos y ejecuciones por lentas o limitadas que estas puedan ser.
- Establecer un sistema de economía de fichas para el control de esfínteres a través del uso de un calendario en donde el propio niño lleve el autorregistro de los días en que no ha mojado la cama.
- Recomendación de los libros "Juguemos a leer" y "Mi libro mágico" para desarrollar la lecto-escritura.

Durante la devolución diagnóstica, la madre reconoce que el medicamento es importante para la recuperación de su hijo, mas sin embargo menciona que no cuenta con los suficientes recursos económicos para poder solventarlos, lo cual hace que el menor tenga un pronóstico desfavorable.

- **Caso María Belén**

En lo que se refiere a María Belén, ambos padres acuden a la entrevista de entrega de resultados, observándose sumamente desorientados y preocupados por el estado de su hija. Además de informarlos respecto a las características del TDAH, la instrucción acerca del tratamiento general de la niña, y los resultados de la evaluación, se habla con ellos para aliviar sus culpas respecto a los problemas de su hija. Se les motiva a que sigan apoyando a la menor lo mejor que puedan, y a reconocer la muchas cosas positivas que han hecho para ayudar a su hija.

En términos generales, María Belén es una niña con un diagnóstico de TDAH mixto, con una inteligencia limitrofe caracterizada por una gran dificultad para concentrarse y permanecer atenta, para entender instrucciones (se le tienen que repetir las cosas varias veces), así como para interpretar y organizar los estímulos visuales dentro de un límite de tiempo. Presenta algunos signos neurológicos menores tales como dificultades para nombrar colores, falta de dominio manual, retrasos en la definición de la lateralidad y retrasos psicomotrices, así como fluidez verbal y atención disminuidas. Estas características indican retrasos madurativos de funciones superiores, y nos anuncian que la menor dispondrá de menores recursos cognitivos-adaptativos para empezar con efectividad el aprendizaje de habilidades académicas.

A pesar de lo anterior, hace grandes esfuerzos por tener un buen rendimiento dadas sus capacidades, aprovechando al máximo la información que ha aprendido.

Con base a lo anterior, las recomendaciones brindadas al paidopsiquiatra fueron:

- Revisar tratamiento farmacológico, ya que los problemas de atención e hiperactividad aun siguen afectando el desarrollo de otras áreas.
- Canalizar a Neuropsicología para trazar una estrategia de rehabilitación.
- Canalizar a algún grupo en Medicina Física para mejora de la coordinación psicomotriz.
- Valorar canalización a Análisis Conductual Aplicado para el control de berrinches y conductas disruptivas.
- Canalizar a los padres a Trabajo Social para acudir a un taller de manejo de normas, límites y autoridad.
- Valorar atención con el oculista para determinar si existen problemas visuales.
- Una vez estabilizada el área atenta, considerar valoración psicopedagógica y apoyo extra-escolar para mejorar el rendimiento académico a través del aprendizaje de estrategias que permitan suplir las deficiencias de su sistema neurobiológico.
- Considerar un estudio psicológico completo en 6 meses, que permita explorar los indicadores emocionales encontrados, así como evaluar las funciones cognitivas cuando los síntomas estén un poco más estables. Se recomienda la aplicación del DTPV-2 Frostig para la evaluación de la percepción visual y determinar si existe algún grado de inmadurez que interfiera con el aprendizaje

Además de lo anterior, en la entrevista de entrega de resultados se les proporcionan a los padres recomendaciones específicas sobre las pautas de acción para casa, las cuales menciono a continuación:

- Ponerse de acuerdo como padres respecto a los límites y las normas que desean inculcar en su hija.
- Hacer hincapié en que estén pendiente de las conductas de su hija y que las registren en una agenda o diario de sucesos significativos del día, para que así puedan coordinar el intercambio de información entre el neurólogo, el psicopedagogo, y el profesor del aula.
- Desarrollar nuevas habilidades en la comunicación con su hija tales como hablar despacio y con frases cortas, con un tono de voz suave, mantener el contacto visual, no escuchar al niño cuando grita, y buscar que escuche (necesito tus oídos). Así mismo se deberá verificar que la niña haya entendido las instrucciones, pidiéndole que repita lo que se le acaba de pedir.
- Favorecer la autonomía personal de María Belén al no sobreprotegerla y hacer sus responsabilidades.
- Favorecer su autoestima al mostrarle qué orgulloso está de sus logros con elogios y afecto, así como felicitarla cuando se porte bien. Estimularle a reconocer sus progresos y ejecuciones por lentas o limitadas que estas puedan ser.

A través de esta estrategia en la devolución diagnóstica los padres se fueron más tranquilos y seguros del conocimiento del padecimiento de su hija, y con herramientas para saber cómo controlarla en casa y guiarla en su desarrollo.

- **Caso Iván**

Iván es un preadolescente que está viviendo el duelo por el divorcio de los padres, y los cambios en la dinámica familiar. Fue diagnosticado en la escuela con TDAH y canalizado al hospital psiquiátrico infantil debido a que en clase se mostraba sumamente inatento, disperso, olvidadizo, rezagado al entregar las actividades propuestas, y se levantaba constantemente de su lugar para buscar amigos. Después de realizar la valoración se observa que estos síntomas coinciden más con el duelo de la separación de los padres que con TDAH, ya que la historia clínica no muestra datos que lo confirmen. No obstante el menor ya ha sido etiquetado por su maestra, compañeros, y familiares, lo cual ha disminuido su autoestima y sentimiento de autoeficacia.

Se evalúa su nivel de inteligencia actual con la escala WISC-IV, en donde es posible observar que el índice de velocidad de procesamiento se ubica en el extremo inferior, denotando sus dificultades para ejecutar tareas cognitivas en forma automática y fluida, especialmente cuando hay presión para mantener la atención y la concentración. Ante la presión ejercida por la maestra para la realización de las actividades en clase, el menor se muestra ansioso y con dificultad para concentrarse, disminuyendo así su rendimiento escolar y sus capacidades de aprendizaje. No obstante lo anterior, su Índice de capacidades general puntúa en un nivel "Promedio/Dentro de límites normales"

Por otro lado, Iván está entrando a la adolescencia y en consecuencia está buscando identidad, reconocimiento, aceptación, pertenencia a un grupo, y amor y respeto por parte del núcleo

familiar. La madre se muestra preocupada por las “malas amistades de su hijo” y teme que estos puedan iniciarlo en el alcohol o drogas.

Es por ello que se le hacen las siguientes recomendaciones al médico paidopsiquiatra:

- Continuar tratamiento farmacológico para disminuir síntomas ansiosos y depresivos.
- Valorar apoyo psicopedagógico para la mejora en Matemáticas, y continuar en clases de regularización.
- Incorporar a terapia de tipo cognitivo-conductual para el manejo de síntomas ansiosos.
- Sugerir a la madre el “Taller para padres para el manejo de adolescentes”.

Durante la entrevista de devolución diagnóstica se aclara con la madre que Iván no padece TDAH sino un Trastorno ansioso depresivo. Se enfatiza la necesidad de apoyo extra-escolar, y se le dan algunas sugerencias para entender mejor las necesidades de su hijo ahora que está entrando a la adolescencia. Se invita a la madre a que desarrolle una relación positiva con su hijo, es decir, que sea afectuosa y comunicativa con él, que le apoye, que le establezca límites razonables, que promueva su autonomía, le exija responsabilidades, y que trate de mantenerse informada de qué hace en su tiempo libre y quiénes son sus amigos y amigas.

- **Consideraciones Generales**

Uno de mis principales objetivos al trabajar en el servicio de psicodiagnóstico durante mi periodo de servicio social fue el conocer las patologías que afectaban más a la población mexicana infantil y adolescente. Dicho fin se cumplió totalmente ya que el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" ofrece la posibilidad de atender a pacientes con diferentes diagnósticos, no únicamente del D.F, sino también del área metropolitana, brindando así a gran cantidad de practicantes de distintas áreas (paidopsiquiatras, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales) la posibilidad de ampliar su experiencia profesional.

En lo referente al proceso de psicodiagnóstico en general considero que es vital y de suma importancia tener un diagnóstico certero de lo que sucede con el niño, ya que de ello depende el éxito del tratamiento. Es por esto que hago las siguientes sugerencias para obtener información crucial durante la entrevista:

1. Los datos deben investigarse con una *cuidadosa historia del embarazo* y el desarrollo del infante. Generalmente en el servicio de psicodiagnóstico no se hace mucho énfasis a ésta parte ya que la mayoría de los datos de importancia del menor ya fueron tomados con anterioridad por el paidopsiquiatra y se encuentran en el expediente. Sin embargo, mi experiencia durante el servicio social me enseñó que es necesario corroborar y ampliar esta información para una mejor comprensión psicodinámica del caso.
2. Es necesario *hacer una buena semiología*, preguntándose ampliamente sobre las conductas aberrantes del niño, los síntomas específicos presentes, su severidad, su frecuencia, el grado en el que los síntomas son situacionales y la duración del problema.

3. Es conveniente tener un *acercamiento de los procesos intrapsíquicos* de éstos niños, como se ven a sí mismos, cual es su imagen respecto a sus compañeros y maestros, así como del lugar que ocupan en la dinámica familiar. Éstas funciones son posibles de observar a través de las pruebas proyectivas que se aplican en el hospital, tales como el dibujo de la figura humana de Koppitz, el dibujo de la familia de Corman, el test de persona bajo la lluvia, y el test de apercepción temática infantil (CAT) principalmente.
4. Hay que hacer una *evaluación detenida de las habilidades específicas para el aprendizaje* y en caso de dificultad diagnosticarlo paralelamente.
5. De ser conveniente un *acercamiento al ambiente escolar*, entrevistando al maestro o preguntándole por ciertas cuestiones de interés, ya que su ayuda será muy valiosa. Pedir al niño que lleve a consulta sus cuadernos para observar avances o dificultades suele ser una estrategia eficaz para detectar y corroborar las problemáticas escolares del menor.

Regularmente el psicólogo durante la evaluación se basa en el cuestionario de Connors para Maestros para obtener información respecto al desempeño escolar del menor, siendo éste el único contacto que se tiene con el profesor. Empero, dicha información puede ser completada como se mencionó anteriormente con la revisión de cuadernos y trabajos del menor, y si es posible con el contacto con el profesor a través de cuestionarios estructurados con preguntas de interés para el caso, o de la consulta vía telefónica.

Una de las problemáticas encontradas en el diagnóstico de TDAH es que éste se basa principalmente en el reporte brindado por los padres, maestros o personas cercanas al menor acerca de su desarrollo y conducta. Los familiares muchas veces olvidan o exageran datos importantes sugiriendo en muchas ocasiones un diagnóstico de TDAH cuando la realidad del

niño es diferente. Las escalas de Conners, uno de los instrumentos más eficaces para la evaluación de los síntomas y conductas asociadas al TDAH, se basan también en el reporte verbal de familiares del menor, incluyendo también cierto sesgo. De ahí la complejidad del diagnóstico y la importancia de complementarlo con observación clínica, pruebas psicológicas, y de laboratorio.

En lo que respecta al proceso inicial de atención de los pacientes en el Hospital Psiquiátrico Infantil, observé que en algunas ocasiones los pacientes eran canalizados al área de Psicodiagnóstico sin contar con historia clínica, o sin evaluaciones médicas y estudios de laboratorio básicos, basándose únicamente en los pocos datos referidos al momento de ingresar al hospital en el área de urgencias. Dado lo anterior, se complica más el trabajo de evaluación al no contar con los elementos suficientes para confirmar un diagnóstico de TDAH descartando otras variables.

Con respecto a la evaluación de niños con TDAH, considero que uno de sus principales pilares es la observación clínica, ya que permite corroborar ciertos datos y detectar las posibles fallas en la atención y la hiperactividad. En ese sentido es necesario observar cómo se contacta el paciente con el psicólogo, si tiene dificultades o no para separarse de la persona que lo acompaña al ingresar al consultorio, si se muestra ansioso al ser examinado, si comprende con facilidad las consignas y/o si se mueve mucho en el asiento durante la evaluación. Además se debe observar la riqueza del vocabulario que el niño posee y si lo utiliza con precisión.

Debido al marco hospitalario y a la gran demanda de pacientes en espera de psicodiagnóstico, no siempre se puede dedicar tanto tiempo para la observación del menor a través del juego (lo cual siempre brinda datos valiosos en caso de ser aplicado). No obstante se deberá observar el

grado de atención, hiperactividad, e impulsividad que presenta el paciente mientras realiza las actividades dentro del consultorio. El sostenimiento de la atención puede observarse en la capacidad del sujeto en persistir una determinada cantidad de tiempo en una actividad, sin sufrir distracciones hasta la finalización de la tarea asignada. Un bajo umbral de tolerancia a la frustración o un alto nivel de impulsividad atentan contra la capacidad de sostener la atención por un largo periodo, por lo que durante la evaluación es necesario ser precisos en este aspecto ya que en muchas ocasiones puede confundirse con falta de habilidades o falta de capacidad intelectual. Por otro lado, la impulsividad puede observarse durante la evaluación a través del incremento en la cantidad de errores que un sujeto comete, y por la falta de capacidad en tomarse el mínimo de tiempo necesario que se requiere para elaborar una respuesta correcta.

Como se revisó en el marco teórico, el TDAH es un trastorno que por sus características se presenta comórbido a otros trastornos. Es por ello que es de vital importancia que las valoraciones realizadas se hagan de manera integral incluyendo no sólo aspectos cognoscitivos, sino también emocionales y de desarrollo, ya que las mismas características del padecimiento así lo demandan. La inatención, la hiperactividad e impulsividad son síntomas que afectan la autoestima, el estado de ánimo, y las relaciones interpersonales, y que a su vez exacerbaban los síntomas iniciales como se puede observar en los casos planteados. Los niños con TDAH se vuelven más susceptibles para presentar problemas de tipo depresivo y de ansiedad, además del bajo rendimiento escolar por el cual acuden a consulta. Es por ello que sugiero la realización de "Estudios Psicológicos Completos" en los que se incluyan pruebas como el Test de Frases Incompletas para niños, el Test del dibujo de la Familia, el test de Persona Bajo la lluvia, el HTP de Buck, y el Test de Apercepción Temática Infantil con figuras de animales o humanas. El test de las Fábulas de Düss resulta una prueba ideal para este fin, ya que fue creada exclusivamente para niños, lo cual la hace idónea para explorar los conflictos en éste grupo de edad. Consiste en

diez breves historias, en las cuales un héroe se encuentra en una situación determinada, representativa de un estadio del desarrollo psicosexual. El niño deberá completar cada historia, para lo cual se espera que se identifique con el héroe y que a través de él exprese sus propios complejos. Es de muy rápida aplicación, máximo 10-15 minutos y permite analizar las principales áreas de conflicto de un niño. La hipótesis de Düss radica en que si el niño se siente afectado por una de las historias y da una respuesta simbólica, o al contrario, manifiesta una cierta resistencia a responder, es que la situación del héroe de la fábula determina en él una cadena de asociaciones que revela el complejo al que está fijado. (Düss, 1997).

El TDAH, al afectar el sistema cognoscitivo del menor, interfiere de manera directa en su capacidad para aprender, por lo que se le asocian frecuentemente problemas de aprendizaje o problemas pedagógicos como la dislexia, digrafía, o discalculia. Es por esto que además de las pruebas psicológicas ya mencionadas, es necesario que el departamento de psicodiagnóstico implemente el uso de otras pruebas para la evaluación más profunda de estos aspectos como lo son la "Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y la escritura", y las "Escalas McCarthy de aptitudes y Psicomotricidad para niños" las cuales han sido utilizadas en México con excelentes resultados (Aragón, 2002).

La "Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y la escritura" tiene como objetivo el medir la "madurez" o "habilidades" de los niños para el aprendizaje de la lecto-escritura. Constituye un instrumento de aplicación individual para niños entre los cinco y los seis años de edad que cursan el segundo de preescolar y el primer año de primaria. Según esta prueba, las habilidades básicas que posibilitan el aprendizaje de la lectura y de la escritura son: la coordinación visomotora, la memoria motora, la percepción y discriminación visual, el vocabulario, la articulación, la percepción y discriminación auditiva, la

estructuración espacio temporal, la memoria visual inmediata, la memoria auditiva y la lógica inmediata, y la discriminación lateral.

Las "Escala McCarthy de aptitudes y Psicomotricidad para niños" son aplicables a menores de edades comprendidas entre dos años y medio y ocho años y medio, y está compuesta por 18 subpruebas que permiten obtener puntuaciones o índices de diferentes conductas cognitivas en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad. En pacientes con TDAH que muestren bajas en el subtest de "Aritmética" de alguna de las pruebas de Wechsler, se pueden aplicar la escala numérica del McCarthy para evaluar la facilidad para el manejo numérico y la comprensión en términos cuantitativos. Las pruebas que la conforman son: cálculo, memoria numérica y recuento y distribución.

Por otro lado, considero que en la institución receptora se requieren pruebas para la evaluación de los "Estilos cognitivos de los niños", las cuales pueden incluirse en la valoración para saber cuáles son las formas particulares en las que el niño recibe, almacena, procesa, y confronta la información desde las polaridades de impulsividad-reflexividad, dependencia-independencia de campo, y flexibilidad-rigidez. Este análisis posibilita al psicólogo el hacer las sugerencias apropiadas cuando el motivo de referencia implica problemas de aprendizaje.

Respecto a la epidemiología de éste padecimiento en el marco teórico se menciona que el TDAH se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas, aspecto que pude corroborar a través de mi experiencia en la evaluación de niños en el hospital psiquiátrico infantil. Con respecto a la afirmación que hace Solloa (2001) respecto a que las niñas presentan más síntomas ansiosos y afectivos, considero que tanto las niñas como los niños presentan de igual forma dicha sintomatología. Ambos expresan su ansiedad mediante cambios de conducta y su estado de

ánimo, tales como el incremento en el llanto, irritabilidad, y cambios en los hábitos de dormir y comer. Puede que los menores se resistan al sueño, no quieran dormir en su propia cama, quieran que sus habitaciones estén iluminadas, o tengan pesadillas. También puede que se peguen más a sus padres y no los quieran perder de vista, lloren más, y jueguen de forma diferente. Puede que algunos niños se hagan introvertidos y más pasivos, mientras que otros se pongan más molestos y agresivos. Los niños pueden volver a una conducta más infantil, como chupar el pulgar u orinar la cama, o pueden hablar de una manera inmadura o desarrollar trastornos del habla, por ejemplo el tartamudeo, o hasta pueden dejar de hablar.

En relación a las limitaciones encontradas en la realización de la práctica clínica, encuentro que una de ellas fue mi poca experiencia en la integración de estudios psicológicos de niños y mi nulo contacto con pacientes con TDAH. La evaluación de niños con TDAH no es nada sencilla debido a las distracciones y actividades excesivas del paciente. Ante tales dificultades mi trabajo en el hospital me ayudó a desarrollar nuevas habilidades en el trabajo con los niños tales como aprender a “pensar”, “imaginar” y “sentir” como niño, ser más observadora, flexible y creativa, ser más paciente y tolerante, y desarrollar un nivel de comunicación efectivo según las características cognitivas del niño.

En cuanto a la formación profesional dentro de la Facultad, considero que es necesario contar con centros donde se facilite el desarrollo de prácticas en escenarios reales antes de realizar el servicio social, ya que si bien esta práctica promueve el aprendizaje, no es suficiente el tiempo para cumplir los objetivos establecidos. Así materias como Psicopatología de la época del crecimiento y del desarrollo, Desórdenes Orgánicos de la Personalidad Sociopática y Psicopática, Evaluación de la personalidad, y Teoría Especial de la Psicosis, por mencionar algunas, deberían tener prácticas en las diferentes Instituciones de salud para que así los

estudiantes logren la consolidación del aprendizaje en escenarios reales. De esta manera la realización de estas prácticas contribuiría a mejorar la salud mental en beneficio de la población, favorecería la investigación en la gran diversidad que ofrece la población que acude a dichas instituciones de salud, lo que conlleva al prestigio de la UNAM y conduce al desarrollo de la psicología como ciencia.

8.- REFERENCIAS

- Antología: Introducción al Psicodiagnóstico, elaborada por el servicio de Psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- Aragón, Laura *et al* (2002). Evaluación Psicológica en el área Educativa. Ed. Pax, México
- Artigas-Pallarés J(2003). Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol.*; 36 (Suppl 1):S68-78
- Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados. <http://www.deficitdeatencion.org>.
- Ávila, César (2002). Niños Hiperactivos: Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Ed. Alfa-omega, México
- Bausela, Esperanza (2005) Implicaciones de las conexiones cortico y subcorticales del lóbulo frontal en la conducta humana. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/7/Esperanza_Bausela.doc
- Benavides, Greta. El niño con Déficit de Atención e hiperactividad: Guía para padres, Ed. Trillas, 3ª ed., México.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales CIE-10
Ed. Panamericana
- Düss, L (1997) Fábulas de Düss: El método de las Fábulas en Psicoanálisis Infantil. Madrid: Ediciones TEA
- Elías, Yolanda (2005). TDAH: Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento. Ed. Trillas, México.
- Espleta, Lourdes (2002). La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes. Ed. Síntesis, Madrid, España.
- Esquivel, F; Heredia, C. y Lucio, E. (1999). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno.
- Gratch, Luis Oscar (2000). El TDAH (ADD-ADHD): Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, en la adolescencia y en la adultez. Ed. Panamericana, Argentina.
- Koppitz, Elizabeth (1976). El dibujo de la figura humana en los niños. Ed. Paidós, Argentina
- Martínez Z, Irene(1987). Estudio comparativo de niños hiperquinéticos y un grupo de niños normales a través de la Escala Wechsler para niños (WISC) y el Test Visomotor de L.

Bender. Tesis para obtener el grado de maestría en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

- Facultad de Psicología (2008). Servicio Social, SUA, disponible en: <http://piaget.psicol.unam.mx/serviciosocial.html>
- López-Ibor *coordinador* (1995). Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-IV. Ed. Masson, Barcelona, España.
- López- Villalobos, J.A (2003). TDAH: Desarrollo de estilos cognitivos reflexivo-impulsivo, flexible- rígido, y dependiente-independiente de campo. Revista de Psiquiatría Infantil-Juvenil 20(4): 166-175, Palencia, España.
- Manuales de aplicación e interpretación de pruebas, elaborados por el servicio de Psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- Mendoza E., Ma. Teresa (2005). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros. 2ª ed., México, Ed. Trillas, reimpresión 2008.
- Secretaría de Salud (2004). Boletín informativo del HPIJNN, vol. 3, no. 4, México, D.F.
- Servicio de Psicodiagnóstico (1999). Manual de elaboración del informe psicológico, Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", México, D.F.
- Meneghello, Julio (2000). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia. Ed. Panamericana, Argentina
- Orjales, I. Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores, Ed. OEPE, España, 5ª ed.
- Padrón G. Ana Lucia (2002). Evaluación Clínica Infantil y Educación Especial. Ed. Trillas, México.
- Papalia, D. & Wendkos, S (1997). Desarrollo Humano, con aportaciones para Iberoamérica. Ed. Mc. Graw Hill, 6ª ed., México
- Portellano, j., Mateos, r. & Martínez, R (2000). Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN). Madrid: TEA Ediciones.
- Ramirez, Yaser. (2008) Signos Neurológicos Menores en la edad preescolar. Revista Mexicana de Neurociencia, Septiembre-Octubre, 9(6): 445-453
- Russell A. Barkley (2002). Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa para el Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Ed. Paidós, España.
- Satler, J.M (1988). Evaluación de la Inteligencia Infantil y Habilidades Especiales, 2ª ed., México, Manual Moderno.

- Secretaria de Salud (2004). Diagnóstico epidemiológico en el ámbito nacional, www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf
- Solloa, L.M (2001). Trastornos del desarrollo psicológico en el niño. Ed. Trillas
- Soutullo, C. (2005) Convivir con niños y adolescentes con TDAH, Ed. Panamericana, España, 2ª ed
- Uriarte, Víctor (1998) Hiperquinesia. Ed. Trillas, México
- Velasco, R. (1976) El Niño Hiperquinético. Ed. Trillas, México
- Wechsler, D. (1986) Manual WISC-R Español: Escala de Inteligencia revisada para el nivel escolar, México, Ed. Manual Moderno, reimpresión 2001.
- Zuluaga, B. (2007) Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de TDAH, a través de una intervención sobre la atención. Trabajo de grado para optar al título de doctor en ciencias sociales, Universidad Autónoma de Manizales, Colombia.

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Institución: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Programa del Servicio Social: "La Intervención del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico Infantil".

Nombre de la alumna: Herrero Guzmán Fabiola Romina

Expediente: 17257

Supervisora: Licenciada en Psicología María Angélica Blanco Ramírez

Justificación: El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" a través de su larga trayectoria y experiencia como único Hospital en su tipo tiene el compromiso de formar profesionales de la Salud Mental con el fin de que al terminar sus créditos como pasantes de la Licenciatura en Psicología, logren realizar programas, diagnósticos y tratamientos en beneficio de la sociedad.

Objetivo: Apoyar el diagnóstico diferencial y la planeación del tratamiento a través de la evaluación psicológica, así como proporcionar sugerencias específicas.

Actividades específicas:

Durante los seis meses de servicio social se realizarán las siguientes actividades en función del número y tipo de pacientes que acuden al servicio:

- Evaluaciones psicológicas: cognoscitivas, proyectivas, de desarrollo, y estudios psicológicos completos.
- Revisión del expediente clínico
- Entrevista a padres y pacientes
- Aplicación, Calificación, e Interpretación de pruebas
- Integración de estudios psicológicos
- Notas de seguimiento
- Revisiones bibliográficas de pruebas psicológicas y psicométricas.
- Asistencia a sesiones clínicas.
- Cursos de capacitación:
 - Curso Obligatorio
 - "Curso para pasantes de Licenciatura en psicología"
Fecha: 2 y 3 de Agosto de 2007, de 9:00 a 12:00 hrs.
Impartido por: Servicio de Psicodiagnóstico
 - Curso Opcional (decidido a criterio el alumno con la autorización del supervisor)
 - "Introducción a la Psicofarmacología en niños y adolescentes para el psicólogo".
Fecha: del 6 de Septiembre al 25 de Octubre de 2007, los días Jueves de 9:00 a 11:00 a.m.

Habilidades a desarrollar:

- Obtener información relacionada con el motivo de consulta y el desarrollo del conflicto a través de la práctica de la entrevista.
- Evaluar las habilidades y potencial cognitivo del paciente y la utilización de sus recursos para la adaptación a su medio ambiente familiar, social, y educativo.
- Conocer la dinámica afectiva del paciente y su influencia en la sintomatología, además del establecimiento del diagnóstico y pronóstico.
- Evaluar el desarrollo del paciente en el área motora, del lenguaje, personal social, adaptativa y cognitiva.

Bibliografía a revisar:

- Antología: Introducción al Psicodiagnóstico, elaborada por el servicio de psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- Manuales de aplicación e interpretación de pruebas, elaborados por el servicio de psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- Esquivel, F; Heredia, C. y Lucio, E. (1999). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno.
- Papalia, D. & Wendkos, S (1997). Desarrollo Humano, con aportaciones para Iberoamérica. Ed. Mc. Graw Hill, 6ª ed. , México
- Aberasturi, A. La Adolescencia Normal
Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina
- López-Ibor *coordinador* (1995). Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-IV. Ed. Masson, Barcelona, España.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales CIE-10
Ed. Panamericana

Formas de Evaluación

- Asistencia y puntualidad
- Calidad y disposición al trabajo.
- Actitud Profesional

ANEXO 2

TABLA I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH SEGÚN EL DSM-IV

Inatención	Hiperactividad/ Impulsividad
<ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no presta atención a los detalles o comete frecuentes errores por descuido 2. Dificultad para mantener la atención sostenida 3. Sordera ficticia 4. No sigue instrucciones, no termina las tareas 5. Dificultad para organizarse en tareas y actividades 6. Evita tareas que requieren esfuerzo mental continuado 7. Pierde cosas necesarias para las tareas y actividades 8. Fácilmente distraible por estímulos externos 9. Olvidadizo en las actividades diarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud con manos o pies, se mueve en el asiento 2. Se levanta cuando debería permanecer sentado 3. Corre o salta en exceso en situaciones inapropiadas 4. Dificultad para jugar tranquilo 5. A menudo está excitado, «como una moto» 6. Verborrea 7. Responde antes de que finalice la pregunta 8. Dificultad para guardar turno en actividades de grupo 9. Interrumpe a los demás en juegos, conversaciones, etc. <p><i>Hiperactividad del 1 al 6, Impulsividad del 7 al 9</i></p>
Criterios diagnósticos (DSM-IV)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inatención</i>: 6 o más de los 9 ítems, más de 6 meses 2. <i>Hiperactividad/ Impulsividad</i>: 6 o más de los 9 ítems, más de 6 meses 3. Algunos de los ítems de 1 o 2 estaban presentes antes de los 7 años 4. Los síntomas crean dificultades en 2 o más lugares (hogar, escuela, etc.) 5. Afectan significativamente la dinámica escolar, familiar y social 6. Los síntomas no son debidos a otros trastornos del desarrollo o de la personalidad 	

ANEXO 3

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" AREA DE PSICODIAGNÓSTICO

"ENTREVISTA CLINICA"

No. Registro: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad Actual: _____

1. Motivo de consulta

- ¿Cuál es el problema que presenta él/ la paciente?
- ¿Cómo se manifiesta?
- ¿Qué hacen frente a él? (sentimientos, actitudes y creencias de los padres en relación al problema"
- De las soluciones intentadas ¿Cuáles fueron exitosas y cuales fracasaron?
- ¿A partir de cuándo empezó a notar que su hijo era así? ¿Con que lo relacionan?
- ¿Qué parece aliviar el problema?
- ¿Qué parece empeorarlo?
- ¿Cómo se sienten al respecto?

2. Área Escolar

- Grado escolar y tipo de escuela
- Estuvo en...

Guardería
Kinder
Pre-primaria
Primaria
Secundaria
Preparatoria



- Edad de Ingreso
- Rendimiento Escolar (¿Ha reprobado algún grado o materia)
- Relación con otros compañeros y maestros
- Actitud hacia la escuela

¿Qué le decían los maestros de su rendimiento y de su conducta?

3. Historia de Desarrollo

- Embarazo: ¿Cómo fue su embarazo?, ¿Fue planeado y deseado?, ¿Tuvo control médico?, ¿Desde qué mes tuvo control médico?, complicaciones durante el embarazo, ¿Cómo fue su situación emocional durante el embarazo?
- Parto: ¿Fue a término o inducido?, ¿Normal o cesárea?, tiempo de embarazo (aprox. 270 a 280 días), ¿Se usó anestesia?, complicaciones durante el parto, ¿El bebé lloró al nacer?, ¿Cuánto pesó y midió?, ¿Qué le reportan del estado de salud del niño?, APGAR.
- Alimentación: ¿Le dio pecho o biberón?, ¿A qué edad fue el destete?, ¿A qué edad empezó a comer alimentos sólidos?, ¿A qué edad se integró a la dieta de la familia?, ¿Cómo es su conducta durante la comida?
- Desarrollo motor: sostén cefálico, sedestación, gateo, bipedestación, deambulación, control de esfínteres.
- Lenguaje: primeros fonemas, primeras palabras (¿Cuáles fueron?), primeras frases, lenguaje estructurado, ¿Presento algún problema de lenguaje?
- Sueño: ¿Cuánto tiempo duerme el niño actualmente?, ¿Con quien duerme?, ¿Presenta dificultades para dormir?, pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, noctalia (habla durante el sueño).
- Antecedentes mórbidos importantes: enfermedades, lesiones, fiebres altas, accidentes, operaciones, dificultades para ver u oír bien.

4. Área familiar y social

1. Familiograma: ¿Quiénes integran la familia?, ¿A qué se dedican?, ¿Qué grado de estudios tienen?, ¿Fármaco-dependencias?, Antecedentes médicos familiares.
2. ¿Cómo es el/ la niño(a) con... usted, amigos, hermanos, familiares, compañeros, maestros?
3. Actividades de juego: ¿A qué juega?, ¿Con qué juega?, ¿Con quien juega?, ¿Cómo juega?, ¿Realiza actividades extraescolares?
5. Manejo de normas en casa: ¿Cómo se maneja la autoridad en casa?, ¿Cómo lo premia?, ¿Cómo lo castiga?
6. Tratamiento farmacológico: ¿Está tomando medicamento?, ¿Cuánto tiempo lleva tomándolo?, ¿En qué dosis?, ¿Qué cambios ha notado con el medicamento?
7. ¿Cómo podría describir la personalidad del niño?

8. **Reconstrucción de un día de vida del niño** (Para conocer hábitos, rutinas, actividades del hogar en las que el niño participa, etc.)
9. **Opinión de los padres acerca de su propia infancia**
10. **¿Existe alguna otra información que usted piense que puede ayudarnos a trabajar con su hijo?**

ANEXO 4

TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR

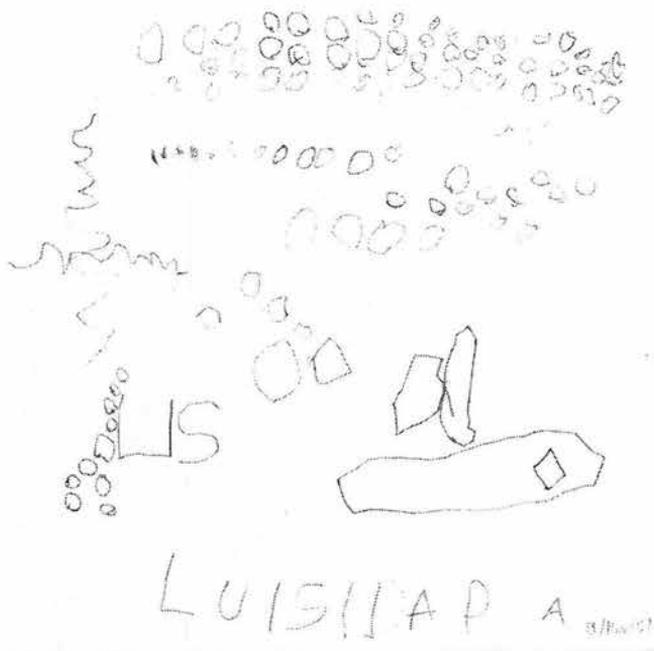


Fig. 1. Bender realizado por Luis David, niño con TDAH paciente del Hospital Psiquiátrico Infantil

“Juan N. Navarro”

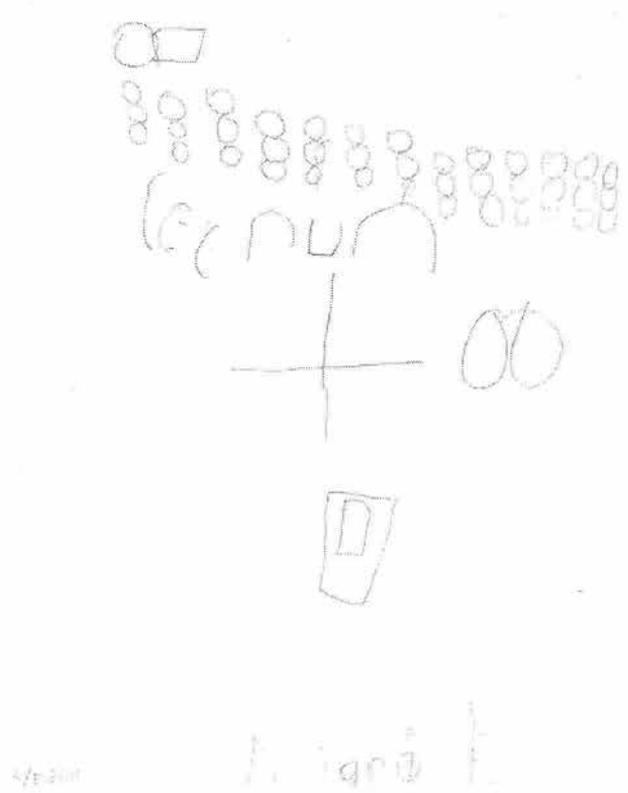


Fig. 2. Bender realizado por María Belén, niña con TDAH paciente del Hospital Psiquiátrico Infantil

“Juan N. Navarro

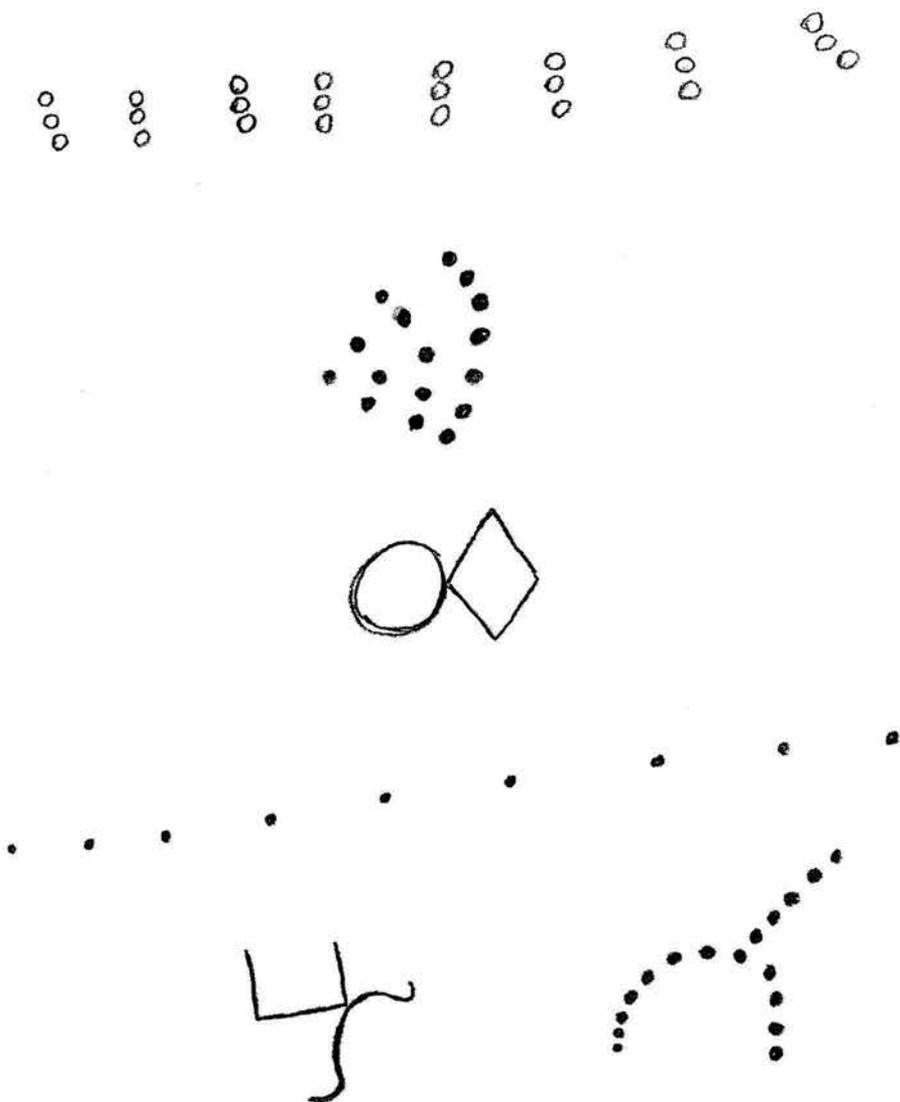
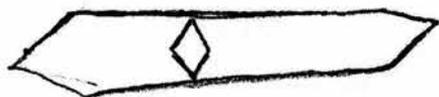
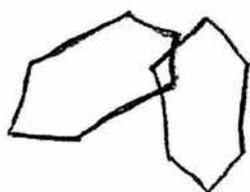
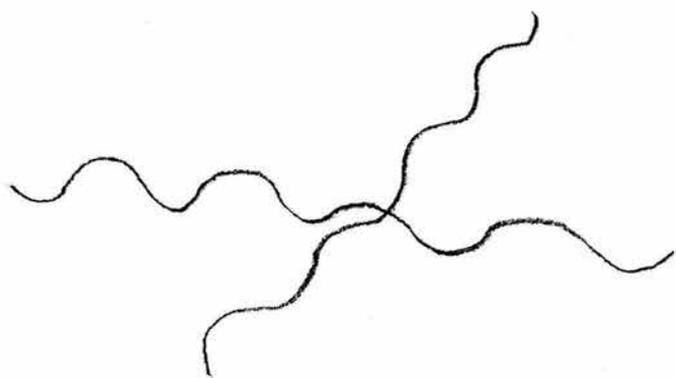


Fig. 3. Bender realizado por Iván, niño con diagnóstico de TDAH, paciente del Hospital Psiquiátrico

Infantil "Juan N. Navarro



ANEXO 5
FIGURA HUMANA DE KOPPITZ



Fig. 4. Figura Humana de Luis David



43M 78

Fig.5. Figura Humana de María Belén

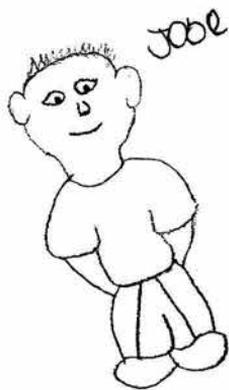


Fig. 6. Figura Humana de Iván

ANEXO 6

PROTOCOLOS DE ESCALAS WECHSLER

MP 3-3	WPSI — ESPAÑOL Protocolo				
Nombre: <u>LUIS DAVID</u>		Edad: <u>6a 5m</u> Sexo: <u>H</u>			
Nombre de los Padres (o Tutores): <u>Ma. Hilda Hernandez</u>		Tel: _____			
Dirección: _____		Grado: <u>1º año de Primaria</u>			
Escuela: _____					
FECHA DE APLICACIÓN: AÑO <u>07</u> MES <u>11</u> DÍA <u>19</u>					
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO <u>01</u> MES <u>05</u> DÍA <u>24</u>					
EDAD EXACTA: AÑOS <u>06</u> MESES <u>05</u> DÍAS <u>25</u>					
RESULTADOS					
ESCALA VERBAL	PUNTAJACIÓN NATURAL	PUNTAJACIÓN NORMALIZADA	SUMA	SUMA PRIORITAEADA	C.I.
Información	<u>14</u>	<u>9</u>			
Vocabulario	<u>20</u>	<u>9</u>			
Aritmética	<u>16</u>	<u>14</u>			
Similitudes	<u>10</u>	<u>8</u>			
Comprensión	<u>19</u>	<u>11</u>			
(Frases)	<u>10</u>	<u>(6)</u>	→ 50 →		→ 100
ESCALA DE EJECUCIÓN	PUNTAJACIÓN NATURAL	PUNTAJACIÓN NORMALIZADA			
Copa de los animales	<u>56</u>	<u>11</u>			
Figuras incompletas	<u>23</u>	<u>19</u>			
Laberintos	<u>13</u>	<u>8</u>			
Dibujos geométricos	<u>9</u>	<u>7</u>			
Dibujos con pérticas	<u>16</u>	<u>13</u>			
(Copa de los animales)	<u>56</u>	<u>(11)</u>	→ 58 →		→ 110
ESCALA TOTAL			→ 108 →		→ 108
Examinador: <u>Fabiola R. Herrera</u>		Fecha: <u>19/NOV/07</u>		Firma: 	

Copyright 1988, WPSI, Inc., The Psychological Corporation, New York, NY 10027

DISEÑO Y DISTRIBUCIÓN EXCLUSIVA DEL MANANTIAL MEDITERRANEO, S.A. de C.V. Av. Sierra 200 Col. Polanco México DF.

Fig.7. Protocolo de WPSI de Luis David

WPPSI — ESPAÑOL
Protocolo




3-3

Nombre: MARIA BELEN Edad: 6a 2m Sexo: M

Nombre de los Padres (o Tutores): _____ Tel.: _____

Dirección: _____ Grado: 1er año de Primaria

Escuela: "Manuel Torres"

FECHA DE APLICACIÓN: AÑO 08 MES 01 DÍA 16

FECHA DE NACIMIENTO: AÑO 01 MES 10 DÍA 09

EDAD EXACTA: AÑOS 6 MESES 03 DÍAS 07

RESULTADOS

ESCALA VERBAL	PUNTAJES		SUMA	SUMA PROPORTEADA	C.I.
	NATURAL	NORMALIZADA			
Información	<u>6</u>	<u>4</u>			
Vocabulario	<u>14</u>	<u>7</u>			
Aritmética	<u>5</u>	<u>4</u>			
Similitudes	<u>15</u>	<u>12</u>			
Comprensión	<u>12</u>	<u>7</u>			
[Frases]	<u>2</u>	<u>1</u>			
			<u>34</u>		<u>80</u>

ESCALA DE EJECUCIÓN	PUNTAJES		SUMA	SUMA PROPORTEADA	C.I.
	NATURAL	NORMALIZADA			
Caja de los animales	<u>22</u>	<u>4</u>			
Figuras incompletas	<u>5</u>	<u>3</u>			
Laberintos	<u>6</u>	<u>6</u>			
Diseños geométricos	<u>6</u>	<u>7</u>			
Diseños con prismas	<u>4</u>	<u>4</u>			
[Caso de los animales]	<u>24</u>	<u>4</u>			
			<u>24</u>		<u>64</u>

ESCALA TOTAL 58 70

Examinador: Fabiola R. Herrero Fecha: 16/ENE/08 Firma: [Firma]

Copyright 1999, 1996 by The Psychological Corporation. www.nps.com
 D.A. © 1999 por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. de C.V. Av. Soques 336 Col. Héroles, México DF.

Fig.8. Protocolo de WPPSI de María Belén

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: LUIS IVÁN
 Examinador: P. en Psic. EGBOLIA HEJERO

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	08	01	18
Fecha de nacimiento	96	11	07
Edad a la evaluación	11	02	11

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares				
Diseño con cubos	22		7			7
Semejanzas	15	7				7
Retención de dígitos	10			6		6
Conceptos con dibujos	21		12			12
Claves	20				2	2
Vocabulario	22	6				6
Sucesión de números y letras	11			6		6
Matices	13		6			6
Comprensión	18	8				8
Memoria de símbolos	14				5	5
Figuras (acompañada)	26		12			12
Reglas	8.5					11
Información	15	7				7
Arbitraria	18					7
Palabras en contexto (Fictas)	9	6				6

Suma de puntuaciones escalares

	Comprensión verbal	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento	Escala total
Suma de puntuaciones escalares	21	25			
Número de subpruebas	+10	+3	+3		
Puntuación media	7	8.3			

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

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95%
Comprensión verbal	21	83	13	77-91
Razonamiento perceptual	25	90	25	83-98
Memoria de trabajo	12	77	6	71-86
Velocidad de procesamiento	7	65	1	60-73
Escala Total	65	74	4	70-80

Manual Moderno
 D.R. © 2007 (Reimpresión)
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Simón Bolívar, Col. República, 06100
 México, D.F.

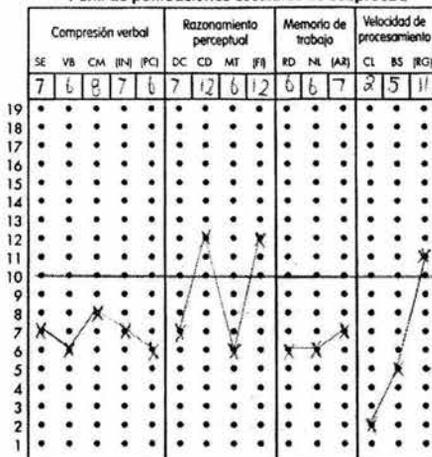
IMP
75-3

"Traducción y adaptación con permiso Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción al Español Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Diagramas originales en Español D.R. © 2007 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados."

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida por otros medios electrónicos, mecánicos, fotocopiado, registrado, o de otro modo, sin permiso previo por escrito de la Editorial.
 ISBN 978-95-262-8 (Protocolo de registro)
 ISBN 978-95-262-8 (Puntaje convertido)

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escolares de subprueba



Perfil de puntuaciones compuestas

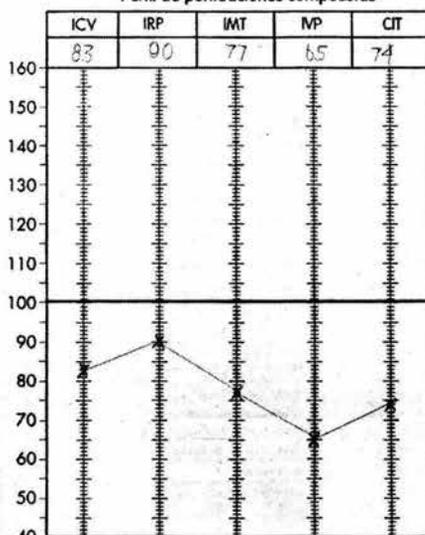


Fig. 9. Protocolo de WISC-IV de Iván