

720866



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

LA EVALUACIÓN INFANTIL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO
NIVEL: UN ACERCAMIENTO AL ANÁLISIS DIFERENCIAL DEL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL QUE PARA
OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
PRESENTA

MARÍA DEL CARMEN ARELLANO HERNÁNDEZ

DIRECTORA DEL IPSS

MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

MÉXICO D.F. ABRIL DEL 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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, 114
2013

M.-

TPs,

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por hacerme ver que faltaba tiempo para vivir momentos felices.

A mi esposo.

Porque mi deseo me mueve, pero tú mano me sostiene
y tu voz me alienta a seguir. Porque te amo más que
a nadie... y me amas más a que a todo.

A mi pequeño bebe.

Por ser la cosa más pequeña con el mayor significado.
Por que no sabía que se pudiera querer tan fuerte y
locamente a un hijo.

A mis maestros,

Por haberme formado. Porque soy una mejor
persona después del tiempo a su lado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	
1.1 DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO SOCIAL.....	3
1.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	3
2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	
2.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN.....	4
2.2 CONTEXTO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	6
3. OBJETIVO DEL INFORME.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
5.1 ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	28
6. RESULTADOS	
6.1 RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	31
6.2 ANÁLISIS GENERAL DE PROBLEMÁTICAS ATENDIDAS.....	34
7. EXPOSICIÓN DE CASO EJEMPLIFICANDO EL PROCESO QUE SE SIGUE AL TRATAR A UN PACIENTE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.....	35
7.1 MARCO TEÓRICO REFERENTE AL CASO.....	35
7.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN E HISTORIA CLÍNICA.....	50
7.3 PRUEBAS CLÍNICAS APLICADAS.....	55
7.4 INTERPRETACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PRUEBAS CLÍNICAS APLICADAS.....	59
7.5 DIAGNÓSTICO.....	62
7.6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	64
8. RECOMENDACIONES.....	67
9. BIBLIOGRAFÍA.....	68
10. ANEXOS.....	72

RESUMEN

El presente reporte pretende describir de manera amplia, las actividades que llevé a cabo durante la realización de mi servicio social en el área de psicología pediátrica del Hospital General "Doctor Darío Fernández Fierro". Actividades que consistieron en: realización de entrevistas, aplicación, interpretación e integración de pruebas psicológicas, devolución de diagnósticos, sesiones terapéuticas e intervención clínica con pacientes hospitalizados. Durante el servicio social atendí aproximadamente a 75 pacientes, en su mayoría niños y adolescentes, cuyas edades fluctúan entre los 3 y los 15 años, y en cuatro ocasiones atendí a adultos con edades entre los 21 y los 70 años. Estos datos, aunados a sus diagnósticos serán expuestos a manera de resumen a lo largo de este trabajo; entre estos mismos casos, he seleccionado uno de ellos con dos finalidades: en primer lugar busco mostrar el proceso que se sigue con un paciente en el hospital donde realicé mi servicio social, en segundo lugar el caso seleccionado me ayuda a ejemplificar la importancia del diagnóstico diferencial, sus limitaciones dentro de la misma institución y sus implicaciones para el tratamiento del paciente. En este reporte muestro también tanto los resultados obtenidos durante mi estadía en la institución, como los logros alcanzados en mi formación como psicóloga clínica.

1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Los datos generales del programa de servicio social son los siguientes:

- Nombre del programa de servicio social: "Residencia en Psicología Clínica con niños y adolescentes en un hospital de segundo nivel".
- Centro donde se realizó el servicio social: Hospital General Darío Fernández Fierro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Supervisora: Mtra. Wendy Lara Olguín.

1.1 DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO SOCIAL

El Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue creado hace 45 años y desde su apertura opera como hospital general que brinda atención general a la población derechohabiente en diversas especialidades.

La atención que se ofrece a los derechohabientes en este centro hospitalario de segundo nivel es: gineco-obstetricia, cirugía, ortopedia, neurología, urgencias y terapia intensiva, además de pediatría, nefrología, así como actividades académicas y de investigación.

1.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Los objetivos del Programa de Servicio Social son:

- Impulsar al alumno a aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en la realización de evaluaciones psicológicas y entrevistas con pacientes hospitalizados como pacientes de consulta externa.
- Capacitar al alumno en el adecuado manejo del historial clínico psicológico, en la evaluación psicométrica y psicodiagnóstico, así como la evaluación con técnicas diagnósticas grafoproyectivas
- Fomentar la adquisición de diversas técnicas psicoterapéuticas tales como la psicoterapia breve, psicoterapia de grupo con enfoque psicoanalítico y psicoterapia con orientación cognitivo-conductual.
- Introducir al alumno al estudio de diversas orientaciones psicológicas por medio de la revisión de la teoría sobre psicoterapia y la discusión de textos, artículos, películas y a demás material didáctico relacionado con el tema.

- Buscar el desarrollo del alumno en cuanto a la adquisición de conocimientos prácticos sobre el psicodiagnóstico y psicoterapia, que le permitan desempeñarse de manera más eficaz en el campo laboral.

2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

2.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

En concordancia con la prestación de servicios en salud que ofrece el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el contexto asentado en su página web (<http://www.issste.gob.mx/issste/index.htm>) es la siguiente:

MISIÓN DEL ISSSTE

“Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia”.

VISIÓN DEL ISSSTE

“Posicionar al ISSSTE como una institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano”.

DATOS ACERCA DEL ISSSTE

“El **ISSSTE**, creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio”.

“El Instituto otorga 21 prestaciones a su población derechohabiente, con fundamento en la Ley del ISSSTE, mismas que se concentran de manera general en las siguientes líneas sustantivas: atención a la salud, pago de pensiones, servicios sociales y culturales, que incluye la operación del sistema integral de tiendas y farmacias y servicios turísticos, financiamiento para adquisición de vivienda, créditos personales, así como el fondo de ahorro para el retiro, entre otras”.

“De las prestaciones que se ofrecen a los derechohabientes, la atención de enfermedades, maternidad y medicina preventiva responde ampliamente a los preceptos básicos del Programa Nacional de Población, a través de acciones específicas que contribuyen directamente a la mejora de la calidad de vida de la población que tiene bajo su responsabilidad”.

“En este contexto, el Modelo de Salud del ISSSTE regula programas y servicios para atender las necesidades de salud de sus derechohabientes, con énfasis en grupos de riesgo o de mayor vulnerabilidad. Los programas de Salud Reproductiva, Planificación Familiar, Atención Materno Infantil, Detección y Tratamiento de Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario tienen un efecto directo con el desarrollo social de estos grupos, son acciones institucionales que se sustentan en la prevención y el control de enfermedades”.

“El ISSSTE realiza también importantes acciones de medicina preventiva y curativa en el Programa de Envejecimiento Exitoso orientado a la atención y cuidado de su población de adultos mayores”. Además de proporcionar ayuda mental a la población derechohabiente, entre ella la atención en psicología pediátrica, de suma importancia para mantener y mejorar la salud de la población infantil.

2.2 CONTEXTO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Este proyecto, tuvo su origen en el H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE, surge a partir de la necesidad de proporcionar un espacio de atención psicológica para pacientes del servicio de pediatría, cuyas enfermedades, sobre todo crónicas; les obliga a permanecer de manera recurrente en atención hospitalaria.

Por conducto del servicio de pediatría, particularmente la especialidad de Nefropediatría se solicitó un programa especializado de atención psicológica permanente, preocupados por ofrecer una mejor calidad de servicio a los derechohabientes.

Mediante la intervención de la Asociación ANASVO, A.C., (Asociación Nacional de Servicio Voluntario, la cual está dedicada a tareas propias de la asistencia social y de apoyo a la derechohabencia del ISSSTE, así como a la población de escasos recursos económicos), se logró la instalación de un área de trabajo especializada, que cuenta con mobiliario y equipo tal como televisión, grabadora, computadora, juguetes, papelería, material didáctico, donde niños, adolescentes y padres, reciben apoyo psicológico permanente.

El programa de psicología pediátrica tiene actualmente los siguientes servicios:

- Consulta Externa Psicológica.
- Hospitalización Pediátrica.
- Urgencias de Pediatría.

Los pacientes llegan al servicio de psicología mediante interconsultas provenientes de diferentes departamentos; inicialmente se realiza una entrevista con el paciente y sus familiares, se elabora un expediente psicológico del paciente, se realiza una historia clínica psicológica, además de la aplicación de pruebas psicológicas para

sustentar un diagnóstico. Una vez finalizada la evaluación, se entrega a los padres una conclusión y se les sugieren las alternativas terapéuticas que pueden llevar a cabo en el hospital, o bien se remiten o canalizan a otras instituciones.

El procedimiento psicológico que se realiza dentro del programa de servicio social comprende los siguientes aspectos:

- Entrevistas iniciales, aplicación e interpretación de pruebas para lograr el diagnóstico de cada caso y realizar la devolución del mismo a los padres del paciente.
- Terapia breve o de emergencia, terapia individual y terapia familiar
- Referencias a otras especialidades.
- Visitas a pacientes en piso.

En la actualidad se atienden a niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad y sus padres. Se proporcionan un promedio de 80 a 150 consultas mensuales.

3. OBJETIVO DEL INFORME

El objetivo de este informe es presentar y describir las actividades realizadas durante la realización del servicio social dentro de un hospital de segundo nivel, así como mostrar un caso específico para ejemplificar el proceso que se sigue dentro de la institución con los pacientes. De igual forma, se busca exponer la forma en que se lleva a cabo la evaluación psicológica en los centros hospitalarios y las dificultades que se deben superar en este ámbito.

4. MARCO TEÓRICO

EVALUACIÓN Y PSICODIAGNÓSTICO

La evaluación clínica se puede definir como: "El proceso a través del cual los clínicos obtienen la necesaria comprensión del paciente para tomar decisiones de manera informada" (Korchin, 1976, p.124).

De acuerdo a Casullo (1993), la evaluación Psicológica es una rama específica del quehacer profesional del psicólogo que puede desarrollarse en diferentes campos: clínico, educacional, laboral, judicial, comunitario. Es un proceso mediante el cual, a partir de algún modelo o enfoque teórico (explícito o implícito), intentamos comprender o analizar un fenómeno concreto, ya sea real o simbólico, en sus aspectos manifiestos o latentes. Toda evaluación tiene como objetivos el poder categorizar, comparar, analizar, contrastar tanto datos del tipo cualitativo como cuantitativo, obtenidos mediante la aplicación de técnicas diversas (entrevistas, observaciones, cuestionarios, dibujos, narraciones, tests). Las tareas de la evaluación pueden referirse tanto a procesos como a productos o resultados, y ello va a depender de los objetivos que la labor en sí misma tenga.

La expresión psicodiagnóstico fue utilizada por primera vez por Rorschach al publicar en 1972 su test de manchas de tinta. En Europa, empezó a usarse como sinónimo de evaluación psicológica, en tanto en los países anglosajones el término comenzó a emplearse en un sentido mas limitado, no ajeno a su origen, para referirse a las evaluaciones en el campo clínico, más ligado a la tradición médica, centrada en la detección de aspectos deficitarios y/o patológicos (Casullo, 1993).

Como Casullo (1993) señala, la evaluación psicológica dentro de la psicología clínica es un área muy efectiva que involucra diversas acciones; el psicodiagnóstico constituye una subárea de gran importancia aunque mucho más específica, esto implica que el psicodiagnóstico pertenece al campo de la evaluación.

Un psicodiagnóstico es el proceso a través del cual los clínicos obtienen la información necesaria para comprender mejor al paciente y, de esta forma, tomar decisiones más adecuadas. Su propósito central es describir al individuo, sujeto, grupo o comunidad, de forma tan completa como sea posible, en todas sus facetas y niveles (Casullo, 1993).

Para poder llegar a un diagnóstico, el psicólogo clínico se sirve de diversos instrumentos entre ellos las entrevistas, ya sean estandarizadas, semiestandarizadas o abiertas. La entrevista estandarizada comprende un conjunto de preguntas previamente preparadas para explorar la problemática del paciente. Este tipo de entrevistas puede ayudar a no desviarse del tema en cuestión, sin embargo, se corre el riesgo de no obtener información adicional importante que no esté incluida dentro del script creado. En las entrevistas semiestandarizadas, a pesar de que se cuenta con un guion de preguntas, se tiene mayor libertad para realizar otras preguntas no incluidas en el mismo y ahondar en temas que considere importantes. Finalmente, en las entrevistas libres, el entrevistador puede preguntar sin limitaciones sobre el tema que considere relevante con la finalidad de obtener del entrevistado suficiente información que permita al entrevistador llegar al diagnóstico.

Por otra parte durante la entrevista también es importante la observación que realiza el entrevistador hacia la conducta del paciente, por lo que hay que tomar en cuenta no sólo lo que dice el paciente, sino también el lenguaje corporal mientras habla.

En cuanto al psicodiagnóstico que realiza el psicólogo clínico, éste debe estar justificado de acuerdo al tipo de caso que trata. Por lo cual, el psicólogo debe plantearse una hipótesis de diagnóstico antes de la aplicación de las pruebas y poder verificarla o descartarla de acuerdo a los resultados de las mismas.

El proceso de psicodiagnóstico se puede describir, de acuerdo a Ávila (1992), como un proceso que incluye al evaluador, al evaluado y a lo evaluado, considerando especialmente los aspectos de la interrelación entre dichos elementos. El proceso se articula en diferentes tareas, como son:

- a. La especificación del problema o de la demanda que origina la intervención.
- b. El análisis y la valoración de la conducta mediante la utilización de técnicas específicas.
- c. La formulación de hipótesis
- d. La adopción de decisiones.
- e. El establecimiento de un plan de intervención.
- f. La evaluación y el seguimiento de la intervención realizada.

La evaluación es una actividad muy demandada en la labor del psicólogo clínico, y ocupa un lugar importante en la toma de decisiones sobre el tratamiento que se debe seguir para un paciente determinado, así como para determinar la eficacia de los programas de intervención. Por lo cual, se le debe dar importancia para realizarla adecuadamente.

Las pruebas psicológicas que se apliquen deben ser calificadas e interpretadas tomando en cuenta que su función es describir los rasgos de personalidad y contenido inconsciente y, que por sí solas no aportan información suficiente para lograr una descripción completa de la persona, será conveniente conjuntar los resultados de varias pruebas e integrarlos en forma coherente. Se debe tener cuidado de realizar un informe sin sesgar la información hacia un rasgo positivo o hacia un rasgo negativo.

Es importante, también, conocer la prueba que se aplica, específicamente sus limitaciones, alcances, aciertos, y cada aspecto de ella que pudiera afectar el resultado de la misma. Debe tomarse en cuenta que el lugar donde se aplica la prueba sea un lugar cómodo y libre de distracciones, así como asegurarse de que se tenga a la mano todo el material necesario para que conteste a la misma.

El psicólogo clínico, por tanto, debe estar familiarizado con una gran cantidad de pruebas psicológicas, con el fin de evaluar integralmente las distintas características de los individuos que llegan hasta él, entre ellos los tests colectivos e individuales, verbales y de ejecución, objetivos y proyectivos, de madurez y de inteligencia, de rendimiento y aptitud, e inventarios y escalas de personalidad (Mensh, 1971).

MODELOS DE PSICODIAGNÓSTICO

Las pruebas psicológicas se han desarrollado a partir de conceptos que componen las bases de un modelo teórico determinado. Los modelos sobre los cuales se han desarrollado las pruebas que son utilizadas en psicodiagnóstico, de acuerdo a Ávila (1992), son las siguientes:

1. Modelo correlacional, psicométrico o diferencial. Este modelo también es llamado estadístico y ha ofrecido una notable claridad metodológica y coherencia interna teoría-modelos-objetivos en aquellos autores que han abordado seriamente su práctica tales como: Meehl, Cronbach, Wiggins, Kline, etc.

La metodología correlacional intenta encontrar diferencias individuales en los aspectos conscientes del comportamiento humano (Ávila,1992). Los datos mensurables de comportamiento son usados como predictores del comportamiento futuro de la persona, y por ende, como un rasgo característico de la personalidad. También intenta valorar el grado en que ese comportamiento se acerca o aleja de su grupo de referencia (expresado en los baremos o tablas que remiten a las poblaciones de origen).

Sus principales tareas son:

- La medición y descripción de las variables del comportamiento: rasgos y dimensiones.
- La clasificación-comparación de los sujetos en base a sus rendimientos, actitudes o estilos de comportamentales.
- La predicción (probabilística) del comportamiento fundamentada en métodos matemáticos sofisticados.

Este modelo posee gran confiabilidad para predecir comportamientos con cierto grado de generalidad, en donde las decisiones que se toman en consecuencia son también generales.

2. Modelo clínico-dinámico. Este enfoque tiene dos vertientes: una proveniente del contexto médico-psiquiátrico y otra del psicoanálisis.

Dado su origen psiquiátrico, este modelo pretende clasificar a los pacientes con base en trastornos, buscando en las pruebas aplicadas signos y síntomas para obtener diagnósticos nosológicos y que, posteriormente el psiquiatra, principalmente, decida el tratamiento a seguir. Utiliza técnicas observacionales, proyectivas, psicométricas y subjetivas. Las dificultades de este enfoque radican en la visión estática del sujeto y el hecho de ubicar al diagnóstico como el final del proceso y no como parte del mismo. Un problema más es que al tratar de indagar acerca de los orígenes de la enfermedad en la etiología de la misma, puede influir en que no se consideren la influencia de los factores sociológicos o ambientales, ya que se otorga más importancia al factor genético.

En cuanto a la vertiente psicoanalítica de este modelo, los signos o conducta observable, son una evidencia del material inconsciente del sujeto así como de los recursos o mecanismos de defensa con los que opera. Considera al problema como algo dinámico. Utiliza pruebas proyectivas y técnicas para evocar recuerdos. Sus problemas radican en el uso de pruebas cuya validez y confiabilidad es baja.

3. El modelo fenomenológico, humanista o existencial. Este modelo conceptualiza a la persona como única y entiende su comportamiento como un producto de la influencia del ambiente, el estilo de comunicación y su potencial humano. Su objetivo es el conocimiento de la autopercepción, autoconcepto, la percepción de los otros y del ambiente, de acuerdo a la percepción del sujeto. Sus métodos de evaluación son la observación y la auto observación. Las técnicas utilizadas son elegidas en conjunto con el paciente, y su avance dentro de la terapia se analiza

también con él. Este modelo no ha generado pruebas psicodiagnósticas que la validen.

4. Modelo conductual, cognitivo-conductual y aprendizaje social. En general, este modelo toma el comportamiento observable como una muestra relevante, recurre a métodos de investigación empleando cuestionarios que recogen las condiciones ambientales que las provocan. Sus objetivos de evaluación son: 1) qué patrones específicos de conducta requieren cambios en su frecuencia de aparición, en su intensidad, duración o en las condiciones en las que aparecen; 2) en qué condiciones se adquirió la conducta y los factores que la mantienen; 3) cuales son los instrumentos más adecuados para modificar la conducta. La evaluación se usa para decidir el tratamiento.

5. Modelo con enfoque a priori. Este tipo de evaluación se ubica como una oposición a la "evaluación tradicional", entendida como exploración a posteriori, donde las pruebas que se realizan se predeterminan al examen de caso y al motivo de consulta. Este enfoque es una aproximación analítico-conductual, en la cual se describe de la manera más exacta posible lo que ocurre con la conducta del paciente. Toma en cuenta cuatro etapas: 1) entrevista inicial, donde se obtiene una hipótesis de caso; 2) formulación del caso, en donde se relaciona la hipótesis, el motivo de consulta y se intenta explicar las motivaciones de la actuación del sujeto y, a la vez intentar predecir su actuación; 3) evaluación de la validez de la información, donde se verifica la hipótesis; y 4) elaboración del plan de tratamiento.

En general, las evaluaciones que se realizan constan de varias pruebas, las cuales corresponden a los diversos modelos antes mencionados. Esta unión de varias pruebas es denominada "baterías de pruebas", las cuales miden diferentes parámetros de la persona, por lo que son la opción más adecuada al momento de llevar a cabo una evaluación, ya que combinan pruebas psicométricas, proyectivas, así como pruebas que miden su estado emocional actual y la posible influencia del ambiente en el problema que el paciente presenta.

EVALUACIÓN Y PSICODIAGNÓSTICO EN CENTROS HOSPITALARIOS

El psicodiagnóstico que se realiza en centros hospitalarios posee características que lo hacen especial, debido a que el tiempo que se dedica a la evaluación y diagnóstico debe ser el menor posible, dado tanto a la gran demanda, como a que los resultados de dichas acciones son solicitados por otras áreas dentro del hospital. Es por ello, que se debe contar con pruebas de aplicación rápida, pero que también cumplan con los criterios de validez y confiabilidad necesarios para asegurar, en la medida de lo posible, un correcto diagnóstico.

Del Barrio (2005), citando a Karoly (1982), indica que algunos aspectos relativos a la evaluación en la psicología de la salud son: las metas de evaluación, fuentes de información y los propósitos de la evaluación.

1. Metas de evaluación. Encaminadas a identificar el estado de diversos factores, a saber:

- Estado de enfermedad (individual o grupal).
- Estado de salud (individual o grupal).
- Hábitos de salud (dietas, ejercicio).
- Procesos psicológicos (cognitivos, conductuales, sociales y afectivos).
- Proceso de recuperación (seguimientos).
- Prevención y promoción de la salud (estilos de vida, pronósticos).
- Condiciones socioeconómicas relacionadas con la salud (pobreza).
- Azares ecológicos y salud (desastres).

2. Fuentes de información. Se refiere a los diversos campos de donde se obtienen los datos.

- Autoinformes.
- Test psicométricos.
- Informes.
- Entrevistas estructuradas.

- Examen físico.
- Análisis fisicoquímicos.
- Datos de archivo.
- Inspecciones epidemiológicas.
- Observación directa.

3. Propósitos de evaluación. Indica la finalidad con la que se realiza el proceso de evaluación.

- Clasificación, diagnóstico, predicción.
- Tratamiento y rehabilitación.
- Prevención y promoción de la salud.
- Mantenimiento de la salud.
- Planificación de política a seguir.
- Investigación.
- Enseñanza.

Hablando específicamente de la evaluación en la labor del psicólogo dentro de instituciones de salud, debe tenerse en cuenta que la finalidad de la misma se conceptualiza con objetivos mucho más amplios que tan sólo el diagnóstico. Teniendo en cuenta que las metas deben abarcar la recuperación de la salud y su mantenimiento, la evaluación debe consistir en un proceso rápido, eficaz, y que valide el diagnóstico por medio de la verificación de los resultados del tratamiento a mediano y largo plazo. Esta actividad debería de llevar a un replanteamiento del diagnóstico si el paciente no obtiene los beneficios de un tratamiento, y esto nos llevaría a su vez a cuestionarnos si las pruebas psicológicas y psicométricas utilizadas en el proceso, fueron las adecuadas.

Es por ello que la entrevista en este contexto se convierte en uno de los instrumentos más importantes para obtener información. El entrevistador debe, en poco tiempo, recabar datos sobre la descripción del problema, frecuencia e intensidad con que se presenta, consecuencias físicas, sociales y laborales, historia médica, familiar, social, condiciones bajo las cuales apareció el problema, así como la razón por la que la persona está ahora motivado para cambiar, etc. Esta información nos llevará a conocer los síntomas, comprender la evolución de la enfermedad y llegar a una hipótesis de diagnóstico.

Llegado el momento de la aplicación de pruebas, las más utilizadas son los autoinformes, ya que proporcionan información amplia proveniente del propio paciente.

Los autoinformes pueden dividirse en:

1. Cuestionarios de información general que proporcionan información de diversas áreas en las que pudiera haber algún problema.
2. Los cuestionarios específicos diseñados para detectar problemas en un área en concreto.

Este tipo de pruebas se realiza para averiguar las condiciones de vida del paciente y para obtener mayor información sobre la enfermedad. Esta relación responde a la percepción multidimensional del sujeto, en donde las limitaciones físicas, dolor, estado de ánimo y ambiente interfieren mutuamente. En la siguiente tabla se muestran los cuestionarios de evaluación más utilizados en el ámbito hospitalario, algunos de los cuales son utilizados en el hospital donde realicé mi servicio social.

Cuestionario	Objetivo	Características
General Health Questionnaire (GHG)	Detección de casos psiquiátricos (no psicóticos) en población general.	Autoaplicado. 28 ítems (hay versiones más largas) con puntuaciones 0-3, aunque suele puntuarse 0-1.
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Evaluación de Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas.	Autoaplicado. 14 ítems (hay versiones más largas) Escala likert de 0-4.
Symptom Check List-90 (SCL-90)	Evaluación de síntomas psiquiátricos en población general o psiquiátrica.	Autoaplicado. 90 ítems puntuables de 0-4. Nueve subescalas de síndromes psiquiátricos.
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	Intensidad de la sintomatología depresiva en pacientes deprimidos	Heteroaplicada. 24 ítems, con puntuación de 0 a 5 puntos. Hay forma autoaplicada.
Beck Depression Inventory (BDI)	Intensidad de la sintomatología depresiva en población general y psiquiátrica.	Autoaplicado. 21 ítems, con puntuación de 0-3.
Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA)	Intensidad de la sintomatología ansiosa.	Heteroaplicada. 14 ítems, con puntuación de 0 a 4 puntos. Hay versión autoaplicada.
Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)	Intensidad de la ansiedad-actual y la predisposición a la ansiedad.	Autoaplicada. 40 ítems con puntuación de 0 a 3 puntos.

Tabla 1. Cuestionarios de evaluación más utilizados en el ámbito hospitalario.

Obtendio de Remor E, Arranz P. (2003)

De ser necesario se realiza una evaluación cognitiva y neuropsicológica. Aunque estos aspectos también deben valorarse durante la entrevista. Al respecto se evalúa la orientación temporal y espacial, memoria inmediata y remota, la capacidad de comprensión y expresión verbal y razonamiento lógico.

Dentro de la institución donde realicé mi servicio social, las pruebas que se aplican, de las mencionadas en la tabla no. 1, son: Beck Depression Inventory (BDI) y Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI).

Aunado a los cuestionarios para ampliar la información obtenida en la entrevista se cuenta con pruebas tales como:

Test	Objetivo	Características
Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS, WISC, WPPSI).	Evaluación del coeficiente de inteligencia general, verbal y manipulativo, así como de diversos índices: comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y rapidez de procesamiento.	Escala heteroadministrada como patrón en la evaluación de inteligencia general. Su extensión limita su uso en el ámbito hospitalario.
Matrices Progresivas de Raven (CPM, SPM, APM).	Test no verbal diseñado para evaluar el factor de inteligencia general. Existen tres formas de distinta dificultad.	Autoaplicado. La ausencia de elementos verbales permite una valoración poco contaminada por factores culturales y alteraciones afásicas.
Mini Mental State Examination (MMSA) Examen Cognoscitivo (MEC)	Instrumento de cribado para la detección de posibles deterioros cognitivos.	Fácil administración, y corrección. Existen numerosas versiones con diferentes niveles de adaptación a nuestro país.
Test de Barcelona (PIENC)	Desarrollado siguiendo el modelo neuropsicológico de Luria. Es muy amplio con escalas que abarcan casi todas las funciones	La administración de la forma completa requiere de tres horas. Se ha desarrollado una versión abreviada para su uso clínico.
Cambridg-Cognitive Examination (CAMOG)	Exploración neuropsicológica diseñada para evaluar a pacientes ancianos.	Explora las áreas de orientación, lenguaje, memoria, atención, praxias, percepción, abstracción y cálculo.

Tabla 2. Tests de rendimiento y neuropsicológicos generales. Obtenido de Remor E, Arranz P. (2003)

Además de los instrumentos antes referidos es común incluir pruebas proyectivas, las cuales nos proporcionan la información sobre la percepción de sí mismo, sobre cómo el paciente visualiza a su familia y de su papel dentro de la misma, etc. Estas pruebas son de suma importancia para determinar los pensamientos conscientes e inconscientes que el paciente posee con respecto a sí mismo y cómo pueden influir éstos en su relación con los demás. Las pruebas más utilizadas son:

- Test de la figura humana.
- Test del Árbol-Casa- Persona (HTP, por sus siglas en inglés: House-Tree-Person).
- Test de la familia.
- Test de Apercepción Temática para adultos (TAT).
- Test de Apercepción Temática para niños (CAT).

Al finalizar la aplicación de pruebas el psicólogo clínico integra todos los datos y llega a una conclusión de diagnóstico, es en esta etapa que se determina el tratamiento a seguir. Se fijan también los objetivos que se perseguirán con dicho tratamiento, tomando en cuenta el problema a tratar.

La evaluación no es proceso fácil o rápido, sin embargo, dentro de los hospitales, debe tomar el menor tiempo posible y, ser tan exacta como se pueda lograr. Razón por la cual el evaluador en este ámbito debe cumplir con habilidades y conocimientos amplios sobre evaluación.

RETOS QUE ENFRENTA LA PSICOLOGÍA DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Dentro de los sistemas de salud, el trabajo del psicólogo se ha ido modificando gradualmente. Hace unas cuantas décadas la figura del psicólogo no existía dentro de las instituciones hospitalarias, una vez que comenzó a surgir ahí, su papel se limitó casi en su totalidad al psicodiagnóstico. En la actualidad el psicólogo sirve de apoyo a las diferentes áreas que solicitan su trabajo, y desarrolla un mayor espectro de funciones, no obstante

sigue predominando la actividad de diagnóstico. Esta función aunque importante, restringe otras actividades que podría realizar, como el ser parte activa de un grupo intradisciplinario, investigación en salud, etc. Cabe destacar que todavía en algunos servicios de salud ni siquiera existe el área de psicología, ya que no se considera como una disciplina influyente dentro de la atención a las enfermedades que se presentan en la labor médica. La psicología no está concebida como área de salud, sino social; este problema proviene del modelo biomédico que considera únicamente la parte biológica de la enfermedad para explicarla y atenderla. En su lugar el modelo bio-psico-social, toma en cuenta tanto las características psíquicas, como las físicas y sociales que influyen en la enfermedad, lo cual implica que el psicólogo clínico debe desempeñar un papel importante y esencial como parte del equipo médico para tratar la enfermedad.

Los principios del modelo bio-psico-social expuestos por Belloch y Olabarría (1993), son los siguientes:

- a) El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social. Esto es, un organismo que recibe información, la elabora, la almacena, le asigna un significado y la transmite, todo lo cual produce a su vez un determinado modo de comportarse.
- b) La salud y la enfermedad son estados que se hallan en un constante equilibrio dinámico-y por ello son difícilmente definibles en términos absolutos-, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en permanente interacción.
- c) El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas.
- d) La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial. Además es necesario considerar que existen varios niveles etiopatogénicos y que todos ellos requieren una minuciosa investigación.

- e) El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad, debe realizarse en el marco de acciones integradas y funcionalmente jerarquizadas de acuerdo al problema de que se trate y a la intervención clínica diseñada. Estas acciones deben llevarse a cabo por un equipo de salud en el que deberían-al menos idealmente- estar representados profesionales especializados en el estudio de cada uno de los tres grupos de variables. En cualquier caso, deben establecerse los procedimientos para que dichas variables estén presentes, especialmente en el primer nivel de atención, la atención primaria, donde la importancia, el interés y las posibilidades de su aplicación, resultan mayores.
- f) La salud, ese estado de bienestar físico, psíquico y social, no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. Del mismo modo sucede con la enfermedad: su investigación y tratamiento no pueden ni deben recaer con exclusividad en las especialidades médicas.

De lo anterior, se puede concluir que el rol a desempeñar por el psicólogo dentro del sistema de salud pública debe ser un papel activo, más que sólo de apoyo o colaboración secundaria, y por tanto es pertinente el trabajo en conjunto con el psiquiatra o el médico especialista.

Otro problema que se debe tomar en cuenta al momento de analizar el papel del psicólogo dentro de los sistemas de salud en México, es el de los apoyos financieros. De acuerdo al reporte del "Programa Nacional de Salud, 2007-2012", México invierte 6.5% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud. Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Dentro de los hospitales, los recursos económicos son escasos, y lo son aún más cuando el área de psicología está supeditada a otra área dentro del hospital. Las carencias de pruebas psicológicas y de espacios adecuados para llevar a cabo las actividades del psicólogo son un aspecto común en todos los niveles de salud en México. Esta situación nos permite afirmar que el papel del psicólogo no es considerado como prioritario, aún cuando la OMS establece que:

- a) Los administradores sanitarios deben reconocer que la vida mental es la que da valor a las personas.
- b) La vida social de un hombre depende estrechamente de su salud mental.
- c) Existe una prevalencia creciente de las enfermedades mentales en las colectividades.
- d) Disponemos de conocimientos y recursos para mejorar la salud mental de las poblaciones.

Los retos que se presentan en la labor del psicólogo dentro del sistema de salud son muchos, ya que al considerarse a la psicología como área secundaria, aún no es incluida como parte de dicho sistema; abrirse camino en estas circunstancias para formar parte de un equipo interdisciplinario implica, en primer lugar, un compromiso para apegarse a un modelo de salud que incluya la parte psico-social de las enfermedades y, posteriormente la profesionalización del psicólogo en hospitales y centros de salud, de tal forma que le permita mejorar su servicio, y se le de la libertad de participar activamente en el proceso de atención a pacientes, pero también, que posibilite su participación en la investigación relacionada con la salud.

Por otra parte hay que resaltar que una gran parte de los pacientes atendidos dentro de los sistemas de salud en México son niños, el diagnóstico en niños requiere habilidades extras por parte del psicólogo, tales como el conocimiento de estrategias para obtener información en casos en donde no se tiene desarrollada el habla, entre otras. Un acercamiento a dicho tema se desarrolla a continuación.

EL PSICODIAGNÓSTICO EN NIÑOS

El psicodiagnóstico en niños presenta retos con los que se debe lidiar para lograr los mejores resultados. En primer lugar, el niño no busca ayuda por sí mismo, sino que son los padres u otros quienes deciden que requiere de atención psicológica, por lo cual, la entrevista no se puede realizar de la misma forma que con un adulto, los niños, especialmente los más pequeños, aún no cuentan con un lenguaje muy desarrollado dificultándoles hablar de su problemática. Los niños más pequeños ni siquiera pueden hablar, por lo tanto se deben implementar técnicas adecuadas a su edad para poder evaluarlos.

Cuando el paciente es menor de edad, es necesario entrevistar a sus padres, maestros u otros individuos involucrados con el menor, ya que aportan información importante, que de otra manera no sería conocida.

De acuerdo con Sattler (2010), durante la entrevista la información que puede obtenerse de un niño y un padre con una entrevista corresponde a conocer la opinión del niño en cuanto a la evaluación que se le va a realizar, sus dificultades escolares, sus intereses y pasatiempos, la percepción que tiene de su familia y de sí mismo y también nos ayuda a ver su capacidad lingüística para conversar y para sociabilizar. De los padres o tutores se puede obtener información acerca de la historia médica y de desarrollo del niño, así como la forma en que manejan los conflictos en casa, y las condiciones sociales, económicas y familiares en que se desenvuelve el niño.

En cuanto a la evaluación, el evaluador clínico no debe enfocarse, de manera exclusiva, en las puntuaciones de prueba de un niño; en lugar de ello, debe interpretarlas preguntándose lo que las puntuaciones sugieren acerca de las competencias y limitaciones del niño. Cada niño cuenta con un rango de competencias y limitaciones que se pueden evaluar cuantitativa y cualitativamente, y que se deben medir ambos aspectos (Sattler, 2010).

En la evaluación de niños existen diversas perspectivas teóricas sobre cómo abordar los problemas que ellos enfrentan y la exploración y evaluación de los mismos. Estas perspectivas son:

1. **Perspectiva del desarrollo.** En esta perspectiva se considera que las características genéticas y el medio ambiente interactúan creando un resultado definido y no aleatorio. Acciones como caminar, hablar, la inteligencia e interacción social se producen, entonces, a velocidades específicas de cada niño; así mismo existen etapas que pueden considerarse generales y que delimitan los cambios en el desarrollo del niño. De tal forma que los componentes biológicos, psicológicos y sociales afectan el desarrollo de los niños, el cual va modificándose cualitativamente y cuantitativamente, de tal forma que se van adquiriendo nuevas habilidades y se mejoran las que ya existían con el paso del tiempo.
2. **Perspectiva normativa del desarrollo.** Se basa en la perspectiva del desarrollo añadiendo cambios en las cogniciones, afecto y comportamiento, además de que este desarrollo puede compararse con niños de edad semejante o grupo de referencia, tomando en cuenta el sexo, grado educativo, origen étnico, nivel socioeconómico, etc., lo cual ayuda a tomar decisiones sobre las metas del tratamiento y sobre qué comportamiento debe ser mejorado.
3. **Perspectiva cognitivo-conductual.** Este enfoque considera que la cognición y el ambiente determinan la conducta y emociones del niño. Una vez que el niño se expone a una situación ambiental determinada los pensamientos que el niño crea al respecto de tal situación, determinarán su conducta futura. El ambiente proporciona reforzadores naturales o distractores que, en conjunto con la manera en que el niño procesa tal información ayudan a predecir su comportamiento futuro ante tal estímulo ambiental. El esquema de esta perspectiva puede ser la siguiente:

antecedentes → conducta → consecuencias

4. Perspectiva de los sistemas familiares. Esta perspectiva plantea que la conducta del niño está relacionada con la estructura y dinámica familiar. Considera también que una familia con un funcionamiento adecuado permite un intercambio continuo con el exterior, una estructura organizacional intrincada, mecanismos internos que restauran el equilibrio y la capacidad de transformarse. Durante todo el desarrollo del niño, la familia proporciona suministros físicos y afectivos que determinan su conducta.

Más que una línea inamovible de evaluación bajo alguna de las perspectivas anteriores, al evaluar a un niño se deberán tomar en cuenta todas ellas, para de esta forma tener un panorama completo de los antecedentes o influencias en el comportamiento del niño.

De acuerdo con Sattler (2010) una evaluación multimodelo proporciona información suficiente para el diagnóstico infantil. Este tipo de evaluación se representa en el siguiente esquema:

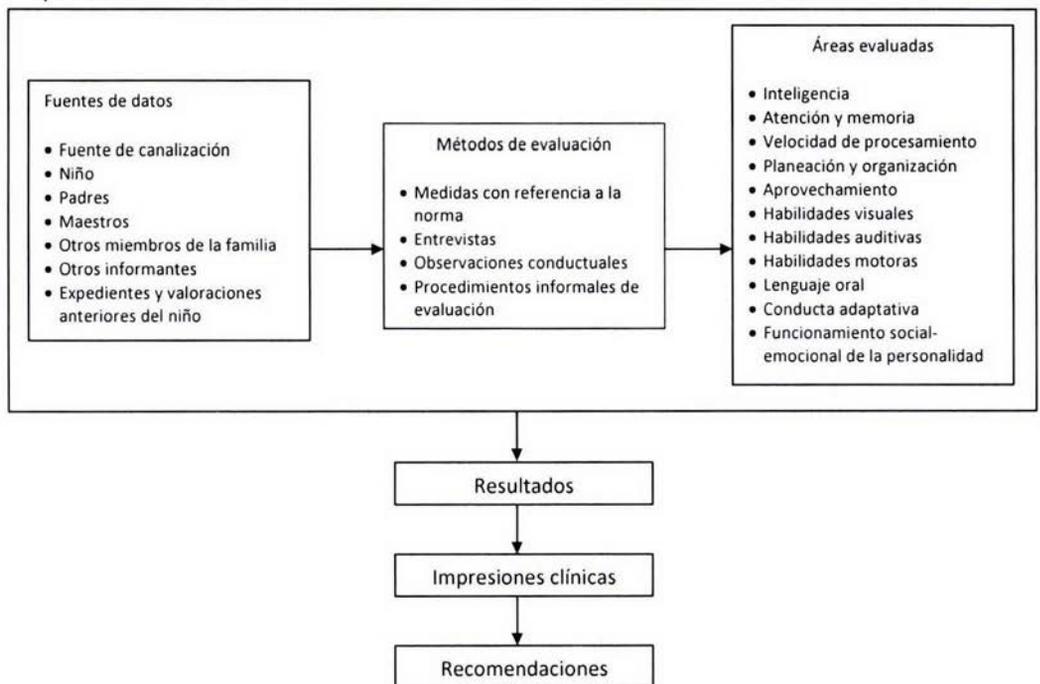


Figura 1. Evaluación multimodelo. Recuperado de: Sattler, J. (2010).

Este tipo de evaluación, exige que el psicólogo dedique mayor tiempo para llegar al diagnóstico, pero promete ser un método más completo que proporciona más información para establecer un psicodiagnóstico más certero.

En la evaluación de niños, como en el caso de los adultos, se deben tener en cuenta los factores relacionados con la aplicación de las pruebas, entre ellas se ubica al rapport, ya que es un elemento importante en todo el trabajo que realiza un psicólogo clínico, durante la aplicación de pruebas juega un papel importante, ya que las evaluaciones producen miedo y estrés en las personas, y sobre todo, en los niños. De acuerdo con Diaz (1994), en el encuentro entre el paciente y el psicólogo se involucran la personalidad de ambos, así que el psicólogo debe trabajar arduamente en sus propios problemas psicológicos para poder mostrar al paciente una real y sincera empatía hacia su problemática y, lograr así, que el paciente coopere y aporte su material inconsciente y consciente para las pruebas que se le aplican.

Hay que tomar en cuenta que un niño es más dependiente del ambiente y propenso a la proyección. Un lugar con personas desconocidas y con batas blancas puede producir resistencia y temor en el niño, por lo que se deben crear las condiciones adecuadas que hagan que el paciente pediátrico se sienta seguro en el lugar donde se realiza la prueba.

Cuando se aplican tests largos y de producción se debe tratar, en lo posible, que los ejercicios varíen en grados de dificultad, para mantener la atención del niño.

Los instrumentos psicológicos aplicables en la edad de lactancia y la primera infancia están limitados por la escasa producción de actividad y lenguaje que se tiene a esa edad. Por lo tanto, a esta edad lo conveniente es obtener el índice de desarrollo, que más que un pronóstico de desarrollo es un indicio de la manera en que el ambiente está afectando el desarrollo del infante.

En la edad preescolar y escolar, en general, se hace uso de tests de inteligencia para medir el grado de desarrollo, sin embargo, también se debe tener cuidado de presentar los resultados como un dato fijo, ya que esta característica sigue aún en continuo cambio. En

esta etapa, la prueba más utilizada es la prueba Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), para medir el grado de desarrollo intelectual del niño, pero también puede ser utilizado el test de Raven (versión para niños de 5 a 11 años), así como pruebas proyectivas como la de la figura humana o la de HTP para medir el estado de desarrollo emocional del niño.

Durante la adolescencia además de los tests de inteligencia y proyectivos se pueden comenzar a aplicar diversas pruebas de personalidad, teniendo en cuenta que dicha característica todavía está sufriendo cambios profundos, más que en la edad adulta. Para esta etapa una de las pruebas más utilizadas es la prueba Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

La evaluación en niños y adolescentes exige que el psicólogo clínico tenga amplios conocimientos de desarrollo físico y psicológico, además del manejo de una gran variedad de pruebas psicológicas aplicables a cada una de las etapas por las que pasan los niños y adolescentes y, de utilizar a la observación como una útil herramienta durante las entrevistas y la aplicación de pruebas, ya que constituye una fuente valiosa de información.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

5.1 ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

El servicio social comenzó con una introducción a las actividades que se realizan dentro del departamento de psicología pediátrica, en esta fase realicé actividades de observación, durante un mes aproximadamente; entre éstas estuvieron las entrevistas iniciales a padres de algunos pacientes, así como aplicación de pruebas psicológicas a niños y adolescentes para su posterior integración y diagnóstico. Dentro de la capacitación también presencié, como observadora, la devolución que se realizó de dicho diagnóstico a los padres de varios pacientes.

Después de la fase de observación pasé a la de aplicación, principalmente en la modalidad de psicodiagnóstico, donde conduje sin ayuda entrevistas iniciales a pacientes. Posteriormente lleve a cabo entrevistas iniciales, aplicación de pruebas, interpretación e integración de pruebas, devoluciones y visitas hospitalarias. A continuación describo con más detalle cada una de estas actividades:

- a) Entrevista psicológica Inicial. Se efectúa cuando un derechohabiente es enviado por medio de una "interconsulta", ya sea porque un área médica lo consideró necesario, o porque la misma área de psicología pediátrica determina que es necesaria una intervención más profunda después de una visita realizada a pacientes hospitalizados.

Las entrevistas iniciales son necesarias para recabar la información suficiente para elaborar la historia clínica del paciente, lograr este objetivo requiere de establecer un adecuado rapport con los padres y con el niño mismo. Una vez logrado se pregunta el motivo de consulta, el cual debe quedar claro para el entrevistador. Se obtiene información sobre el número de integrantes de la familia, edades, parentesco, ocupación y, demás datos que puedan mostrar un panorama del ambiente que rodea al paciente. Se pregunta también de la situación familiar

antes del nacimiento del paciente, durante su crecimiento y en el momento que asisten a consulta. Es menester conocer si hay antecedentes de alguna enfermedad importante en el paciente, para establecer si existe relación entre ésta y los síntomas que se reportan, así como saber si se consume algún medicamento, la cantidad y la razón por la que se consume. Es importante conocer y preguntar acerca del comienzo y evolución de los síntomas y si existe relación con algún evento de la vida del sujeto o de la familia de éste.

Un caso especial se da cuando se solicita un dictamen, en esta circunstancia el proceso se realiza para una persona adulta, con la finalidad de ratificar o complementar algún diagnóstico anterior que sirva para algún propósito interno tal como: derechos de servicio a mayores de edad, necesidad de que otra área trate al paciente, determinar si algún paciente es competente para el trabajo, etc., sin embargo el proceso que se sigue es el mismo.

- b) Aplicación de pruebas psicológicas. Las pruebas psicológicas que se administran a los pacientes, varían de acuerdo al caso que se presenta. Durante la exploración que se realiza en la entrevista inicial se vislumbra el camino que debe tomar la evaluación, por lo que si el paciente acude por problemas escolares, por ejemplo, es necesario aplicar pruebas de Coeficiente Intelectual (CI) y ansiedad para descartar un daño orgánico o problemas personales que afecten el rendimiento escolar. Si el problema tiene que ver con comportamientos agresivos entre hermanos, es importante realizar pruebas proyectivas tales como: Test de la familia, HTP, Machover, CAT, etc. para conocer la dinámica familiar y el lugar que ocupa el paciente dentro de ella.
- c) Interpretación e integración de pruebas. En este punto, se evalúan e interpretan las pruebas aplicadas, y se integran de manera coherente para expresar las características que presenta el paciente y la evaluación de dicha característica. Este punto es esencial para llevar a cabo un adecuado diagnóstico, ya que debe ser el resultado de las actividades anteriores. Debe tomarse con ética y con sumo

cuidado este punto, ya que del diagnóstico depende el pronóstico y el tratamiento a seguir. Y es obvio, por lo tanto, que un mal diagnóstico traería como consecuencia problemas en todas las áreas de vida del paciente.

- d) Devolución. Una vez realizados todos los pasos anteriores, se realiza un informe para el padre del paciente o para al área interesada (en caso de tratarse de un dictamen), se explica y acompaña a los padres en el conocimiento del mismo. Debe haber empatía en todo momento al entregar los resultados a los interesados, ya que para los mismos, el desconocimiento de muchos términos provocan miedo, ansiedad y otros sentimientos que deben ser manejados con cuidado.
- e) Visitas a pacientes en piso. En esta actividad se realizan visitas a pacientes específicos que se encuentran hospitalizados, especialmente cuando presentan signos, que de acuerdo con los médicos pediatras, corresponde a un posible problema psicológico, más que a un problema médico. El proceso en estos casos es similar al que se sigue del inciso a) al inciso d), sin embargo, es realizado en un periodo más breve que puede ir de unas horas a unos cuantos días, ya que es necesario emitir un diagnóstico casi inmediato.
- f) Intervención psicoterapéutica. Una vez emitido el diagnóstico, se sigue un tratamiento psicoterapéutico acorde al caso. Este tratamiento puede ser individual o familiar. La intervención se lleva a cabo de acuerdo a una cita programada que se acuerda con la paciente. Aunque en algunos casos los pacientes son canalizados a otros servicios y/o instituciones.

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

De manera general, durante el tiempo en que realicé el servicio social en el departamento de psicología se atendieron a 458 pacientes, de los cuales participé en la atención de 93 casos, realizando diversas actividades.

En la tabla número 3 presento un resumen de la cantidad de pacientes que atendí en cada una de las actividades realizadas, para poder visualizar de manera más sencilla las aportaciones que se llevaron a cabo durante la realización del servicio social en la institución.

Actividad	Cantidad de Pacientes
Entrevistas Iniciales	28
Aplicación de Pruebas	28
Devolución de resultados	19
Intervención psicoterapéutica (pacientes)	10
Visitas a pacientes en piso	8
Total	93

Tabla no. 3. Actividades realizadas durante el servicio social y cantidad de pacientes atendidos en cada una de ellas. Fuente: creación propia.

Como puede observarse las actividades que realicé con mayor frecuencia corresponden a entrevistas iniciales y aplicación de pruebas psicológicas, con el mismo número de pacientes atendidos. Esto es debido a que se intenta, en medida de lo posible, que la persona que realiza la entrevista inicial continúe con todo el proceso hasta la devolución de los resultados a los padres de los pacientes, para que el paciente no sea atendido por una persona diferente cada vez, y porque al conocer bien el caso, se puede explorar de una mejor manera la problemática del paciente.

En segundo lugar se encuentra la actividad de devolución de resultados, para la cual es necesario responder adecuadamente todas las dudas de los padres del paciente o del paciente mismo y, además, explicarle al paciente el tratamiento a seguir, y si iba a tener lugar dentro del mismo hospital, o sugerirle algunas instituciones en donde podía ser atendido a bajo costo.

La intervención psicoterapéutica fue la actividad que realice en tercer lugar con mayor frecuencia. Esta actividad, la lleve a cabo siempre bajo supervisión y siguiendo las indicaciones de la supervisora del programa de servicio social, y en todos los casos, se trataron de pacientes cuyas problemáticas permitían que yo pudiera poner en práctica mis competencias con actividades para mejorar su atención y coordinación; como es el caso de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, o revisión de formatos que llenaban los pacientes con problemas de enuresis. En algunos casos, esta actividad la realicé con pacientes que ya estaban diagnosticados y sólo continúe con la intervención psicoterapéutica; en otros casos, llevé a cabo todo el proceso del paciente desde la entrevista inicial hasta la intervención psicoterapéutica.

Por último, se encuentran las visitas a pacientes en piso. Esta actividad no se realiza con mucha frecuencia, ya que se efectúa a petición del médico pediatra que al considerar que el paciente presenta algún problema psicológico, solicita la valoración al área de psicología. Particularmente se realizaron visitas a pacientes que presentaban problemas, en su mayoría, de tipo ansioso debido a la hospitalización o de tipo psicossomático, ya que no había justificación médica para su problemática, y las pruebas psicológicas mostraban dicha tendencia.

En conclusión, mediante las actividades realizadas, tuve la oportunidad de poner en práctica las habilidades para realizar entrevistas iniciales a pacientes hospitalizados y de consulta externa. Pudiendo ahora identificar de manera más certera y rápida el motivo de consulta del paciente y de esta forma guiar las preguntas de la entrevista sobre esa línea. Pude mejorar, también, mis habilidades para redactar historias clínicas, de tal forma que fueran claras y completas para cualquier otra persona que las consultara. Tuve la

oportunidad de conocer las técnicas de terapia breve, que consisten en centrarse en el problema actual y proveer al paciente de herramientas para enfrentar su problemática. Así mismo, asistí como observadora de terapia grupal, lo cual me ayudó a comprender las técnicas básicas que son utilizadas en este tipo de terapia. También apliqué técnicas cognitivo-conductuales como el seguimiento de un horario o la realización de actividades alternas en lugar de aquellas que se quieren eliminar. Aunado a esto, pude tener práctica en el diagnóstico y tratamiento de adultos, lo cual me ayudó a identificar las pruebas y manejo mas adecuadas para adultos.

Dado que trabaje con el 20% del total de los pacientes atendidos en el período de mi servicio social, puedo decir que realicé una buena aportación con mi trabajo al área de psicología pediátrica del hospital Dr. Darío Fernández Fierro, apoyando en las actividades antes mencionadas, así como en la elaboración de reportes, y actividades necesarias para la realización de cursos monográficos y demás actividades que me solicitaron, relacionadas con el funcionamiento del departamento.

Para finalizar, quiero expresar que las habilidades requeridas para ejercer la profesión como psicóloga mejoraron significativamente, ya que he logrado conocer y aplicar diversas técnicas como intervención en crisis, terapia breve, terapia grupal, terapia cognitivo-conductual, entre otras, que considero que me serán de gran utilidad para lograr un mejor desempeño de mis funciones como psicóloga clínica.

Así mismo, considero que la posibilidad de practicar la realización de entrevistas iniciales, aplicación de pruebas psicométricas, proyectivas, etc., así como la integración de las mismas para la elaboración de un diagnóstico y la comunicación de este diagnóstico a los padres de los menores, constituyen un aspecto muy importante para mejorar dichas habilidades, y para adquirir mayor sensibilidad a la hora de comunicar a los padres la problemática de sus hijos, lo cual me prepara de una manera mucho más completa en mi profesión.

6.2 ANÁLISIS GENERAL DE PROBLEMÁTICAS ATENDIDAS

Los pacientes que son atendidos en el servicio de psicología pediátrica son, en su mayoría, referidos para diagnóstico y/o tratamiento por problemas asociados a enfermedades orgánicas. La tabla número 4 muestra los diversos tipos de trastornos diagnosticados para los pacientes que yo atendí, durante el servicio social. Utilizó las claves del manual Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE 10), el cual es empleado por la institución.

Clave CIE 10	Trastorno	Cantidad de pacientes atendidos
F98.0	Enuresis no orgánica	19
F90.0	Trastorno de la actividad y de la atención	16
F32.0	Episodio depresivo leve	15
F45.0	Trastorno de somatización	13
F94.1	Trastorno de vinculación de la infancia reactivo	8
F07.8	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	4
F41.9	Otros trastornos de ansiedad sin especificación	4
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes	2
F98.8	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados	2
F41.2	Trastorno de Ansiedad Generalizada con depresión	2
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	2
F60.3 Y F60.7	Trastorno de inestabilidad emocional y dependiente de la personalidad	2
F84.1	Autismo Atípico	2
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	2

Tabla no. 4. Diferentes tipos de trastornos diagnosticados durante el servicio social. Fuente: creación propia

7. EXPOSICIÓN DE UN CASO EJEMPLIFICANDO EL PROCESO QUE SE SIGUE AL TRATAR A UN PACIENTE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

Durante la realización de mi servicio social, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), fue el segundo trastorno más diagnosticado. Este trastorno afecta todas las esferas de la vida de los pacientes que lo padecen, si no es diagnosticado a tiempo. A modo de ejemplo, seleccioné uno de los casos que atendí durante mi servicio social, el cual corresponde al trastorno de la actividad y de la atención (código F90.0). Este caso es importante porque aunque parece corresponder a TDAH, ante una evaluación más detenida el diagnóstico resulta confuso, mostrando las dificultades de llevar a cabo el psicodiagnóstico en las instituciones de salud, así como la importancia de un diagnóstico diferencial dentro del mismo.

7.1 MARCO TEÓRICO REFERENTE AL CASO

De acuerdo con la información proporcionada por la madre, la paciente fue referida por la psicóloga de la escuela por presentar signos que hacen sospechar un trastorno por déficit de atención. Además de que la madre expresa características en la paciente que pueden aproximarse a dicho diagnóstico, por lo cual se desarrolla el trastorno por déficit de atención en este apartado.

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN LA INFANCIA

El DSM IV (APA 2008) clasifica el trastorno de la siguiente manera:

1. Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, Predominio de Tipo Inatento.
El paciente cubrió en forma reciente los criterios para falta de atención, pero no para hiperactividad-impulsividad.

2. Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Predominio de Tipo Hiperactivo/Impulsivo. El paciente cubrió en forma reciente los criterios para hiperactividad-impulsividad, pero no para falta de atención.

3. Trastorno por Déficit de atención/Hiperactividad. Tipo combinado. El paciente cubrió en forma reciente los criterios tanto para falta de atención como para hiperactividad-impulsividad (la mayor parte de los niños con TDAH tiene síntomas de Tipo Combinado).

A su vez, la falta de atención está caracterizada, según el DSM IV (APA, 2008), por las siguientes características:

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses en un grado que le causa adaptación inadecuada e inmadurez con los siguientes signos:

Inatención (p. 559):

- a) No puede prestar atención estrecha a detalles o tiene errores por falta de cuidado en trabajos escolares, empleo y otras actividades.
- b) Tiene problemas para mantener su atención en objetivos o juegos.
- c) No parece escuchar mientras se le dice algo.
- d) No sigue las instrucciones ni completa actividades, tareas escolares o trabajos (sin relación con conductas de oposición o por falta de comprensión).
- e) Tiene problemas para organizar sus actividades y labores.
- f) No gusta de o evita realizar tareas que implican un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares, trabajo en la escuela).
- g) Pierde materiales necesarios para actividades (asignaciones, libros, lápices, herramientas, juguetes).
- h) Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- i) Es olvidadizo.

Hiperactividad-impulsividad. Por lo menos aplican seis de los siguientes, con frecuencia:

Hiperactividad:

- a) Se mueve constantemente o se retuerce en el asiento.
- b) Se levanta del asiento cuando es inapropiado.
- c) Corre o trepa cuando es inapropiado (en adolescentes o adultos, esto puede corresponder sólo a una sensación subjetiva de inquietud).
- d) Tiene problemas para jugar en silencio o participar en una actividad recreativa.
- e) Parece que algo lo impulsa a actuar "en el camino".
- f) Habla en exceso

Impulsividad

- a) Responde preguntas antes de que se completen.
- b) Tiene problemas para esperar su turno.
- c) Interrumpe o se entromete (p. 560).

Además de los criterios anteriores se menciona que es necesario cumplir con las siguientes características:

- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- Los síntomas se presentan en dos o más ambientes tales como en la escuela, trabajo o casa.
- El trastorno altera el desempeño escolar, social o laboral.
- Los síntomas no ocurren sólo durante un trastorno generalizado del desarrollo o algún trastorno psicótico, incluida la Esquizofrenia.
- Los síntomas no se explican mejor por un trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disociativo o de personalidad. (p. 560).

El CIE-10 (2008) ubica al trastorno con la clave F90.0 y bajo el nombre "Trastorno de la actividad y de la atención". Define al trastorno bajo la característica de inatención y dificultades de continuidad de tareas, las cuales se cambian continuamente y se dejan sin terminar, y que se presenta en situaciones variadas y persiste a lo largo del tiempo. Hace hincapié en que debe ser diagnosticado, sólo si son excesivos para la edad y el coeficiente intelectual (CI) del afectado.

La mayor parte de los casos con TDAH presentan la modalidad combinada. En los casos en que la predominancia es la falta para mantener la atención, los niños pueden parecer tranquilos y pasar desapercibidos. No son demandantes y pueden ser ignorados socialmente.

El trastorno por déficit de atención (TDAH), es un trastorno que supone una base neurobiológica que se manifiesta por grados inadecuados de atención (Quirós, Moyano y Scandar, 2003).

ANTECEDENTES DEL TDAH

Según narra Benassini (2002) Geroge Still y Alfred Tredgold en 1902, describen por primera vez un cuadro clínico similar al síndrome actual, exponiéndolo como un "defecto de control moral" y la "hiperkinesia" que presentaban algunos niños, aunque en aquel entonces sólo se tomaba en cuenta a la hiperactividad como característica principal. Fue hasta 1972, cuando se puso de manifiesto el papel que juega la atención y los impulsos en el trastorno.

De acuerdo a Benassini (2002), Douglas definió las siguientes características:

1. Incapacidad para mantener una atención sostenida y la existencia de gran esfuerzo mental en la realización de tareas.
2. Incapacidad para inhibir la respuesta impulsiva.

3. Incapacidad para modular los niveles de alerta de acuerdo a las demandas del medio.
4. Fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata.

De acuerdo a lo anterior Douglas encontró, que los niños que presentan problemas de atención, no lo expresan en todas las tareas que realizan, sólo en aquellas en las que se requiere un esfuerzo mental mayor para aprender de dicha tarea, que se compone de distintos procesos llamados *funciones ejecutivas*.

La atención es entonces, necesaria para incorporar la información del ambiente y funcionar adaptativamente en él. Debe existir, para ello, la capacidad de filtrar la información que se recibe y de mantener la atención el tiempo necesario para poder aprender y, de esa manera las personas pueden planear sus acciones de acuerdo al estímulo, decidir cuál es la mejor acción a tomar y ponerlas en marcha. En la tabla número 5, se exponen los diferentes tipos de atención, las cuales debemos definir para comprender mejor la variable que se desea evaluar:

Tipo de atención	Tareas evaluativas
Alerta	Tareas que miden el tiempo de reacción expresado en milisegundos.
Focalizada- Selectiva	Tareas que requieren capacidad de filtro entre estímulos diana (auditivos o visuales) y estímulos distractores.
Dividida- simultánea	Tareas dobles en las que el sujeto debe manipular mentalmente dos informaciones diferentes procesarlas de manera simultánea.
Alternante (Shift)	Tareas dobles en las que el sujeto debe manipular mentalmente dos informaciones diferentes y procesarlas de manera alternada.
Sostenida- vigilancia	Tareas generalmente largas y monótonas en la que el sujeto debe responder a un estímulo determinado de carácter auditivo o visual diferenciado de otros considerados como distractores.

Tabla 5. Diferentes tipos de atención. Recuperado de Soprano (2009).

En cuanto a las funciones ejecutivas, se pueden citar: flexibilidad mental, generación de hipótesis, resolución de problemas, formación de conceptos, razonamiento abstracto, planificación, organización, fluidez, memoria de trabajo, inhibición, auto-monitoreo, iniciativa, autocontrol, control atencional, anticipación, estimación, regulación de la conducta, sentido común, creatividad, metacognición, control emocional y cambio atencional (Soprano 2009).

Ahora bien, las funciones atencionales deciden qué del ambiente merece ser atendido, y las funciones ejecutivas realizan o gestionan las acciones necesarias para procesar la información y actuar.

No es una tarea fácil medir la atención, sobre todo porque es una acción interna que realiza el sujeto, lo que podemos medir es su manifestación. Es por ello que se debe conducir la evaluación de la atención teniendo el tiempo necesario para asegurar que la presión del niño al realizar la prueba no juegue un papel determinante en los resultados, así como verificar que no exista en el ambiente alguna distracción que llame en mayor grado, que la prueba, la atención del menor.

ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

De acuerdo a Banassini (2002), Saito realizó estudios con gemelos, y demostró que el rango con que la herencia puede intervenir en el riesgo del trastorno por déficit de atención oscila entre el 45 y el 100% para gemelos monocigóticos y del 20% para gemelos dicigóticos. Este y otros estudios indican que el trastorno puede ser hereditario.

Según Benassini (2002), los hallazgos en relación al origen neurológico tanto en la estructura como en la organización cerebral son diversos:

1. Laufer y Shetty (1957, 1971) implicaron a las porciones rostrales del sistema reticular activador como una zona posiblemente disfuncional, basando la propuesta en el

papel de la formación reticular en el mantenimiento del estado de conciencia, la alerta y la atención.

2. El modelo de Norton (1976) de ablación del globo pálido en el cuerpo estriado de las ratas, producía en estos animales conductas similares a los síntomas del trastorno.
3. Wender (1971) y Shaywitz (1976) lesionaron las vías neuronales del tipo dopaminérgico (que emplean a la dopamina, una catecolamina como neurotransmisor), las cuales parten de la zona central del cerebro y estimulan a la corteza del lóbulo frontal; a estas vías se les denominó haz medial del telencéfalo en las ratas, y produjeron impulsividad en estos animales.
4. Estos trabajos, aunados a los realizados mediante lesiones prefrontales y del estriado en los monos que provocaban comportamiento hiperactivo, destacaron el papel del lóbulo frontal y los núcleos de la base en la programación del comportamiento y su posible afección en quienes están afectados por trastornos de la atención.

De acuerdo con Bradley en 1939, citado en Benassini (2002), al administrar psicoestimulantes a niños con trastorno de atención, tales como los antidepressivos tricíclicos, éstos modificaban la discapacidad de atención del trastorno. A partir de ahí se ha encontrado que los fármacos que estimulan las vías catecolaminérgicas cerebrales como la dextroanfetamina, el metilfenidato y la pemolina, pueden mejorar los síntomas de manera rápida.

Gracias a los estudios realizados con imágenes cerebrales se ha logrado corroborar que áreas como la corteza cerebral prefrontal reciben una importante estimulación dopaminérgica desde el mesencéfalo, y el globo pálido del cuerpo estriado, en pacientes diagnosticados con trastorno de atención, relacionando a las monoaminas cerebrales con los trastornos de atención (Benassini, 2002).

Benassini (2002) indica que en 1959, Ellingson concluyó que entre el 50% y 60% de los niños con síndrome de hiperactividad e inatención presentaban anormalidades encefalográficas contra un 10 a 15% de anormalidades en niños sin ningún síntoma.

Posteriormente a estos y otros estudios se ha encontrado a través de mapeos cerebrales, que permiten conocer la actividad cerebral mediante análisis estadístico computarizado, que los niños con el trastorno presentan también anomalías cuando realizan operaciones cognitivas, comparados con niños sin el problema.

Existen también teorías que han planteado la aparición del trastorno de atención, por medio de factores que afectan el proceso migratorio neuronal durante el crecimiento intrauterino. Estos factores pueden ser: problemas nutricionales maternos, falta de cuidados prenatales adecuados, o infecciones en la madre, especialmente virales, estrés, prematuridad, bajo peso al nacimiento, entre otros. Sin embargo, no existe suficiente evidencia de que estos factores estén relacionados con el trastorno (Benassini, 2002).

Benassini (2002) menciona que hay una explicación de origen sociocultural y de crianza que aunque, esta teoría, no explica el origen del trastorno, si proporciona un complemento de los modelos anteriores. A este respecto se ha encontrado que existen ciertas condiciones ambientales (familiares, estilos de crianza, etc.), que potencian o disminuyen la expresión del trastorno de atención. De tal manera que los conflictos, medidas disciplinarias rígidas, exigencias familiares o escolares excesivas, etc., pueden provocar que el problema se presente o no en mayor grado.

Según Cantwell (1996), citado en Benassini, 2002, una hipótesis que involucre a una sola sustancia neurotrasmisora en el origen del problema del trastorno de atención parecería demasiado simplista. Llegar a una sola causa del problema resultaría también una respuesta simple ante el problema que se aborda, podemos entonces decir que es factible que el trastorno tenga componentes neuro-biológicos en su origen y que el componente ambiental juegue un papel importante para su manifestación.

DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Un adecuado diagnóstico es un elemento crucial y debe implicar una observación detallada del menor durante la consulta y, de ser posible, en la escuela y hogar. Debe constar también de una historia clínica precisa, que incluya los síntomas del trastorno a lo largo de la vida del pequeño, así como sus efectos en todos los ámbitos en los que se desarrolla. Esta historia clínica, de ser posible, se elabora a partir de la información que proporciona el padre, la madre, y toda persona cercana al niño. Es importante que se observe la relación que guardan los padres entre ellos, la manera en que se hablan, cómo manejan los conflictos, cómo describen la problemática de su hijo, etc.

De acuerdo con Carricajo (2009), en cuanto al diagnóstico es necesario considerar:

- Que se requiere la capacidad para empatizar con el paciente y su familia desde el primer contacto.
- Debe realizarse una anamnesis cuidadosa acompañada de entrevistas abiertas y cerradas con tanto con padres como maestros, en la valoración son útiles los cuestionarios y escalas.
- Es preciso realizar una completa exploración física que incluya la exploración sensorial y neurológica.
- A nivel psiquiátrico debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente valorando la hiperactividad, el control de impulsos, el autoconcepto, la autoestima, las conductas negativistas y desafiante.
- Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales se deben realizar en casos concretos.
- Las exploraciones psicodiagnósticas y psicopedagógicas, deben siempre acompañar el estudio de un niño o adolescente con TDAH, la exploración psicodiagnóstica debe incluir sendos estudios neurocognitivos (valorando atención sostenida, memoria de trabajo y control ejecutivo) y psicopatológicos, finalmente la exploración psicopedagógica debe identificar el nivel académico y el conocimiento de las técnicas instrumentales escolares.

Existen varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a recopilar la historia evolutiva del niño y de la problemática de la enfermedad. Entre estos se encuentran:

- The multi-disciplinary evaluation and treatment of attention disorders in children de Goldstein S. y Goldstein M.
- Attention deficit hyperactivity disorder, a clinical workbook de Russell A. Barkley.

De acuerdo a Benassini (2002), dentro de las pruebas psicológicas es necesario cubrir, al menos, varios aspectos entre los que se encuentran:

1. Rendimiento intelectual. Esta prueba es necesaria para conocer si el mal rendimiento proviene de una real deficiencia a nivel mental o es sólo una manifestación de otra problemática. La prueba más utilizada, como ya se mencionó, es la prueba de inteligencia de Weschler, para niños (WISC), la cual aporta datos importantes sobre el nivel de atención, el coeficiente intelectual, datos sobre el nivel de desarrollo del niño.
2. Madurez perceptomotora. Se pueden usar pruebas como las de Bender o Frosting.
3. Condición emocional. Para este fin se emplean pruebas proyectivas como el test de la figura humana, HTP, CAT, test de la familia, etc. También pueden ayudar los tests para medir características específicas como los que miden ansiedad o depresión.
4. Escalas clinimétricas. Esta es una herramienta útil para poder recabar de los padres y maestros la información que nos interesa saber acerca de la enfermedad. Entre las más importantes se encuentra la del psicólogo Keth Connors, la cual se encuentra dividido en:
 - Escala de calificación de Connors para maestros
 - Escala de calificación de Connors para padres
 - Escala de autoinforme para adolescentes de Connors y Wells

La escala llamada Examen del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (attention Deficit Hiperactivity Disorder Test, ADHDDT), diseñada por James Gillian es también una buena opción para recabar información sobre el trastorno (Benassini, 2002).

Gratch (2000) propone varios tests para medir la atención, Benassini (2002), por su parte, sugiere medir el funcionamiento familiar a través de la "escala de funcionamiento familiar" de Espejel, o la "escala de clima familiar" de Moos. La Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS), la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC), la Escala de Wechsler de Inteligencia para Prescolares y Primaria (WPPSI), y el test de la familia pueden complementar la información necesaria de estas dos características.

De acuerdo a Carricajo et al. (2009), tanto el TDAH como la mayoría de los trastornos a los que se asocia no son entidades discretas, sino que se trata de dimensiones conductuales que se distribuyen según un modelo continuo, el trastorno no representa otra cosa que el extremo de dicho continuo.

De acuerdo a González (2006), no todos los niños con el trastorno presentan las mismas conductas alteradas en determinadas situaciones, no coinciden en su frecuencia e importancia en las situaciones o ambientes en los que se muestran hiperactivos y difieren respecto al origen y posibles causas de sus problemáticas.

Citando al mismo autor, éste menciona a Gutiérrez-Moyano y Becoña (1989) quienes sostienen que a medida que el niño crece y adquiere más edad, el exceso de actividad motora disminuye, no obstante, aumenta la impaciencia y molestia en situaciones que demandan atención como son las tareas escolares. Esta situación contribuye al fracaso académico en muchos de los niños, en la adolescencia, a estos problemas se añaden la falta de cumplimiento de las obligaciones escolares y del hogar.

En conclusión, es posible afirmar que se debe recabar información suficiente de todas las fuentes disponibles para verificar si se presentan los síntomas del trastorno en todas las tareas que realiza el niño, o sólo en algunas, y la manera en que se presenta. Además es necesario medir ampliamente las características de desarrollo del niño y su estado emocional, para establecer el diagnóstico del trastorno.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDADES

Actualmente, el trastorno por déficit de atención es diagnosticado con mayor frecuencia que en el pasado, es por ello que se debe evaluar correctamente al paciente para determinar si el trastorno se asocia o coexiste con otros trastornos, a lo que se le llama comorbilidad. De acuerdo con Gratch (2000) entre los trastornos con los que se asocia con mayor frecuencia están:

- Desórdenes de conducta
- Trastornos de aprendizaje
- Trastorno negativista desafiante

Ahora bien, los trastornos que presentan síntomas similares al trastorno por déficit de atención, deben ser analizados con detenimiento realizando el diagnóstico diferencial apropiado, de tal forma que pueda ser claramente distinguido, además de determinar cuál es el diagnóstico primario y cuáles los secundarios.

En primer lugar se le debe diferenciar entre:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio del déficit de atención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

A continuación se presentan las características principales de los trastornos que comparten síntomas con el trastorno por déficit de atención y con los que se presenta en comorbilidad (Gratch, 2000). Estos son:

- a) Trastorno Negativista Desafiante (TND). Este trastorno se caracteriza por la oposición constante a seguir las indicaciones de los padres, maestros o cualquier

persona que el niño vea como autoridad. Aproximadamente el 60% de los niños con TDA presentan el TND como comorbilidad asociada, sin embargo en la edad preescolar los niños suelen negarse a cumplir órdenes como una forma para autoafirmarse, por lo que se debe tener cuidado al diagnosticarlo. Este trastorno está más afectado por la dinámica familiar que el TDA.

- b) Trastorno disocial (TD). En este caso, la conducta hostil y desafiante no sólo se vuelca hacia las figuras de autoridad, sino a todas las personas con las que el niño convive. Este trastorno incluye la agresión física y/o el daño o destrucción a la propiedad privada.
- c) Trastorno de ansiedad por separación (TAS). Es difícil distinguir en un inicio entre un trastorno de ansiedad y el TDA, sin embargo, de acuerdo a Gracht (2000), el TDA no tiene su origen en un conflicto psíquico. La ansiedad es una característica esencial en este trastorno.
- d) Depresión. La depresión puede causar la falta de atención, por lo que se debe descartar un episodio de depresión antes de llegar a un diagnóstico de TDA.
- e) Enfermedad bipolar. En este trastorno se alternan episodios de manía con episodios de depresión. En los niños, para el episodio depresivo mayor presentan un estado de ánimo irritado, por ejemplo. En ambos episodios la atención se ve comprometida.
- f) Trastorno por estrés postraumático. En este caso la persona vive un evento traumático, el cual es recordado y revivido posteriormente, con los consecuentes efectos físicos y psicológicos que paralizan y afectan a la persona. En los niños el recuerdo del acontecimiento traumático se observa en juegos repetitivos referentes al trauma, comportamientos desestructurados o agitados al recordar el trauma, o sueños terroríficos de contenido irreconocible. Este trastorno provoca que el niño tenga problemas de atención, y presente movimiento excesivo, hipervigilia, sin embargo, estos síntomas tienen su origen después del evento traumático.

- g) Trastorno de la Tourette. En este trastorno existen movimientos y/o vocalizaciones súbitas e incontrolables por parte del sujeto, por lo que puede confundirse con la impulsividad propia del trastorno por déficit de atención, sin embargo, según George Gilles de Tourette (1885), el cuadro aparece alrededor de los siete años, por lo que es una característica que debe tomarse en cuenta para el análisis diferencial. Aproximadamente el 1% de los niños con TDA presentan asociado el trastorno de Tourette.

- h) Trastorno obsesivo-compulsivo. Los movimientos estereotipados y con poca lógica caracterizan a este trastorno. En este caso los movimientos se convierten en un "ritual" para la persona que los realiza debido a pensamientos obsesivos que abordan constantemente la mente del sujeto, por lo cual, su concentración y atención se ve comprometida, así como su incapacidad para estar tranquilo.

- i) Problemas familiares y personales. Bronfenbrenner señala que muchos de los patrones de respuesta del niño, sus características, sus actitudes y sus motivos son adquiridos como resultado del aprendizaje social y de las recompensas obtenidas en el hogar. Particularmente los vínculos con la madre, constituyen antecedentes críticos de las relaciones sociales posteriores (Mussen, 2007).

En muchas ocasiones los síntomas que presentan los niños con problemas familiares o personales como: falta de atención, impulsividad, agresión, bajo rendimiento escolar, etc. son confundidos con los síntomas del trastorno por déficit de atención, sin embargo, se debe tomar en cuenta el grado de afectación de las esferas de la vida del paciente y la historia clínica y bibliográfica del mismo.

De acuerdo a Ortega (2010) Bray y Hetherington (1993), Emery (1988) y Hetherington (1989; en Buhler, 1983) consideran que la estructura familiar intacta, en sí misma, no determina que un niño tenga menos problemas emocionales y se desempeñen mejor en la escuela, en cambio, la manera como los padres se

relacionan y su habilidad para crear una atmósfera favorable afecta el ajuste de los niños más que su estado civil. Por tanto, la familia también, es la principal fuente de conflicto, y en un sentido estricto, el germen de los conflictos con los demás (Bradshaw, 1996; en Lusch, 1998). De acuerdo con Pizarro (s.f.), existe un conflicto cuando una familia se encuentra en una situación de tensión y hace presión sobre ella; se requieren ciertos cambios dinámicos que la estabilicen. Los roles, los valores y los objetivos se pierden y se hacen confusos en la medida que el conflicto siga permaneciendo en el sistema.

De acuerdo a Orjales (1998), "las niñas con TDAH, en la mayoría de los casos, no presentan el grado de hiperactividad que se puede encontrar en los varones, sin embargo presentan: ansiedad desmedida, intentos de controlar el fracaso dedicando más horas de estudio, comportamientos de tipo obsesivo e hipercontrolado, y un exagerado celo en el cumplimiento de las normas" (pag. 23).

Es evidente que el TDAH comparte síntomas con varios otros trastornos, por lo cual es necesario excluir con detenimiento cada una de ellas antes de llegar a un diagnóstico.

7.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

Nombre: Mariana (seudónimo)

Sexo: Mujer

Edad: 8 años

Fecha de Nacimiento 8 de septiembre del 2004

Escolaridad: 3° de primaria

Sobrepeso: De acuerdo al médico, sobrepeso de 4 kg.

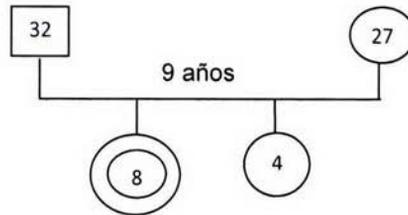
MOTIVO DE CONSULTA: La madre de Mariana acude al servicio debido a que recibió quejas de la maestra de la escuela, la cual reportó que se sale del salón, no hace la tarea, no trabaja en clase y es agresiva con sus compañeros. Según la madre, en casa también es distraída y grosera. La psicóloga de la escuela le dijo al padre de Mariana que había la sospecha de Trastorno por Déficit de Atención, sin embargo no realizó pruebas para llegar a tal diagnóstico.

INSTRUMENTOS APLICADOS PARA RECABAR INFORMACIÓN:

- Entrevistas a la madre y a Mariana.
- Test de Matrices Progresivas, escala coloreada (RAVEN).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Detección de Riesgos en la Escuela Primaria (DETECTOR).
- House-Tree-Person (HTP).
- Test de Apercepción Temática para niños (CAT-A).
- Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños (CMAS-R).

HISTORIA CLÍNICA

Familiograma:



Historia de Nacimiento:

La madre refiere que se embarazó joven, y que la paciente no fue planeada. Esto provocó que su embarazo fuera "problemático", ya que aunque su pareja decidió apoyarla para tener al bebé, ella no quería tenerlo dado que en ese momento estaba por entrar a la universidad. Menciona que tuvo miedo al principio, pero que decidió seguir con el embarazo porque se entusiasmó con la idea de tener un hijo. Durante casi todo su embarazo la madre y el padre vivieron separados, ya que éste, ponía muchos pretextos para no irse a vivir con ella, y menciona haber estado muy preocupada durante el embarazo por la cuestión económica. Después de que la madre de Mariana insistió por unos meses ellos rentaron un departamento y comenzaron a llevar una vida en pareja, al cabo del séptimo mes de embarazo. El embarazo llegó a término. Nació por cesárea. No presentó complicaciones médicas durante el parto. Menciona que Mariana tuvo un Apgar de 10, pero que no sabe exactamente qué le miden al bebe.

Historia de desarrollo:

La madre refiere que su patrón de sueño ha sido normal desde que era bebé. Gateó a los 7 meses. Caminó a los 11 meses. Control de esfínteres a los dos años. Primeras palabras al año de vida. Presentó problemas en la pronunciación de palabras con "r" hasta los cuatro años.

Mariana fue alimentada con pecho materno hasta el año y medio, ya que, de acuerdo a la madre, Mariana se negaba a dejar de tomar la leche materna y la madre no sabía cómo hacer para quitárselo. Desarrollo adecuado en la alimentación, hasta hace dos años, que la madre reporta que comenzó a comer en mayor cantidad que antes, y que considera es la causa de su sobrepeso.

Historia de la vida Familiar:

La familia de Mariana ha sido inestable desde que se formó. La madre en un inicio, trataba de estar cerca emocional y físicamente del padre, pero luego de algunos años, después de nacer la paciente, la relación se fue deteriorando. En la actualidad la relación entre la pareja es muy conflictiva, ya que han llegado a la agresión física, incluso en presencia de sus hijas, quienes han recibido también maltrato físico por parte de ambos padres. La madre comenta que cree que Mariana está molesta con ella, porque le ha dicho que por su culpa su papá se irá de la casa. La madre es quien cubre los gastos de manutención en mayor proporción, ya que el padre está frecuentemente desempleado, lo cual molesta mucho a la madre, porque lo tilda de "flojo". A la fecha no han decidido si seguirán juntos.

Si bien el padre ha sido agresivo con la paciente, de acuerdo con la madre y según la misma Mariana, es con su padre con quién tiene mejor relación.

La disciplina que ha utilizado la madre es a base de golpes con la mano, especialmente cuando considera que sus hijas no le hacen caso, y la misma madre comenta que cree que es demasiado agresiva. La familia ha cambiado en tres ocasiones de casa debido a que rentaban, aunque han tratado de no afectar la vida escolar de sus hijas, actualmente se han mudado a una casa propia que están pagando con un crédito.

Se reporta que Mariana presenta también problemas para dormir, ya que tiene miedo a la oscuridad, ideas de muerte, y miedo de no volver a ver a sus padres. Esto comenzó unos meses después de la muerte de su abuela materna, la cual murió hace 6 meses.

En casa, se lleva bien con su hermana, aunque pelean continuamente porque ellas consideran que a una le dan algo en mayor cantidad que a la otra, como comida, por ejemplo, aunque la madre refiere que no hace tal distinción. Sus peleas son verbales, aunque en ocasiones llegan al plano físico. Pelean también porque la paciente toma las cosas de su hermana sin pedirselas y sin importarle que no sean suyas.

Historia Escolar:

En cuanto a la vida escolar, la madre refiere que la paciente ingresó a los 4 años al preescolar. En esa etapa le informaron a la madre que golpeaba a sus compañeros cuando no querían jugar con ella, lo cual ocurrió en tres o cuatro ocasiones. Esto pasaba también en casa, donde peleaba mucho con su hermana y con vecinos de su edad, de manera más frecuente. Aunado a esto la paciente "tomaba" cosas de sus compañeros y los llevaba a casa, aun cuando ella tuviera los mismos objetos, acción que repitió durante el preescolar unas cuatro ocasiones, que la madre se haya dado cuenta, en cuyo caso le pegaba para corregirla, porque consideraba que no funcionaba hablarle.

Esta historia se repitió durante la primaria, aunque en menor grado. En la actualidad presenta problemas escolares, con calificaciones bajas en casi todas sus materias (5 en matemáticas, 7 en ciencias naturales y reprobó otras tres asignaturas). La madre indica que se desespera cuando no puede hacer las cosas, y que no termina las tareas. En el grado anterior obtuvo un promedio de 7.2. El comportamiento de salirse de clase sin permiso no lo había hecho hasta este año; al preguntarle a la paciente por qué se sale, ella responde que la maestra no le cae bien porque es muy gritona y mandona.

La madre refiere que no tiene ningún amigo en la escuela, y que si intenta tenerlos es a través de darles regalos para llamar su atención, pero que termina pegándoles y por eso ya no se le acerca nadie. Al preguntarle a la paciente, dice tener amigas de otros grupos, que son más grandes que ella, y que las acaba de conocer, pero comenta que en su grupo no tiene amigos y que no le importa tenerlos, aunque expresa que para tenerlos ella no debe pegarles y ser compartida.

7.3 PRUEBAS CLÍNICAS APLICADAS

Para el caso clínico que presenta la paciente se aplicó la siguiente batería: prueba RAVEN, una prueba para medir su coeficiente intelectual (CI) y corroborar si su capacidad intelectual esta dentro de lo normal; Test de Bender, para determinar si su desarrollo motor y visoperceptual es el adecuado para su edad; prueba CMAS-R para medir el grado de ansiedad; además de pruebas proyectivas para valorar la percepción que la paciente tiene de ella misma y de las personas que la rodean, como son: HTP y CAT-A. Estas pruebas son seleccionadas por la institución de acuerdo al caso y al tiempo que se dispone para el psicodiagnóstico. Las pruebas psicológicas aplicadas a la paciente son mostrados en los anexos del presente trabajo. A continuación se explican cada una de ellas:

- TEST DE MATRICES PROGRESIVAS, ESCALA COLOREADA (RAVEN, para niños de 5 a 10 años)

Esta prueba fue creada en 1947 por Court J. Raven para ser aplicada a niños de menos de 10 años. Así, se redujo el número de escalas de 5, de la escala general, a 3, en la escala coloreada, A, Ab y B. (Raven, 1993). Las láminas de la prueba son coloreadas para hacer la tarea más atractiva a los pequeños. La prueba está constituida por 36 problemas divididos en tres series de 12. El grado de dificultad va aumentando de acuerdo a la serie y al número de problema dentro de la misma. El más fácil es el problema A1 y el más difícil es el problema B12. Al final de la prueba los últimos tres problemas están en blanco y negro, para facilitar la transición a la escala general si se identifica que el niño puede ser evaluado de una manera más rigurosa. La prueba mide la percepción estructurada y la deducción de relaciones. Las funciones que se examinan son: percepción de tamaño, percepción de orientación en el espacio en una y dos direcciones, comprensión de figuras discretas espacialmente relacionadas con un todo, análisis de un todo y sus componentes, capacidad de concebir figuras correlativas y, deducción de correlaciones.

- TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

De acuerdo a Bender L. (1956) este test fue creado entre los años 1932 y 1938 por Lauretta Bender utilizando la metodología de la Gestalt. Consta de 9 figuras (gestalten), las cuales se le presentan al sujeto y se le pide que las copie para, posteriormente, analizarlas en cuanto a la reproducción y la percepción que tuvo de ellas. Bender propone que el estímulo completo y la manera en que la persona lo integra es lo que determina el patrón de respuesta. Es utilizada para medir nivel de desarrollo (capacidad de percepción visual, habilidades motoras, memoria, conceptos temporales y espaciales, capacidad de organización o representación), y para medir deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis. Puede ser aplicada a niños desde los 3 años, a adolescentes y adultos. Y en cada caso la información que proporciona es de valiosa utilidad.

- DETECCIÓN DE RIESGOS EN LA ESCUELA PRIMARIA (DETECTOR)

Esta prueba permite detectar de manera temprana algunos de los problemas más comunes que afectan el desempeño escolar de los niños de entre 5 y 13 años. (Sánchez, 2003). Es un instrumento computarizado en donde se recaba la información de modo sistemático que proporciona la madre o padre del paciente. Proporciona 20 hipótesis diagnósticas: déficit de atención (con y sin predominio de hiperactividad), disfunción cerebral, trastorno afectivo, problema alimentario, problema de ansiedad, problema de conducta, problema emocional, problema de lenguaje, problema psicomotor, trastornos generalizados del desarrollo, problema de salud, discapacidad intelectual, problema de socialización, problema escolar, autoestima pobre, enuresis, discapacidad de aprendizaje, epilepsia, sonambulismo y pica.

- HOUSE-TREE-PERSON (HTP)

De acuerdo a Hammer (2008), la prueba es llamada HTP por sus siglas en inglés de las palabras casa, árbol, persona (house, tree, person). Pretende captar la imagen interna que el paciente tiene de sí mismo y de su ambiente. Durante la prueba se pide al paciente que dibuje un árbol, una casa y una persona, con las características que ella desee, para lo cual, se le entrega una hoja de papel en blanco y un lápiz. (Hammer, 2008). La base de este test es que las figuras dibujadas son capaces de lograr proyecciones de los examinados correspondientes a su yo, su imagen corporal y a su personalidad, tanto como la percepción que tiene de su hogar y de las relaciones que guardan con sus padres, que en este caso, evoca la persona y la casa, respectivamente. Así mismo, el dibujo del árbol se considera más relacionado con los sentimientos más profundos de la personalidad, que escapan a la consciencia del sujeto, ya que se pide al examinado dibujar. Esta prueba puede ser aplicada a cualquier edad, siempre que se pueda entender la indicación y el paciente tenga la edad suficiente para utilizar el lápiz y realizar la representación de los objetos que se piden.

- TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA PARA NIÑOS (CAT-A)

De acuerdo a Bellak (1990) la prueba fue ideada por Ernest Kris para niños de 3 a 10 años, pensando que los niños se identificaban más con imágenes de animales que con las imágenes con personas del TAT. Está formada por 10 láminas con figuras de animales en diversas situaciones, las cuales evocan en el niño proyecciones hacia sus figuras paternas y de autoridad más importantes, y la naturaleza de sus relaciones interpersonales, así como mostrar las defensas que utiliza para manejar sus impulsos. Las láminas muestran, también, los problemas de alimentación u orales del pequeño. Se busca primero crear rapport, para luego presentarle una lámina a la vez y pedirle que nos cuente un cuento de cada una de ellas.

Se deben evaluar 10 puntos en cada historia que cuenta el niño. Estos puntos son:

1. Tema principal, encontrando el tema común de cierto número de relatos del niño.
2. El héroe principal, con quién se identifica el paciente, la imagen de sí mismo, cómo se ve a sí mismo en su rol social y en su yo.
3. Principales necesidades e impulsos del héroe, se analiza si son acordes con la realidad o son imaginadas o anheladas.
4. Concepción del ambiente.
5. Figuras vistas como.
6. Conflictos significativos, se deben buscar las defensas que utiliza contra la ansiedad.
7. Naturaleza de las ansiedades.
8. Principales defensas.
9. El "castigo" impuesto por un "crimen" y la adecuación del superyó.
10. Integración del yo, adecuación del héroe ante los problemas de la historia.

- ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA PARA NIÑOS (CMAS-R)

Citando a Reynolds (1997) esta prueba evalúa la ansiedad en niños y adolescentes con edades de entre 6 y 12 años. Esta ansiedad puede ser producida por varias razones como son: problemas escolares, conflictos familiares, drogodependencias, problemas de la personalidad o sociales, etc. La CMAS-R consta de 28 reactivos que están divididos en tres subescalas de ansiedad: ansiedad fisiológica (dificultades del sueño, náusea y fatiga), inquietud/hipersensibilidad (preocupación obsesiva, miedo de ser lastimado o aislado emocionalmente), y preocupaciones sociales/concentración (pensamientos distractores, miedos de naturaleza social o interpersonal). Contiene también 9 reactivos que son parte de la subescala de mentira (conformidad, conveniencia social, o falsificación deliberada de respuestas). La prueba se responde circulando "Sí" o "NO". La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados "Sí" para esa subescala.

7.4 INTERPRETACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PRUEBAS CLÍNICAS APLICADAS

Mariana se notó muy nerviosa al principio de la valoración, al hablar un poco con ella para hacer rapport, se vio más relajada. Su lenguaje fue fluido y utilizó palabras adecuadas a su edad, sin embargo, hubo momentos en que la rapidez con la que hablaba se elevaba en comparación con otros momentos de su discurso, sobre todo cuando su respuesta tenía que ver con la expresión de sentimientos. Mostró adecuada ubicación temporo-espacial. Me pareció una niña sociable y pulcra que, de acuerdo a sus propias palabras, tuvo "un poquito de gases al momento de la evaluación porque desayunó yogurth y no le cayó bien".

Durante la evaluación Mariana se mostró interesada en participar en las actividades que se le pidieron, una vez que las realizó solicitó llevárselas a casa, así como los materiales y juguetes que utilizó. Se observó la presencia de impaciencia para realizar las actividades, ya que se adelantó a tomar el material; también se detectó una gran necesidad de aprobación de sus acciones, preguntando ante cada actividad si lo que hacía estaba bien. Mostró un interés especial en la muerte, al preguntar frecuentemente sobre lo que pasa después de que las personas mueren y asegurando que se pueden ver a las personas aunque estén muertas, así mismo, se observó que mezcla la fantasía con la realidad, ya que al relatar pasajes de películas de terror las relacionó con su vida cotidiana y aseveró que pasaron en realidad.

Dados los resultados de la valoración psicológica practicada, se observó lo siguiente:

La prueba de RAVEN indica un rendimiento adecuado y buen nivel de inteligencia. Se determinó un coeficiente intelectual con puntaje de 18, con diagnóstico de inteligencia normal.

La prueba de Bender arroja que los patrones de percepción visomotriz muestran un nivel de maduración adecuado para su edad cronológica, de acuerdo a los lineamientos de Bender L. (1956), sin embargo presenta trazos desorganizados que son indicadores de un leve trastorno visoperceptual.

La prueba DETECTOR indica que posee problemas en la atención, además de presentar problemas en el temperamento y la impulsividad, en menor grado. Los resultados arrojan un probable diagnóstico de Déficit de Atención y/o Problemas emocionales.

En la prueba proyectiva HTP, de acuerdo a Hammer (2008), se observa que Mariana muestra una adecuada identificación con su rol de género. Posee poco deseo de contacto con la gente, y cuando ocurre, ella actúa con mucha cautela. Se observa que la fantasía es un elemento presente en la forma en que se relaciona con los demás y que la usa también para escapar de la realidad y enfrentar sus problemas. Considera que es incapaz de sentirse satisfecha y de tener logros en su hogar y demás áreas de su vida, ya que siente que no posee recursos para conseguirlo. Se observan rasgos de depresión y ansiedad importantes, además de agresividad que puede ser volcada a quienes la rodean, lo que puede contrarrestar con una actitud más tranquila y el deseo de aparecer como "buena". Tiene dificultades para relacionarse interpersonalmente, aunque muestra deseos de tener más contacto con los demás, esto puede deberse a que considera que no posee estrategias para el acercamiento social, y a una preocupación por hacer las cosas "bien".

En la prueba CAT-A, de acuerdo a Bellak, se observa miedo al conflicto entre el padre y la madre y el deseo de solucionarlo ayudando a uno de los dos (no especifica cuál), y que la comida es un recurso para solucionar problemas. Se encuentra que considera a la figura paterna como solitaria y a la figura materna como una parte que provee alimentación y protección. Presenta miedo a lo que ocurre entre el padre y la madre en el aspecto sexual, y celos y miedo hacia su padre por el amor hacia su madre, en general reacciona con miedo ante cualquier indicio de agresión hacia ella o ante la agresión que desea exteriorizar hacia los demás. Se identifica rivalidad con la hermana por la atención de la madre y la percepción de incapacidad para obtenerla. Muestra sentimientos de duelo ante su abuela muerta. Se puede observar que la paciente utiliza la gratificación alimentaria como una herramienta para enfrentar sus miedos o problemas. Se muestra dependiente y

demandante con tendencia a la regresión, buscando la atención de la madre con la que está ligada esta actitud. En cuanto a las funciones del yo: existe una diferencia en la realidad que observa en su ambiente y la manera en cómo la vive internamente, de tal forma que al ver un conflicto lo minimiza y lo resuelve con juego, yéndose a dormir, etc., es decir, evadiéndolo y resolviéndolo mágicamente. Su juicio de las consecuencias que siguen a sus actos es demasiado severo, por lo que teme actuar, y si lo hace, lo hace con cautela. Presenta temor a cumplir sus impulsos y le es difícil expresar su amor abiertamente, por lo que se siente insegura al relacionarse con otros demandando su atención. Utiliza en mayor grado procesos primarios para adaptarse a la realidad en su ambiente, recurriendo a la fantasía para procesar la información que se le presenta, esta defensa es parcialmente exitosa ante la frustración que percibe entre sus deseos y la realidad, logrando con ello una reconciliación entre sus actitudes contradictorias o conductas inapropiadas ante lo que percibe, sin embargo, presenta sentimientos de incapacidad y miedo de no ser apreciada, lo que le dificulta la adaptación al medio.

CMAS-R concluye que presenta una fuerte autocrítica y se exige actuar de manera perfeccionista, situación que le provoca en exceso ansiedad. Se valoró la presencia de Ansiedad Rasgo encontrando elevación clínica de ansiedad moderada (CMAS= 59). La ansiedad y la dificultad en el control de impulsos le impiden establecer relaciones interpersonales adecuadas.

7.5 DIAGNÓSTICO

Inicialmente, al analizar las pruebas aplicadas, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad fue mi diagnóstico para Mariana, ya que corresponde a la escala aplicada a la madre (DETECTOR), y cumple con algunos de los criterios para el DSM-IV tales como: no presta atención a detalles e incurre en errores por descuido, tiene dificultades para mantener la atención, tiene dificultades para organizar sus actividades y labores, pierde materiales necesarios para actividades, es olvidadiza, a menudo precipita respuestas antes de formularle la pregunta, no sigue instrucciones, se inmiscuye en las actividades de otros y abandona su asiento en la clase, sin embargo, durante la valoración que se realizó no mostró indicios que pudieran corroborar los síntomas anteriores, a menos de apresurarse a tomar el material, pero no de manera que pueda parecer excesiva.

Posteriormente, al realizar el presente trabajo y bajo un análisis más detallado, observo que la paciente cubre los criterios para un diagnóstico de Trastorno Distímico, mismo que presento a manera de discusión.

Comenzaré realizando un análisis diferencial para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

Se puede diferenciar éste trastorno de los demás trastornos con los que comparte síntomas. Mariana no presenta oposición para seguir indicaciones durante la evaluación, por lo que se descarta el Trastorno Negativista Desafiante. No ha presentado casos en donde destruya propiedad privada o agresión física hacia otras personas fuera del área familiar, por lo que no posee el Trastorno de Conducta. No muestra temor excesivo ante la separación de la madre o figura paterna, aunque se interesa por la muerte, esto se relaciona con la reciente muerte de la abuela y no lo expresa de manera exagerada, por lo que no presenta Trastorno de Ansiedad por Separación. Tampoco posee movimientos ni vocalizaciones incontrolables descartando Trastorno de Tourette.

Lo anterior hace suponer que el diagnóstico corresponde a Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo Combinado, sin embargo, en el manual DSM-IV (2008, p. 563) menciona que el TDAH sólo debe diagnosticarse en un niño que vive en un medio ambiente social estable. La frase anterior no es específica, ya que ¿cómo medimos la

estabilidad en el medio ambiente?, sin embargo considero que la vida familiar de Mariana no es un ambiente que se pudiera llamar estable, dada la violencia física entre sus miembros, lo cual modifica el diagnóstico.

En cuanto a la Depresión se puede descartar el Trastorno Depresivo mayor, sin embargo, la paciente posee síntomas, de acuerdo a la madre, tales como: baja autoestima, concentración pobre y demasiado apetito, lo que puede concordar con el Trastorno Distímico. En el manual DSM-IV (2008, p. 244), se menciona que en los niños, el estado de ánimo anormal puede manifestarse como irritabilidad y el tiempo para diagnosticarlo se reduce a un año de síntomas, lo cual concuerda con Mariana.

De acuerdo a Shaffer y Waslick (2003), la depresión en los niños puede manifestarse de acuerdo a:

- Llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas.
- Bajo rendimiento académico, fracaso escolar, dificultad para concentrarse y prestar atención tanto en clase como al hacer los deberes en casa.
- Dificultad para interactuar con sus compañeros de la misma edad.

Loevinger (1976), citado en Polaino (1988), menciona que en la infancia media, correspondiente a la edad de Mariana, la tristeza del niño se presenta como una respuesta automática ante una situación detonante, entre las que pueden estar el rechazo de los padres o ausencia de actividades gratificantes, dicha tristeza se muestra con gritos y sintiendo vergüenza y culpabilidad cuando no se ajusta a las reglas sociales.

Así mismo, Polaino (1988), considera que la aparición de un acontecimiento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño, además de presentar ansiedad característica por dicho evento.

Por lo anterior me atrevo a sugerir que Mariana presenta Trastorno Distímico, lo que concuerda con su sintomatología y los resultados de las pruebas realizadas en mayor grado que el Déficit de Atención con Hiperactividad tipo Combinado.

7.6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante hacer notar que para poder llegar a un diagnóstico acertado, en el caso de niños, es necesario recopilar información de los padres de los pacientes, de los pacientes mismos, pero también de los profesores, abuelos, o cualquier persona que tenga contacto con el paciente, ya que en la mayoría de los trastornos en los niños la observación y la anamnesis son los recursos que poseen un peso importante para llegar al diagnóstico.

Por otro lado debemos preguntarnos si los autoinformes, que en el caso de los niños son contestados por los padres, deben merecer mayor peso sobre las demás pruebas que se realizan, ya que corresponden a la percepción de los padres y, en ocasiones, los síntomas son exagerados u omitidos por los mismos.

Es evidente que el psicodiagnóstico en el ámbito hospitalario es una tarea con más complicaciones de las que se presentan en un ámbito donde se cuenta con mayor tiempo para conocer la problemática del paciente y llegar a un diagnóstico. Razón por la que se debe estar seguro que se tengan los mecanismos mínimos necesarios para asegurar que se cuenta con información suficiente sobre el paciente, el padecimiento y sus consecuencias en todos los ambientes donde se desenvuelve.

En mi caso de estudio, Mariana fue referida al área de paidopsiquiatría después de terminado el diagnóstico psicológico, donde concluyeron que padecía Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Se le trató con metilfenidato y posteriormente se cambió por atomoxetina a causa de los síntomas secundarios que presentaba. Al respecto, Artigas y Pallarés (2003), mencionan que un diagnóstico de TDAH puede cambiar después de un estudio más riguroso y que se pueden detectar síntomas depresivos. El tratamiento consiste en administrar metilfenidato y observar si un medicamento que mejora la captación de serotonina, como la sertralina, ayuda a disminuir los síntomas depresivos, si esto no ocurre ellos recomiendan, cambiar a un medicamento antidepresivo.

Reátegui y Vargas (2008) al realizar un estudio con niños y adolescentes con TDAH encontraron que hay síntomas depresivos, como la falta de concentración, que hacen evidente la presencia de comorbilidad entre ambos trastornos, lo que hace difícil el diagnóstico diferencial.

Es entonces lógico pensar que el diagnóstico que inicialmente dimos como parte del departamento de psicología y que posteriormente fue ratificado por el paidopsiquiatra como TDAH puede ser en realidad una depresión infantil. Mi duda surge a raíz de llegar a la conclusión de que la información para el diagnóstico no fue suficiente, y que siendo realistas, tampoco lo es para poder cambiar el diagnóstico por otro más adecuado. Es por ello que me cuestiono si es necesario modificar la forma en que se realizan las evaluaciones psicológicas en las instituciones de salud, procurando dedicar más tiempo a las mismas para ser certeros en el diagnóstico, a costa de disminuir la cantidad de pacientes atendidos y afectar el tiempo de espera en la atención dada la gran demanda del servicio.

Mariana fue tratada con fármacos y con psicoterapia. A tres meses de este tratamiento había evolucionado satisfactoriamente en el ámbito escolar, aumentando su desempeño y calificaciones, sin embargo, seguía presentando problemas para socializar con niños de su edad y su problemática familiar persistía.

Un segundo cuestionamiento me surge de lo anterior: la razón por la que sólo se ve mejoría en Mariana en el ámbito escolar ¿es acaso por que el tratamiento no es indicado para su afección? No esta en mis manos contestar tal pregunta, pero si deseo exponer una duda razonable dado al análisis del diagnóstico expuesto anteriormente.

También es justo mencionar que el TDAH es difícil de diagnosticar, aún para los profesionales más experimentados, es por ello que de manera muy cautelosa expreso mis conjeturas y análisis al respecto de si Mariana puede o no presentarlo.

Mis conclusiones al respecto se centran en dar razón de que el proceso del psicodiagnóstico llevado a cabo en instituciones de salud puede complicarse de tal manera que el resultado puede no ser tan claro como para llegar a una conclusión diagnóstica, Aunque en la práctica fuera de estas instituciones el diagnóstico también se muestra como una tarea difícil, el tiempo, el gran número de casos atendidos y la falta de material adecuado, pueden jugar un papel mucho más importante en el primer caso. Sería injusto de mi parte demeritar el trabajo que se realiza en las instituciones de salud, ya que de hecho, en la mayoría de los casos, no es posible llegar a un diagnóstico definitivo, por no tener una certeza total de que se presenta un determinado trastorno, dada la falta de evidencia de algún estudio neurológico, químico, etc. que de evidencia del mismo. Sin embargo, considero que se debe tener certeza de que el proceso de evaluación que se sigue ha sido llevado a cabo contando con el tiempo y la información suficiente para llegar a una conclusión más certera.

8 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que me permito presentar aquí son derivadas del caso muestra que expongo para este reporte. Es cierto que las evaluaciones que se realizan dentro de los centros hospitalarios deben ser rápidas, en comparación con las que se realizan en otro ámbito, sin embargo, considero que en algunos casos, como en el ejemplo del Trastorno por Déficit de Atención, es necesario contar con más información para llegar al diagnóstico, sobre todo con respecto al tipo y nivel de atención del pequeño, por lo cual sugiero utilizar en estos casos las pruebas WISC o WIPPSI, que proporcionan información sobre atención focalizada/selectiva, dividida/simultánea, funciones ejecutivas del paciente, en contraste con la información de atención focalizada/selectiva que proporciona la prueba RAVEN.

Así mismo considero conveniente el uso de cuestionarios tales como el esquema clínico del trastorno por déficit de atención / hiperactividad de Russell A. Berkley, ya que nos proporciona información sobre la evolución del trastorno y nos ayuda a realizar el análisis diferencial del mismo.

En los casos en que el diagnóstico de los pacientes lleve a la medicación, se recomienda que el psicólogo trabaje de manera muy cercana con el pediatra y psiquiatra para poder seguir el caso en todos los aspectos que involucra, y poder llegar a un diagnóstico conjunto, de tal forma que puedan realizarse los ajustes necesarios en el tratamiento.

El área de psicología pediátrica del hospital G. Dr. Dario Fernández Fierro, ha tenido una demanda creciente desde su creación, se ha requerido el apoyo del área en temas relacionados con capacitación del personal y realización de pruebas a personal aspirante, por lo que en ocasiones, los prestadores de servicio social se encuentran solos en el área; en este sentido sugiero realizar un manual con las pruebas mínimas que se deben cubrir para cada caso que se presenta. De tal forma que no exista la falta de pruebas para llegar a la conclusión diagnóstica. Esta actividad requerirá de tiempo, sin embargo, puede evitar futuros errores y disminuir el tiempo de evaluación al eliminar pruebas que no son necesarias.

9 BIBLIOGRAFÍA

- APA. (1994). Manual de diagnóstico y estadística de desordenes mentales. Arlington: APA
- Artigas-Pallarés J., García K. y Rigau E. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. REV NEUROL; 36 (Supl 1): S68-S78. Recuperado de <http://www.imaresme.com/publicaciones/Comorbilidad%20en%20el%20TDAH.pdf>
- Ávila, A., Rodríguez C. (1992). Psicodiagnóstico clínico. Madrid: Eudema Universidad Manuales.
- Bañon, S., Pose A., Bezos L., Saez M. Padrón H., González V., Frade A., Pastorelli R., Pinilla B. (2012). TDAH a lo largo de la vida. Formulación de un caso clínico. 13 ° Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/hiperactividad/54771/>.
- Bellak, L. (1990). Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A). México: Editorial Paidós.
- Belloch, A., Olavarría, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. Clínica y salud,4, 181-190
- Benassini, O. (2002). Trastornos de la atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. México: Editorial trillas.
- Bender, L. (19849). Test gestálico visomotor. Usos y aplicaciones. México: Editorial Paidós.
- Brannon, L., Feist J. (2001). Psicología de la salud. Madrid: Editorial Paraninfo.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention Deficit Disorder: A review of te past 10 years. Journal of American Child and adolescence Psychiatry, 35, 97-987.

- Carricajo, M., García C., Martí A., Fenollar F., Ziadi M., Castillo M. Fuentes M. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comorbilidad. 5° congreso virtual de psiquiatría. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/39442/.
- Casullo, M. (1998). Evaluación psicológica y psicodiagnóstico: discriminaciones y prejuicios vigentes. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- CONADIC. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/_programas/_pns_version_completa.pdf
- Del Barrio, V. (2005). Evaluación psicológica aplicada a diferentes contextos. Madrid: Editorial UNED.
- Diaz, I. (1994). Técnicas de la entrevista psicodinámica. México: Editorial Pax.
- Farberman, D. (2010). El psicólogo en el hospital pediátrico. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- González, E. (2006). Trastorno de deficit de atención e hiperactividad en el salón de clases. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t29215.pdf>.
- Gratch, L. (2000). El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Hammer, E. (2008). Test proyectivos gráficos. México: Paidós.
- ISSSTE. Recuperado de: [\[http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/octubre2000/xxxvaniversario.html\]](http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/octubre2000/xxxvaniversario.html)

ISSSTE Misión y Visión. Recuperado de: [<http://www.issste.gob.mx/issste/index.html>]

Koppitz, M. (1986). El Test Gestáltico Visomotor para niños. Buenos Aires, Argentina: Editorial Guadalupe.

Korching, S. (1976). Modern Clinical Psychology. Nueva York: Basic Books.

Mensh, I. (1971). Psicología clínica: ciencia y profesión. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Mussen, P. (2007). Desarrollo de la Psicología del niño; México: Trillas.

OMS. (2008) Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10. OMS

Ortega, N. (2010). Actitudes de los niños ante problemas familiares. Recuperado de: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/4 - No.10.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/4_No.10.pdf). México.

Orjales, I. (1998). Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. España: Editorial CEPE.

Polaino, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata.

Portuondo, J. (1979). Test proyectivo de Karen Machover (la figura humana). Barcelona: Almagro.

Quirós, G., Moyano M. y Scandar R. (2003). A.D./H.D. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes. Argentina: Paidós.

Raven, J. C., Court, J. H. & Raven, J. (1993). Test de Matrices Progresivas. Escalas coloreada, General y Avanzada. México: Paidós.

Reategui, D., Vargas H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 96 Rev Med Hered 19 (3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n3/v19n3ao2.pdf>.

- Remor, E., Arranz P. y Ulla S. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwe.
- Reynolds, C., Richmond, B. (1997). CMAS-R. México: Manual moderno.
- Sánchez, P. (2003). Detección de riesgo en la escuela primaria (DETECTOR). México: Manual moderno.
- Santrock, J. W. (2004) La psicología de la educación. México: McGraw-Hill Interamericana
- Sattler, J. M. (2010). Evaluación infantil. Fundamentos cognitivos. VI. México: Editorial Manual Moderno.
- Shaffer, D, Waslick B. (2003). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Ars. Medica.
- Schraml, W. (1975). Psicología clínica. Barcelona: Editorial Herder.
- Soprano, A. (2009). Cómo evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Tardivo, L. (1998). El Test de Apercepción Infantil y el Test de las Fábulas de Düss: Aplicaciones en el campo de las técnicas proyectivas. Vetor. São Paulo

10 ANEXOS

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS, ESCALA COLOREADA (RAVEN)

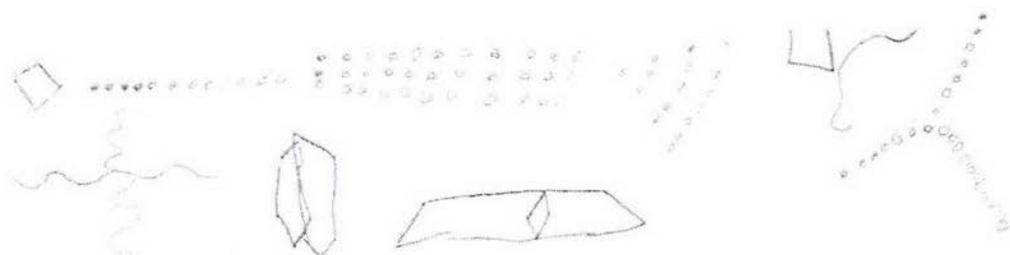
SERIE A	RESPUESTA	SERIE Ab	RESPUESTA	SERIE B	RESPUESTA
1	4	1	2	1	4
2	5	2	6	2	5
3	1	3	1	3	1
4	2	4	2	4	6
5	6	5	1	5	3
6	3	6	3	6	4
7	4	7	4	7	2
8	1	8	6	8	5
9	1	9	3	9	4
10	4	10	2	10	2
11	5	11	5	11	3
12	2	12	3	12	3
Total Serie	7	Total Serie	7	Total Serie	4

Total Aciertos:18

Percentil: 50

Diagnóstico: CI Normal

TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER



DETECCIÓN DE RIESGOS EN LA ESCUELA PRIMARIA (DETECTOR)

Hipótesis Diagnósticas:

Deficit de atención: Probable
Organicidad: Sospecha
Problema de ansiedad: Sospecha
Problema emocional: Probable
Trastornos generalizados del desarrollo: Probable
Problema escolar: Probable
Autoestima pobre: Sospecha
Discapacidad de aprendizaje: Probable

Subraye al profesional a quién debe referirse este caso:

- * Terapeuta del lenguaje
- * Neuropediatra
- * Psiquiatra
- * Psicólogo
- * Maestro de educación especial
- * Trabajador Social
- * Maestro de educación física
- * Fisioterapeuta



HOUSE-TREE-PERSON (HTP)



Historia: "Es una niña que es muy buena, y por eso se va al cielo, porque se muere. Y vuela y vuela hasta el cielo y desde ahí ve todo lo que pasa, y le gusta mucho".

TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA PARA NIÑOS (CAT-A)

- **Lamina número 1**

“El pollito levanta la cuchara para comer y, el otro pollito estaba agarrando su plato. El otro pollito pone su cuchara en la mesa para comer. Y luego se van a dormir... si está mal lo borra”.

- **Lamina número 2**

“Un oso pelea con otro oso, y el osito le está ayudando al otro oso y luego ya comparten una cuerda los tres ositos. Juegan los tres y luego se van a comer... ¿si estoy bien?”

- **Lamina número 3**

“El león está sentado en su silla como el rey y de pronto sale la rata y de pronto está su nidito en la pared y ahí tiene su bastón. El león está aburrido y está fumando porque nadie viene a su fiesta. Luego ya vienen todos. Ya no se aburre y juega y se va a dormir, ¿no?, porque está cansado”.

- **Lamina número 4**

Su mamá cangura va a ir a comprar algo de comer y un cangurito viene adentro de su bolsa con su globito y, el otro cangurito viene en su bicicleta y va muy rápido y veloz.

- **Lamina número 5**

“Los mapaches están durmiendo y su mamá los deja jugando solos. De pronto, estaba la cama tendida y a los mapachitos les da miedo y se bajaron, porque ahí había un hoyito y se bajaron de su cuna y se escondieron debajo de la cama”.

- **Lamina número 6**

“Dos ositos están acostados en su nido. Un osito está acostado en su nidito con su mamá. De pronto, escucha un aullido de lobo y se levanta y se esconde debajo de su mamá”.

- **Lamina número 7**

“Un león va corriendo. Se avienta y de pronto ahí hay changuito. Se asusta porque piensa que se lo va a comer, y si se lo va a comer, y está en la selva y lo dos ahí jugando se van a dormir”.

- **Lamina número 8**

“Su mamá changuita le dice a su changuito: “vete a dormir”, y el changuito quería ir a jugar, de pronto, su hermana y hermano están diciendo: “hay mi hermano, ¿por qué estas así, hablándole a mi mamá?, si nosotros estábamos hablando con mi mamá primero”. Y su abuelita está en una foto porque se murió”.

- **Lamina número 9**

“Un conejito está en su cunita. De pronto, escucha ruidos de que alguien lo persigue. Va por agua y como que suena que abren la puerta y él se quiere tapar, y su papa le grita “hijo”, y como que alguien no es. Luego que vuelan las cortinas porque hace aire y se espanta, y se quedo dormido, y sus papás le traen su pastel porque era su cumpleaños, y se cambió para su pastel”.

- **Lamina número 10**

“Su mamá perrita le dice su perrito: “Mami, ¡ya báñame!”. Y este perrito: “Mami, ¡ya cepillame!”, y le dice su mamá: “gua, gua, ¿qué quieres hijo?, “¡quiero que me cepilles!. Me anda pipi y popo”. Y ya va y lo peina y se va a dormir, porque al otro día va a la escuela”.

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA PARA NIÑOS (CMAS-R)

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas o me salen como quiero	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
4. Todas las personas que conozco me can bien.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
5. Muchas veces siento que me falta el aire.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
7. Muchas cosas me dan miedo.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
8. Siempre soy amable.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
9. Me enojo con mucha facilidad.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
12. Siempre me porto bien.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
16. Siempre soy bueno(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
17. Muchas veces siento asco o náuseas.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
18. Soy muy sentimental.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
19. Me sudan las manos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
20. Siempre soy agradable con todos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
21. Me canso mucho.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
22. Me preocupa el futuro.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
23. Los demás son más felices que yo.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
24. Siempre digo la verdad.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
25. Tengo pesadillas.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
28. Nunca me enojo.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
29. Algunas veces me despierto asustado(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
32. Nunca digo cosas que no debo decir.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
33. Me muevo mucho en mi asiento.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
34. Soy muy nervioso(a).....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
35. Muchas personas están contra mí.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
36. Nunca digo mentiras.....	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No