



155  
2 es

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE EDUCACION CONTINUA

DETECCION DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS LIGEROS Y  
MODERADOS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL INFANTIL DE TAMAUIPAS

## REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A:  
MIREYA LIST TORRUCO

Director del Reporte: Lic. Ofelia Reyes Nicolat

Director de la Facultad de Psicología

Dr Arturo Bausas Riaño



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1998.

263780



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
ANTECEDENTES	
CAPITULO I	
Desarrollo Prenatal	16
CAPITULO II	
Teorías Psicológicas sobre del Desarrollo del Niño	20
a) Arnold Gesell	21
b) Jean Piaget	24
c) Sigmund Freud	29
d) Anna Freud	33
e) Erik Erikson	38
f) Teorías del Aprendizaje	45
f.1) Conductismo	46
f.2) Modificación de Conducta	50
CAPITULO III	
Entrevista	53
Entrevista Cerrada o Estructurada	54
Entrevista Abierta o No Estructurada	54
Entrevista Semiabierta o Semiestructurada	55

## CAPITULO IV

Pruebas Psicológicas	62
Algunas consideraciones teóricas sobre la Inteligencia	63
Consideraciones generales sobre la aplicación de pruebas	65
Variables del examinador y del niño	66
Relación entre el examinador y el niño	67

## CAPITULO V

Manual, Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, D. S. M. - IV.	
Consideraciones importantes	69
Uso del D.S.M. - IV (aplicado en este estudio)	72

## CAPITULO VI

PROCEDIMIENTO	77
A) Actividades asignadas al Departamento de Psicología Infantil	81
B) Instrumentos para trabajar en el Departamento de Psicología Infantil	93
C) Materiales y Equipo para trabajar en el Departamento de Psicología Infantil.	98

## CAPITULO VII

EVALUACIÓN	107
Procedimientos utilizados para la recolección de datos	107

Metodología e Instrumentos	107
----------------------------	-----

## CAPITULO VIII

### ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LAS

GRÁFICAS SUBSECUENTES	112
-----------------------	-----

Gráficas	125-144
----------	---------

#### EJE I Trastornos de inicio en la Infancia

Niñez y Adolescencia	145
----------------------	-----

Análisis de resultados de las tablas subsecuentes	147
---	-----

Tablas Subsecuentes	156-175
---------------------	---------

EJE II Retraso Mental debido a Enfermedades Médicas	176
---	-----

Análisis de resultados de las tablas subsecuentes	179
---	-----

#### EJE III Enfermedades médicas, neurológicas

(microcefalia, hipotiroidismo)	181
--------------------------------	-----

Tablas subsecuentes	185-191
---------------------	---------

## CAPITULO IX

APORTACIONES	192
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	198
--------------	-----

APÉNDICES	202
-----------	-----

#### Apéndice A: Horario del Servicio

del Departamento de Psicología Infantil	202
---	-----

Apéndice B: Notas de Evolución	203
--------------------------------	-----

#### Apéndice C: Fichas de Interconsulta dirigidas

al Departamento de Psicología	204
-------------------------------	-----

Apéndice D: Hoja Diaria de Salud Mental del Departamento de Psicología	205
Apéndice E: Registro de Evaluación Multiaxial del DSM - IV	206
Apéndice F: Entrevista Psicológica Estructurada	207
Apéndice G: Integración de Estudio Psicológico Completo	217
Apéndice H: Integración de Estudio Psicológico Parcial	224
Apéndice I: Integración de Estudio Psicológico Breve	229

## INTRODUCCION

En el presente reporte describo las actividades que llevé a cabo como psicóloga clínica para la organización y funcionamiento de un Departamento de Psicología dentro del Hospital Infantil de Tamaulipas, las cuales consisten en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos leves y moderados que presentan la población infantil y adolescentes que acuden a consulta.

Mi trabajo forma parte del grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, los que unimos nuestro esfuerzo y conocimientos para proporcionar un servicio de salud integral a los pacientes que requieren atención.

Para poder brindar la atención psicológica que demanda el Hospital Infantil de Tamaulipas fue necesario organizar mi trabajo como psicóloga clínica en las diferentes áreas físicas del hospital como son: Consulta Externa hospitalaria y Consulta de Especialidades Pediátricas, además participo en la Unidad de Asistencia, Enseñanza, Investigación, Prevención y Capacitación.

A continuación describo las partes que integran este trabajo:

El capítulo I contiene, el Desarrollo Prenatal del Niño que nos ayuda a identificar los principales eventos pre, intra y postnatales que pueden causar alteraciones en el desarrollo de los niños.

En el capítulo II se mencionan las teorías psicológicas del desarrollo del niño, entre ellas la teoría de Arnold Gesell, Jean Piaget, Sigmund Freud, Anna Freud, Erik Erikson, las Teorías del Aprendizaje, el Conductismo y la Modificación de Conducta. Todas estas teorías nos dan un enfoque basado en la aplicación de un modelo estructural del desarrollo, el cual es el más útil para aproximarse al diagnóstico, partiendo del supuesto que cada niño posee métodos individuales y únicos para hacer frente a las experiencias internas o externas y que las estructuras más deseables facilitan un desarrollo progresivo apropiado a cada edad y fase. Esta es la razón fundamental para enfocar los trastornos del desarrollo desde una perspectiva psicopatológica cuyo énfasis primordial recaerá en el protagonista central, EL NIÑO, a través de su desarrollo y de las posibles alteraciones del mismo.

En el capítulo III se describen los diferentes tipos de entrevistas que utilizo en mi trabajo como son: la Entrevista Estructurada o Cerrada Abierta o No Estructurada y Semiabierta.

En el capítulo IV describo las pruebas psicológicas, las cuales son las herramientas básicas que utiliza el psicólogo para iniciar el estudio integral de los pacientes con trastornos psicológicos que canalizan al departamento de psicología el grupo médico interdisciplinario del hospital. Se puntualiza la importancia de hacer un uso adecuado de ellas, la necesidad de conocer los fundamentos teóricos y



prácticos que las sustentan así como tener un entrenamiento básico sobre el manejo de las mismas.

En el capítulo V se dan algunas consideraciones importantes sobre el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(D.S.M.-IV) que elaboró la American Psychiatric Association A.P.A. en el cual se describen los diferentes tipos de comportamientos significativos de los patrones mentales. Se dan algunos aspectos sobre su uso, dando consideraciones éticas y culturales.

En el capítulo VI el cual es el procedimiento describo las principales actividades que lleve a cabo para la organización y funcionamiento del Departamento de Psicología del Hospital Infantil de Tamaulipas. En la etapa inicial se detalla paso a paso desde que se recibe el paciente por primera vez hasta cuando se le da el diagnóstico y tratamiento. También puntualizo las actividades que realizo, los instrumentos necesarios que utilizo, el mobiliario, así como los materiales necesarios para el óptimo funcionamiento.

En el Capítulo VII de Evaluación se reportan los resultados de la revisión de 100 expedientes del año de 1997, de los cuales se obtuvieron datos sociodemográficos y de los trastornos psicológicos más frecuentes que se presentaron durante este año, en el Departamento de Psicología de este Hospital.

En el capítulo VIII donde se realiza el Análisis de Resultados se presentan los resultados recabados por medio del Registro de Evaluación Multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, este registro se usa en pacientes ambulatorios, hospitalizados, psiquiátricos, en asistencia primaria y consulta privada. Este registro es útil para los clínicos e investigadores de muy diferentes orientaciones como son: biólogos con orientación psicodinámica, cognitiva, comportamental, familiares y otros profesionales de la salud.

Finalmente, en el capítulo IX que son las Aportaciones describo los logros obtenidos de mi que hacer psicológico dentro del Hospital Infantil de Tamaulipas en el Departamento de Psicología que organicé y que presento en este reporte laboral.

## **REPORTE LABORAL**

### **JUSTIFICACION**

El Hospital Infantil de Tamaulipas, pertenece a la Secretaría de Salubridad y Asistencia Estatal, está ubicado en Ciudad Victoria, Capital del Estado.

Es un Hospital de especialidades Pediátricas, de alta concentración de pacientes, pues acuden a consulta niños(as) de todo el Estado de Tamaulipas, de las áreas rurales, sub-urbanas y urbanas.

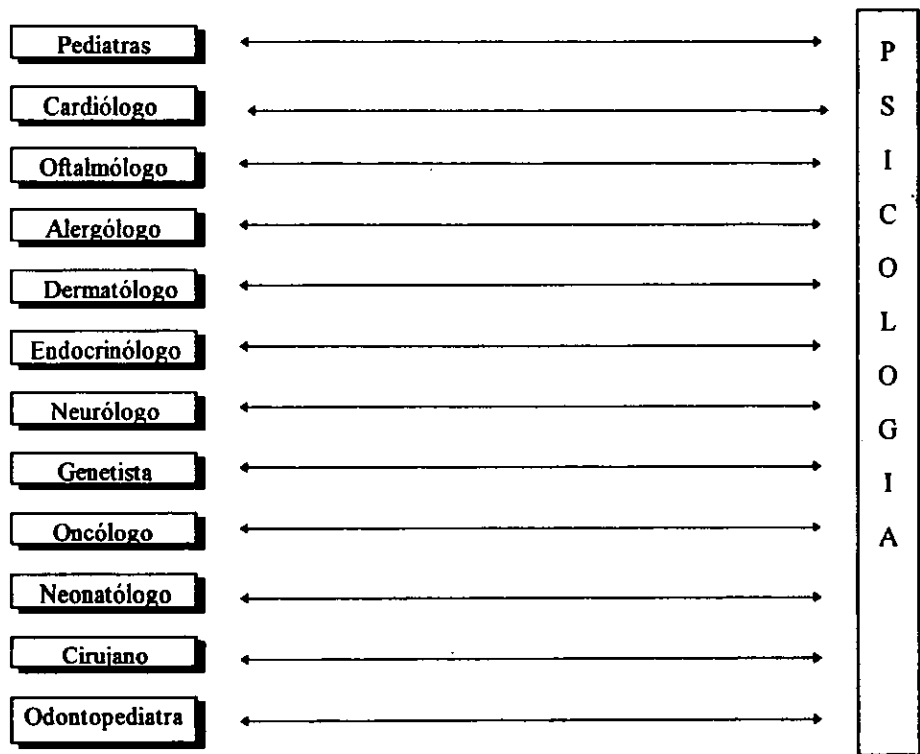
Se atienden a niños y adolescentes, desde prematuros hasta la edad de 17 años, la mayoría de éstos, no tienen ningún régimen de seguridad médico, un 67% corresponden al área suburbana y el resto al área rural, siendo su nivel socioeconómico muy bajo.

La filosofía de trabajo dentro de este Hospital es considerar que el niño y la niña está integrado en tres esferas que interactúan entre sí, la biológica, la social y la

psicológica, cualquier evento que rompa el equilibrio en una de ellas puede atrasar o acelerar el desarrollo de los mismos.

El personal del Hospital Infantil de Tamaulipas está integrado por Médicos Pediatras, Odonto-Pediatras y diferentes sub-especialidades como Cardiología, Oftalmología, Urología, Neurología, Genética, Endocrinología, Oncología, Traumatología, Alergología, Neonatología, Cirugía Pediátrica, etc. También cuenta con Laboratorios, Enfermería y Trabajo Social Pediátrico, todas estas especialidades al observar algún trastorno emocional remiten a los pacientes al Departamento de Psicología para proporcionarle atención, pues la salud integral del niño es primordial. (fig. 1), para proporcionar un diagnóstico o tratamiento psicológico, que como se mencionó anteriormente, para el hospital es primordial la salud integral del niño.

**MEDICOS ESPECIALISTAS**



**MEDICOS ESPECIALISTAS QUE REMITEN PACIENTES  
AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.**

**Fig. 1**

Las áreas físicas en las que está constituido el Hospital son: Hospitalización y Consulta Externa.

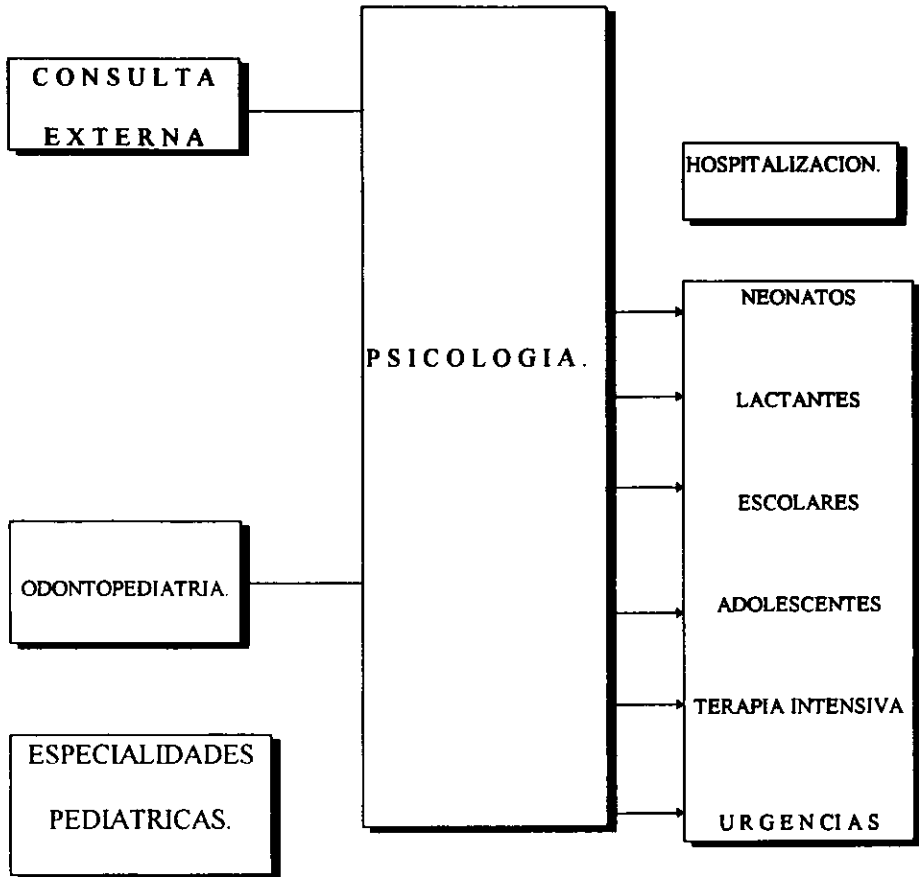
Hospitalización se encuentra dividido en varias salas de internamiento según la edad de los pacientes y éstas son: Neonatos, (prematuros); Lactantes (3 meses a 2 años); Escolares (2 años a 17) Terapia Intensiva y Urgencias, salas en las cuales se internan pacientes que así lo ameriten.

En Consulta Externa se atienden pacientes desde neonatos hasta 17 años, éstos consultan todas las especialidades pediátricas, las cuales canalizan al Departamento de Psicología a los pacientes que detectan con problemas emocionales, conductuales, de desarrollo, aprendizaje, y familiares.(Fig. 2)

En el Departamento de Psicología de Hospital Infantil de Tamaulipas, hay una Psicóloga Clínica responsable del trabajo psicológico que se brinda y que se presenta en este reporte laboral, la cual inició sus labores en 1986, ya que anteriormente el Hospital no brindaba atención psicológica.

Hasta el año de 1986 hace once años, los niños que presentaban trastornos emocionales, escolares, conductuales, cognoscitivos, de maduración, somáticos, estaban carentes de todo tipo de atención psicológica.

Los pequeños que nacían con síndromes genéticos, neurológicos, endocrinológicos, no se les valoraba su condición mental, ni la necesidad de tener adecuadas relaciones interpersonales y de aprendizaje.



AREAS HOSPITALARIAS DONDE COLABORA EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

Fig 2

Los trastornos en el desarrollo, psicomotores, del lenguaje, adaptativos, cognoscitivos y sociales, eran detectados por los pediatras; pero no se les evaluaba su edad de desarrollo, ni se les daba terapia específica, ni integral.

A los niños con deficiencia mental, no se les evaluaba psicológicamente, sólo se atendían sus enfermedades físicas.

No existía ningún área física específica para atender adecuadamente las consultas psicológicas. Al principio se compartió con el consultorio de Oftamotología.

La atención de estos niños es muy importante porque no tienen medios económicos suficientes para acceder a otras posibilidades de tratamiento. Por dichas razones se organizó el departamento de psicología de tal manera que estuviera integrado y comunicado con el resto del equipo médico del hospital.

Dado que la filosofía de atención del hospital es la unidad biopsicosocial del individuo todas y cada una de las personas, encargadas de su tratamiento pediatras, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogo deben estar en contacto permanente, teniendo la mente abierta, para proporcionar al paciente una atención integral.



Se ha hecho mucho énfasis en el desarrollo psicológico del niño y como psicóloga clínica creo que es necesario retomar la Declaración de los Derechos del Niño, U.N.I.C.E.F. (1997), la cual dice: que todos los niños disfrutarán, sin excepción alguna ni distinción o discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones públicas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia, de todos los derechos enunciados con esta declaración.

El niño gozará de los beneficios de la seguridad social, tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

El objetivo principal del Departamento de Psicología es la prevención, detección, evaluación y tratamiento para mejorar la salud emocional del niño proporcionándole elementos idóneos y correctivos para que su proceso de desarrollo sea lo menos crítico posible.

Para que el desarrollo del niño sea armónico e integral, es necesaria la colaboración de otros profesionistas como son: los pediatras de las diferentes especialidades, trabajadora social, enfermeras, pues cada una de las personas encargadas del tratamiento deberán estar enterados de la naturaleza de las intervenciones de todo el equipo de salud.

La atención psicológica de los niños es un trabajo que necesita de una gran sensibilidad y comprensión de sus etapas de desarrollo, es una tarea laboriosa y delicada, pues se trata de una persona que está pasando por un continuo crecimiento y desarrollo, además de que está inmerso e influenciado íntimamente con su entorno familiar, social y escolar.

En el consultorio asignado al Departamento de Psicología es donde se realiza la evaluación del paciente, éste tiene el mobiliario necesario para realizar un abordaje adecuado del problema infantil, como son: pruebas psicológicas, material didáctico y de juego, archivo con expedientes psicológicos, mesas y sillas.

Las actividades profesionales de la Psicóloga Clínica en el Hospital, se dividen en 5 Unidades Básicas:

### **I.- UNIDAD DE ASISTENCIA.**

1. Proporcionar tratamiento psicológico, que consiste en la aplicación de estudios integrados, completos, parciales o breves según lo requiera el caso, a los pacientes que acuden al área de consulta externa y a los que se encuentran internados en el área de hospitalización formados por neonatos, lactantes, escolares, adolescentes, terapia intensiva y urgencias.
2. Participar en las Clínicas Pediátricas del Niño obeso, diabético, asmático, oncológico, proporcionando apoyo psicológico y motivacional creadas por los especialistas de Endocrinología, Alergología y Oncología
3. Formación de grupos de pacientes y padres de familia que presenten algún padecimiento especial como trastornos de lenguaje, hiperactividad, leve y moderada.

### **II.- UNIDAD DE ENSEÑANZA.**

#### **DOCENCIA**

1. Colaborar como profesor de Psicología Infantil impartiendo cursos a médicos, enfermeras, dentistas residentes en pediatría.

2. Presentación de trabajos clínicos sobre trastornos psicológicos en las sesiones generales del hospital.
3. Participación como ponente de problemas psicológicos en el Congreso Anual de Pediatría del hospital.
4. Colaborar con otras Instituciones del Estado en la presentación de trabajos sobre temas de psicología Infantil.
5. Aplicación de Estudio Psicométrico Breve a médicos, enfermeras y dentistas que son aspirantes a ingresar al curso de especialidad pediátrica.

### **III.- UNIDAD DE INVESTIGACION.**

1. Se realizan estudios psicológicos sobre trastornos infantiles (hiperquinesia, trastornos en la alimentación, en la eliminación etc.), de interés para el Hospital.
2. Se colabora con FUNSALUD en la investigación sobre desnutrición infantil.

### **IV.- UNIDAD DE PREVENCION**

#### **DIFUSION.**

Este trabajo se lleva a cabo a través de la difusión la cual se trasmite en dos formas:

1. Fomento al público.- Se da información sobre tópicos de Psicología del desarrollo normal y trastornos que presenta el niño desde recién nacido

hasta la adolescencia por medio de comunicación como el radio y la televisión.

2. Se imparten pláticas y conferencias a los padres de familia, clubes sociales, deportivos y el público en general.

#### **V.- UNIDAD DE CAPACITACION**

1. Se imparten sesiones de motivación al personal del Hospital.
2. Asistencia a diplomados y cursos de educación continua, dos veces al año como mínimo.

# **ANTECEDENTES**

## **CAPITULO I**

### **DESARROLLO PRENATAL**

Se considera de primordial importancia para el Psicólogo Clínico que trabaja en un Hospital Infantil, tener los medios necesarios para atender adecuadamente a los niños que son llevados por sus padres, o parientes para su tratamiento. El área donde se trabaja debe tener las características para la atención psicológica, como: un buen local, bien iluminado, con el mobiliario necesario para la atención infantil libre de ruido y distractores.

También es importante tener el conocimiento de las bases teóricas sobre la estructura de la personalidad del niño, así como los aspectos de maduración, cognoscitivos, familiares y sociales que lo puedan estar afectando. Observar su funcionamiento global y sus formas de reacción ante diferentes situaciones, dependiendo de sus características individuales. Trabajar con los pensamientos y sentimientos de los niños y su medio ambiente es algo muy complejo por lo cual el psicólogo clínico debe tener información completa sobre el desarrollo del niño así como, contar con las pruebas psicológicas necesarias para así lograr una buena integración de su estudio psicológico y diagnóstico.

Las teorías psicológicas infantiles dan un marco de referencia del Desarrollo Psicológico del niño, del cual podemos establecer comparaciones con niños que asisten al hospital con algún trastorno psicológico. A continuación se describirán aspectos relevantes de las teorías psicológicas infantiles desde el nacimiento hasta la adolescencia.

La concepción ocurre cuando el óvulo es fecundado por el espermatozoide, el que se divide muchas veces formando la mórula, la cual se convertirá en un organismo pluricelular, este es el principio del ser humano, un proceso de gran complejidad. Al final de esta etapa si todo marcha bien, a los dos meses empieza el periodo fetal y el organismo recibe el nombre de FETO, este periodo terminará con el nacimiento. El feto está unido por el cordón umbilical al útero de la madre, la cual le proporciona los nutrientes necesarios para su desarrollo normal, muchos cambios en la química orgánica de la madre se deben a la alimentación, a los medicamentos, a alguna enfermedad o al estrés prolongado, afectando al feto directamente a través de la placenta. Muchas madres en los países subdesarrollados, consumen dietas que no las nutren, ni a ellas ni a sus hijos debidamente, dando origen a ciertas carencias en el niño tanto físicas como mentales y a veces daño permanente. (Stechler, 1974)

La desnutrición, los medicamentos mal administrados, los narcóticos o drogas, el alcohol, el cigarrillo; ciertas enfermedades como la rubéola, diabetes,

toxoplasmosis, sífilis pueden producir defectos serios en el feto. También los defectos hereditarios o genéticos como el síndrome de Down, hipotiroidismo pueden perjudicar al feto, particularmente en la fase incipiente del embarazo. El estrés o la excitación prolongados provocan en la madre, cambios bioquímicos importantes y se ha comprobado que el feto se mueve con mayor frecuencia y fuerza. (Garibaldi, E. 1978).

Si la madre embarazada procura comer bien, conserva una buena salud, evita tomar sustancias nocivas y se cuida de las enfermedades infecto-contagiosas, además de estar libre de estrés en su hogar y empleo, no deberá preocuparse de dañar a su hijo. (Sontag, 1974)

Después del nacimiento, la maduración del sistema nervioso central permite al niño ejercer control sobre su cuerpo. El cerebro se desarrolla rápidamente y se torna más complejo posibilitando la realización de nuevos comportamientos. Las capacidades motoras y los reflejos neurofisiológicos entre los cuales se encuentra el reflejo de moro, la búsqueda, la succión, la deglución, la presión y la marcha, están presentes en el neonato, éstos reflejos lo preparan para establecer contacto y comunicación con el medio ambiente que lo rodea. Además, el neonato reaccionará ante las voces y rostros humanos paulatinamente, volteando la cabeza o los ojos hacia ellos, pero todo esto se desarrolla de manera gradual. La marcha empieza con



la acción de levantar la cabeza, controlar los músculos del cuello, rodar, sentarse, gatear, caminar con ayuda y sin ella, correr, treparse. Parece haber períodos críticos en los cuales un niño tiende a iniciar ciertas actividades, pero gran parte del desarrollo humano es gradual y estable, aunque en ocasiones se realiza en períodos de crecimiento rápido, menos ordenado. (Brazelton, 1973).

## CAPITULO II

### TEORIAS PSICOLOGICAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Los niños pueden ver y oír desde el nacimiento pero muy primitivamente, la visión y la audición van a seguir perfeccionándose durante la infancia. La percepción visual no parece ser una capacidad independiente de la experiencia visual, se sabe que la experiencia y el aprendizaje, contribuyen al desarrollo perceptual del niño, la capacidad de percibir es innata pero sin la experiencia no se desarrolla debidamente. El niño tiene experiencia del mundo y hace contacto con él mediante sus sentidos. Por lo tanto, es importante detectar tempranamente cualquier afección física en la vista como estrabismo, miopía, cataratas, en el oído, hipoacusia y sordera. Todas estas enfermedades van a afectar al desarrollo y el aprendizaje, así como las relaciones que establezca el niño.

A menudo estira la mano para tocar las cosas, o bien busca el olor, sabor, textura y forma de los objetos circundantes.

Sus percepciones del mundo aumentan de manera considerable y se vuelven más significativas en el curso de los años, ello se debe a que el sistema nervioso está madurando y adquiriendo la experiencia directa del mundo. Arnold Gesell (1996), observó que el sistema nervioso madura de la cabeza a los

pies, a esto le llamo céfalo-caudal y del centro a la periferia, llamándolo próximo-distal.

Tanto Arnold Gesell desde su criterio Ontológico como Jean Piaget desde lo cognitivo, realizaron estudios profundos muy interesantes sobre el desarrollo evolutivo de la conducta en niños considerados normales, los datos arrojados por sus estudios, nos servirán para comprender mejor porque una conducta determinada se considera atípica o normal.

### **A) Arnold Gesell**

Arnold Gesell se basó en el "Criterio Ontológico de la Conducta Infantil", definiendo la ontogenia: como la historia de la vida de un organismo individual, se basa en precisar los pasos y etapas a través de los cuales el niño experimenta estas transformaciones evolutivas. Siendo embriólogo centra su interés inicial en el estudio de como aparecen y se desarrollan las características de los organismos embrionarios, lo cual influyó en todas sus teorías posteriores, hizo observaciones extremadamente detalladas del desarrollo infantil, llegando a la conclusión de que el crecimiento "produce una organización progresiva de las formas de conducta". (Gesell y Amatruda, 1966).

Para Gesell el desarrollo psicomotor de un niño puede ser revelado por sus conductas externas, el comportamiento o la conducta son términos que usa para definir todas las acciones, sean reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas: dice

que como el cuerpo crece, la conducta evoluciona a través del proceso del desarrollo. Un modo de conducta es una respuesta definida del sistema neuromuscular ante una situación específica como: parpadear, el reflejo de prensión, deglución, sentarse, pararse, voltear, estremecerse ante un ruido, son formas de conducta que es necesario conocer cuando se haga un estudio para establecer un diagnóstico en determinada etapa del desarrollo. Debido a que el niño semeja una construcción con todos sus elementos y sistemas, se halla determinado por fuerzas regidas por leyes, pudiendo utilizarse el desarrollo como un elemento diagnóstico.

El estudio principalmente los reflejos neurofisiológicos y las conductas observables como son: Motora, Adaptativa, Personal-Social y del Lenguaje, estas conductas constituyen auténticos resultados de un proceso integral de desarrollo que se realiza con ordenada sucesión, ésta empieza con la concepción y procede etapa por etapa representando cada una de ellas un nivel de madurez, estos niveles están estrechamente correlacionados y deben considerarse como una característica orgánica y compacta del comportamiento típico de esa edad.

Señala las direcciones y tendencias del crecimiento psicológico y las cuatro áreas principales de conducta cuyas características son:

1. Area Motriz que abarca las reacciones posturales, la prensión, locomoción, coordinación general del cuerpo y aptitudes motrices específicas.
2. Area de la Conducta Adaptativa es una categoría conveniente para incluir todas aquellas adaptaciones de carácter perceptual manual, verbal y de orientación que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas experiencias sirviéndose de las pasadas. La adaptabilidad incluye la inteligencia, diversas formas de constructividad y utilización.
3. Area del Lenguaje abarca toda la conducta relacionada con el soliloquio, la expresión dramática, la comunicación verbal, por imitación, a señas y la comprensión.
4. Area de la Conducta Personal-social incluye las reacciones personales del niño frente a otras personas y frente a los estímulos culturales; su adaptación a la vida doméstica, a la propiedad, a los grupos sociales y a las convenciones de la comunidad. (Gesell, A. 1966).

Los estudios de Gesell son útiles para establecer un diagnóstico, ya que pueden revelar alteraciones, retardos y desviaciones dentro del desarrollo y poder tempranamente encontrar la manera de tratarlos y superarlos por medio de estimulación temprana integral y/o fisioterapia, terapia del lenguaje, además de un examen neurológico completo.

## **b) Jean Piaget**

Jean Piaget era biólogo y esta perspectiva se transparenta en su obra, veía toda la conducta en función de la adaptación del individuo con su ambiente, fue un estudioso del desarrollo cognoscitivo, observando jugar a sus hijos comenzó a considerar sus juegos como confrontaciones con el medio circundante. En otras palabras mediante el juego estaba aprendiendo a adaptarse, él veía a sus hijos con los ojos expertos de un científico. Piaget fascinado por la epistemología, rama de la filosofía que se ocupa del estudio del conocimiento, observó que sus enfoques ante los problemas ambientales cambiaban de manera radical en distintas edades, se convirtió en un obsesivo observador de los niños; jugaba con ellos, los interrogaba sobre actividades e inventaba juegos para saber como pensaban, los estudió en forma exhaustiva mientras efectuaban sus actividades normales. Poco a poco fue distinguiendo un patrón, una serie de etapas a través de las cuales, a su juicio pasan todos los niños. (Piaget, J. 1975) .

Postula que los seres humanos heredan dos tendencias básicas: la Organización (tendencia a sistematizar y combinar los procesos en sistemas coherentes) y la Adaptación (tendencia a adaptar los nuevos esquemas cognitivos a los que ya se tienen y se amplía el conocimiento). Los procesos intelectuales buscan un equilibrio por medio del Proceso de Equilibración, que es una forma de autorregulación que estimula a los niños a aportar coherencia y estabilidad a su concepto del mundo y en hacer comprensibles las inconsistencias de

la experiencia. Nos indican dos procesos complementarios que son la Asimilación que se refiere al proceso por medio del cual los elementos del ambiente son incorporados a la estructura cognoscitiva del niño y la Acomodación se refiere a la forma que tienen los niños de modificar su concepto del mundo al ir incorporando las experiencias nuevas y alterando sus respuestas a las cosas. Cuando los niños asimilan y acomodan las experiencias hasta el punto que surge un patrón organizado, Piaget dice que han desarrollado un Esquema, estos se refieren a las acciones emprendidas por el niño en situaciones específicas. (Piaget, J. 1969).

Al desarrollarse los niños, la forma como se organizan y se adaptan a las experiencias ambientales, se refleja en una sucesión de etapas del pensamiento y la conducta. Cada una de esas etapas incluye un período de formación y de logro en sí misma pero también sirve de punto de partida para la siguiente, la velocidad a la que procede un niño determinado en estas etapas, varía en cierto grado, pero la secuencia es la misma en todos los niños.

La primera etapa sobre el desarrollo cognoscitivo es la etapa Sensorio-Motriz, (del nacimiento a los dos años) en esta etapa el niño aplica los reflejos de succión y prensión a una amplia gama de actividades. Empieza a organizar sus experiencias en categorías e ideas, esquemas con los que se enfrenta al mundo. Al terminar la etapa

sensitivo-motora, el niño adquiere el sentido de permanencia del objeto y el de reconocimiento de sí mismo.

La etapa del Pensamiento Preoperacional (2 a 7 años), es la siguiente etapa de su teoría en la que el niño aprende a través del lenguaje, dibujo, imagen mental, juego a utilizar símbolos que representan el mundo externo, la mayor parte del tiempo es egocéntrico y puede concentrarse en un solo aspecto o evento a la vez. En esta etapa, el niño puede invertir mentalmente una situación.

Durante la etapa de las Operaciones Concretas (7 a 11 años), el niño aprende a remontarse al origen de sus pensamientos, a tener en cuenta más de una dimensión del problema a la vez, un objeto o problema desde diversos ángulos. A los 10 años más o menos, puede deducir lo que otra persona sabe o está pensando, dándose cuenta además de que también ella puede inferir lo que él está pensando.

La etapa de las Operaciones Formales (11 a 15 años), marca la aparición del Pensamiento Abstracto y la capacidad de Formular Conceptos. Piaget supuso que hay etapas individuales del desarrollo cognoscitivo y que el sujeto debe pasar por cada una a fin de llegar a la siguiente. En la conducta diaria observamos que no hay rupturas entre las etapas porque estas van fluyendo e intercalándose sucesivamente,



a través de la niñez los niños siguen desarrollándose socialmente tanto dentro como fuera de la familia.

Con respecto al Lenguaje y tipo de Pensamiento, Piaget habla del Lenguaje Egocéntrico que presenta el niño hasta los 2 años de edad, esto quiere decir que los niños son incapaces de tener en cuenta el punto de vista de otra persona; interpretan y usan las palabras en términos de su propia experiencia, sin captar todavía la posibilidad que otros niños y adultos puedan haber tenido diferentes experiencias y puedan tener diferentes conceptos.

La capacidad de tener en cuenta los puntos de vista de otros, llamada lenguaje y pensamiento Socializado, no se desarrolla hasta la edad de siete u ocho años, en esta edad el niño es capaz de comprender que otros pueden tener conceptos diferentes, debido a que sus experiencias con los objetos y las situaciones han sido diferentes.

Los preescolares muestran también incapacidad de pensar en más de una cosa a la vez, cualidad que también influye en la forma de razonar sobre las cosas; esto nos sirve para determinar el grado de comprensión del Principio de Conservación que significa que la masa o la sustancia no varía cuando se cambia la forma o el aspecto del objeto. esto lo explica con el experimento de el volumen y la altura. A

los 8 o 9 años los niños ya pueden tomar en cuenta más de dos cualidades o características de las cosas: a esta capacidad la llama Descentralización. Los niños captan el concepto de volumen hasta los 12 años aproximadamente.

Con respecto al desarrollo Moral, Piaget encontró, que los niños preoperacionales son egocéntricos, limitados en su forma de pensar, el juicio de los niños pequeños también está influenciado por el hecho de que no pueden tener en cuenta el punto de vista de los demás y sólo pueden pensar en una cosa al mismo tiempo, esto conduce a lo que llama Realismo Moral, el cual se refleja también en la interpretación literal de las reglas. El niño es incapaz en esta edad de generalizar, necesita una regla específica para cada situación.

Aproximadamente a los 11 o 12 años, los niños son capaces de presentar el Relativismo Moral. Ya pueden descentralizar y pensar al mismo tiempo en varias cualidades y han superado su egocentrismo, llegando a adquirir conciencia de que otras personas pueden tener diferentes puntos de vista. En consecuencia, toman en cuenta los motivos y circunstancias, al hacer juicios morales. También son más flexibles en cuanto a las reglas, ya que se dan cuenta de que éstas son sencillamente acuerdos entre los individuos en relación a las formas de conductas adecuadas para situaciones dadas, aplicando una regla general a muchas situaciones. (Piaget, J. 1969).

Evidentemente esta teoría nos marca muchos aspectos del desarrollo y observaciones sobre el pensamiento, lenguaje y moralidad, cognoscitivos de los niños.

### **c) Sigmund Freud**

La definición de Personalidad se refiere a los patrones de pensamientos y comportamiento de una persona que persisten a través del tiempo, los cuales nos van a ayudar a distinguir a una persona de otra. Una de las teorías básicas por medio de la cual se ha estudiado al niño es la Teoría Psicoanalítica que propuso Sigmund Freud. Él da especial énfasis al Inconsciente (sentimientos de los que normalmente no tenemos conciencia). Dice que la personalidad está constituida por tres elementos interrelacionados que son, el "ello", el "yo" y el "super yo" que integran un todo. El "ello" es un depósito de impulsos que buscan expresión, se parece a una caldera hirviente de impulsos y deseos inconscientes que sin cesar tratan de manifestarse. El "ello" alivia las molestias mediante acciones reflejas o el cumplimiento de deseos, a este Proceso se le llama proceso Primario o Principio del Placer. Cuando el "yo" actúa de acuerdo al Principio de realidad, controla el pensamiento, el raciocinio y rige la personalidad. El "superyo", es el guardián moral del comportamiento que compara las acciones del "yo" con el "yo ideal". (Freud, S. 1979).

En su teoría también nos habla del Instinto de Vida o Eros que es la energía básica en la que participan la supervivencia del individuo y de la especie humana,

manifestándose por medio de las necesidades primarias como el hambre, la sed, la preservación individual y especialmente, el sexo; aunado a esto nos menciona el Instinto de Muerte o Tanatos que es activado por un estado de privación que causa molestia y tensión. Freud propuso que los seres humanos nacen con una energía instintiva básica, la libido. Estaba convencido de que esta energía básica se caracterizaba por tener un fuerte componente sexual, pero él definió "sexual" como algo que incluye muchos tipos de sensaciones agradables, no únicamente las que se refieren a los órganos genitales. La libido se mueve y fluye constantemente y la conducta de un individuo está determinada por la forma en que está distribuida. A veces la energía libidinal puede concentrarse en una parte del cuerpo de la persona; otras veces está ligada a otra persona o a un determinado objeto; a veces se bloquea y se acumula. La clave para entender la conducta, sugirió Freud, consiste en determinar como se gasta la energía libidinal. Por ejemplo algunos de los pacientes de Freud parecía incapaces de dejar de comer o beber constantemente; otros estaban demasiado preocupados por la pulcritud y la limpieza. Freud llegó a la conclusión de que ese tipo de conducta se podía explicar si se suponía que la energía libidinal se había quedado ligada a una parte determinada del cuerpo de la persona. Así llegó a convencerse de que la energía libidinal podía concentrarse probablemente en diferentes partes del cuerpo a diferentes edades. Con el tiempo formuló una descripción detallada de las fases del desarrollo libidinal ó psicosexual.

Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad es el despliegue de los instintos sexuales, a través de zonas erógenas (puntos de estimulación placentera). Delineó 4 etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, y genital. También dice, que los rasgos de carácter son síndromes que se forman como resultado de la manera en que se satisfacen o frustran las necesidades. La satisfacción o frustración excesivas de la libido provocan fijación, que significa regresión, afianzar o permanecer en un momento del desarrollo; detención del desarrollo, no avanzar.

A continuación se describen brevemente las 4 etapas psicosexuales:

1. Etapa Oral: (del nacimiento a los 2 años), Freud observó que el niño está especialmente preocupado por la alimentación, usa la boca para explorar objetos y obtiene satisfacción de actividades como chuparse el dedo o un chupón. La boca es el centro de satisfacción por medio de la cual va a conocer las características de las cosas. Se pueden derivar rasgos de dependencia pasiva o agresiva.
2. Etapa Anal: (2 a 3 años) El niño está preocupado por dominar el entrenamiento higiénico, orina y heces, puede experimentar placer al observar el proceso de eliminación. Los padres en esta etapa están muy preocupados por el entrenamiento de las excreciones y la limpieza. Se derivan rasgos anal retenido y anal expulsivo, obediencia excesiva y desafío.

3. Etapa Fálica: (3 a 4 años) El niño siente curiosidad por las diferencias anatómicas entre los sexos, la procedencia de los niños y las actividades sexuales de los padres; también puede descubrir que la manipulación de sus genitales le proporciona una sensación de placer.

Complejo de Edipo: (3 a 5 años) En este período la energía libidinal se concentra en el progenitor del sexo opuesto esto hace que se tema al del mismo sexo, al que se siente como un rival. Si el desarrollo del niño sigue normalmente, el complejo de edipo se resuelve cuando el niño llega a identificarse con el progenitor del mismo sexo.

Latencia: (6 a 11 años) La libido no se centra en ninguna parte especial del cuerpo, objeto o persona resolviéndose el complejo de Edipo.

4. Etapa Genital: pubertad, (de 11 años en adelante). El desarrollo psicosexual termina con la adolescencia, la satisfacción libidinal se concentra en los órganos genitales, dirigiéndose típicamente a un miembro del sexo opuesto.

Freud sugirió que si un niño tiene experiencias traumáticas o una serie de experiencias desagradables o anormales durante una de las fases del desarrollo, la energía libidinal se puede quedar fijada en una etapa especial y conducir a rasgos permanentes de la personalidad.

Los puntos de vista descritos por Freud en relación al niño, sirven de ayuda para quienes buscan comprender su desarrollo; la forma de alimentar a un niño, su entrenamiento higiénico, la manera de reaccionar de los padres a la curiosidad sobre la sexualidad y las experiencias del adolescente con la exploración sexual pueden ser factores de efecto significativo en el desarrollo de los mismos. De esta manera las primeras experiencias llevadas al inconciente , pero que no se recuerdan, pueden influir posteriormente en la conducta, de tal forma que el individuo no esté consciente de las razones por las cuales actúa como lo hace.

Aunque la teoría de Freud aclara algunos tipos de desarrollo, no toca otros aspectos importantes de la conducta. Por lo tanto resulta adecuado examinar otras teorías como la de Anna Freud.

#### **d) Anna Freud**

Anna Freud perteneció a la escuela Vienesa, en la cual se hicieron modificaciones de la técnica clásica, ya que se consideró que el niño era incapaz de realizar asociaciones libres debido a la inmadurez de su yo, a la dependencia de su Superyo y por lo tanto a la incapacidad para manejar sin ayuda las presiones del ello.

Se tomaron en cuenta las defensas y las resistencias del niño, la dificultad para interpretar la transferencia, la inevitable presencia de los padres y la falta de conciencia de enfermedad del niño.

Los analistas al tratar con niños, tienen que recurrir a métodos de observación que complementen la adecuada relación y también tienen que recurrir al material que aportan los padres en cuanto a la observación de su conducta entre sesión y sesión.

En el caso de los niños, la decisión de analizarse no parte de ellos, sino de terceras personas, él no percibe ningún trastorno, solo las personas que lo rodean perciben sus síntomas, no tiene conciencia de enfermedad y en consecuencia tampoco tiene voluntad para curarse, lo cual puede ser un obstáculo para el análisis. En lo que se refiere a la historia clínica se tiene que recurrir a los padres, ya que el niño no puede proporcionar todos los datos de su historia. El analista, debe considerar que los datos ofrecidos por los padres pueden ser inexactos o deformados.

Otras de sus aportaciones son las líneas del Desarrollo, éstas son válidas para todos los campos de la personalidad individual. Estas líneas trazan el crecimiento gradual del niño desde las actitudes dependientes, irracionales determinadas por el Ello y los objetos hacia un mayor control del mundo interno.



Cualquier nivel de desarrollo alcanzado por el niño es el resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del Yo y del Superyo, de sus reacciones frente a las influencias del medio, es decir entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración. La línea básica del desarrollo es la que va desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas. Su secuencia va desde la absoluta dependencia del recién nacido hasta la autosuficiencia emocional y material del adulto joven. Las etapas que incluye esta línea son:

1. La unidad biológica de la pareja madre-hijo con el narcisismo de la madre extendido al niño, y el hijo incluyendo a la madre como parte de su mundo narcisista interno.
2. Relación de satisfacción de necesidades basada en la urgencia de las necesidades somáticas del niño y en los derivados de los impulsos.
3. La etapa de constancia objetal, la cual permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto, independiente de la satisfacción o no de los impulsos.
4. La relación ambivalente de la fase preedípica sádico anal, caracterizada por las actitudes del Yo de depender, dominar y controlar los objetos.
5. La fase fálica-edípica centralizada en el objeto y caracterizada por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo opuesto, celos por rivalidad

hacia el progenitor del mismo sexo, curiosidad, deseo de ser admirado y actitudes exhibicionistas.

6. El período de latencia, con transferencia de la libido desde las figuras parentales hacia los compañeros, grupos comunitarios, maestros, líderes, ideales impersonales e intereses de objetivo sublimado e inhibido.
7. El preludio preadolescente, de la rebeldía de la adolescencia, retorno a actitudes y conductas anteriores, especialmente del objeto parcial de la satisfacción de necesidades y del tipo ambivalente.
8. La lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles y finalmente estableciendo la supremacía genital con la energía libidinal transferida a los objetos del sexo opuesto, fuera del círculo familiar. (Freud, Anna. 1984).

Líneas del desarrollo hacia la independencia corporal:

A) Desde la lactancia hacia la alimentación racional los pasos de esta línea incluyen:

1. Alimentación pecho a biberón.
2. Destete iniciado por el niño o por la madre.
3. Transición entre ser alimentado y comer por sí solo.
4. Comer por sí solo.

5. Desaparición gradual de la asociación comida-madre en el período edípico.
6. La gradual desaparición de la sexualización de la comida durante el período de latencia.

B) De la incontinencia al control de esfínteres sus fases son:

1. Completa libertad; se basa en reflejos condicionados.
2. Avance de la maduración de oral a anal. Los productos se encuentran caracterizados con la libido y también con una carga agresiva. Ambivalencia.
3. Incorpora las actitudes de la madre y el medio a través de identificaciones e internalizaciones que van a formar una parte integral de las exigencias de su "Yo" y "Superyo".
4. Se asegura el control de esfínteres cuando éste ya no depende de las relaciones objetales.

C) De la irresponsabilidad hacia la responsabilidad en el cuidado corporal, sus fases incluyen:

1. La agresión se dirige desde el propio cuerpo hacia el medio ambiente.
2. Orientación en el mundo exterior, control de los deseos peligrosos en beneficio del principio de la realidad.

3. Aceptación voluntaria de las reglas de higiene y sanitarias (evitar alimentos nocivos o comer en exceso y mantener el cuerpo aseado).

Anna Freud realizó modificaciones a la técnica psicoanalítica que han abierto caminos para mejorar el análisis psicodinámico del tratamiento de los niños y sus padres, puntualizando que es diferente la forma de abordar psicoanalíticamente a los niños y a los adultos.

#### **e) Erik Erikson**

Erick H. Erickson nació en 1902 cerca de Fracfurt, Alemania, propuso que además de las etapas psicosexuales descritas por Freud, había etapas psicosociales del desarrollo del "yo", en las que el niño establece una serie de orientaciones para si mismo y su mundo social. Erickson basa su descripción del desarrollo de la personalidad en el principio epigenético. En el desarrollo fetal, determinados órganos del cuerpo aparecen en ciertas etapas específicas y con el tiempo "se combinan" para formar un niño. Erickson formuló la hipótesis de que igual que las partes del cuerpo se desarrollan en formas interrelacionadas cuando el organismo humano está dentro del útero, la personalidad de un individuo se forma al progresar el "yo" a través de una serie de etapas interrelacionadas pero cada una tiene un periodo crítico de desarrollo. (Biehler, R. 1986).

Habló de una secuencia evolutiva hasta la muerte y a las separaciones que demarcan los estadios que los llamó "crisis". La crisis no sólo están determinadas por factores netamente biológicos, sino también por factores biopsicosociales en proporción cada vez mayor después de la adolescencia. (Zazzo, R. 1973).

1. Abordó 3 tipos de problemática.
2. Modalidades Sociales: diferencias sexuales en la construcción de juegos infantiles.
3. El abordaje del Yo como un continuo: Ciclos Vitales como funciones adaptativas del Yo.
4. Problemas antropológicos temporo-espaciales. Enfoque clínico del grupo social-cultural.

Según D. Rappaport, la teoría de Erikson de Las Relaciones con la realidad, reelabora las fases orgánicas de Freud, acepta la motivación inconsciente pero presta menor atención a los instintos, se interesa más por los procesos y funciones "Yoicas". Reemplaza la matriz freudiana Madre-Padre-Hijo por la dinámica que opera entre la familia, sus miembros y la realidad sociocultural; da mayor interés al cómo se logra la solución exitosa de las crisis del desarrollo, las oportunidades para el desarrollo y el desarrollo patológico. Considera que el juego es la situación más adecuada para abordar el "Yo" del niño; permite la observación y la obtención de

datos cualitativos. Ve en el ciclo de vida psicogenética una repetición de su historia filogenética. Para él, el ser humano es un organismo (Bio)-Yo, (Psico)-Miembro de la Sociedad (Social) y está comprometido en los 3 procesos de organización. El desarrollo de la personalidad es tarea del "Yo" y del proceso social reunidos para mantener la continuidad en cada etapa del desarrollo. Erikson destaca el poder creador y adaptativo del hombre para crear su propio modo de vida. La conducta se origina en el interjuego de polaridades: masculino-femenino; progresión-reacción; vida-muerte, etc. El núcleo básico de la estructura del hombre está determinado por el contenido emocional o la "calidad" de las relaciones interpersonales. Equilibrio de los 3 procesos afectivos Yo-Ello-Superyo (en función de su modo de percibir, pensar, hacer, sentir. (Mair, H. 1976).

El juego para Erikson implica 3 dimensiones a investigar:

- a) Contenido y configuración de sus elementos. Tema.
- b) Comunicación Verbal y no Verbal.
- c) Modos de conclusión o interrupción.

El juego: principal función Yoica y entaña "autoenseñanza y autocuración".

La experiencia se repite, domina, niega, reorganiza en función del mundo interno y externo.

Le confirió mayor importancia a los procesos de la socialización, y consideró que los 2 primeros años son básicos en la formación de la personalidad. El niño nace psicológicamente dotado con la personalidad que habrá de desplegarse; trae sus potencialidades innatas. El individuo es participante activo en la formación de su propio destino, la familia y la sociedad ejercen su influencia y ofrecen los modos básicos de organización de la experiencia. (Biebler, R. 1986)

El desarrollo para Erikson es un proceso evolutivo que se funda en una secuencia de hechos bio-psico-sociales universalmente experimentada. Son fases en constante movimiento, el individuo nunca "tiene" una personalidad, siempre está volviendo a desarrollarla.

Planteó un curso en zig-zag, regular, de una fase a otra, pero consideró que hay relación entre lo anterior y lo ulterior. Cada fase: "afrenta y domina" cierto problema fundamental: Su "dilema". La crisis del desarrollo es universal, pero la situación particular se define culturalmente. Propone un Diagrama Epigenético:

### **Crisis fundamental (Virtud básica o fortaleza).**

Senso-Oral	Confianza vs. Desconfianza básica (impulso y Esperanza)
Musc-Anal	Autonomía vs. Vergüenza y duda (Autocontrol y Fuerza de
Locom-Genital	Voluntad)
Latencia	Iniciativa vs. Culpa (Dirección-Propósito, finalidad)
Pub. Adolesc.	Industria vs. Inferioridad (Método, Competencia)
Adultez Joven	Identidad vs Difusión del Rol (Devoción y Fidelidad)
Adultez	Intimidad vs. Aislamiento (Afilación y Amor)
Madurez	Generatividad vs. Estancamiento (Producción y Cuidado)
	Integridad vs. Desesperación (Renunciamiento y Sabiduría)

1. Confianza básica vs. Desconfianza básica: Se liga a la experiencia de una regulación mutua entre sus capacidades receptoras y las técnicas maternas de abastecimiento. Se logra la familiaridad con las formas de bienestar y las personas asociadas a ellas. La persistencia, continuidad e identidad de la experiencia proporcionan los rudimentos de la "identidad Yoica": familiaridad y previsión de personas, cosas, sensaciones, mismidad y continuidad de los proveedores externos; cualidades de la relación materna. Desconfianza básica: Casos de autismo, esquizofrenia infantil, depresión severa.



2. Autonomía vs. vergüenza y duda: Es importante en esta crisis el lograr una experiencia gradual y bien guiada de la autonomía de la libre elección. La firmeza de los padres debe protegerlo de su incapacidad de retener y soltar con discreción, de las experiencias arbitrarias, carentes de sentido de la vergüenza y la temprana duda. La autonomía le permitirá tomar posesión de las cosas a fin de ponerlas a prueba mediante una repetición intencional para no llegar a obsesionarse con su propia repetitividad (Modelo para una neurosis obsesiva) Es una etapa decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación, terquedad, libertad o supresión de la autoexpresión. El autocontrol sin pérdida de autoestima produce un sentido perdurable de buena voluntad y orgullo; la pérdida de autocontrol o el sobrecontrol foráneo conlleva a la duda y vergüenza.
3. Iniciativa vs. Culpa: Agrega a lo anterior la cualidad de la "empresa", planeación, actividad. Lucha por una posición de privilegio frente a la madre. Ansiedad de castración; rivalidad anticipatoria, celos y rabia con los hermanos. El Superyo: Crisis junto al complejo de castración y el tabú del incesto. Construye, planea y emula prototipos ideales; lo que le ofrece un campo de iniciativa, busca oportunidades en el trabajo.
4. Industria vs. Inferioridad: Represión de la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo y de la necesidad de convertirse en papá o mamá "apresuradamente", ahora aprende a obtener reconocimiento

mediante la producción de cosas: El Mundo de las herramientas y principio del trabajo; hacer cosas junto a los demás, el peligro está en el conformismo y esclavitud irreflexiva de tecnologías.

5. Identidad vs. Confusión del Rol: Crisis puberal; se vuelve a poner en duda la mismidad y continuidad; revolución fisiológica, tareas adultas que aguardan. Nueva integración Yoica que no equivale a la suma de identificaciones parciales o previas. La confusión de rol corresponde a varias pautas del vivir: ocupación, religión, vocación social, no sólo sexual. Freud la considera una metamorfosis de la pubertad. Etapa psicosocial entre la infancia y la adultez; visión ideológica de la sociedad. El adolescente necesita del grupo de pares y está listo para afirmarse por medio de rituales, credos y programas. "Identidad que emerge".
6. Intimidad vs. Aislamiento: Disposición a fundir la identidad (previa) con la de otros; preparado para la intimidad o sea a entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con el compromiso: Solidaridad, orgasmo, amistad íntima, combate, etc. Es la verdadera "genitalidad" ya no hay búsqueda de identidad. Peligro de la etapa, es el aislamiento o evitación de contactos; Problemas de carácter.
7. Generatividad vs. estancamiento: Preocupación por establecer y guiar a la nueva generación. Incluye términos como productividad, creatividad no

sólo el hecho de tener hijos. Las sustituciones sociales marcan la sucesión generativa y su desarrollo aunque no se tengan hijos. Su carencia crea estancamiento, empobrecimiento personal, necesidad obsesiva de pseudointimidad; se trata a sí mismo como su hijo único.

8. Integridad del Yo vs Desesperación: Integridad es la seguridad acumulada del Yo con respecto a su tendencia al orden y al significado. Amor post-narcisista. Llega a esta etapa después de haber cuidado de cosas y personas, ha vivido triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres, productos e ideas; aceptando el propio y único ciclo vital como algo insustituible; es su patrimonio, el sello de su paternidad aunque acepta la relatividad de los demás estilos. Su carencia: temor a la muerte, no se acepta su ciclo vital y no hay tiempo para otro. Desubicación histórica y cultural. La confianza (niño) es la seguridad con respecto a la integridad del otro. "Los niños sanos no temerán a la vida, si sus mayores tienen la integridad necesaria para no temer a la muerte". Indio, sabio, campesino, maduro, caballero, verdadero, son representantes de la integración del ciclo vital.

## **f) Teorías del Aprendizaje**

Las teorías del aprendizaje dan otro enfoque con respecto al estudio de los niños, establecen que el hombre no es bueno, ni malo, sino un ser reactivo, que se

limita a reaccionar y responder ante su ambiente. Cada persona está formada y moldeada por el proceso de asociación de estímulos y sus respuestas o por asociación de su comportamiento y sus consecuencias, el proceso de aprendizaje se realiza en forma más bien automática. El Modelo Mecanicista explica que el hombre es una máquina que es puesta en marcha por una entrada (estímulo) y después produce una salida (respuesta): no le interesa analizar que ocurre entre el estímulo y la respuesta.

Este modelo de aprendizaje ha sido llamado también determinista, pues se piensa que toda la conducta del individuo, de la cual forman parte, los valores, actitudes y las respuestas emocionales, está determinado por el ambiente presente o pasado. Skinner, B. (1971), dice; que la conducta humana está preprogramada y escapa del control del sujeto.

### **f.1) Conductismo**

Los teóricos del aprendizaje reducen toda la conducta humana a una cadena de unidades simples, la unidad básica o estructura primaria del comportamiento es el binomio Estímulo-Respuesta o sea la Unidad E-R. Estos psicólogos desarrollaron una "ciencia de la conducta humana". Los investigadores definen y controlan con mucho rigor los estímulos presentes en la situación experimental, luego observan registrando las respuestas conductuales de los sujetos ante dichos estímulos. El

método trata de ser lo más objetivo posible, generalmente sirviéndose de un enfoque inductivo.

Han puesto a la conducta humana en dos categorías generales. En el Condicionamiento Respondiente, un estímulo o conjunto de condiciones, suscita una respuesta particular, es una respuesta automática ante los estímulos (parpadear) en el Condicionamiento Operante, este tipo de conducta se presenta cuando a un organismo se le refuerza por la emisión voluntaria de una respuesta. Lo que se refuerza se aprende, el individuo actúa sobre el ambiente y emite una acción. Ejemplo: los "tics" que se refuerzan por imitación o para llamar la atención.

En el Condicionamiento Clásico, se toma un comportamiento respondiente y se somete al control de un estímulo previamente neutral, el experimento de Ivan Pavlov (1928); que figura entre los ejemplos más famosos. El perro y la salivación ante la comida y el apareamiento del estímulo neutral que era la campana, convirtiéndose en un Estímulo Condicionado.

Se considera también que las respuestas emocionales son fáciles de condicionar. Un famoso experimento referente al condicionamiento clásico del temor fue efectuado por Jhon B. Watson, el creador de la Escuela Conductista de la cual proviene gran parte de la teoría del aprendizaje.

La difusión de una respuesta a otros estímulos semejantes recibe el nombre de Generalización de Estímulo. En la vida cotidiana de los niños se puede ver que les causa miedo los uniformes blancos de los médicos o los olores a medicamentos porque asocian esas cosas con experiencias desagradables, por ejemplo: inyecciones dolorosas o la visita al dentista. Las reacciones emocionales positivas pueden ser condicionadas del mismo modo; las reacciones de relajación o placer son asociadas fácilmente a estímulos anteriormente neutrales, como una vieja canción evoca el recuerdo de un hermoso día.

La Extinción, procedimiento que consiste en eliminar una respuesta negativa previamente condicionada, sustituyéndola por una nueva respuesta condicionada, en la misma situación.

La Desensibilización, en terapia conductual es la técnica que gradualmente reduce la ansiedad que un individuo siente ante un objeto o situación específica. Wolpe y Reyna, (1964); han aplicado el contracondicionamiento para tratar fobias comunes como el miedo a volar, a conducir, a los hospitales, a la altura, a los uniformes, por medio del aprendizaje en relajación o de desensibilización. En el caso de los niños se le enseña a relajarse profundamente y en ese estado se le dice que imagine que está acercándose a la situación que le causa miedo, cada vez que

siente tensión, de inmediato se le indica interrumpir la imagen y volver al estado de relajación. Así el niño aprende una nueva respuesta.

En el Condicionamiento Operante la conducta debe ocurrir antes de poder ser fortalecida por el condicionamiento, es decir antes de asociarla a un premio, las conductas reforzadas o premiadas tienen mayor probabilidad de ocurrir, Edward Thorndike, (1911), efectuó experimentos sobre este comportamiento en gatos. Estos eran metidos en una caja con laberintos y aprendían por sí mismos a escapar de ella o conseguir alimento al manipular el pasador que abría la puerta; a este fenómeno del aprendizaje lo llamó Ley del Efecto. Más tarde también Skinner utilizó el reforzamiento positivo en forma de alimento para consolidar las respuestas deseadas: al trabajar con niños en la consulta, el reforzamiento positivo puede ser además un gesto de aprobación, una caricia o un obsequio. El Condicionamiento de Evitación es el condicionamiento operante en el cual el reforzamiento consiste en poner fin a un estímulo desagradable. Con mucha frecuencia la conducta final debe construirse o moldearse paso por paso; en el moldeamiento se premian las Aproximaciones sucesivas de la tarea final. Ejemplo de como ponerse un calcetín, 1o. Tomarlo derecho, 2o. Meterlo en el pie, 3o. Jalarlo, se aprende poco a poco. En la actualidad algunos programas de computadora aplican los principios de moldeamiento sucesivo con retroalimentación.

## **f.2) Modificación de conducta**

La Modificación de Conducta es el empleo de los principios del condicionamiento operante para moldear la conducta humana con fines terapéuticos. Se utiliza para ayudar a los discapacitados a aprender nuevas destrezas para ayudarles a recordar las que han aprendido y para obtener una conducta deseada que le lleve a la autosuficiencia. Un medio para ayudarles a lograr esto es utilizar la economía de intercambio de fichas. También ha dado excelentes resultados con niños autistas, con niños en el salón de clases, en el hogar, con trastornos psicológicos como la enuresis, la obesidad, la diabetes y con pacientes psiquiátricos y delincuentes. Toda economía de intercambio de fichas debe contar con un plan para suprimirlas lo más pronto posible, para que las personas no se vuelvan tan dependientes de esta economía, pues pierde la eficiencia el programa de modificación de conducta.

Albert Bandura, (1977), uno de los más importantes partidarios de esta tendencia, señala que en la vida diaria la gente advierte las consecuencias de sus propios actos (es decir, se percata de cuales actos tienen éxito y cuales no producen el resultado deseado) y a partir de ellos ajustan su conducta. Por medio de tales consecuencias de su respuesta, obtienen información, incentivos y un reforzamiento consciente. Pueden hacer conjeturas de lo que es correcto en determinadas circunstancias y prevén lo que sucederá al ejecutar ciertas acciones.



La Imitación y Modelamiento; del mismo modo que la gente aprende a experimentar las consecuencias de su comportamiento, también aprende a observar la conducta ajena y sus consecuencias. Los niños aprenden una amplia gama de conductas al observar e imitar ( o evitar) las acciones de las personas que lo rodean. En los primeros años, los niños aprenden los múltiples aspectos del papel sexual y las expectativas morales de su comunidad. También aprenden a expresar la agresión, la dependencia y la conducta socialmente adecuada, como la de compartir al llegar a la edad adulta, aprenderán las actitudes y valores propios de su carrera, las actitudes éticas de las clases sociales y los valores morales. Bandura realizó estudios con niños con respecto a la agresión o comportamiento agresivo que se muestra en las películas.

Los teóricos del aprendizaje en los últimos 15 años, han centrado su atención, en las computadoras. ellos procesan información y quieren descubrir los procesos básicos del aprendizaje y describir como funcionan: son psicólogos cognoscitivos porque estudian el pensamiento y se interesan en los procesos mentales, entre ellos la percepción, la atención y la memoria. Se valen de la computadora como modelo del cerebro. La computadora debe de procesar las entradas, ejecutar operaciones en la información, almacenarla y generar una salida. La mente por su parte presta atención y percibe de modo selectivo, después asocia, calcula o realiza otras operaciones sobre la información. La información se guarda en la memoria y se

recupera más adelante. Por último, es preciso que genere una salida en forma de respuesta palabras y acciones. Ellos consideran acumulativo y gradual el desarrollo, del niño a lo largo de toda la vida, (Grace-Craig, 1988).

● ¿Por qué es importante entender las teorías del comportamiento humano? Un buen conocimiento da la objetividad necesaria para evaluar ideas, actos y reacciones con respecto al desarrollo del niño. Así, el estar familiarizados con las principales teorías, permitiría analizar, evaluar y corregir, nuestros conocimientos. Siempre conviene estudiar el comportamiento con otro "par de anteojos", para poder ampliar nuestro marco de referencia con el objeto de percibir el valor de otras explicaciones que van a ayudar y complementar el trabajo clínico con los niños.

## **CAPITULO III**

### **ENTREVISTA**

Cuando se estudia a los niños es para el psicólogo necesario valerse de la entrevista que es uno de las herramientas indispensables del trabajo clínico.

El concepto de Entrevista, es un intercambio verbal, que nos ayuda a reunir datos de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico, (Nahoum, Ch. 1961). La entrevista es una forma de comunicación oral, interpersonal que tiene como finalidad obtener información en relación a un objetivo. La entrevista psicológica clínica con niños la hacemos con la finalidad de "comprender" al niño o a un grupo de individuos, (los padres, hermanos, a la familia), o para que ellos mismos puedan comprenderse. La comprensión puede darse a diferentes niveles: para establecer un diagnóstico, investigación o para proporcionar un tratamiento psicoterapéutico.

La entrevista psicológica atendiendo a su estructura y forma de conducción puede ser Abierta, Semiabierta o Cerrada.

La Entrevista Cerrada o Estructurada es muy rígida, depende de un plan preciso con preguntas directas ya elaboradas y con un tiempo limitado. El orden de las preguntas está premeditado de antemano, el entrevistador sigue un esquema que no puede alterarse y debe hacer todas las preguntas que se contemplan en dicho esquema. En ocasiones la forma en que utilicen estos esquemas puede tener diferentes grados de flexibilidad, pero en este tipo de entrevistas siempre está presente una guía, que siempre es la misma para todos los sujetos, aunque las características de ellos, a veces es muy diversa. Como todo instrumento estructurado e inclusive estandarizado permite una comparación más sistematizada de datos, por lo que puede ser útil cuando se trata de estudiar a grandes grupos: además nos sirve para obtener datos sociodemográficos, estadísticos y epidemiológicos con respecto a alguna característica cuantitativa de los trastornos psicológicos ó para recabar los datos iniciales del niño su familia y su entorno sociocultural y económico.

En la Entrevista Abierta o No Estructurada, el entrevistador toma la responsabilidad de conducir y saber que existen ciertas metas que la entrevista debe alcanzar o la solución a los conflictos del entrevistado, es éste el que habla libremente de su propio discurso, el entrevistador va retomando la indagación de lo que desea conocer. Este tipo de intervención se usa más claramente con adultos, el entrevistador tiene toda la flexibilidad necesaria y puede hacer las preguntas que se deriven de la interacción única con un sujeto, también único. Puede inclusive, hacer

pocas preguntas o ninguna y dejar que la persona se exprese con toda la libertad posible. La entrevista abierta conduce a una investigación más amplia y profunda del entrevistado pues se permite que éste se exprese libremente, se logra que el individuo configure el campo de la entrevista de acuerdo a sus propias características.

En las Entrevistas Semi-Abiertas o Semi-estructuradas, se investigan áreas de interés primordial que se quieran estudiar en el niño, lo cual puede hacerse con cierta flexibilidad y sin tener que seguir un orden predeterminado ni tener que hacer las mismas preguntas a todos los sujetos. (Morris, Ch. 1993). Aquí el entrevistador decide que tema practicará.

En psicología clínica resulta muy útil la entrevista abierta y semi-abierta, por el grado de expresión libre que logra el individuo; pero en la práctica observamos que en instituciones de salud, como hospitales se necesitan tener registros más estructurados para tener información más objetiva y cuantificable para poder realizar estudios de investigación que nos ayuden a entender, prevenir y tratar los problemas mentales que se presenten.

Es muy importante señalar que deben existir ciertas condiciones que nos ayuden para el desarrollo óptimo de la entrevista, como un local adecuado con buena

iluminación, el mobiliario necesario, en caso de los niños colores, juguetes, material didáctico, dulces, etc. Un local libre de ruidos y distractores. Lenguaje y modales adecuados, para cada caso, según la edad, medio sociocultural del niño y su familia, aquí la comunicación es básica.

Los pasos de la entrevista a seguir son:

1. Inicio de la entrevista: Establecer un buen "raport" que quiere decir, una adecuada relación con el niño y sus padres. Es importante un trato con cortesía; interesarse al escuchar, aclarar que la información íntima se tratará confidencialmente, pues el interés de la entrevista psicológica debe ser primordialmente profesional. (Dana, E. 1996). Desde la primera entrevista se deben fijar algunas normas de las sesiones o tratamientos a seguir. Explicar en que consiste un estudio psicológico, duración de las sesiones, número de éstas.
2. Primeras impresiones durante la entrevista: Formular hipótesis que se irán reafirmando o rechazando a lo largo de la entrevista. Observar los aspectos no verbales de la misma, como son los aspectos corporales que acompañan al discurso, la forma en que se presenta el sujeto y como se viste, como se sienta, su tono de voz y el tono afectivo que prevalece durante la sesión. Su entusiasmo, emotividad, apatía, actividad, sumisión.

interés, timidez, lenguaje, apariencia personal, facies, estatura, si su edad cronológica está de acuerdo a su edad aparente, etc.

3. Cima de la entrevista: En este punto es cuando el entrevistado ha obtenido datos suficientes como para tomar decisiones.
4. Cierre de la entrevista: Tenemos que verificar, estar seguros, si no quedó ningún punto sin investigar por el momento y si el entrevistado no desea añadir algo más.
5. Reporte de la entrevista: El entrevistador se pondrá a redactar un informe completo de la entrevista en donde aparezcan las evaluaciones, resultados y conclusiones obtenidas de ésta.

Es necesario adecuar la entrevista clínica a los objetivos que se persiguen, así como a las necesidades de las instituciones y de las personas. Las entrevistas pueden cambiar dependiendo del tipo de paciente.

La entrevista nos sirve para hacer una historia del padecimiento de la persona e ir más allá de lo que ella misma se ha dado cuenta, es posible ayudarlo con orientación psicológica y señalamientos sobre su discurso a reflexionar sobre su problemática que se manifiesta por medio de síntomas. Cuando trabajamos con niños necesitamos hacer una historia del padecimiento o problema para poder delimitar de que se trata y así relacionar una serie de datos sociodemográficos que

ahí estaban, pero a los cuales no se les había atribuido significado y ahora podrá tenerlo. El trabajo con los niños necesariamente tiene que ir ligado a sus padres, pues ellos son los que llevan al niño a consulta, detectan los síntomas psicológicos, le pagan la consulta y van a tomar decisiones por él y con él; el niño no es autosuficiente ni económica, ni física, ni emocionalmente. (Esquivel, F; Heredia, C; Lucio, E. 1994).

Con los niños hay que expresarse de tal manera que puedan entendernos, hay que ponernos a la altura de ellos, buscar estímulos que les sean atractivos. Al niño se le puede tocar y permitir que él nos toque, pero habrá ocasiones en que deberán ponerse límites.

Con respecto al tiempo de la entrevista, puede resultar cansado para un ó una menor, estar 50 minutos con el psicólogo, pudiendo entonces tener consultas más cortas con él y en ocasiones trabajar con los padres.

Durante la entrevista inicial es importante observar como se relaciona el pequeño con el psicólogo y como el psicólogo se relaciona con el niño, pues la respuesta que provoca en nosotros es similar a la que provoca en sus padres y maestros; sin embargo, debemos tratar de evitar actuar en función de la respuesta que provoca en nosotros y sobre todo evitar actuar con base en los sentimientos que



nos producen sus acciones. Si ya estamos en el tratamiento a esto se le llama contratransferencia.

El niño está inmerso en una situación edípica triangular con sus padres, en esta situación dinámica existen conflictos que los padres no mencionan y que sin embargo, el niño de alguna manera percibe, le angustia, dando lugar a síntomas específicos. Estas dinámicas se van a expresar en la entrevista clínica, aunque no acudan necesariamente los tres a consulta. Para que esta dinámica pueda expresarse es básica la observación de lo que hacen los padres al solicitar la evaluación y concertar la primera entrevista; incluso la ausencia de uno de ellos puede ser un elemento básico. Es importante observar si el comportamiento del niño es el mismo cuando están sus padres, que cuando no están, si aumentan o disminuyen sus síntomas. Como se relaciona el niño con su madre o padre y como se relacionan ellos entre sí, cual de ellos es el que habla, al que se le da crédito o tiene el poder. Cuando se trata a la familia completa observamos en que lugar se sientan o se distribuyen en el espacio cada uno de sus miembros.

La transferencia es un fenómeno presente en cualquier tratamiento, existe transferencia en cualquier relación humana, se desarrolla una relación especial entre el niño ó la niña y el terapeuta. Los pacientes empiezan a tener expectativas irracionales respecto de éste, pueden sentir que están enojados con ellos, que lo aburren, que lo desilucionan, que trata de seducirlos, o esperan demasiado del

terapeuta. La propia reacción del paciente puede ser ira, temor, amor o un esfuerzo por dominarlo. Según Freud, estas interpretaciones irreales son el resultado de la transferencia de relaciones pasadas con adultos importantes en su vida (normalmente los padres) hacia el terapeuta, como si se tratara de la figura paterna. Inconscientemente los pacientes esperan que el terapeuta reaccione como sus padres, así que vuelve a vivir deseos y experiencias reprimidas. Un paciente cuya madre es severa y exigente, por ejemplo podría expresar su temor de que el terapeuta le disguste el avance de la terapia. Un paciente abandonado emocionalmente por un padre irresponsable podría sentir que el terapeuta no está realmente interesado en ayudarlo a resolver el problema (es decir, el paciente cree que puede ser abandonado de nuevo). Al reconocer el papel que el paciente le asigna, y al observar como actúa respecto de él, el terapeuta cuidadoso llega a entender gran parte de las relaciones del niño ó la niña con sus padres, origen probable de sus problemas psicológicos.

Para Freud, (1979), el mecanismo de la transferencia supone en el pasado, la represión de un deseo y en el presente, la relación con el médico, usando el mismo esfuerzo para rechazar ese deseo. En la entrevista con el niño hay un interjuego de transferencias mucho más complicado que el que se da con el adulto, por muchas razones.

En primer lugar, el niño está inmerso dentro de una situación triangular de la que está totalmente dependiente, por tanto en la entrevista con él, no solo expresa la transferencia hacia el psicólogo, sino también sus padres expresan la transferencia hacia el entrevistador. Los padres que acuden al psicólogo o terapeuta tienen muchas fantasías en relación con él, las que van a manifestarse en la transferencia.

El psicólogo debe tener mucho cuidado en el trabajo con los niños, pues revive su propia infancia, infancia que está reprimida, puede ser, sin darse cuenta que trate de darle al niño lo que a él no le dieron sus padres; o que comprometa al niño en un tratamiento que no es necesario, convirtiéndose en cómplice de los padres, por razones contratransferenciales, por necesidades económicas o de prestigio. Los padres también reviven su propia infancia con sus hijos, aunque no quieran ser como sus padres, a veces se descubren actuando exactamente como ellos.

Puede suceder que el psicólogo se convierta involuntariamente en juez de los padres, es prudente evitar jugar este papel, pues no tiene derecho a juzgarlos.

En el trabajo clínico con niños no podemos seguir patrones rígidos, tenemos que adecuarnos a la situación y condiciones de los pequeños; debemos recurrir a diferentes técnicas terapéuticas, como son el dibujo, plastilina, juguetes, el cuento, narraciones, títeres, psicodramas y otras más.

## CAPITULO IV

### PRUEBAS PSICOLOGICAS

Las pruebas psicológicas son instrumentos de los que se vale el psicólogo para llevar a cabo sus evaluaciones. Para hacer un uso adecuado de ellas se requiere conocer los fundamentos teóricos que las sustentan, así como un entrenamiento adecuado sobre el manejo de las mismas.

Existen diversas definiciones de lo que es una prueba psicológica. Anastasi (1968), menciona que "un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Considera que "una prueba psicológica es una técnica sistemática que compara la conducta de dos o más personas".

Al decir que es una muestra de conducta, hay que considerar que se escoge una muestra representativa de las conductas que pueden describir el atributo que se pretende medir. Por eso hay que tener cuidado al considerar la puntuación de una prueba, porque una puntuación baja podría indicar que la muestra de conductas que implica la prueba no describen las características del sujeto, más eso no quiere decir que no se posea ninguna característica del atributo que se desea medir.

Si se toma en consideración la comparación entre dos o más personas. Con esto nos daremos cuenta de la importancia que tienen las normas de calificación y los efectos que puede producir la utilización de normas que no corresponden a la población que se evalúa. Esto tiene una trascendencia fundamental, ya que por lo general se toman una serie de decisiones con base en los resultados obtenidos en la prueba. Por tal motivo se requiere que las normas estén ajustadas a la población con la que se trabaja y que exista una alta correlación entre las diferentes pruebas que miden el mismo aspecto; porque de no ser así se corre el riesgo de que los resultados sean contradictorio si se aplican diferentes pruebas en momentos diferentes y que no se esté midiendo lo que se quiere medir. (Esquivel, Heredia, Lucio, 1994).

## **ALGUNAS CONSIDERACIONES TEORICAS SOBRE**

### **INTELIGENCIA**

Antes de tomar en cuenta las proposiciones que vamos a enumerar a continuación las cuales tienen que ver con el desempeño intelectual, es preciso que al evaluar al niño se tenga la mayor información posible sobre sus antecedentes de nacimiento, proceso de maduración en diferentes áreas, estimulación recibida, medio en que se desenvuelve y los hechos traumáticos que ha tenido.

Rapaport (1965), hace las siguientes proposiciones como resultado de diversas investigaciones sobre el tema:

1. Se debe abandonar la idea de que una persona nace con una inteligencia fija que permanece constante a lo largo de toda su vida.
2. Todo individuo nace con una potencialidad para el desarrollo intelectual que puede considerarse como su dotación natural. Esta potencialidad se desenvuelve a través de la maduración dentro de los límites establecidos por dicha duración.
3. El proceso de maduración se favorece o restringe por la riqueza o pobreza de estimulación intelectual en el ambiente durante los años formativos iniciales.
4. Este proceso de maduración es un aspecto del desarrollo de la personalidad favorecido o restringido por el tiempo, intensidad y variedad de la estimulación y del desarrollo emocional.
5. Toda alteración emocional o lesión cerebral puede provocar disminución, retardo o agresión en la maduración de las potencialidades de un individuo.
6. En el curso del desarrollo, la dotación natural se diferencia en varias funciones que pueden medirse por pruebas de inteligencia, en las cuales dichas funciones subyacen al rendimiento.
7. Las funciones que se desarrollan sin obstáculos seleccionarán automáticamente hechos y relaciones del ambiente para organizarlas

dentro de un marco de referencia que se utilizará para asimilar nuevas experiencias y modelar rendimientos creativos.

8. La educación formal que proporciona al individuo ideas sistemáticas, juega un papel en este desarrollo ayudando al individuo a aumentar su repertorio de hechos y relaciones.
9. La riqueza de la experiencia en la adolescencia tardía y la vida adulta puede aumentar ulteriormente este repertorio.
10. La preparación cultural especial y la intensa ambición cultural e intelectual pueden llevar al individuo a buscar hechos o áreas de información inusuales y pueden jugar un papel en el desarrollo o adquisición de ideas o capacidades complejas.

## **CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA APLICACION DEL EXAMEN PSICOLOGICO**

Al aplicar los instrumentos de medición y exploración psicológica, el examinador trata de formarse una impresión clínica general del niño y de la reacción de éste ante la situación interpersonal que implica el examen. Tres aspectos importantes de esta impresión clínica son: 1.-actitudes y comportamiento del niño,

2.-relación que se establece entre el examinador y el niño y 3.- condiciones en que se aplica el examen psicológico.

## **VARIABLES DEL EXAMINADOR Y DEL NIÑO**

Se requiere que el examinador sea lo más objetivo posible, de no ser así, esto puede afectar poderosamente las respuestas del niño y la interpretación de la prueba. En la práctica, el examinador satisface necesidades básicas, mismas que el niño por una razón u otra puede frustrar con respuestas vagas o no satisfactorias. Esto puede traer como consecuencia que el examinador tome actitudes o posturas equivocadas ante el pequeño, exigiéndole demasiado, lo que produce una ruptura de la relación. También se puede dar en el examinador demasiada indulgencia que provoca un aplanamiento en el niño. Algunos examinadores son socialmente inhibidos, otros tienen una gran necesidad de aprobación, otros más pueden ser intelectuales fríos y finalmente aquellos cuya hostilidad, aún reprimida, se manifiesta alentando una conducta "desobediente" en el niño. Por todo esto es necesario prever la influencia de estos factores en la realización de la prueba por el niño y en los resultados finales. La respuesta del niño al examinador y a la prueba es el reverso de las situaciones antes mencionadas. ¿Cómo se enfrenta el niño con la pérdida de control inherente a la situación?, ¿es capaz de hacer frente a las confrontaciones del



examinador y a las autoconfrontaciones?, ¿logra controlar sus necesidades de dependencia o de solicitud de aprobación?, ¿es dependiente o es resentido con respecto a la ayuda?

### RELACION ENTRE EL EXAMINADOR Y EL NIÑO

Es importante establecer una buena relación con el niño antes de empezar la aplicación, tratando de que se tenga una actitud cooperativa y rinda lo más posible.

Al respecto, Lloyd y Zylla (1988) realizaron un estudio con 70 niños de coeficiente intelectual alto y bajo, en el que se les aplicó el WPPSI en dos ocasiones. Una de las aplicaciones se realizó de manera modificada, reforzando las respuestas correctas de los niños. En el retest los resultados fueron mejores. Concluyen que tanto los preescolares como los demás niños no están estimulados intrínsecamente para dar un mejor esfuerzo.

Una sugerencia que puede ser útil para obtener una mejor relación es preguntarle al niño qué sabe acerca de los motivos del examen (por qué lo trajeron al psicólogo), aclarar sus malentendidos y exponerle brevemente la finalidad de dicho examen. Esto debe ser de acuerdo con la edad y lenguaje del pequeño.

El psicólogo debe cerciorarse de que el niño entienda claramente las instrucciones de cada subprueba pidiéndole que repita la tarea a realizar, permitiéndole manifestar sus dudas.

Deberán anotarse todas las observaciones referentes a cada subprueba, así como las conductas del niño durante la aplicación. El pequeño deberá presentarse con lentes, si es que los usa.

En la época actual donde los cambios tecnológicos se suceden día con día, se requiere de que la gente esté cada vez más capacitada y logre un mejor aprovechamiento de sus habilidades. Es por esto que en la práctica profesional cuando se realiza una evaluación psicológica a un niño, se requiere conocer su potencial intelectual así como el aprovechamiento que hace del mismo en su desempeño escolar.

Es necesario puntualizar que para lograr un diagnóstico adecuado del trastorno psicológico que se detecta en el niño ó de la niña es necesario integrar los signos y síntomas que presenta, la observación del psicólogo, la entrevista aplicada, las pruebas psicológicas que se usaron para la evaluación del paciente, elaborando así un diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

## CAPITULO V

# MANUAL, DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, D. S. M. - IV.

### Consideraciones importantes:

La American Psychiatric Association A. P. A.(1990), elaboró un manual oficial en el que se describen y clasifican los diferentes tipos de comportamientos significativos para que los diagnósticos sean válidos y confiables, el cual se llama Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(D.S.M.-IV ).

Este Manual ha servido de base para diagnosticar los trastornos psicológicos infantiles y poderlos clasificar en el hospital como son, trastornos de inicio de la infancia, la niñez y adolescencia, trastornos de aprendizaje, comunicación, habilidades motoras, generalidades del desarrollo, de la eliminación, tics, por déficit de la atención, de la alimentación, identificación sexual, etc. Con esta clasificación obtendremos un registro de los trastornos más comunes en nuestra población hospitalaria. En la actualidad hay muchas concepciones referentes al comportamiento anormal, todas ellas con un elevado número de partidarios. (Biehler, R., 1986).

El Modelo Psicoanalítico de Freud, nos dice que los trastornos de comportamiento son expresiones simbólicas de conflictos internos inconscientes. Que el origen de los problemas se haya en experiencias de la infancia y la niñez. Otorga gran énfasis a los primeros 5 años de la vida, si existe un trauma durante estos años, la conducta se bloqueará.

Para el modelo Conductista, el comportamiento anormal es resultado del aprendizaje, como el temor, la ansiedad, y pueden desaprenderse, sin la necesidad de consultar a un analista o utilizar medicamentos. Centra la atención en la conducta como una respuesta a los estímulos del ambiente.

El Modelo Cognoscitivo, subraya que los procesos mentales del individuo son conscientes y lo considera esto como un proceso activo de información, y depende como se empleen estos procesos mentales en la resolución de problemas, en la conducta desadaptada esta información se encuentra bloqueada o con diferente estructuración.

El Método Biológico, afirma que el comportamiento anormal es provocado cuando menos en parte por factores hereditarios, así como una disfunción del sistema nervioso o de las glándulas endocrinas. También puede derivarse de trastornos de la bioquímica del sistema nervioso; mal formaciones, como micro o

macrocefalia, hidrocefalia. Infecciones como meningitis, encefalitis, traumatismos cráneo - encefálicos o en la médula espinal. (Sarason, I. 1996). La definición de Trastorno Mental, en el D. S. M. IV, (A.P.A.,1990) nos dice que cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (Dolor), a una disfunción (deterioro en una o más áreas del funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (muerte de un ser querido). Cualquiera que sea la causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (religioso, sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. El término "trastorno mental" al igual que muchos otros términos en la medicina y en la ciencia carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

No podemos separar el dualismo mente - cuerpo, hay mucho de "físico". en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos". No se ha encontrado una palabra que pueda substituir a los "trastornos mentales". No existe una definición que delimite adecuadamente el concepto; pero se define por una gran variedad de términos: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad,

irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Sabemos que el uso del D.S.M.IV tiene sus limitaciones de enfoque, de categorías, étnicas y culturales, de juicio clínico, pero nos ayuda a establecer un diagnóstico, constituyendo el primer paso de una evaluación completa, sabemos que para establecer un adecuado plan terapéutico, los psicólogos dedicados a consulta clínica, necesitamos más información y conocimientos sobre el presunto enfermo. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación\* de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

### **USO DEL D.S.M.-IV**

Limitaciones del enfoque por categorías. El DSM-IV es una clasificación por categorías que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en una serie de criterios con rasgos definitorios. La formulación por categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Sin embargo deben de reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación por categorías.

El DSM-IV, 1995 no asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada con límites que las diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneja el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. Se sugirió que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R que empleó un modelo por categorías. American Psychiatric Association. (1968, 1980, 1986): El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos, a pesar que éste sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones: por ésta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan

menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales.

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos; así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y poca experiencia clínica, hagan uso de este manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin seguirse a raja tabla. El juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). La falta de familiarización con el manual o su aplicación bien sea demasiado flexible o bien muy estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Consideraciones étnicas y culturales.- Los médicos, psicólogos, psiquiatras, consultan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales. Un psicólogo que no este familiarizado con los matices culturales de un individuo, puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo; ciertas prácticas religiosas o creencias (como escuchar y



ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden manifestarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del "yo", de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento. Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales, que afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma. Este apartado cultural nos da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno.

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formar un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.

Los términos "trastorno mental" y "enfermedad médica" no tiene una delimitación exacta. El termino "enfermedad médica" se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fueran del capítulo de "trastornos mentales y de comportamiento". Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y por lo tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo

sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales. American Psychiatric Association DSM-IV (1994, 1995).

## CAPITULO VI

### PROCEDIMIENTO

En la última década el Hospital Infantil de Tamaulipas se ha comprometido en brindar una atención biopsicosocial a los niños y las niñas que asisten a recibir atención médica y como hemos mencionado anteriormente todos y cada uno de los profesionales que intervienen en la detección de un trastorno psicológico, deben coincidir en estudiar al pequeño integralmente; este estudio requiere de las habilidades profesionales de todos los especialistas, (diagrama 1) para lograr la comprensión del mensaje que esta dando el niño y que lo expresa por medio de síntomas psicológicos tales como: berrinches, agresividad, depresión, autoestimulación, problemas escolares y de relación con su medio ambiente.

Los pediatras por su formación médica tienen conocimientos vastos acerca del desarrollo morfofisiológico del niño y la niña teniendo muchos recursos a su alcance para determinar las anormalidades, darles tratamiento médico adecuado y remitirlos a otros servicios para su atención integral. Los pediatras son los que usualmente nos envían a los pacientes con trastornos psicológicos; aunque también nos llegan del servicio de odontopediatría y de las diferentes subespecialidades pediátricas.

Los trastornos conductuales en los niños y niñas son expresiones que reflejan aspectos que van de los más leves hasta los más profundos, los cuales necesitarán del psicólogo o del psiquiatra para su tratamiento.

La población infantil que asiste al hospital viene generalmente de áreas rurales de niveles socioeconómicos y culturales muy bajos y sin ningún régimen de seguridad médica, se atienden niños desde prematuros, hasta jóvenes de 17 años 11 meses.

### **ETAPA DE DETECCION**

El área de psicología revisa el motivo de consulta que describe el médico e inicia la consulta de primera vez. Esta consiste en la apertura del expediente clínico psicológico en donde se anotará el nombre del paciente y el mismo número de expediente clínico, en el exterior de la carpeta. En el interior se integrará la entrevista psicológica estructurada (cuadro 1, apéndice F), que consiste en escribir el motivo de consulta nuevamente y se llenará la ficha de identificación del niño, la de sus padres, hermanos y familiares que vivan con él. Esta ficha contiene los datos sociodemográficos, estos datos se tienen que anotar por rutina pues van a servir por varias razones: primero para poder tener registros de los pacientes para posteriores estudios epidemiológicos que se requieran; segundo para poder darnos una idea

global del sexo, edad, lugar de origen, residencia, escolaridad, ocupación del niño y su familia; también vamos a darnos cuenta de que tipo de estudio vamos a aplicar si va hacer breve, parcial o completo. Al final integraremos los datos y daremos la cita subsecuente.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

# RUTA CRITICA PARA LA ATENCION DE TRASTORNOS PSICOLOGICOS.

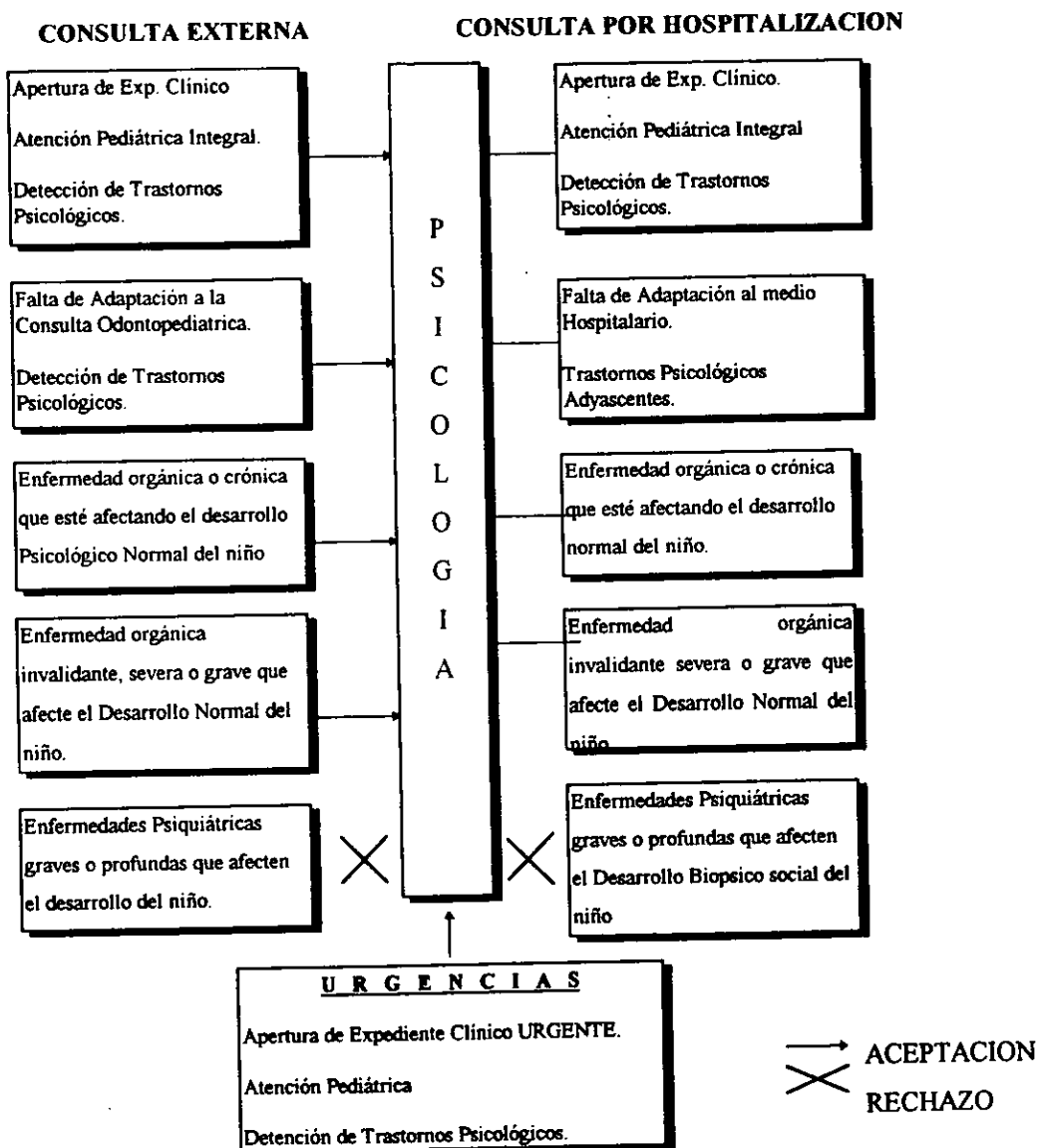


Diagrama I

## **A) ACTIVIDADES ASIGNADAS AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL.**

### **OBJETIVO**

Brindar atención Psicológica a los pacientes que presentan trastornos de conducta, del desarrollo o emocionales.

### **AREA DE CONSULTA.**

Atención psicológica a los pacientes que:

1. Previamente valorados por Pediatría, requieran la consulta psicológica ya que son , remitidos por medio de interconsultas( Diagrama 1;apendice C).
2. Las diferentes subespecialidades pediátricas también nos remiten por medio de interconsultas (Diagrama 1;Apendice C).

### **AREA DE HOSPITALIZACION.**

Atención psicológica a los pacientes que:

1. Se encuentran en las diferentes áreas de hospitalización, las cuales se darán por medio de interconsultas (Diagrama 1; Apéndice C).

2. Se encuentran en el área de urgencias y terapia intensiva por medio de interconsultas. (Diagrama II, Apéndice C).

## AREAS DEL HOSPITAL QUE REMITEN PACIENTES AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

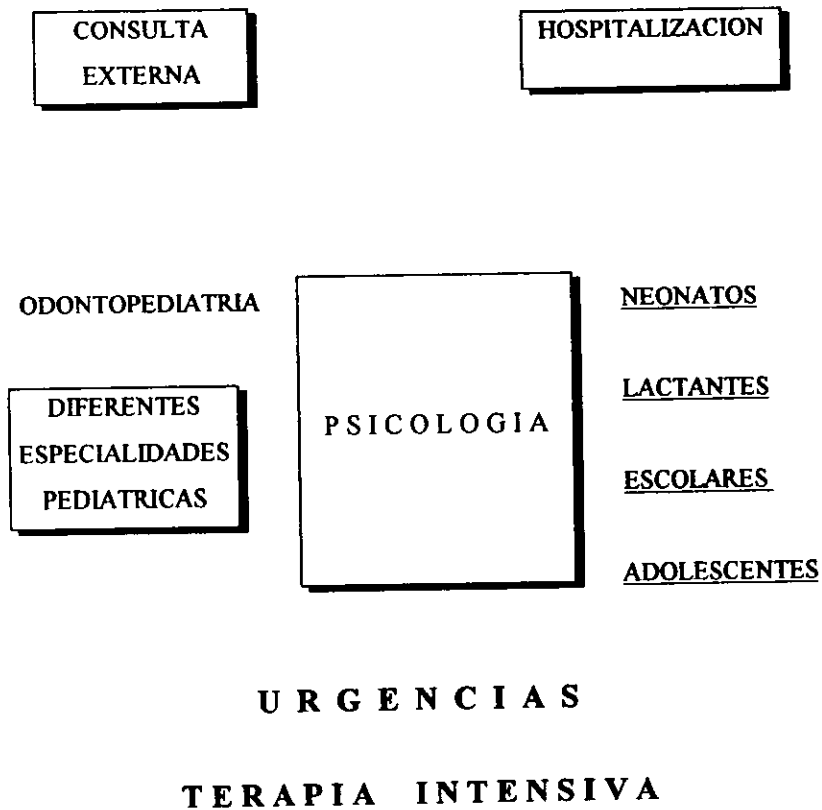


Diagrama II



## ETAPA INICIAL

En la cita subsecuente, a la consulta de primera vez, se llevará a cabo el plan a seguir que requiera cada caso; ya sea estudio Completo (apéndice G); Parcial (apéndice H) o Breve (apéndice I) o solamente Orientación de tipo Psicológica. Nos vamos a dar cuenta que tipo de pruebas vamos a aplicar si son de inteligencia, gestálticas, de madurez o proyectivas.

La integración de los resultados se llevará a cabo con la información recabada de los síntomas del paciente, la ficha de identificación, las pruebas psicológicas y la dinámica general que observamos del paciente, familia, escuela y sociedad para poder así dar un diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.

Si al concluir el estudio observamos la necesidad de canalizar al niño a algún especialista como neurólogo, genetista, endocrinólogo, urólogo u otros, lo remitiremos por medio de interconsultas, anotando la causa con que enviamos al niño en el expediente clínico y psicológico correspondiente (apéndice C).

En todas y cada una de las consultas psicológicas se deberá anotar en los dos expedientes, tanto en el clínico, como en el psicológico, lo que se está trabajando con el niño. En el expediente clínico se informará someramente, pero con el propósito que entienda el médico tratante, la intervención psicológica a la cual el

niño se esta sometiendo para que él también, nos pueda apoyar en el tratamiento; en ocasiones tendremos que entrevistarnos con el médico e intercambiar información para apoyar el tratamiento establecido.

En el expediente Psicológico se va anotar todo lo concerniente a la personalidad del niño como son sus potencialidades, su coeficiente intelectual, sus deficiencias, sus relaciones intra y extrafamiliares, un familiograma para que nos demos una idea rápida de como esta estructurada su familia. Estos expedientes son completamente confidenciales y no pueden salir del departamento de psicología para asi poder asegurar la integridad de los niños y sus familias.

Las consultas tienen una duración de 60 minutos, 40 minutos las utilizamos en la atención del niño y 20 minutos para darles alguna recomendación, orientación o apoyo a sus padres, pues éstos vienen muchas veces desorientados, angustiados y necesitan saber someramente sobre el estado psicológico de su hijo en las etapas iniciales del tratamiento y en las etapas finales se les da una explicación sencilla sobre la conducta problema de su hijo ó hija, así como algunas indicaciones necesarias que debe seguir la familia en casa, como apoyo a su tratamiento.

La comunicación que se tenga con los niños y sus familias debe adecuarse a su formación cultural, económica, social y religiosa.

A continuación se describen A) Las Actividades como son la entrevista psicológica estructurada y semiestructurada; la integración de estudios psicológicos breves parciales y completos. B) Los Instrumentos como son las pruebas psicológicas que utilizamos para la medición de las potencialidades de los niños y niñas y C) Los Materiales y el Equipo con el que se realiza el trabajo el departamento de psicología para atender al niño y sus familias.

## **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL**

### **CONSULTA EXTERNA.**

#### **A) ACTIVIDADES**

- a) CONSULTA DE PRIMERA VEZ.
- b) CONSULTAS SUBSECUENTES.
- c) EXPEDIENTE CLINICO.
- d) EXPEDIENTE PSICOLÓGICO.

**a) CONSULTA DE PRIMERA VEZ.**

Pasos a seguir:

- 1.- Leer el motivo de consulta del expediente clínico pediátrico y el diagnóstico médico.
  
- 2.- Iniciar la apertura del expediente Clínico Psicológico, con el mismo número de expediente Clínico Pediátrico y nombre del paciente.
  
- 3.- Anotar el motivo de consulta Psicológica adecuado, en las hojas de las notas de evolución del expediente clínico y psicológico (apéndice B).
  
- 4.- Establecer una adecuada relación.
  
- 5.- Aplicar la entrevista, estructurada, semi-estructurada o abierta (cuadro 1; apéndice F).  
Dependiendo de cada caso en particular se va a escoger el tipo de entrevista más adecuado.
  
- 6.- Concluir con un diagnóstico presuncional.
  
- 7.- Delinear el tipo de estudio a seguir:

Estudio Completo ó (apéndice G).

Parcial ó (apéndice H).

Breve (apéndice I).

#### b) CONSULTAS SUBSECUENTES.

Estas consultas nos permiten:

- 1°. Seguir evaluando al paciente.
- 2°. Tener una secuencia adecuada del tratamiento.
- 3°. Percatarnos si los signos y síntomas del trastorno psicológico se han modificado.
- 4°. Tomar la decisión de dar de alta al paciente.
- 5°. El número de consultas subsecuentes dependen de cada caso en particular, según la evolución del paciente

Durante la cita de primera vez o subsecuentes, es donde se necesita una valoración cuantitativa del potencial global del paciente por medio de pruebas psicométricas para detectar el coeficiente intelectual, edad maduracional, edad perceptivo visual etc., es necesario descartar toda enfermedad orgánica que pueda interferir con la evaluación psicológica del pequeño, ejemplo: fiebre, enfermedades infecto- contagiosas, virales o bacterianas, dolor, hemorragias, convulsiones, vómitos, mareos, etc. Anotar el motivo de cancelación de la consulta y remitirlo al médico indicado.

c) EXPEDIENTE CLINICO:

En este expediente escribiré una nota breve concisa que no ponga en riesgo la integridad psicológica del paciente, pero al mismo tiempo, que el médico tratante pueda comprender el trastorno psicológico que está afectando al paciente. Estos datos se anotan en las notas de evolución (apéndice B).

d) EXPEDIENTE PSICOLOGICO:

Este expediente tiene la información completa del tratamiento del niño, pruebas aplicadas, notas subsecuentes, apoyos terapéuticos. Este expediente es de carácter confidencial y debe permanecer en el archivo del área psicológica.

Cuando el paciente no asista a su consulta se anotará en los dos expedientes la fecha y la palabra "NO ASISTIÓ" ó "CANCELO" explicando de manera muy breve la causa de su ausencia, en las notas de evolución (apéndice B).

El Departamento de Archivo proporcionará diariamente un registro llamado Hoja de Salud Mental en donde se van a registrar los datos estadísticos como son: número de expediente o folio, edad, sexo; número de consultas de 1era. vez, subsecuentes, número de consultas al año; pacientes rehabilitados, referidos, contrareferidos; diagnósticos; instituciones que los refieren con el objeto de poder

tener datos cuantitativos de los pacientes que acuden al Departamento de Psicología (apéndice D).

En cada expediente psicológico agregaremos el Formato del Sistema Multiaxial del DSM-IV, el cual nos proporciona la técnica adecuada para obtener, organizar y comunicar información que obtuvimos por medio del diagnóstico principal ó motivo de consulta; información la cual recabaremos, clasificaremos, y analizaremos cualitativa y cuantitativamente (apéndice E).

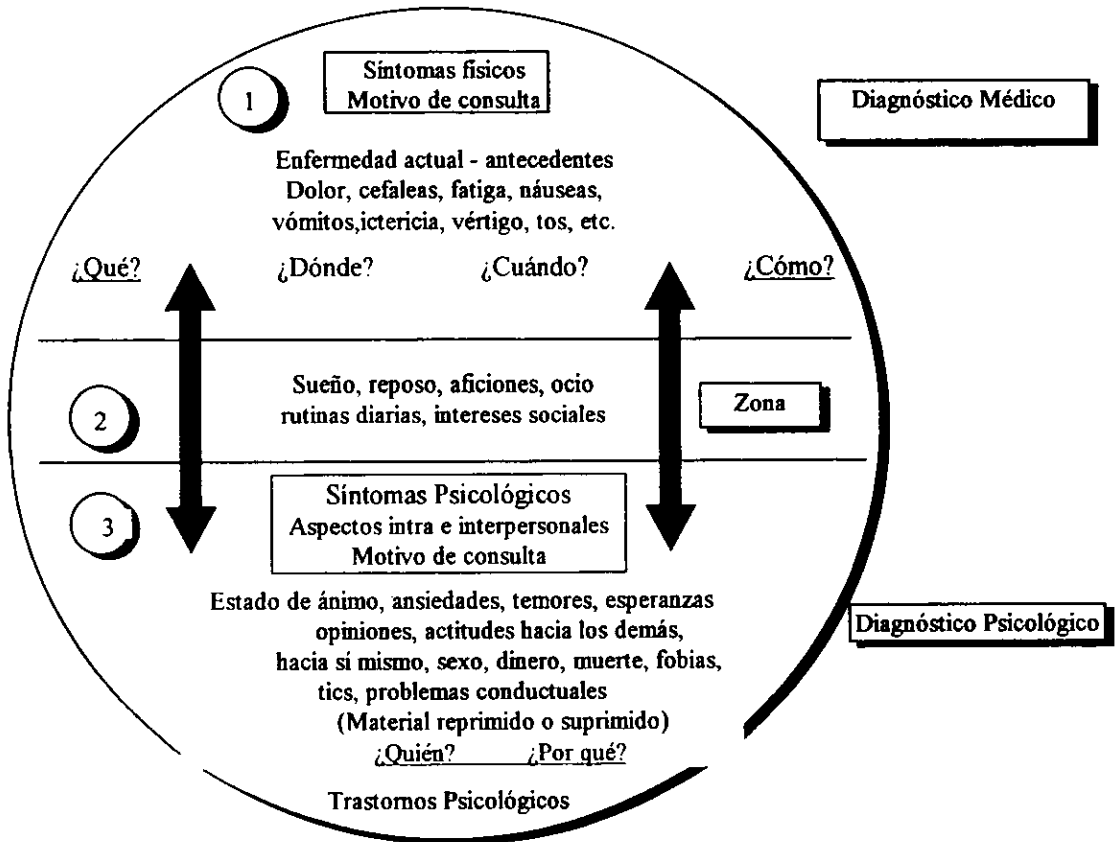
Se integró el Horario del Departamento de Psicología Infantil anotando la hora y día en que se reciben las consultas de primera vez y subsecuentes; también se anotó la hora y día en que se integran los estudios psicológicos y en que tiene que acudir la psicóloga con todo el personal médico y de enfermería a las sesiones generales del hospital. Se puntualiza también la hora que tiene que atender sus consultas del área de hospitalización y urgencias.(apéndice A).

	Directiva, Estructurada, Cerrada	No directiva, asociativa o abierta
Modelo	Modelo médico de enfermedad somática y psicológica	Modelo psicológico de conflicto psicógeno y psiquiátrico
Objetivo	Búsqueda sistemática de elementos patológicos: signos y síntomas	Crear espacio de relación para que el paciente exprese y comunique sus vivencias
Método	Preguntas cerradas; el médico ó psicólogo dirige las preguntas y el paciente contesta afirmativa o negativamente	Preguntas abiertas; se le ofrece un margen amplio al paciente quien escoge las respuestas y el nivel de intercambio (con lo que se evidencia el filtro que aplica al material que está dispuesto a comunicar)
Ejemplos	¿Tienes problemas en tu escuela, con tus papás, amigos? ¿Tienes miedo que tus papas se separen? ¿Tiene dolor de estómago antes de las comidas ¿Tiene temblor por las mañanas? ¿Le cuesta conciliar el sueño?	¿Cómo se siente? ¿A qué atribuye sus molestias? ¿Cree que los demás le podemos ayudar?
Orientación Ventajas	A la enfermedad Evaluación universal y estándar Aporta datos con rapidez Diagnóstico rápido a través de los síntomas	Al enfermo o paciente Permite establecer las bases para la psicoterapia o terapia verbal Proporciona un conocimiento más profundo del paciente (inquietudes, defensas, evitación, temores, etc.)
Inconvenientes	Deja poco espacio a la libre expresión del paciente Aporta poca información acerca de la personalidad del paciente Establece una escasa relación médico-enfermo; psicológicamente	No aporta una recogida sistemática de datos, especialmente de los de tipo orgánico Proporciona información lentamente.
Aplicaciones características	Consultas de urgencias Patología orgánica y psicológica	Patología psicológica o psiquiátrica

EJEMPLO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA Y NO ESTRUCTURADA .

CUADRO I





### ENTREVISTA DEL DOBLE DIAGNOSTICO DE SHOCHET Y LISANSKY

Ante un posible cuadro psicossomático o mixto, la entrevista debe ser más amplia ya que el paciente y sus padres a menudo no asocian su queja a trastornos psicopatológicos y ello demanda una estrategia y frecuentemente más de una

entrevista. Hay diversos métodos de entrevista descritos para estos casos, siendo quizá la más asequible y utilizable para el psicólogo la de Shochet y Lisansky del doble diagnóstico. Esquemáticamente distingue tres zonas de entrevista: 1) Síntomas físicos y motivo de consulta; 2) zona neutra, y 3) aspectos intrapersonales e interpersonales. La zona 1 es el área "segura" por la que se debe empezar la entrevista y que cumple las expectativas iniciales del paciente respecto al médico y psicólogo, permitiendo además a éste formular estimaciones diagnósticas del problema somático. La zona 2 es un área de transición en la que se incluyen temas neutros como: sueño, actividades diarias, hábitos, intereses sociales, etc.; que informan sobre actitudes y relaciones del paciente, de sus padres y su familia. La zona 3 incluye temas más próximos a la persona que consulta y ofrecen la información más relevante para el examen psicopatológico, pero también puede ser la más difícil de abordar; generalmente habrá ciertas resistencias en esta zona pero, otras veces, el paciente se sumerge masivamente en ella. Esta distinción por zonas permite al entrevistador virar de una a otra en función del desarrollo de la entrevista.

## B) INSTRUMENTOS PARA TRABAJAR EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL

### PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA LA EVALUACION INFANTIL.

- a) - Inteligencia (C.I.)
- b) - Madurez
- c) - Gestálticas
- d) - Psicodinámica o Proyectivas
- e) - Psicopedagógicas

#### a) - Pruebas Psicológicas para evaluar la Inteligencia, C.I.

1. Wechsler, WPPSI "Escalas de Inteligencia para los niveles, Preescolar y Primarios". Evalúa: C.I., Edad Mental. (3-6 años)
2. Wechsler, WISC-R. "Escalas de Inteligencia para el nivel Escolar-Revisado". Evalúa: C.I., Edad Mental. (6-16 años)
3. Terman-Merril, "Pruebas de Inteligencia para niños. Stanford Binet, L.M." Evalúa: C.I. y Edad Mental. (2-16 años)
4. Raven, "Prueba de Matrices Progresivas". Escala Especial. Evalúa: C.I. Coeficiente Perceptivo. (5-11 años)
5. Raven, "Prueba de Matrices Progresivas". Escala General. Evalúa: C.I. Cociente Perceptivo. (11 en adelante)

6. Goodenough-Harris, D.F.H. "Dibujo de la Figura Humana". Evalúa: C.I. (Potencialidades) Edad Mental. (5-12 años)

**b) - Pruebas Psicológicas para evaluar el Nivel de Madurez o Edad de Desarrollo.**

1. Gesell, Arnold, "Prueba del Diagnóstico del Desarrollo".  
Evalúa: Desarrollo Motor, Adaptativo, Lenguaje, Personal-Social; Global y Parcial. (1 mes-3 6/2)
2. Denver, "Pruebas del Diagnóstico del Desarrollo".  
Evalúa: Motor Adaptativo, Lenguaje y Personal-Social, Global y Parcial. (1 mes-3 6/12)
3. Goodenough-Koppitz, D.F.H. "Dibujo de la Figura Humana".  
Evalúa: Madurez Mental, Global y Psicodinámica. (5-12 años)

**c) - Pruebas Psicológicas para evaluar el Desarrollo Perceptivo Motriz.**

1. Bender-Escalas, "Prueba-Gestáltica-Visomotora".  
Evalúa: Edad de Madurez Global y Parcial, Lesión Cerebral y Retraso Mental. (5-12 años)
2. Bender-Koppitz "Prueba Gestáltica Visomotora".  
Evalúa: Madurez Mental Global, Lesión Cerebral, Retraso Mental, Psicodinámica.

3. Santucci, "Prueba Gestáltica Visomotora".

Evalúa: Madurez Perceptivo-Motriz (3-6 años)

4. Frostig, Marianne; "Método de la Evaluación Perceptivo-Motriz".

Evalúa: Coeficiente Perceptivo; Edad Perceptivo Motriz Global y Parcial. 1.- ojo-mano, 2.- Discriminación de Formas, 3.- Figura Fondo, 4.- Posición en el espacio, 5.- Relaciones Espaciales.

#### **d) Pruebas Psicológicas para evaluar los Aspectos Psicodinámicos y Proyectivos**

1. Bender-Koppitz "Prueba Gestáltico Visomotora".

Evalúa: Proyecciones, Madurez Mental Global, Lesión Cerebral, Retraso Mental. (5-12 años)

2. Goodenough-Koppitz, D.F.H. "Dibujo de la Figura Humana".

Evalúa: Madurez Mental, Global y Proyectiva. (5-12 años)

3. Bellak, C.A.T., (A) animales y C.A.T., (H) personas. "Prueba de Apercepción temática para niños". Preescolares y Escolares.

Evalúa: Psicodinámica, Proyectiva (3/10 años)

4. Corman, C. "El test del dibujo de la Familia en la Practica Médico Pedadógica".

Evalúa: Psicodinámia, Proyectiva.

**e) - Pruebas Psicopedagógicas para Evaluar Problema Escolar.**

1. Filho, "Prueba del A.B.C."

Evalúa: Nivel de Madurez. 1.- Coordinación Visomotora, 2.- Memoria Inmediata, 3.- Memoria Motora, 4.- Memoria Auditiva, 5.- Memoria Lógica, 6.- Pronunciación, 7.- Coordinación Motora, 8.- Atención y Fatigabilidad.

2. Observación: Escritura, dictado, lectura.

**LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS DETECTAN**

**a) - INTELIGENCIA**

Coficiente Intelectual, C.I., Edad Mental, Parcial y Global, Potencialidades Verbales y Ejecutivas.

**b) - DESARROLLO**

Retraso Psicomotor, del Lenguaje, Adaptativo, Personal Social, Global y Parcial.

**c) - GESTALTICAS-VISOMOTORAS.**

Disfunciones cerebrales, Lesión Cerebral, Madurez Neurológica, Problemas Perceptivo Motrices; del Aprendizaje de la Lectura, Dictado y Escritura.

#### **d) - PRUEBAS PROYECTIVAS O PSICODINAMICAS.**

Problemas emocionales, regresiones, frustraciones, deseos, conflictos internos, miedos, fobias, conflictos parentales, agresión reprimida etc.

Las pruebas psicométricas no se administran en forma rutinaria, sino solo en aquellos casos en que estos estudios representen una ayuda valiosa para el diagnóstico y tratamiento del niño o en casos de investigación en donde que tenga que obtener parámetros precisos de su condición mental.

### **C) MATERIALES Y EQUIPO PARA TRABAJAR EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL.**

Al estar formando un departamento de psicología, es necesario contar con el mobiliario con el que vamos a trabajar y el material de juego y didáctico que necesitamos para la detección, evaluación y tratamiento de los pacientes con trastornos psicológicos.

Mobiliario que necesitamos dentro del consultorio de psicología.

Escritorio	4 sillas
Librero	Máquina de escribir
Juguetero	Computadora
Archivero	

Pruebas psicológicas infantiles. (antes descritas)

El material de juego y didáctico es básico para el trabajo psicoterapéutico con los niños.



### **La selección del juguete adecuado.**

¿Cómo sabe el psicólogo el juguete adecuado para su paciente? El motivo de consulta, el estudio psicológico, y los resultados nos van a dar la pauta de las necesidades terapéuticas tanto didácticas, como de juego. Para cada paciente va a ser diferente, con algunos utilizaremos el dibujo y juego libre y con otros el dibujo y juego estructurado o dirigido.

El compartir con el paciente y su familia, el tiempo que se lleva en realizar el estudio psicológico nos permite y ayuda a seleccionar y equiparar juguetes con los intereses y capacidades del niño en cada nivel de desarrollo y de esta forma el psicólogo está preparado para determinar el tipo de juguete específico para cada caso.

La Psicóloga encargada del Departamento de Psicología tiene la responsabilidad de proporcionar al niño los juguetes adecuados para cada caso según el diagnóstico y tratamiento.

La lista de control para proporcionar los juguetes a los pacientes, nos tiene que contestar unas cuantas preguntas como:

¿Es seguro este juguete para la edad del paciente?

¿Es seguro y no le lastimará físicamente?

¿Contiene pintura tóxica ?

La psicóloga tiene que observar si tiene bordes filosos, partes móviles que pueden pellizcar, juguetes o piezas pequeñas que se puedan tragar.

¿Puede utilizarse el juguete en la terapia del paciente, ayudarlo a madurar emocionalmente, resultándole atractivo y motivante?

¿Puede usar el niño el juguete o material didáctico de diferentes maneras?  
¿Estimula sus habilidades y su imaginación haciéndolo crecer terapéuticamente?

¿Le ayudará a entender sobre él, sobre sus padres o sobre otras personas, sobre la naturaleza o sobre el funcionamiento de las cosas que interactúan con él?

En la terapia individual o de grupo tenemos que escoger el material que nos va a servir para la estimulación temprana integral, para estimular las gnosias, táctiles, visuales, auditivas, olfativas, motoras finas y gruesas.

Tendremos que escoger lo que nos va a ayudar a dar estimulación temprana en el área del lenguaje, como es el soplo, movimiento de lengua, labios, paladar, etc.

Estos ejercicios se pueden dar individuales y en grupo con los niños y los padres.

En las clínicas en las que cooperamos como del niño obeso, diabético, hipotiroideo, manejamos juguetes para estimular sus capacidades, fomentamos la competencia, la importancia del ejercicio, etc.

Con nuestros pacientes con maltrato, abuso sexual, violación, usamos muñecos, a la familia, la casa, la escuela.

A los niños hospitalizados se les da material didáctico y juguetes para que se entretengan, cuando están deprimidos, tristes para que se adapten al medio hospitalario.

Resaltamos de esta forma la importancia que tienen los juguetes y material didáctico sobre el tratamiento integral de los niños en el departamento de psicología infantil.

A continuación daremos una lista del material de juego y didáctico necesario para llevar a cabo el tratamiento psicológico integral de los pacientes en el departamento de psicología en el área hospitalaria infantil.

#### **a) MOBILIARIO**

- |            |                        |                       |
|------------|------------------------|-----------------------|
| • 1 Mesita | • 2 Periqueras         | • 1 Pizarrón de 1 m x |
| • 5 Sillas | • 1 Espejo de 1m x 1 m | 1.50                  |

- 1 Franelograma de 1 m x 1.50 m
- 2 Colchonetas de 1m x 1m
- 2 Colchonetas de 1 m x 1.80 m
- 1 Caja de gises blancos
- 1 Cajas de gises de colores
- 2 Borradores para pizarrón
- 1 Corralito
- 2 Móviles para colgar, de colores vivos
- 2 Cronómetros
- 1 Tina de baño para bebé (de plástico)
- 2 Entrenadores de plástico para defecar
- 1 Ventilador

#### **b) INSTRUMENTOS MUSICALES**

- 5 Pares de maracas
- 5 Juegos de claves
- 2 Bongos
- 5 Flautas de carrizo
- 5 Flautas de metal
- 5 Silbatos de diferentes formas y tamaños
- 5 Pares de Castañuelas
- 5 Triángulos
- 5 Pares de Crótalos
- Cascabel
- 5 Campanas de Metal
- 5 Sonajas llamativas
- 5 Armónicas
- 5 Trompetas
- 5 Panderetas
- 5 Tambores
- 5 Güiros

#### **c) MATERIAL PEDAGOGICO**

- 1 Grabadora

- Cassettes para grabar sonidos habituales
- Cassettes con música para niños, rondas infantiles, canciones de Cri-Cri,
- Melodías infantiles tocadas y grabadas por diferentes instrumentos musicales
- Cuentos infantiles con colores llamativos y muy pocas letras
- 10 Rompecabezas de las partes de la cara, de madera
- 10 pares de agujetas de colores
- Figuras geométricas de madera
- Varios Juegos de letras o abecedarios de diferentes tamaños y colores,
- Mayúsculas y Minúsculas
- 5 Juegos de plastilinas de diferentes colores
- Dados de diferentes formas y tamaños de madera y plástico
- 2 Juegos de memorama
- 3 Juegos de barajas habituales y de figuras

#### **d) MATERIAL PEDAGOGICO**

- Cuadernos tipo álbum
- 10 Reglas de diferentes tamaños y longitud
- Hojas blancas tamaño carta
- 5 Cajas de Crayolas Jumbo
- 5 Cajas de Crayolas Normales
- 5 Cajas de lápices
- 5 Cajas de lápices de colores de madera
- 5 Cajas de colores de agua
- Colores para pintar con los dedos
- 10 Bicolores
- 5 juegos de plumones
- 10 Cuadernos de dibujo tamaño profesional
- Libros educativos piensa, razona y juega, del 1 al 6.
- Títeres para meter la mano

## e) MATERIAL PEDAGOGICO

- Papel Lustre, terciopelo y lija de varios colores
- 20 estambres gruesos de diferentes colores
- Diamantina de diferentes colores
- lentejuela de diferentes colores
- 10 Botellas de pegamento
- Tela adhesiva
- Cinta Scotch
- 20 velas gruesas
- 2 encendedores
- 10 cajas de cerillos
- 5 tazas de plástico
- 5 Vasos de plástico de diferentes colores
- 5 Cucharas
- 5 Cajas de popotes transparentes de plástico
- 1 bolsa de confeti
- 10 rehiletes
- 2 bolsas de espanta-suegras
- 10 punzones
- 2 bolsas de globos medianos blandos
- Dominós de figuras y dominós tradicionales
- 5 cepillos para el pelo
- 5 peines de diferentes formas y tamaños
- 2 espejos para mirarse toda la cara
- juguetes para empujar-tirar
- juguetes para apilar
- juegos de lotería
- juegos de serpientes y escaleras
- juegos de memorama de dos y tres claves
- dados de diferentes tamaños de madera y plástico
- moldes de figuras geométricas para empotrar
- 5 juegos de ensartado
- 5 juegos de encajado
- 5 juegos de entresaques
- 5 juegos de armar
- 5 juegos de ensamblar
- 5 juegos de enhebrado
- 5 tijeras para recortar punta redonda
- 2 tijeras grandes para cortar
- Figuras de animales
- Figuras de frutas

- juegos de madera de diferentes formas y tamaños
- 1 juego de té
- 5 muñecas
- 1 reloj de juguete
- 2 teléfonos
- 5 carros
- 5 camiones
- 5 trenes
- 5 tractores
- 1 casa amueblada
- 1 granja equipada
- juguetes para montar
- 5 pelotas iguales de tamaño y color (tamaño fútbol)
- 5 pelotas de diferentes tamaños
- 1 pelota grande
- 100 canicas de diferentes colores de 10 en 10
- 5 cuerdas para brincar

### **g) MATERIAL PARA PREMIAR A LOS NIÑOS**

- Dulces como:
- Bolsas de paletas
- Bolsa de dulces como grageas de chocolate y chochitos
- Bolsas de pasas
  
- Bolsa de pastillas como salvavidas
- 5 bolsas de estrellitas de diferentes colores
- sellos para motivar



# **CAPITULO VII**

## **EVALUACION**

### **PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Se efectuó una revisión de 100 expedientes psicológicos y clínico , con el propósito de conocer los Trastornos Psicológicos más frecuentes detectados a los pacientes que acuden al Departamento de Psicología Infantil de Tamaulipas.

#### **Metodología**

Se realizó una revisión con las siguientes características: retrospectiva, observacional, descriptiva, con técnica de investigación social cualitativa. Obteniéndose los resultados por medio de porcentajes.

#### **Instrumentos**

Se revisaron 100 expedientes psicológicos del archivo del Departamento de Psicología Infantil de Tamaulipas al mismo tiempo se corroboró el Motivo de Consulta con los expedientes médicos. La selección de expedientes se efectuó por medio del azar, tomándose expedientes del año de 1997.

Del expediente médico y psicológico de los cuales se obtuvieron el Diagnóstico Principal o Motivo de Consulta, se recabaron las siguientes características sociodemográficas de los pacientes y de sus padres como son:

Pacientes: Procedencia; ver fig. 2	Quien lo remite a consulta; fig 3
Sexo; fig. 4 y 5	Edad; fig. 6, 7 y 8
Nivel escolar; fig. 9 y 10	Tipo de enseñanza; fig. 11 y 12
Padres y Madres: Edad promedio; fig. 13	
Madres; edad fig. 14	Padres; edad fig. 17
Nivel escolar; fig. 15	Nivel escolar; fig. 18
Ocupación; fig. 16	Ocupación; fig. 19
Estado Civil de las parejas: fig. 20	

El Diagnóstico Principal o Motivo de Consulta constituye el principal objeto de atención o tratamiento, concentrándose en el área de la consulta externa y la mayor parte de los casos son de asistencia ambulatoria. Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un paciente, el Diagnóstico Principal corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal del ingreso (Ver tablas de la 1 a la 27 y gráficas I, II y III).

En cada expediente psicológico tenemos un formato del Sistema Multiaxial, el cual nos proporciona una técnica adecuada para organizar y comunicar información clínica; por medio de ésta obtuvimos el Diagnóstico Principal o Motivo

de Consulta, el cual recabamos, clasificamos y analizamos cualitativamente. (apéndice <sup>E</sup> ).

La Evaluación Multiaxial, implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial del DSM-IV, se incluyen 5 ejes:

EJE I. Trastornos Clínicos.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

EJE. II .Trastornos de la Personalidad.

Retraso mental.

EJE III. Enfermedades Médicas.

EJE IV. Problemas Psicosociales y Ambientales.

EJE V. Evaluación de la Actividad Global.

Se recabó información de cada caso, anotándose los dos códigos que poseen la mayoría de los trastornos del DSM-IV.

- I) Precediendo al nombre del trastorno, el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión. (CIE-10).
- II) El nombre o clasificación de cada Trastorno.

III) Detrás del nombre de cada trastorno, entre corchetes, el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CI-9-MC).

Hay casos en donde tenemos que indicar "incertidumbre diagnóstica", por no tener información suficiente para formular algún juicio diagnóstico, sobre un trastorno mental; en los ejes I, II y III.

Las especificaciones de Leve, Moderado y Grave se aplica a los trastornos de los ejes I, II y III.

**Leve.-** Son pocos o ninguno, los síntomas que exceden a los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social y laboral.

**Moderado.-** Existen síntomas o deterioro funcional situados entre "leve" y "grave".

**Grave.-** Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social y laboral.

Respecto a la clasificación y detección del Retraso Mental se usó la batería de pruebas psicológicas para evaluar el Coeficiente Intelectual, C.I. y Edad de Desarrollo que se utilizan en éste departamento, las cuales son:

WPPSI; WISC.- R; Terman - Merrill; Raven, Escala Especial y General; Goodenough - Harris y Koppitz; Gesell; Denver; Bender Koppitz.

La aplicación de éstas pruebas depende de la edad del niño y padecimiento medico y psicológico.

El DSM-IV nos da una clasificación en la cual englobamos al Retraso Mental según su GRAVEDAD.

Pueden especificarse 4 grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve o ligero, moderado, grave o severo y profundo.

Retraso	Mental	Leve: C.I.	entre 50-55 y aprox. 70. "Educable".
Retraso	Mental	Moderado: C.I.	entre 35-40 y 50-55 "Adiestrable":
Retraso	Mental	Grave: C.I.	entre 20-25 y 35-40. "Supervisados":
Retraso	Mental	Profundo: C.I.	inferior a 20-25. "Estrechamente, Supervisados y Protegidos":

Retraso Mental no - especificado: información insuficiente, diagnostico aplazado.

## CAPITULO VIII

### ANALISIS DE RESULTADOS

#### DE LAS GRAFICAS SUBSECUENTES

El lugar de procedencia de la mayoría de los pacientes con un 73% es del área suburbana de Ciudad Victoria Tamaulipas, que es donde está ubicado el hospital. El 3% de los pacientes vienen de Hidalgo, Reynosa y San Fernando. El 2% acuden de Mante y Xicotencatl. El 2% de Mexicali, Baja California. El 8% restante corresponde a diferentes entidades del estado de Tamaulipas. (fig. 2).

En cuanto al porcentaje de pacientes tratados que los profesionales nos canalizan, están en primer lugar los Pediatras en un 43% , siendo estos los que nos canalizan más pacientes. En segundo lugar se encuentran los Endocrinólogos con un 17% y en tercer lugar los Neurólogos y las Madres de familia con un 9%. Con un 6% se encuentran los médicos residentes y los maestros.

Los Pediatras tienen un conocimiento amplio acerca del desarrollo normal y anormal del niño lo que facilita la tarea para su detección precoz, canalizando oportunamente a los niños para su atención psicológica.

Los Endocrinólogos al detectar alguna disfunción en las glándulas endocrinas o en el metabolismo que esté afectando el desarrollo general del niño, éste es enviado para su valoración y tratamiento psicológico.

El neurólogo envía pacientes con diferentes afecciones en el sistema nervioso central que van a repercutir seriamente en su desarrollo general de los niños como son: micro y macrocefalia, infecciones en las meninges, epilepsia, algún retraso o déficit en el curso de su desarrollo. (figura 3).

Los niños que asisten al departamento de psicología el 56% son del sexo Masculino y el 44% femenino . Con un 12% de prevalencia en el sexo masculino. (fig. 4)

El sexo que prevalece en las diferentes edades, es el masculino.

Lactantes : 8 masculinos ; 9 femeninos

Preescolares : 11 masculinos ; 9 femeninos

Escolares : 25 masculinos ; 19 femeninos

Adolescentes: 9 masculinos ; 8 femeninos

( fig. 5 )

La clasificación según la edad de los niños que asisten a consulta es la siguiente:

Lactantes: 0-3 años con asistencia de un 17%

Preescolares: 3-6 años con una asistencia del 20%

Escolares: 6-12 años con una asistencia del 45%.

Adolescentes: 12-18 años con una asistencia del 17%.

En la edad escolar es donde más asistencia tenemos con un 45%, esto se debe al inicio de la escolaridad.

En nuestro medio el aprendizaje escolar comienza a los 6 años, pone al niño frente a nuevos retos y obligaciones que se añaden a las familiares, pues se le obliga a enfrentarse a un medio desconocido. El niño que haya presentado problemas en las etapas anteriores, verá estos acentuados en el nuevo ambiente. Las dificultades de aprendizaje debido a inmadurez neurológica, psicológica o de personalidad, le resultarán insalvables, presentando nuevos síntomas como fracaso escolar, el cual se manifestará por medio de angustia y una fuerte demanda de ayuda psicológica (fig. 6).

La edad promedio de los pacientes es:

Lactantes: 9/12 meses.

Preescolares: 4 años, 3/12 meses.

Escolares: 8 años 2/12 meses.

Adolescentes: 13 años.

La edad promedio es de 8 años 2/12 meses es la que pertenece a escolares. a esta edad es cuando nos canalizan el mayor número de niños, pues los envían sus maestros porque detectan serios problemas de aprendizaje. Estos pequeños ya



reprobaron 1 o 2 años porque no aprenden a leer, ni a escribir y el área del cálculo no la desarrollan. Son niños "flojos, distraídos, llorones, juguetones o agresivos". Son muchas las formas que el niño muestra su aversión y dificultad para aprender. Entre ellas están las fobias, ansiedad, negativismo. Entre los 8 y 10 años, se da sobre todo el fracaso global. Aunque algunas de estas dificultades, pueden deberse a errores pedagógicos pero en la mayoría de los casos son factores orgánicos y/o psicológicos en los que tenemos que intervenir como profesionistas. (fig. 7 y 8).

Por otro lado el nivel escolar de los pacientes que asisten a primaria es del 51%, siendo este porcentaje la mitad de nuestra población en estudio.

Los Menores de 3 años, que no asisten a la escuela: 17%.

Asisten al Cendi: 1%.

Preescolar: 20%.

Primaria: 51%.

Secundaria: 10%.

Preparatoria: 1%.

Las dificultades que habían podido pasar inadvertidas a la familia por desconocimiento o porque hayan sido negadas hasta el momento, se harán manifiestas en la escuela bajo la forma de trastornos de aprendizaje y/o de conducta y/u orgánicos o de todos los tipos simultáneamente. (fig. 9).

Observamos que solo un niño de nuestra población asiste al Cendi o estancia infantil, esto se debe como más adelante veremos que la mayoría de las madres son amas de casa, se dedican al cuidado de sus niños, no trabajan fuera del hogar y no tienen suficientes medios económicos para pagar este tipo de institución.

El 20% de los pequeños son canalizados por de los jardines de niños, detectando tempranamente problemas de adaptación a la escuela. El jardín de niños representa una separación importante de la familia y sobre todo, de la madre. EL grado de adaptación a ella dependerá como haya superado las fases anteriores de socialización. A los niños muy ligados a su madre les resulta muy difíciles separarse de ella. Pueden reaccionar con crisis de ansiedad y negarse a asistir a la escuela, (fobia escolar). Pueden presentar regresiones a etapas anteriores, como la aparición de síntomas como: enuresis, encopresis, trastornos de lenguaje, perturbaciones durante los alimentos y dificultades durante el sueño.

Los adolescentes que cursan el Nivel de preparatoria o técnico poco acuden a consulta, solo se registró un caso en este estudio, aunque tengan problemas de aprendizaje y conducta, se niegan a asistir por prejuicios, falta de información, dificultad de relación y comunicación con sus padres. (fig. 10)

La mayoría de nuestros pacientes, un 81%, asisten a escuelas que pertenecen a la Secretaría de Educación Pública. En el área urbana de Ciudad Victoria.

encontramos escuelas y maestros con diferente grado y nivel de preparación, desde excelentes hasta deficientes. El problema grave se encuentra en el área de la periferia de la ciudad y más grave aún en el, área rural, en donde la mayoría de las ocasiones la enseñanza es sumamente deficiente, en asistencia de los maestros y alumnos así como en la técnica de enseñanza, aunado a esto, la falta de la alimentación suficiente y nutritiva. La disfunción familiar y el alto grado de alcoholismo, son factores desbastadores para un buen aprovechamiento escolar.

Todos estos aspectos se tienen que tomar en cuenta al tener un paciente en nuestra consulta con problemas de aprendizaje, además de los problemas orgánicos.

Asisten a escuelas de Educación Especial 5 de los niños, los cuales no han sido valorados en aquellas Instituciones o los padres de familia por su necesidad de tener y oír otra opinión, los llevan a consulta.

El neurólogo los valora, si necesitan un electroencefalograma, o potenciales evocados auditivos o visuales o un TAC. (Tomografía Axial Computarizada) y/o Resonancia Magnética.

El pequeño tiene que pasar por el equipo médico multidisciplinario para su valoración integral. Psicología lo valora por medio de la observación, la entrevista clínica psicológica y las pruebas pertinentes para cada caso. (fig. 11 y 12).

La edad promedio de los padres es de 37 años y de las madres 32 años, con una diferencia de 5 años. Estos progenitores se encuentran, en la edad Adulta Media, en la cual ya tienen varios años de casados y varios hijos. La comunicación que tengamos con ellos se debe adecuar a este ciclo vital. (fig. 13).

En la Tercera década de la vida se encuentran ubicadas 43 madres, que corresponde al lapso entre 17 y 19 años. Las más grandes de edad, se encuentran entre 50 y 51 años siendo estas 3.

Es básico tomar en cuenta la edad de las madres con las que estamos tratando, pues de esto va a depender el tipo de información que vamos a manejar.

A las madres muy jóvenes, se les da orientación adicional sobre los aspectos de establecimiento de hábitos en los niños: higiene general, durante el sueño, la alimentación, la eliminación de esfínteres y la participación con el niño en su tiempo libre. Nuestro trabajo consiste en incrementar la autoestima, el sentido de responsabilidad y mejorar la relación dual madre-hijo.

El ciclo vital de las madres que se encuentran en la edad de la Adulthood Tardía, además de darle indicaciones sobre el problema de su hijo, por lo general adolescente, en ocasiones se tiene que dar consejo sobre: la angustia, depresión, inestabilidad, baja autoestima, falta de información veraz que con lleva la edad que corresponde a la menopausia.

Los cambios hormonales tanto del adolescente como de las madres se entrelazan y confunden, nuestra labor es ayudarlos a mejorar las relaciones y la comunicación. (fig. 14).

Observamos que el nivel escolar de las madres es muy bajo, 42% terminaron Primaria, que es casi la mitad de nuestra población estudiada. Encontramos 7% analfabetas, cantidad que completa el 50% del total. 27% completo el nivel Secundario y 8% el nivel técnico. Solo tenemos un 10% de madres profesionistas.

La orientación y comunicación que tengamos con las madres de bajo nivel educativo o analfabetas va tener que ser muy clara, objetiva, con un lenguaje sencillo y comprensible. Los conceptos deben ser cortos a base de órdenes, si se puede escritas; con la salvedad de indicarles que busquen ayuda en su región o comunidad con personas que tengan más escolaridad. Estas madres con frecuencia no siguen las indicaciones dadas ni médicas, ni psicológicas, interrumpen los tratamientos, los dan intermitentemente por lo general son personas pasivas.

dependientes, con unas autoestima muy baja. Se les tiene que estimular mucho, para lograr el mayor beneficio para su hijo.

Las madres profesionistas son más activas, comunicativas, receptivas con actitudes defensivas veladas. La información que se maneje tiene que adecuarse a cada caso. En ocasiones a estas madres les queda poco tiempo para estar con el niño y se les da orientación sobre el problema y como organizar el tiempo libre. Cuando el niño tiene deficiencias en alguna área del desarrollo, las expectativas de la madre se desvanecen y reacciona sobreprotegiéndolo o delegando la atención a otra persona; siendo estas actitudes, formas enmascaradas de rechazo ó negación. Nuestra labor consiste en mejorar la relación con el niño y hacerla consciente del problema para que lo acepte y se pueda dar el cambio que necesitamos generar. (fig. 15).

Las Labores del Hogar es la ocupación que tienen la mayoría de las madres de la muestra con un 59%, estas son dependientes económicamente del marido, de sus padres o de sus suegros. Forman parte de las familias trigeracionales según Minuchin (1968), la cual está compuesta por abuelos, padres y nietos. El trabajo de estas mujeres dentro de la casa por lo general es un trabajo silencioso, que se tiene que hacer por obligación , tradición, poco reconocido y sin remuneración económica.

Tenemos a las empleadas de gobierno con un 18%, estos trabajos son de 8 horas, con el sueldo mínimo. Estas madres tienen que llegar a su casa y cumplir con doble jornada de trabajo. Con ellas se puede dar orientación más fácilmente pues no existe tanta influencia intrafamiliar, pues ellas son más independientes económicamente y son capaces de tomar decisiones.

Con un 10% tenemos madres con muy bajo nivel escolar, social y económico. Ellas trabajan en el servicio doméstico por lo general son jornadas de 8 horas o toda la semana por esta razón no ven a sus hijos por muchas horas, quedando al cuidado de vecinos o familiares. Como ellas no tienen el control absoluto de la educación y cuidado de sus pequeños, la autoridad se delega, existiendo varias figuras de autoridad e educación inconsistente.

Tenemos el 10% de madres con Licenciatura con las cuales la comunicación y el tipo de defensas cambia según el caso (fig 16)

La edad promedio de los padres es de 36 años. El rango de edad se encuentra entre 30 y 39 años, siendo este, el que tiene el mayor número de padres que es el 34%. Según Erikson (1976) la adultez, es la edad en donde se genera la preocupación por establecer y guiar a una nueva generación. El rango de menor edad es el de 22 a 29 años con un 26%. El de mayor edad es del de 50 a 67 años con

tan solo un 9%. Llega a esta etapa después de haber cuidado a los demás, personas y cosas, se han vivido triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres.

Los papás por lo general no asisten a consulta con el niño, es la mamá la encargada de llevarlo, si se le manda llamar por ser generador de conflictos en el pequeño y es necesario darle orientación para que se produzcan cambios positivos en el tratamiento, él difícilmente acude, poniendo como pretextos, el trabajo, no tener tiempo, estar consiguiendo dinero o es un padre ausente del que en muchas ocasiones tenemos que prescindir. (fig. 17)

En los datos encontramos que los padres cursaron Primaria o menos del 5° año en un 65%.

Comparando los datos obtenidos con los de las madres encontramos:

Analfabetismo en los padres en un 2%, en las madres con un 7%.

Estudiaron 5° año o menos, los padres con un 39%.

Terminaron el nivel primaria, los padres con un 24% y las madres con un 42%.

Terminaron el nivel secundaria, los padres con 9% y las madres con un 27%.



Terminaron el nivel técnico, los padres con un 7% y las madres con un 8% Terminaron el nivel profesional con el mismo porcentaje que es el 10% tanto los padres como las madres.

Analizando estos resultados observamos que las madres tienen mayor grado de escolaridad que los padres. ( fig. 18 )

Respecto a la ocupación de los padres observamos que son trabajos eventuales como el de jornaleros con un 17% ocupando el primer lugar, siguiendo los obreros que trabajan en maquiladoras por contrato, el cual se los renuevan cada tres meses, con un 13%. Con un porcentaje del 10% cada uno, se encuentran los empleados de gobierno y profesionistas, siendo los únicos que ganan el sueldo mínimo o más. El 38% restante lo ocupan los albañiles, choferes, comerciantes, vendedores ambulantes, policías y campesinos los cuales tienen una ganancia inferior al sueldo mínimo, considerándose jefes de familias de nivel socioeconómico muy bajo, sin seguro médico, ni prestaciones sociales de ninguna especie. (fig. 19).

Respecto al el estado civil de las parejas se encontró que el 51% de éstas, están casadas por lo civil y el 49% restante son familias desintegradas, con inestabilidad emocional importante entre sus miembros y falta de apoyo entre la pareja. Un 24% de estas parejas viven en unión libre, el hombre es generalmente el que no se quiere casar. Si registra a sus hijos, pero cuando tiene problemas abandona

a la mujer y a los niños. Es la madre la que finalmente se hace responsable de la familia.

En la muestra que obtuvimos un 8% son madres solteras, las cuales han sido abandonadas, rechazadas o viven a la sombra de otra familia. Algunas de ellas viven con sus padres o dejan a los niños a su cuidado, teniendo que salirse a trabajar para sostener a sus vástagos. EL 6% de las parejas están separados o divorciados, quedando la madre nuevamente responsable del mantenimiento familiar. (fig. 20)





## QUIEN REMITE A CONSULTA A LOS NIÑOS CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

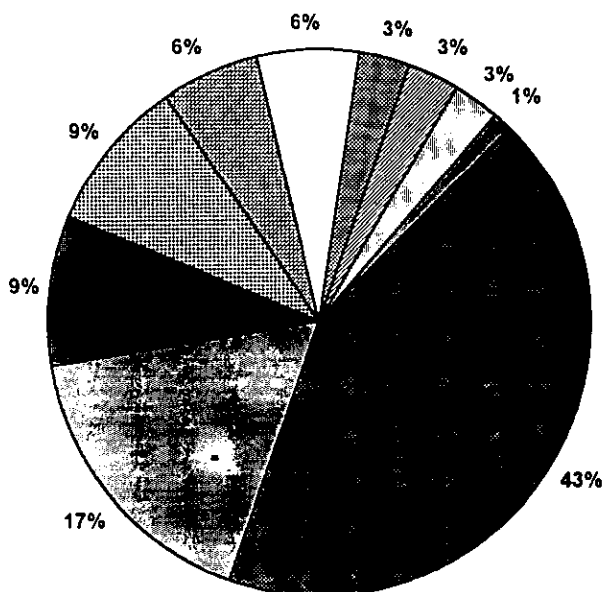
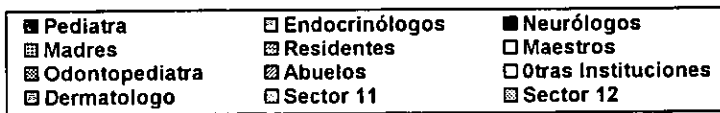


Fig. 3

## SEXO DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

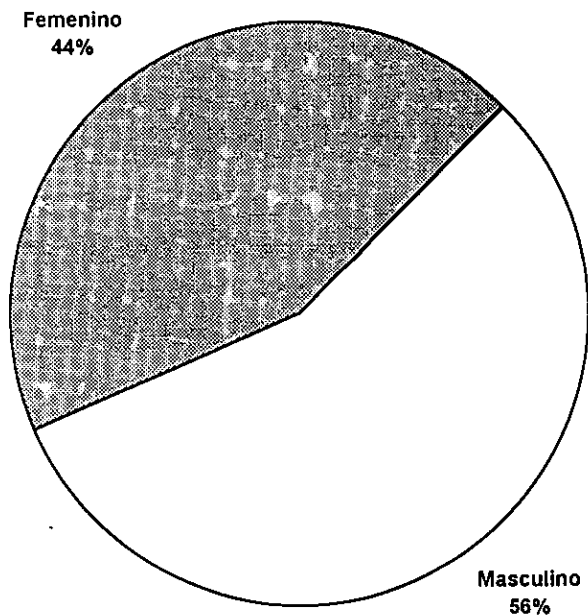


Fig. 4

## SEXO QUE PREVALECE EN LAS DIFERENTES EDADES

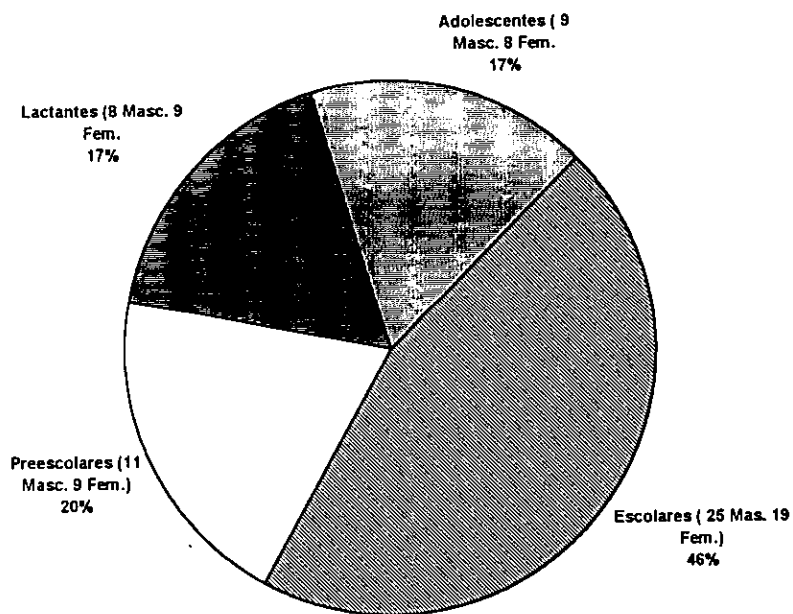


Fig. 5

## EDAD DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

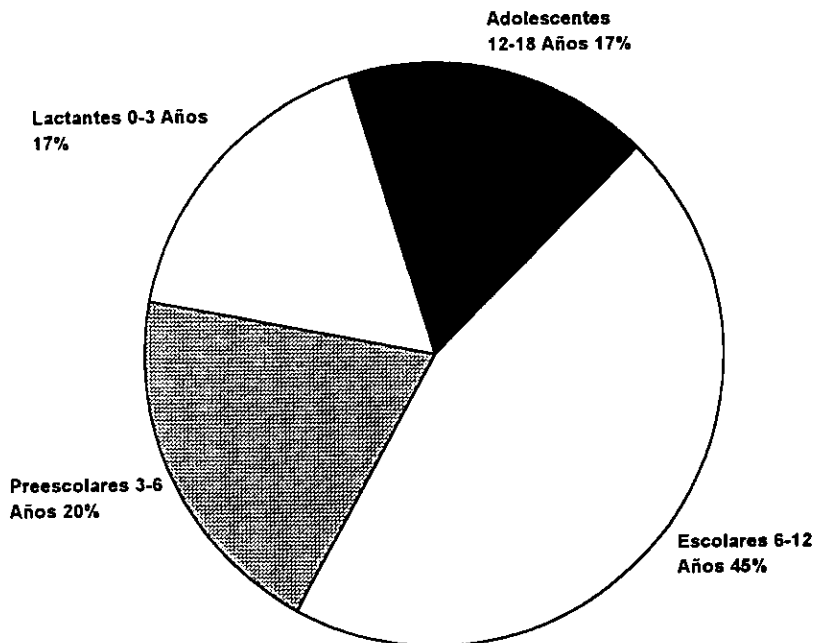
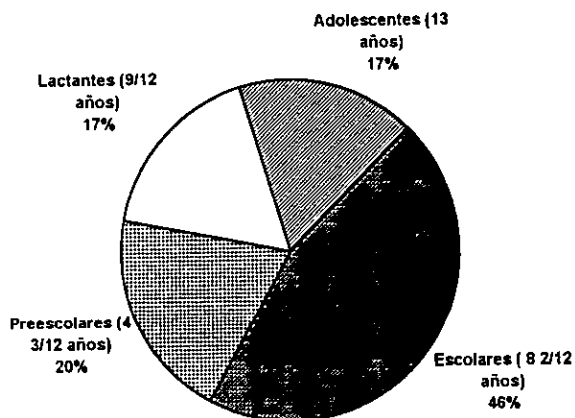


Fig. 6



## EDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



LACTANTES	PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES
0-6/12 8	3 AÑOS - 3 6/12 3	6 AÑOS - 6 11/12 10	12 AÑOS - 12 11/12 6
7/12 - 1 AÑO 2	3 7/12 - 4 AÑOS 5	7 AÑOS - 7 11/12 10	13 AÑOS - 13 11/12 4
1 1/12 - 1 6/12 3	4 1/12 - 4 6/16 2	8 AÑOS - 8 11/12 9	14 AÑOS - 14 11/12 2
17/12 - 2 AÑOS 1	4 7/12 - 5 AÑOS 4	9 AÑOS - 9 11/12 9	15 AÑOS - 15 11/12 3
2 1/12 - 2 6/12 3	5 1/12 - 5 6/12 4	10 AÑOS - 10 11/12 3	16 AÑOS - 16 11/12 2
2 7/12 - 3 AÑOS 0	5 7/12 - 6 AÑOS 2	11 AÑOS - 11 11/12 4	17 AÑOS - 17 11/12 0

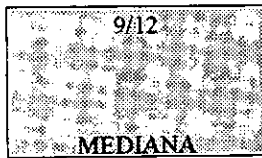
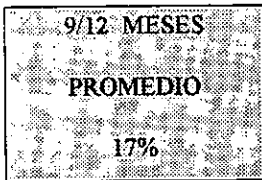
Fig. 7

# EDAD PROMEDIO

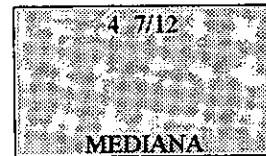
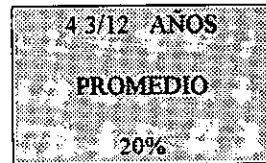
## DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO

### DE PSICOLOGIA

#### LACTANTES



#### PREESCOLARES



#### ESCOLARES



#### ADOLESCENTES

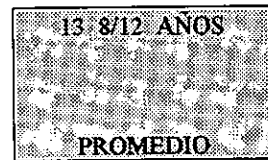


Fig 8

## NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA PSICOLOGICA

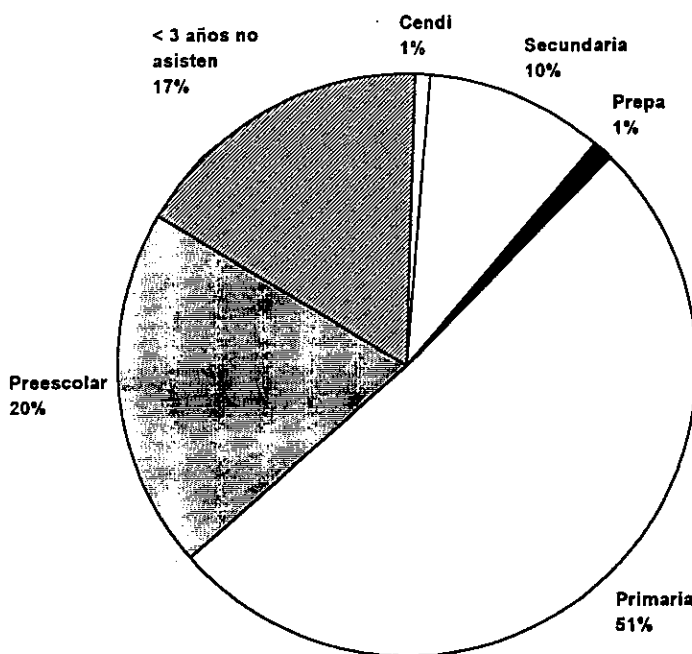
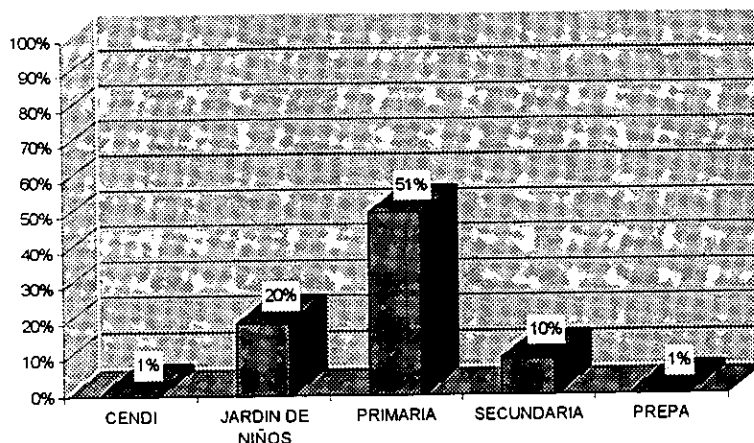


Fig. 9

## NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA PSICOLOGICA



### PRIMARIA

1 <sup>ER</sup> AÑO	15
2 <sup>DO</sup> AÑO	20
3 <sup>ER</sup> AÑO	6
4 <sup>TO</sup> AÑO	4
5 <sup>TO</sup> AÑO	5
6 <sup>TO</sup> AÑO	1
	51

Fig. 10

# TIPO DE ENSEÑANZA

SEP PARTICULAR EDUC. ESPECIAL

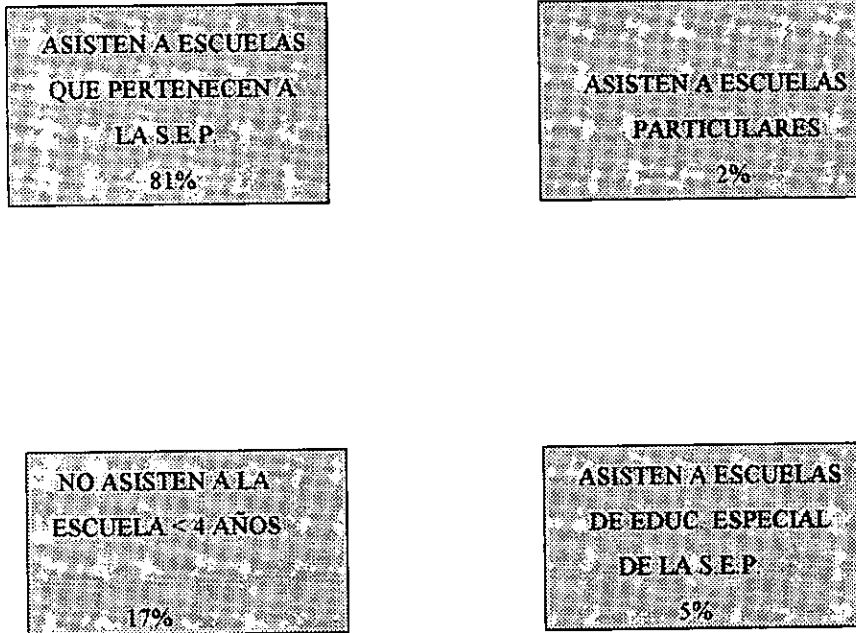


Fig. 11

## TIPO DE ENSEÑANZA

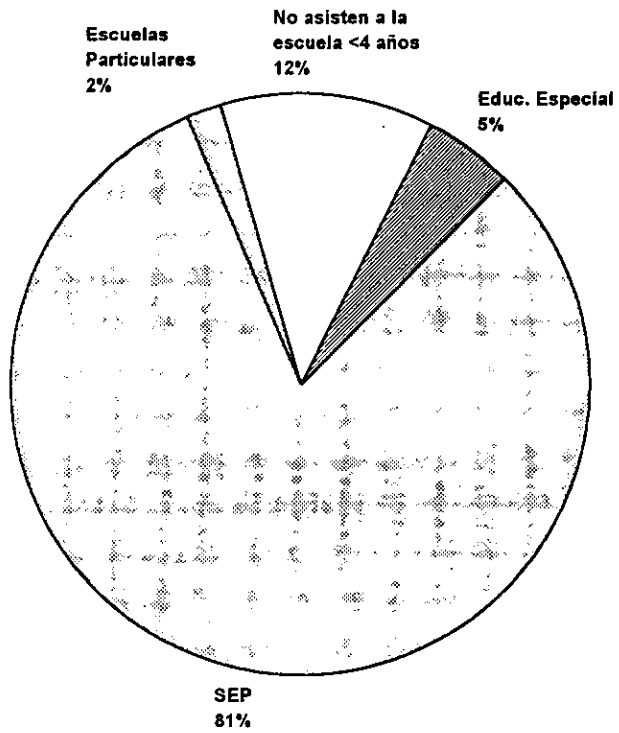


Fig. 12

**EDAD PROMEDIO  
DE LOS PADRES Y MADRES**

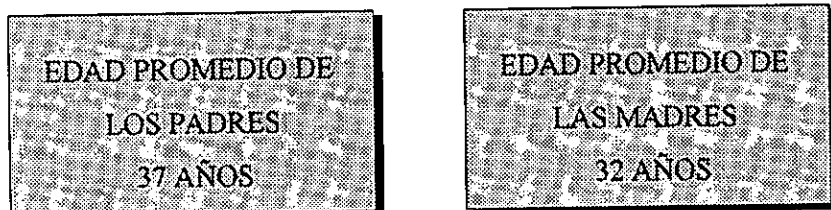


Fig. 13

## EDAD PROMEDIO DE LAS MADRES

PROMEDIO DE  
LA EDAD  
32.2

MEDIANA  
33 AÑOS

17-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-51 AÑOS	SIN INFORMACIÓN
2	31	43	15	3	6

Fig. 14



## NIVEL ESCOLAR DE LAS MADRES

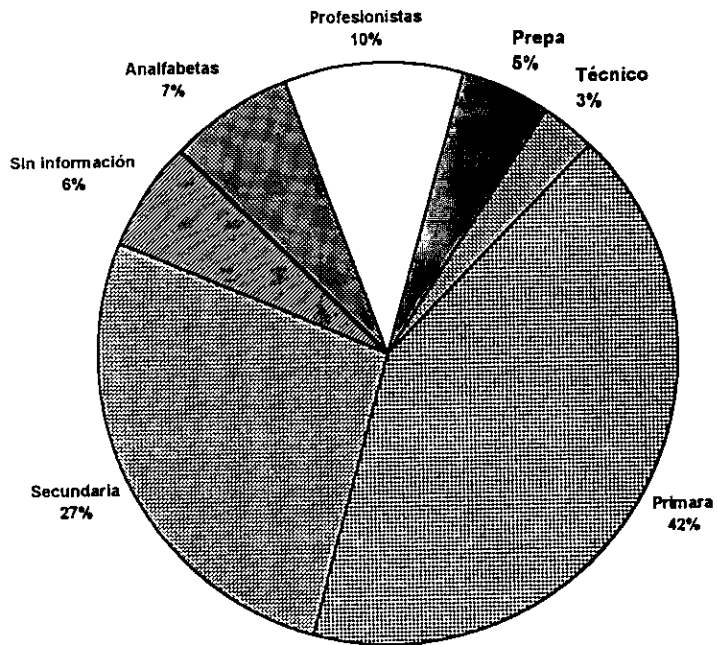


Fig. 15

## OCUPACION DE LAS MADRES

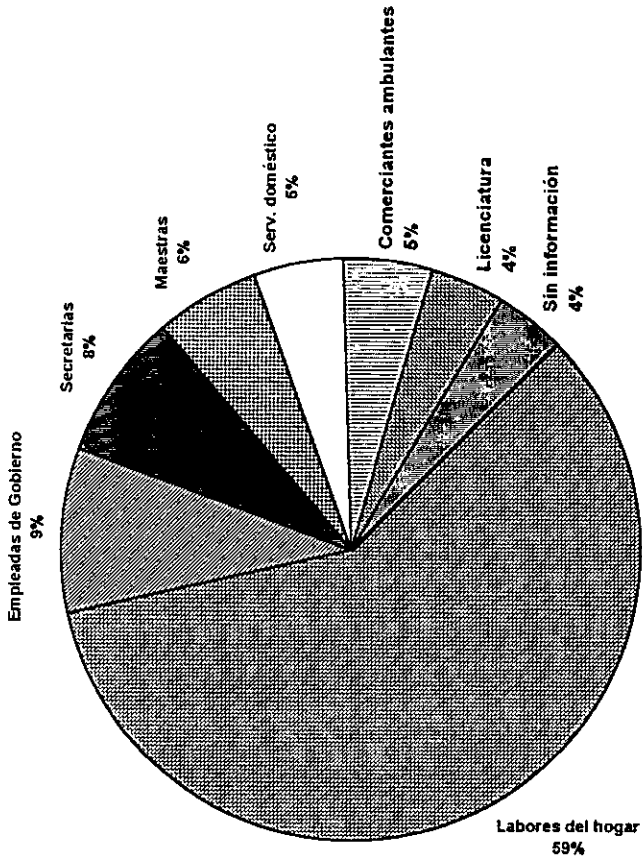
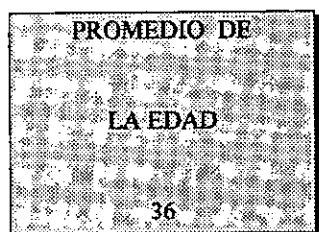


Fig. 16

# EDAD

## DE PROMEDIO DE LOS PADRES



22-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-67 AÑOS	SIN INFORMACIÓN
26	34	20	9	11

Fig. 17

## NIVEL ESCOLAR DE LOS PADRES

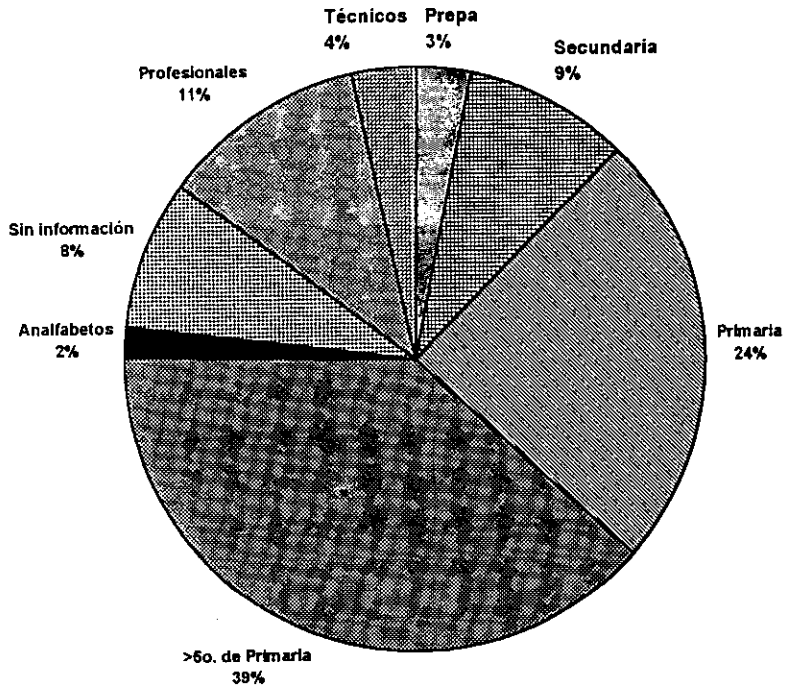


Fig. 18

## OCUPACION DE LOS PADRES

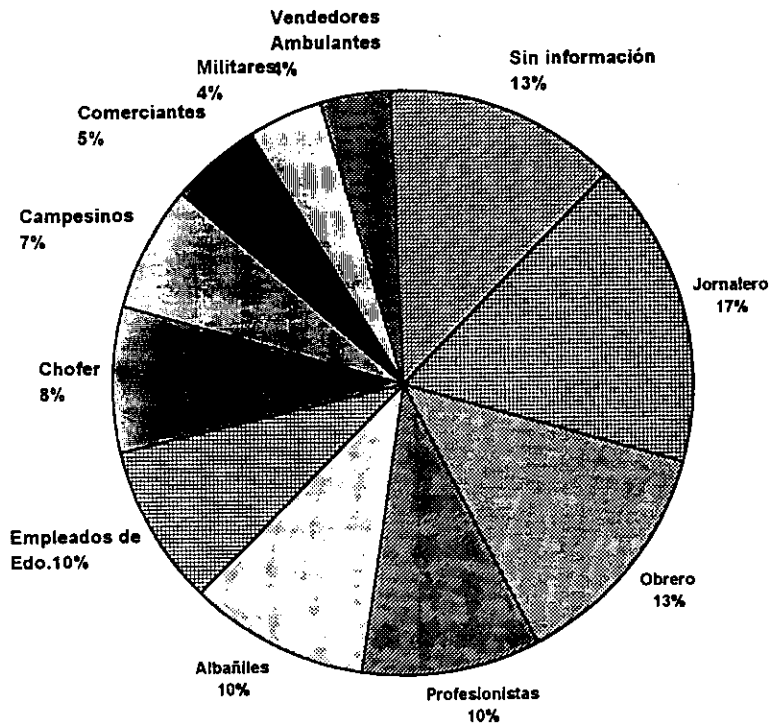


Fig. 19

## ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS

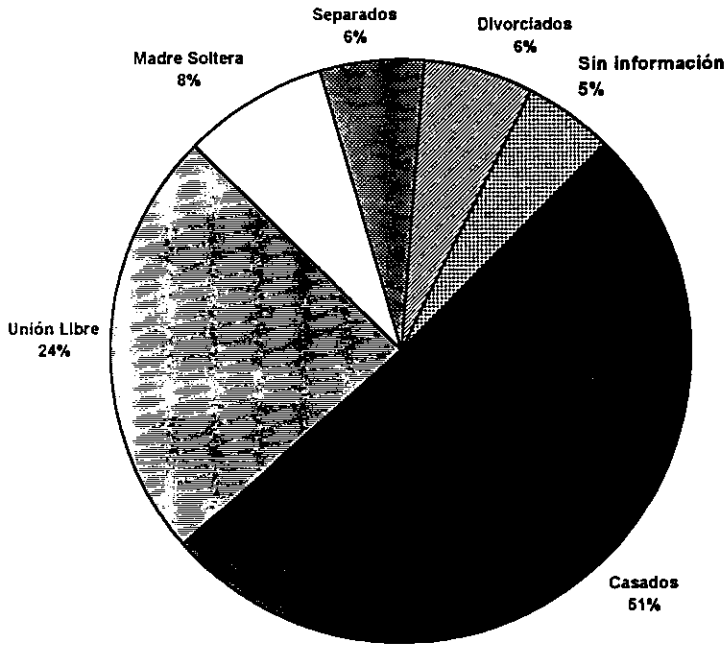


Fig. 20

# EJE 1

## TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

## TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

- 1 APRENDIZAJE
- 2 COMUNICACIÓN
- 3 COM. PERTURBADOR
- 4 TICS
- 5 CONDOC. ALIMENTARIA
- 6 ELIMINACION
- 7 MOV. ESTEREOTIPADOS
- 8 IDEN. ADOLESCENCIA
- 9 ANSIEDAD
- 10 SOMATOMORFOS
- 11 DISOCIATIVOS
- 12 EDO. ANIMO
- 13 ABUSO Y NEGLIGENCIA
- 14 SIMULACION
- 15 PROB. CONYUGALES
- 16 EJE II, EJE III



TRASTORNOS PSICOLOGICOS  
EJE I

Gráfica I



## EJE 1

### Trastornos de inicio en la Infancia, Niñez y Adolescencia.

En el análisis de estos resultados solo mencionaremos los trastornos que se presentaron con mayor frecuencia:

Comportamiento Perturbador	16 casos	tabla 5 y 6.
La Eliminación	10 casos	tabla 9.
Problemas relacionados con el Abuso y Negligencia	8 casos	tabla 18.
Comunicación	8 casos	tabla 3 y 4.
Ansiedad	7 casos	tabla 14.

### Comportamiento Perturbador y Déficit de la Atención.

#### Problemas de Relación

##### Z63.1 Problemas Paterno - filiales (V61.20).

5 casos

( tabla 5 )

Este apartado nos indica que el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos, está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar.

Nos pareció interesante poner estos resultados junto al apartado del comportamiento perturbador porque se piensa que los problemas entre padres e hijos son el inicio de conductas que se van complicando cada vez más hasta convertirse, en años posteriores en comportamientos perturbadores más estructurados y difíciles de tratar. Es importante que los psicólogos clínicos detecten tempranamente esta dificultad de relación familiar pues de esta forma se estarán previniendo conductas conflictivas posteriores.

La edad de 4 niños con este trastorno, fluctuó entre los 4 y 6 años, con un caso de 9 años. Se encontraron 3 niños de sexo femenino y 2 del masculino. En 4 de los casos se registraron disciplina inadecuada, deterioro en la comunicación, sobreprotección y la madre que delega la autoridad, existiendo varios líderes (abuelos maternos o paternos). Las actitudes referentes a la agresión, el rechazo, las amenazas y la educación por medio del miedo, solo se presentaron en un caso. Si estas conductas persisten en la relación paterno filial, y no se resuelven, se convertirán en conductas cuyas características son el negativismo desafiante.

### **Comportamiento Perturbador**

#### **791.3 Negativismo Desafiante (313.81).**

6 casos

( tabla 5 )

Los síntomas negativistas acostumbran aflorar en el ambiente familiar pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes, su inicio es

tipicamente gradual y constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial. La edad de los 6 pacientes fluctuó entre los 6 5/12 y los 12 7/12. El sexo masculino prevaleció 5 a 1. En 6 casos se presentaron dificultades de relación con los padres como: agresividad paterna, rechazo, indiferencia, falta de control de impulsos. En los otros 3 casos se presentó: sobreprotección materna con ausencia de autoridad. Un caso de padres separados y otro caso de padres añosos sobreprotectores, con un hijo único. La disciplina inadecuada prevaleció en los 6 casos.

### **F91.9 Trastornos del Comportamiento Perturbador no especificado**

#### **(312.9). Deterioro significativo**

3 casos

( tabla 6 )

En estos casos la conducta perturbadora se presenta en el hogar y fuera de él, a nivel social, en la escuela y con los amigos. La edad fluctuó entre los 9 1/12 y los 13 2/12.

Respecto al sexo, encontramos 2 femeninos y 1 masculino. Se presentaron actitudes como: educación inadecuada, negligencia materna, juegos sexuales, maldiciones. Se obtuvo un caso leve de descontrol en la adolescencia.

## **F90.0 Trastornos por Déficit de la Atención (314.01).**

2 casos

(tabla 6)

Se presentaron dos casos del sexo masculino de 5 años 9/12 y 6 años. Uno, con hiperactividad y el otro combinado, déficit de la atención con hiperactividad. Las manifestaciones comportamentales en estos niños tienden a manifestarse en múltiples contextos, incluyendo la escuela, el hogar y las situaciones sociales. Las maestras educadoras detectan a estos niños, analizando y observando su conducta y comparándola con la mayoría de los demás niños. Presentan actitudes como: labilidad emocional importante y poca resistencia a la frustración. Los síntomas se producen con mayor frecuencia en situaciones de grupo, dependiendo de la gravedad del trastorno, en algunos casos es necesario algún medicamento para aminorar estos síntomas, aparte de la terapia psicológica y pedagógica.

## **Trastornos en la Eliminación.**

### **F98.0 Enuresis (307.6)**

10 casos.

( tabla 9 )

Con los síntomas de enuresis nocturna primaria diaria, se presentaron 5 casos y sus edades fluctuaron entre 6 3/12 a los 11 años. Todos del sexo masculino. Se han

sugerido varios factores predisponentes de esta afección entre ellos se incluyen: un adiestramiento del control de esfínteres retrasado o laxo, el estrés psicosocial, un disfunción para la capacidad de concentrar la orina y un umbral de volumen vesical para la emisión voluntaria más bajo de lo normal.

Los otros 4 casos que encontramos fluctúan entre las edades de 6 10/12 y los 14 5/12 años son 2 del sexo masculino y 2 del sexo femenino.

Observamos en los datos que 8 de los casos son varones y 2 niñas, prevaleciendo el sexo masculino. Las edades fluctúan entre los 5 5/12 y los 14 5/12. Los efectos que se producen sobre el autoestima, el grado de ostracismo familiar y social, la cólera, el castigo y el rechazo ejercido por sus cuidadores, mina constantemente su personalidad en desarrollo. Trabajamos con el niño y su familia tratando de dilucidar las causas de la enuresis. También damos Entrenamiento Esfinteriano Vesical, con técnica de Modificación de Conducta.

### **Problemas relacionados con el Abuso y Negligencia.**

#### **T74.2 Abuso Sexual del Niño (V61.21). 995.5**

8 casos.

( tabla 18 )

Las edades en las que se presentaron estos niños fueron entre los 4 11/12 y los 11 6/12 años. Fueron 2 niñas y 1 niño, todos ellos víctimas. Solamente un adolescente de 13 6/12 que fue el agresor.

Estos niños se caracterizaron porque tardaron mucho tiempo para narrar el abuso. Tenían sentimientos de miedo, vergüenza, angustia, baja autoestima, sentimientos de impotencia, irritabilidad, terrores nocturnos, miedo a estar solos, se volvieron a orinar y presentaron infecciones urinarias recurrentes siendo este el motivo principal de la consulta, con diagnóstico de vulvovaginitis repetitiva.

Un caso en el cual el adolescente fue el agresor, se le dio orientación de tipo sexual, ayudándolo a que reafirmara su identidad sexual.

### **F74.1 Abuso Físico del Niño (V61.21). 995.5**

3 casos

( tabla 18 )

La edad de estos niños fluctuó, entre 3 11/12 y 12 2/12. Todos los casos del sexo femenino, siendo ellas las víctimas. El padre fue el agresor y el alcoholismo la causa principal, observándose una disfunción familiar severa.

## **T74.0 Negligencia de la Infancia (V61.21) 995.5**

Se presentó un caso de 9 2/12 años, del sexo masculino, con desnutrición severa.

### **Trastornos de la Comunicación.**

8 casos

#### **F80.0 Trastorno Fonológico, Leve. (Articulación). (315.39)**

4 casos

( tabla 3 y 4 )

La edad de estos niños fluctuó entre los 3 10/12 y los 5 8/12 años. 2 casos del sexo masculino y 2 del sexo femenino. Observamos que son niños con en edad preescolar, los cuales envían los jardines de niños para su atención. Los pacientes presentan incapacidad para producir y utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para su edad. Habitualmente se consideran las omisiones de los sonidos, más graves que las sustituciones; las cuales a su vez son más graves que las distorsiones de sonidos.

La privación ambiental, la falta de estimulación del lenguaje correcto, la sobreprotección la necesidad de llamar la atención, nos puede dar este tipo de problemas.

## **Trastornos por Ansiedad**

7 casos

### **F40.2 Fobia Específica Situacional (300.29)**

3 casos

( tabla 14 )

Las edades de estos niños fluctúan entre los 5 4/12 y 14 años. Los 3 casos son del sexo femenino, presentando miedo persistente ante una situación específica, ejemplo al baño, a la escuela, a un hombre. Este estímulo fóbico es significativo porque estaba interfiriendo con las actividades cotidianas de estos niños, provocando en su existencia un malestar evidente. Los temores a objetos o situaciones circunscritas son muy frecuentes sobre todo en los niños.

### **F43.1 Trastornos por Estrés Post traumático Crónico (309.81)**

3 casos

( tabla 14 )

Este trastorno se presentó en niños desde los 4 7/12 hasta los 16 9/12 años. Dos casos fueron del sexo femenino y 1 del sexo masculino. En los 3 casos los pacientes no podían resolver la etapa de Duelo, ya que habían durado sus síntomas más de 3 meses, estos pacientes presenciaron la muerte de un ser querido. Se trabaja



con estos niños las etapas de las crisis observando en que momento se encuentra con el propósito de ayudarlos a superarlas, como por ejemplo si se encuentran en la etapa de negación, enojo, culpa se les apoya en la resolución del problema.

Se trató un caso de ansiedad generalizada infantil, de un niño de 11 10/12 años, del sexo masculino, por causa de alcoholismo del padre.

## EJE I

### TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

1 TRASTORNOS DE APRENDIZAJE 4 CASOS	2 TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN 8 CASOS	3 TRASTORNOS POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR 16 CASOS
4 TRASTORNOS POR TICS 1 CASO	5 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 3 CASOS	6 TRASTORNOS EN LA ELIMINACIÓN 12 CASOS
7 TRASTORNOS POR MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS 2 CASOS	8 TRASTORNOS DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA 1 CASO	9 TRASTORNOS DISOCIATIVOS 1 CASO
10 TRASTORNOS DE ANSIEDAD 7 CASOS	11 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO 1 CASO	12 TRASTORNOS SOMATOMORFOS 3 CASO
PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA	13 SIMULACIÓN 1 CASO	14 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO Y NEGLIGENCIA 8 CASOS
15 PROBLEMAS CONYUGALES 1 CASO		

Tabla 1

# EJE I

## TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

### 4 CASOS

<b>F81.9 TRASTORNOS DE APRENDIZAJE</b>		
<b>NO ESPECIFICADO [315.9]</b>		
<b>4 %</b>		
<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>R46.8 DIAGNOSTICO APLAZADO RETRASO MENTAL 799.9</b>
6 6/12	M	EDUCACION ESPECIAL NO APRENDE
8 7/12	F	REPROBO 1 AÑO APOYO PSICOPEDAGOGICO.
9 5/12	F	REPROBO 2 AÑOS NO APRENDE
12 AÑOS	M	REPROBO 5° AÑO ENSEÑANZA DEFICIENTE

Tabla 2

# EJE I

## TRASTORNOS DE LA COMUNICACION

### 8 CASOS

F80.0 - TRASTORNO FONOLOGICO LEVE,(ARTICULACION) [315.39]	
4 %	
EDAD	SEXO
3 10/12	M
4 2/12	F
5 1/12	M
5 8/12	F

F98.5 TARTAMUDEO 307.0	
1%	
EDAD	SEXO
4 10/12	M

F80.2 TRASTORNO DEL LENGUAJE MIXTO RECEPTIVO - EXPRESIVO [315.31]	
1 %	
EDAD	SEXO
2 5/12	M

Tabla 3

# EJE I

## TRASTORNOS EN LA ELIMINACION

### F98.1- ENCOPRESIS - [307.7]

2 CASOS

ENCOPRESIS DIURNA SIN ESTREÑIMIENTO NI INCONTINENCIA	ENCOPRESIS DIURNA SIN ESTREÑIMIENTO NI INCONTINENCIA VOLUNTARIO
1%	1%
EDAD SEXO	EDAD SEXO
911/12 M	6 10/12 M

Tabla 4

## EJE I

### TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

#### 16 CASOS

Z63.1 - PROBLEMAS PATERNO-FAMILIARES [V61.20]			F91.3 NEGATIVISMO DESAFIANTE [313.81]		
5 %			6 %		
EDAD	SEXO	PROBLEMAS MADRE-HIJO	EDAD	SEXO	
4 AÑOS	F	MADRE -SOLTERA SOBREPROTECCION SIN AUTORIDAD ABUELOS MATERNOS	6 5/12	M	CELOS-FRATERNOS PADRE RECHAZANTE PUNITIVO DISCIPLINA INADECUADA
4 6/12	M	DISCIPLINA INADECUADA SIN AUTORIDAD ABUELOS PATERNOS	6 10/12	M	PADRE RECHAZANTE INDIFERENTE AGRESIVO
5 AÑOS	F	SOBREPROTECCION DISCIPLINA INADECUADA VARIAS AUTORIDADES	7 3/12	F	MADRE SOBREPROTEGE SIN AUTORIDAD
5 9/12	M	RECHAZO MIEDO DISCIPLINA INADECUADA AMENAZAS.	8 6/12	M	SOBREPROTECCION PADRES SEPARADOS PERTURBACION
9 2/12	F	REGRESIONES SOBREPROTECCION HABLA COMO BEBITA DISCIPLINA INADECUADA	10 9/12	M	PADRES AÑOSOS SOBREPROTECTORES HIJO UNICO
			12 7/12	M	PADRASTRO AGRESIVO FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS

Tabla 5

F91.9 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO - ESPECIFICADO [312.9] DETERIORO SIGNIFICATIVO		
3 %		
EDAD	SEXO	DETERIORO
9 1/12	F	HOGAR-SOCIAL LEVE
9 2/12	M	NEGLIGENCIA MATERNA JUEGOS SEXUALES MALDICIONES
13 2/12	F	LEVE CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

F90.0 TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCION [314.01]		
2 %0		
EDAD	SEXO	FORMA
5 9/12	M	HIPERQUINECIA
6 AÑOS	M	COMBINADA ATENCION E HIPERQUINECIA

Tabla 6

## EJE I

### TRASTORNOS DE LA INGESTION Y DE LA CONDUCTA

#### ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O NIÑEZ

#### 3 CASOS

<b>F98.2 - TRAST. D E LA INGESTION Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA [307.59]</b>		<b>F98.2 - TRAST. DE LA INGESTION Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA NIÑEZ [307.59]</b>	
1 %		2 %	
EDAD	SEXO	EDAD	SEXO
3 AÑOS	M	7 7/12	M
INSUFICIENTE		EXCESIVA	
INADECUADA		8	0+
		EXCESIVA	
		COMPENSATORIA	

Tabla 7



**EJE I**

<b>F95.0 - TRASTORNOS POR TICS, TRANSITORIOS, EPISODIO UNICO [307.21]</b>	
1 %	
<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>
7 2/12	M

Tabla 8

**EJE I**

**TRASTORNOS EN LA ELIMINACION**

**F98.0 - ENURESIS - [307.6]**

10 CASOS

ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA DIARIA	ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA ESPORADICA	ENURESIS NOCTURNA Y DIURNA PRIMARIA DIARIA	ENURESIS DIURNA VOLUNTARIA ESPORADICA	ENURESIS Y ENCOPRESIS DIURNA Y NOCTURNA SECUNDARIA
5 %	2%	1%	1%	1%
EDAD SEXO	EDAD SEXO	EDAD SEXO	EDAD SEXO	EDAD SEXO
11 AÑOS M	14 5/12 M	6 10/12 M	5 5/12 M	8 AÑOS F
9 2/12 M	10 11/12 F			
8 3/12 M				
7 7/12 M				
6 3/12 M				

Tabla 9

<b>R 6.9 TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN</b>	
<b>DIAGNOSTICO APLAZADO [799.9]</b>	
1%	
<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>
6 4/12	M

<b>R 6.9 TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN (NO HABLA). DIAGNOSTICO</b>	
<b>APLAZADO [799.9] EDEMA CEREBRAL SEVERO</b>	
1%	
<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>
3 6/12	F

Tabla 10

## EJE I

### OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

F98.4 - TRASTORNOS DE MOVIMIENTOS ESTEROTIPADOS, [307.3].		
2 %		
EDAD	SEXO	SINTOMA
2 AÑOS	F	MASTURBACION EXCESIVA
3 7/12	F	"CHUPA DEDOS" DEFORMACION DENTAL

Tabla 11

## EJE I

F93.8 - TRASTORNOS DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA [313.82]	
1 %	
EDAD	SEXO
16 11/12	F

Tabla 12

## EJE I

### TRASTORNOS DISOCIATIVOS

#### I - CASO

F48.1 TRASTORNOS DE DESPERSONALIZACION [300.6]		
1 %		
EDAD	SEXO	SINTOMA
15 8/12	M	SENSACION DE "SENTIRSE EN UN SUEÑO"

Tabla 13

## EJE I

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

7 CASOS

F40.2 FOBIA ESPECIFICA SITUACIONAL [300.29]			F43.1 TRAST. POR ESTRES POST-TRAUMATICO [309.81] CRONICO		
3 %			3 %		
EDAD	SEXO	SITUACION	EDAD	SEXO	ETAPA DE DUELO
5 4/12	F	MIEDO ORINAR EN EL BAÑO.	4 7/12	M	VIO COLGADO ABUELO PATERNO
8 6/12	F	MIEDO A LA ESCUELA.	13 4/12	F	PRESENCIA ASESINATO MADRE
14 AÑOS	F	MIEDO A HOMBRE QUE LA PERSIGUIO.	16 9/12	F	PRESENCIA ASESINATO MADRE

F41.1 TRAST. POR ANSIEDAD GENERALIZADA INFANTIL [ 302.02]		
1 %		
EDAD	SEXO	CAUSA
11 10/12	M	ABUSO ALCOHOL PADRE

Tabla 14

## EJE I

### TRASTORNOS DE ESTADO DE ANIMO

#### I CASO

F32x TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EPISODIO UNICO [V61.20]		
1 %		
EDAD	SEXO	SINTOMAS
12 10/12	F	INTENTO DE SUICIDIO

Tabla 15



## EJE I

### TRASTORNOS SOMATOMORFOS

#### 3 CASOS

F45.4. TRASTORNO POR DOLOR; R5, CEFALEA. [307.80] LEVE		F44.7 TRASTORNO DE CONVERSION MIXTA [300.11]	
1 %		1 %	
EDAD	SEXO	EDAD	SEXO
8 1/12	M	7 11/12	M

1

F45.2 TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL [300.7]		
1 %		
EDAD	SEXO	SINTOMA
15 5/12	F	CICATRICES DE VARICELA

Tabla 16

# **EJE I**

## **PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA**

## EJE I

Z76.5 SIMULACION [V65.2]	
1 %	
EDAD	SEXO
13 5/12	M

Tabla 17

## EJE I

### PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O NEGLIGENCIA

#### 8 CASOS

T74.2 - ABUSO SEXUAL DEL NIÑO [V61.21]. 995.5			T74.1 ABUSO FISICO DEL NIÑO [V61.21] 995.5		
4 %			3 %		
EDAD	SEXO	(VICTIMAS)	EDAD	SEXO	(VICTIMAS)
4 11/12	M	"	3 11/12	F	
8 10/12	F	"	6 3/12	F	
11 6/12	F	"	12 2/12	F	
13 6/12	M	(AGRESOR)			

T74.0 - NEGLIGENCIA DE LA INFANCIA [V61.21]. 995.5	
1 %	
EDAD	SEXO
9 2/12	M

Tabla 18

### EJE 1

Z63. 0.PROBLEMAS CONYUGALES [V61.1]		
1 CASO		
EDAD	SEXO	CAUSA
7 7/12	M	DIVORCIO DEPRESIÓN LEVE

Tabla 19

## EJE II

### RETRASO MENTAL DEBIDO A ENFERMEDADES MEDICAS

25 CASOS

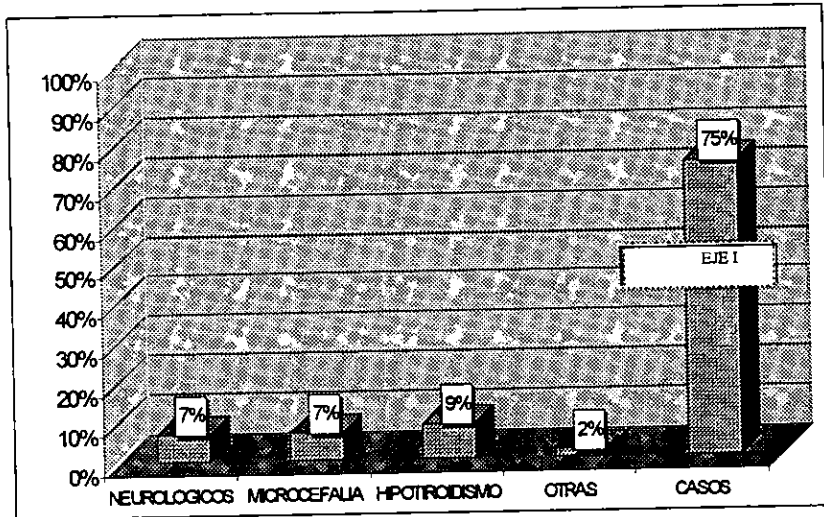
	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO	DIAGNOSTICO APLAZADO	CASOS
1.- NEUROLOGICAS	2	2			3	7
2.- MICROCEFALIA	1	3	2		1	7
3.- HIPOTIROIDISMO	3	2			4	9
4.- OTRAS				1	1	2
	6	7	2	1	9	25

Tabla 20

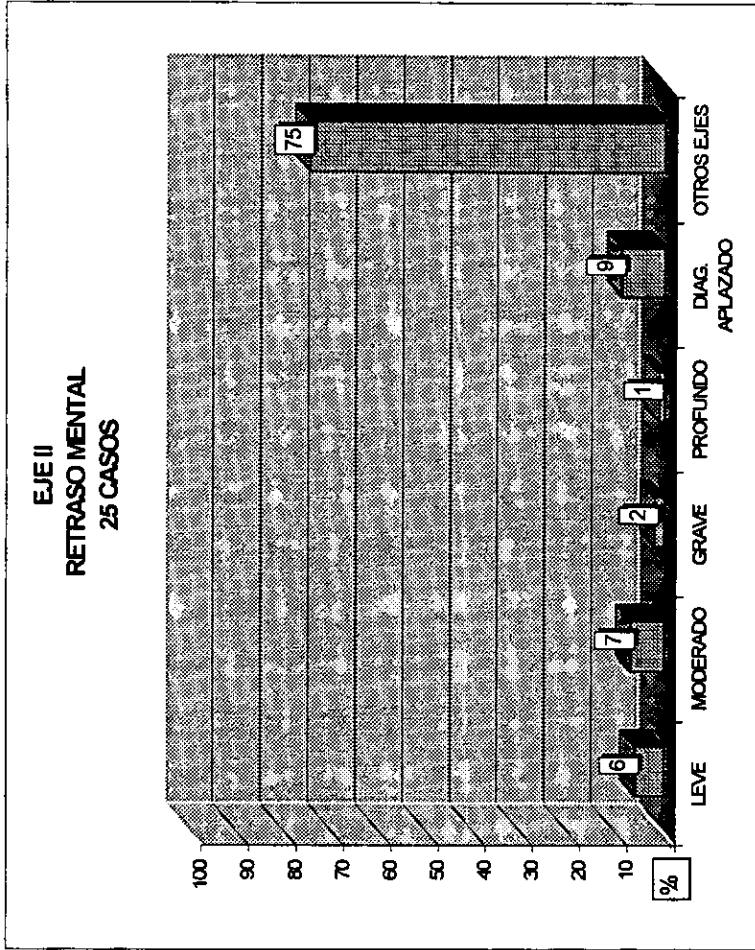
# RETRASO MENTAL DEBIDO A ENFERMEDADES

MEDICAS

25 CASOS



Gráfica II



Gráfica III



## EJE II Y EJE III

### Retraso Mental debido a Enfermedades Médicas

En el análisis de estos resultados observamos que tenemos 25 casos de Retraso Mental debido a Enfermedades Médicas (tabla 20, gráfica II).

Neurológicos	7 casos	tabla 22
Microcefalia	7 casos	tabla 23
Hipotiroidismo	9 casos	tabla 24 y 25
Traumatismo Craneoencefálico	1 caso	tabla 26
Estrabismo Bilateral	1 caso	tabla 26
Suma 25 casos		

## EJE II Y EJE III

### RETRASO MENTAL

Encontramos 25 casos con las características siguientes: (tabla 20, gráfica III).

Leve	6 casos	tablas 21, 22, 23 y 24
Moderado	7 casos	tablas 21, 22, 23 y 24
Grave	2 casos	tablas 21 y 23
Profundo	1 caso	tablas 21 y 20

Diagnóstico aplazado

de Retraso Mental

9 casos

tablas 22, 23, 25 y 26

Suma 25 casos

## EJE II

### TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO "A"

#### F21 Trastorno Esquizotípico [ 301.22 ]

de la Personalidad

1 caso

tabla 21 y 27

Desarrollo Normal

4 casos

tabla 24

Tenemos el conocimiento que los trastornos mentales, tienen relación con factores o proceso físicos o biológicos y que las enfermedades médicas está relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicológicos. Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos, en algunos casos constituye un factor casual directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, siendo los mecanismos implicados, fisiológicos.

## **Retraso Mental debido a padecimientos Neurológicos**

### **7 Casos**

En ocasiones no se puede determinar una etiología clara del retraso mental a pesar de múltiples exploraciones. En estos casos observamos que las afecciones son del tipo neurológico como: hipoxia neonatal severa y moderada, crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, sufrimiento fetal agudo. Estos problemas se gestan durante el embarazo o en el periodo perinatal.

Se encontraron 3 niños del sexo masculino y 3 del femenino.

La edad fluctuó entre los 4 5/12 y los 15 1/12 años. Los resultados de la evaluación psicométrica son: 2 niños con retraso mental leve, 2 moderado y 2 niños con diagnóstico aplazado, la razón por la cual los reportamos con este tipo de diagnóstico es porque en las consultas de primera vez, todavía no le aplicamos la valoración psicométrica.

### **RETRASO MENTAL DEBIDO A LA MICROCEFALIA**

Observamos que 7 pacientes tienen alteraciones tempranas del desarrollo embrionario como es la microcefalia. Cuanto más grave es el retraso mental, tanto mayor es la probabilidad de enfermedades neurológicas, en estos casos prevalecieron

las crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, combinadas con otras afecciones como talla baja, desnutrición e hipoglicemia. 3 niños asisten a escuelas de Educación Especial.

Se obtuvieron 4 niñas y 3 niños. Las edades fluctuaron entre 1 5/12 y 1 2/12. Se presentaron: 1 caso de retraso mental leve "educable", 3 casos moderado "adiestrable" y 2 casos grave, "estrechamente supervisados".

El Retraso Mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado, como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

## **EJE III**

### **Enfermedades Médicas**

#### **Hipotiroidismo**

Esta enfermedad se clasifica como un error innato del metabolismo. El Hospital Infantil de Tamaulipas es el lugar donde se concentran los recién nacidos que canalizan los otros Hospitales del Estado, a los cuales se les aplicó el Tamiz Metabólico, teniendo un resultado positivo de Hipotiroidismo. Esta es una prueba de

laboratorio que detecta tempranamente esta afección, la cuál al ser atendida y tratada médicamente se esta previniendo el retraso mental. En el área de psicología, trabajamos con el pequeño y la familia. Al niño lo evaluamos por medio de pruebas de desarrollo y estudio psicológico completo. Cuando tenemos los resultados detectando retraso generalizado o en algún área del desarrollo. damos Programas de Estimulación Temprana Psicológica, de S.S.A., del Instituto Nacional de Pediatría y de la Guía Portage.

Encontramos 4 casos de Desarrollo Normal.

Respecto al sexo encontramos 2 pacientes del sexo masculino y 2 del femenino. Las edades fluctúan entre el mes y los 8 9/12 años. aunado al hipotiroidismo se encuentran afecciones médicas muy diversas pero como dato relevante se encontró en 4 de los casos, embarazo no - deseado.

Los pacientes de Retraso Mental además de un C.I. abajo de 70 ó 75. suelen presentar incapacidades adaptativas, las cuales se refieren a la manera en como afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y como cumplen las normas de autonomía personal deseadas de alguien situado en su grupo de edad y origen sociocultural.

El haber obtenido 25 casos de Retraso Mental en esta muestra de pacientes, nos hace reflexionar en la necesidad tan grande de la prevención de los aspectos pre y perinatales que están afectando el desarrollo de estos pequeños y la importancia de que existan más instituciones en que sean atendidos los niños discapacitados.

**TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

**EJE II**

**RETRASO MENTAL DEBIDO A PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS**

**7 CASOS**

F70.9 RETRASO MENTAL LEVE [317] "EDUCABLE".			F71.9 RETRASO MENTAL MODERADO [310.0] "ADIESTRABLE"		
2 %			2 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO	EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
7 AÑOS	F	HIPOXIA NEONATAL	12 5/12	M	HIPOXIA NEONATAL SEVERA
7 AÑOS	F	CRISIS CONVULSIVAS TONICO-CLONICAS GENERALIZADAS	15 1/12	M	CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS TONICO-CLONICAS EDUCACIÓN ESPECIAL

R46.8 RETRASO MENTAL DIAGNOSTICO APLAZADO [799.9]		
3 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
7 7/12	M	-SUFRIMIENTO FETAL AGUDO RETRASO MOTOR FINO
11 AÑOS	F	-CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS TÓNICO CLONICAS
4 5/12	M	-HIPOXIA NEONATAL MODERADA "ESPASMO DEL SOLLOZO".

Tabla 22

## EJE II

### RETRASO MENTAL DEBIDO A MICROCEFALIA

#### 7 CASOS

F70.9 RETRASO MENTAL LEVE [317] "EDUCABLE".			F71.9 RETRASO MENTAL MODERADO [310.0] "ADIESTRABLE".		
1 %			3 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO	EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
9 5/12	F	MICROCEFALIA EDUCACIÓN ESPECIAL	1 5/12	F	MICROCEFALIA CONVULSIONES HIPOGLICEMIA
			8 AÑOS	M	MICROCEFALIA TALLA BAJA
			12 AÑOS	M	MICROCEFALIA DESNUTRICIÓN MODERADA

F72.9 RETRASO MENTAL GRAVE [318.1] "ESTRECHAMENTE SUPERVISADO"		
2 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
1 2/12	F	MICROCEFALIA CRISIS CONVULSIVAS TONICO- CLONICAS GENERALIZADAS
2 3/12	F	MICROCEFALIA ASISTE AL CREE

F79.9 RETRASO MENTAL DE GRAVEDAD NO- ESPECIFICADA[319]		
1 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
12	M	MICROCEFALIA EDUCACIÓN ESPECIAL

Tabla 23



**EJE III**  
**ENFERMEDADES MEDICAS**  
**HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO**  
**13 CASOS**

EDAD DE DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL		
4 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
4 1/12	F	CONVULSIONES HIPOXIA NEONATAL (MADRE SOLTERA)
6/12	M	-----
6/12	M	-----
1 2/12	F	HIPOTIROIDISMO ATIPICO

F70.9 RETRASO EN EL DESARROLLO GENERAL, LEVE [317]. "EDUCABLE"		
3 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTOS MÉDICOS
1/12	M	HIPOTOMIA DIF. SUCCIÓN ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO
11/12	F	CARDIOPATIA CONGÉNITA ACIANOGENA PRODUCTO AGREDIDO (MADRE SOLTERA)
1 2/12	F	EMBARAZO NO- DESEADO

F71.9 RETRASO EN EL DESARROLLO GENERAL, MODERADO [310.0] "ADIESTRABLE"		
2 %		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTOS MÉDICOS
3 9/12	M	HIPOXIA-NEONATAL EDUCACIÓN ESPECIAL CREE
8 9/12	F	TALLA BAJA EDAD ÓSEA - 3 AÑOS

Tabla 24

### EJE III

#### ENFERMEDADES MEDICAS

#### HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

R46.8-DIAGNOSTICO APLAZADO, DE RETRASO PSICOMOTRIZ GENERAL [799.9]		
4%		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTOS MÉDICOS
2/12	F	
2/12	F	ANEMIA MODERADA
3/12	M	EMBARAZO NO DESEADO (MADRE SOLTERA)
4/12	M	(EMBARAZO NO DESEADO)

Tabla 25

### EJE III

## ENFERMEDADES DE MEDICAS

### 2 CASOS

R69. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE DIAGNÓSTICO APLAZADO [ 799.9] DEBIDO A ESTRABISMO BILATERAL		
1%		
EDAD	SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
7 9/12	F	ESTRABISMO BILATERAL REPROBO 1 <sup>ER</sup> AÑO DE PRIMARIA

F72.9 RETRASO PSICOMOTOR PROFUNDO "ESTRECHAMENTE SUPERVISADO Y PROTEGIDO"[318.2]	
1%	
EDAD SEXO	PADECIMIENTO MEDICO
3 6/12 M	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DEBIDO A TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO SEVERO, ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

Tabla 26

## EJE II

### TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO "A"

#### 1 CASO

F21 TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD [301.22]		
1 %		
EDAD	SEXO	SINTOMA
10 8/12	M	CONDUCTA ABERRANTE PADRE ESQUIZOIDE

Tabla 27

## EJE II

RETRASO MENTAL	25 CASOS	DETECTADOS
PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	1 CASO	CANALIZADOS
TOTAL	26 CASOS	

## EJE III

HIPOTIROIDISMO	4 CASOS	DESARROLLO NORMAL
ESTRABISMO BILATERAL	1 CASO	TRASTORNO DE APRENDIZAJE DIAGNÓSTICO APLAZADO
TOTAL	5 CASOS	

EJE II Y EJE III
26 CASOS + 5 CASOS
31 CASOS

Tabla 28

## CAPITULO IX

### APORTACIONES

Desde el momento en que se constituyó el Departamento de Psicología en el Hospital Infantil de Tamaulipas en 1986, se han logrado resultados de tal calidad, que actualmente los demás profesionales lo reconocen ampliamente al demandar y utilizar sus servicios, cumpliendo así la función para la cual se creó.

El Departamento de Psicología tiene su consulta bien establecida y por el momento saturada, lo cual corrobora la necesidad de la atención psicológica que requieren muchos niños de la región que ahora ya cuentan con ella.

Fue muy positivo y satisfactorio observar como los médicos fueron concientizándose al referir pacientes que ellos detectan en su consulta diaria, así como también en el área de hospitalización. Una vez que se les informó de las actividades o estudios que el departamento de psicología ofrecía para ayudarlos a tener un mejor conocimiento de los problemas psicológicos que afectan a sus pacientes, ellos procedieron a incrementar la referencia de estos pacientes para el esclarecimiento de dicha problemática y dar así una atención y servicio integral a los niños y adolescentes que acuden a este hospital.

Los pediatras también han podido valorar la utilidad de nuestros servicios, cuando nos piden dilucidar diagnósticos de pacientes, con los diferentes trastornos psicológicos más comunes como son: la hiperactividad con déficit de la atención, negativismo desafiante, trastornos de identidad sexual en la niñez y adolescencia, hábitos motores, trastornos de conducta diversos, de aprendizaje o en aquellos niños que tienen retraso psicomotor ya sea por hipoxia, ictericia, RH-, por causas pre y post natales que afectan al sistema nervioso central.

Con mucha frecuencia nos pasan interconsultas para tratar pacientes hospitalizados con la finalidad de dar terapia de apoyo o motivación a pacientes con padecimientos crónicos o terminales como pacientes con cáncer, leucemias, desnutridos severos, accidentados con crisis severas por pérdida de familiares directos (muerte de los padres o hermanos) en donde se tiene que manejar el duelo, con el objeto que el paciente comprenda su realidad y reinicie su vida con los recursos familiares restantes, en ocasiones lejos de su lugar de origen. Otros casos en los cuales los niños tienen pérdidas corporales, de alguno de sus miembros, ya sean: los ojos, brazos, cuero cabelludo, dedos, etc., se les da terapia para que manejen dicha pérdida.

Los casos de los niños que sufren abuso en sus diferentes clasificaciones, maltratados, golpeados, abusados sexualmente, violados, se les ofrece ayuda para

manejar su imagen corporal, mejorar su autoestima, quitar sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y depresión.

Es básico el manejo de los niños hospitalizados que permanecen por periodos muy prolongados en el hospital, ellos empiezan a tener cambios conductuales como recaídas del estado de ánimo llegando a deprimirse, presentan conductas regresivas como: enuresis, anorexia, insomnio, afasia selectiva, se tornan agresivos, llorones, labiles emocionalmente; los ayudamos a que acepten la enfermedad que los aqueja, que cooperen con el tratamiento, participando activamente, dejando que les practiquen los procedimientos médicos necesarios para su recuperación como son aplicación de inyecciones, venoclisis, yesos, curaciones en general.

Siendo parte del equipo médico multidisciplinario además de la atención individualizada, también se trabaja en cooperación con otros servicios médicos con grupos de niños que se han integrado en diferentes clínicas como la del niño: obeso, asmático, diabético, epiléptico, con vulvovaginitis, incontinencia urinaria, estreñimiento, enuresis y encopresis.

Se ha participado cada año, aplicando pruebas psicométricas breves a los nuevos residentes en pediatría, odontología, enfermería y al personal de nuevo ingreso.



Ha sido muy enriquecedor participar en colaboración con otras especialidades como endocrinología, alergología, en trabajos de investigación prospectivos, impartiendo conferencias intra y extrahospitalarias y participando como ponente en el Congreso Internacional de Pediatría del hospital.

Es significativo el hecho de que la consulta esté saturada porque me doy cuenta que mi trabajo como psicóloga en el área clínica dentro del hospital está ampliamente reconocido por todos los profesionales, nuestra colaboración en las diferentes clínicas de atención psicológica están funcionando adecuadamente lo cual indica que se está cumpliendo el objetivo principal que es la prevención, detección, evaluación y tratamiento. Pero nos desalienta el hecho que por este motivo halla pacientes que tengan que esperar hasta dos meses para que se les pueda atender en el departamento de psicología. La convicción de todo profesionalista debe ser la de otorgar una atención de calidad, objetiva, seria, respetuosa, responsable, organizada. Con esto se quiere afirmar la idea que "mas vale la calidad que la cantidad". Es necesaria la colaboración de un mayor número de profesionales de la psicología dentro de las áreas hospitalarias, pues el trabajo que se desempeña es relevante y necesario para la atención integral del niño, también es de vital importancia que el personal que trabaje aquí esté capacitado profesionalmente para atender la demanda del servicio

El haber formado el Departamento de Psicología para dar atención a la población de la región que atiende el Hospital Infantil de Tamaulipas, ha sido de gran relevancia ya que cubre una necesidad que era imperioso atender, los trastornos psicológicos leves y moderados que son detectados oportunamente por el personal médico tienen ahora la posibilidad de ser atendidos, estudiados, diagnosticados y tratados desde el punto de vista psicológico, lo cual representa un gran beneficio para la sociedad, ya que muchos niños pueden encontrar la rehabilitación requerida en el aspecto referente a la salud integral biopsicosocial.

Nuestra intervención enriquece el trabajo de los psicólogos ya que significa la posibilidad de establecer este tipo de servicio en pequeños hospitales donde los recursos humanos y materiales, no son suficientes, aún así se ha logrado un campo de trabajo muy amplio, importante y vasto para los profesionales de la psicología.

En concreto, este esfuerzo realizado a lo largo de 11 años de trabajo continuo, deja a los colegas la experiencia y la sugerencia para que aprovechen todos los recursos de los hospitales pediátricos como son: el personal médico especialista, el personal de trabajo social y de otras subespecialidades. En este caso concreto he contando con el apoyo de los directivos para la obtención de los recursos materiales indispensables que me han ayudado a ofrecer una mejor atención y tratamiento a los niños que acuden a la consulta psicológica de este hospital, la cual es una necesidad real y muy importante de atender en nuestro medio social actual.

De esta manera nos apoyamos con lo decretado en la Declaración de los Derechos de los Niños (U.N.I.C.E.F.,1997) que dice "el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad". Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

El niño para el pleno y armónico desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material, salvo en circunstancias excepcionales. no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole. (U.N.I.C.E.F.,1997 ).

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (1968). "Diagnostic and Statistical-Manual of Mental Disorders DSM-III" , Washigton, D.C. Segunda Edición.
2. American Psychiatric Association (1980). "Diagnostic and Statistical-Manual of Mental Disorders, DSM-III" Washigton, D.C. Tercera Edición.
3. American Psychiatric Association (1987) "Diagnostic and Statistical-Manual of Mental Disorders, DSM-III" Washigton, D.C. Tercera Edición., Revisada.
4. American Psychiatric Association (1994) "Diagnostic and Statistical-Manual of Mental Disorders, DSM-IV" Washigton, D.C. Primera Edición.
5. American Psychiatric Association (1995). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV". Barcelona, España. Versión Española. Masson. . S. A.
6. Anastasi, A. (1967). "Test Psicológicos". México. Editorial Aguilar.
7. Bandura, A. (1977). "Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad". Madrid. Editorial Alianza.
8. Biehler, R. (1986). "Introducción al Desarrollo del Niño". México. Editorial Diana.
9. Bellak, L. (1986). "T.A.T., C.A.T., S.A.T., Uso Clínico". México.(2a. Edición revisada). Editorial Manual Moderno.

10. Bellak, L. (1990). "T.A.T., C.A.T., S.A.T., Uso Clínico". México. (2a. Edición revisada). Editorial Manual Moderno.
11. Bender, L. (1974). "Test Gestaltico Visomotor". Buenos Aires. Editorial Paidos.
12. Brazelton, T. (1973). "Escala de Conducta Neonatal". Londres. Editorial Heinemann.
13. Brazelton, T. Bergman, A. (1991). "El nacimiento emocional del niño". México. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C.
14. Corman, L. (1961). "El Test del Dibujo de la Familia en la práctica Médico Pedagógica". Buenos Aires. Editorial. Kapeluz.
15. Craig, G. (1988) "Desarrollo Psicológico". México. Prentice-Hall, Hispanoamericana.
16. Dana, E. (1996). "Teoría y práctica de la Psicología Clínica". Buenos Aires. Editorial Paidos.
17. Esquivel, F.; Heredia, C.; Lucio, E. (1994). "Psicodiagnóstico Clínico del Niño". México. Manual Moderno.
18. Freud, S. (1979). "Conferencias de Introducción al Psicoanálisis". Madrid. Obras Completas. Biblioteca Nueva.
19. Garibaldi, E. (1978). "Consideraciones Generales basadas en los problemas de Nutrición y subnormalidad." México. Tesis. UNAM, Facultad de Psicología.
20. Gesell, A. (1966). "Embriología de la Conducta". Buenos Aires. Editorial Paidos.

21. Gesell, A.; Ilg, F. y Ames, L. (1972). "El niño de 5 a 10 años". Buenos Aires Editorial Paidós.
22. Goodenough, H. (1956). "Medición de la Inteligencia por medio de la Figura Humana en los niños". Buenos Aires. Editorial Paidós.
23. Grace-Craig. (1988). "Desarrollo Psicológico". México. Editorial Prentice-Hall, Hispanoamericana.
24. Koppitz, E. (1973). "El Dibujo de la Figura Humana en los Niños". México. Editorial Guadalupe.
25. Koppitz, E. (1980). "Test Gestaltico Visomotor para niños". Buenos Aires. Editorial Guadalupe.
26. Machover, K. (1960). "Los Dibujos de la Figura Humana en los Niños". New York Rabin Hartworth Projective Techniques with children. Grune and Stratton.
27. Mair, H. (1976). "Tres teorías sobre el Desarrollo del niño". Buenos Aires. Erickson, Piaget y Sears. Amorrortu Editores.
28. Minuchin, S. (1968). "Familias y Terapia Familiar". España. Barcelona. Editorial Garnica.
29. Morris, Ch. (1992). "Psicología." México. Editorial, Un Nuevo Enfoque.
30. Nahoum, Ch. (1961). "La Entrevista Psicológica". Buenos Aires. Editorial Kapeluz.
31. Piaget, J. (1975). "Seis estudios de Psicología" México. Editorial Seix-Barral.

32. Piaget, J. (1969). "Psicología de la Inteligencia". Buenos Aires. Editorial Psique.
33. Rappaport, D. (1965). "Test del Diagnóstico Psicológico". Buenos Aires. Editorial Paidós.
34. Sarason I; y Sarason, B. (1996) "Psicología Anormal". El problema de la Conducta Inadaptada. México. Editorial Prentice, Hall, Hispano-Americana.
35. Skinner, B. (1971). "The Technology of teaching". New York: Appleton-Century-Crofts.
36. Sontang, L. (1974). "Implications of fetal behavior and environment for adult personalities". New York Annals of the New York Academy of Science.
37. Stechler, G; Halton, A. (1972) "Prenatal influences on Human development". New York "Handboock of developmental psychology."
38. Watson, J. (1972). "México de Condicionamiento Clásico en Psicología". México. Editorial Trillas.
39. Wechsler, D. (1981). "Escalas de Inteligencia para el Nivel Escolar". México. WISC-R. Español. Editorial Manual Moderno.
40. Wechsler, D. (1983). "Escala de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario". México. WPPSI en Español. Editorial Manual Moderno.
41. Wechsler, D. (1984). "Escala de Inteligencia para el Nivel Escolar". México. WISC-RM, Español. Editorial. Manual Moderno.
42. Zazzo, R. (1973) "Tratado de Psicología del Niño". Madrid. Ediciones Morata.

## APENDICES

### HORARIO DEL SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFANTIL

Citas de 1era. vez	Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes	9:00 a 11:00 A.M.
Citas Subsecuentes	Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes	9:00 a 11:00 A.M.
Integración de Estudios Psicológicos	Martes y Jueves	11:00 a 12:30 P.M.
Sesión General	Martes y Viernes	12:30 a 14:00 P.M.
Consultas Hospitalización	Lunes, Miércoles y Viernes	12:30 a 14:00 P.M.

Tiempo que requieren las consultas psicológicas de 40 a 50 minutos por paciente.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8 a 9 A.M.	1era. Vez	1era. Vez	1era. Vez	1era. Vez	1era. Vez
9 a 10 A.M.	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente
10 a 11 A.M.	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente	Subsecuente
11 a 12 P.M.	Hospital Inter-Cons.	Integración de Estudios	Hospital Inter-Cons	Integración de Estudios	Hospital Inter-Cons
12:30 a 14 P.M.	Hospital Inter-Cons	Sesión General	Hospital Inter-Cons	Integración de Estudios	Sesión General

Apéndice A





**FICHAS DE INTERCONSULTA DIRIGIDAS AL  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO PEDIATRICO. \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO MEDICO. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE. \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PEDIATRA SOLICITANTE. \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD. \_\_\_\_\_

AREA HOSPITALARIA. \_\_\_\_\_

NUMERO DE CAMA. \_\_\_\_\_

Apéndice C



## Registro de Evaluación Multiaxial DSM - IV

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros el formulario puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

<b>Eje I: Trastornos clínicos</b>	
<b>Otros problemas que pueden ser Objeto de atención</b>	
<b>Código diagnóstico</b>	<b>Nombre DSM-IV</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Eje II: Trastornos de la personalidad</b>	
<b>retraso mental</b>	
<b>Código diagnóstico</b>	<b>Nombre DSM-IV</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Eje III: Enfermedades médicas</b>	
<b>Código o CIE-9-MC</b>	<b>Nombre CIE-10 o CIE-9-MC</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales</b>	
<b>Verificar:</b>	
<input type="checkbox"/>	Problemas relativos al grupo primario Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas relativos al ambiente social Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problema relacionado con la enseñanza Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas laborales Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas de vivienda Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas económicos Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas relativos al acceso a los servicios médicos Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Otros problemas psicosociales y ambientales Especificar: _____
<input type="checkbox"/>	Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global Puntuación: _____
	período de tiempo: _____

# HOSPITAL INFANTIL DE TAMAULIPAS

## ENTREVISTA PSICOLOGICA ESTRUCTURADA

DIAGNOSTICO PRELIMINAR \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

### I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de primera consulta \_\_\_\_\_ Motivo de la consulta \_\_\_\_\_

Viene a consulta por iniciativa de \_\_\_\_\_

Recibió atención anteriormente \_\_\_\_\_ De que tipo, Cuándo y dónde \_\_\_\_\_

## II.- FACTORES FÍSICOS

### 1.- DESARROLLO PRENATAL:

A) Enfermedades de la madre durante el embarazo \_\_\_\_\_

en que mes \_\_\_\_\_ donde se les atendió: \_\_\_\_\_

Embarazos previos (historia) \_\_\_\_\_

Problemas de tensión ambiental, matrimonial, económico \_\_\_\_\_

B) Parto: Simple-gemelar-después de tiempo prematuro-normal-aplicación de fórceps-anestesia, cesárea, parto prolongado. postura del bebé al nacer \_\_\_\_\_ lloró al nacer \_\_\_\_\_

C) Estado del recién nacido: Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Respiración: buena-anoxia-cianótico-convulsiones-incubadora-defectos y deformaciones \_\_\_\_\_

### 2.- DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Alimentación: Pecho-artificial-mixta-dificultad para la succión. explique \_\_\_\_\_

A que edad sostuvo la cabeza \_\_\_\_ se sentó sin apoyo \_\_\_\_ gateó \_\_\_\_ se paró \_\_\_\_\_

comenzó a caminar \_\_\_\_\_ comenzó la dentición \_\_\_\_\_ fue el destete \_\_\_\_\_  
 comenzó a decir sus primeras palabras \_\_\_\_\_ y sus primeras frases  
 \_\_\_\_\_ controló la vejiga \_\_\_\_\_ los intestinos \_\_\_\_\_

### 3.- ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO (A qué edad)

paperas \_\_\_\_\_ sarampión \_\_\_\_\_ rubéola \_\_\_\_\_ bronquitis \_\_\_\_\_ operaciones \_\_\_\_\_  
 dolores de cabeza \_\_\_\_\_ tosferina \_\_\_\_\_ escarlatina \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_  
 accidentes \_\_\_\_\_ convulsiones \_\_\_\_\_ Catarros frecuentes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### III.- FACTORES FAMILIARES

1.- DATOS FAMILIARES	Padre	Madre
Nombre	_____	_____
Edad	_____	_____
Dirección	_____	_____
Salud física	_____	_____
Nivel educativo	_____	_____
Círculos sociales a los que pertenece	_____	_____

Observaciones sobre los hermanos y familiares que viven en la casa:

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	RELACIÓN
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hermanos preferidos: \_\_\_\_\_

Hermanos rechazados: \_\_\_\_\_

Actitud que tienen hacia el niño las personas que están cerca de él y viceversa:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Otras personas: \_\_\_\_\_

## 2.- ATMOSFERA EMOCIONAL DEL NIÑO

Hijo único - adoptivo - ilegítimo - mimado - no deseado - huérfano - rechazado -  
maltratado - divorcios del padre \_\_\_\_\_ edad del niño \_\_\_\_\_ edad del padre \_\_\_\_\_

Divorcios de la madre \_\_\_\_\_ edad del niño \_\_\_\_\_ Edad de la Madre \_\_\_\_\_ explique

\_\_\_\_\_  
Escándalos en el hogar \_\_\_\_\_ padre borracho \_\_\_\_\_ padre dominante \_\_\_\_\_ madre  
dominante \_\_\_\_\_

Conclusión sobre la atmósfera emocional del niño: feliz-satisfactorio-irritable-  
agresiva-inestable-perjudicial-autoritaria (explique): \_\_\_\_\_



Disciplina: Rígida - suave - inconsistente, explique quién y cómo la implanta: \_\_\_\_\_

Disputas familiares sobre disciplina \_\_\_\_\_ por qué

### 3.- EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS IMPORTANTES DEL NIÑO

Muerte de un familiar \_\_\_\_\_ quién era \_\_\_\_\_ que edad tenía y como murió \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ edad del niño \_\_\_\_\_ presencio su muerte \_\_\_\_\_

Accidentes de que tipo \_\_\_\_\_ quién o quienes \_\_\_\_\_ edad que  
tenía \_\_\_\_\_ como fue \_\_\_\_\_ castigos graves \_\_\_\_\_ de parte  
de quién \_\_\_\_\_ edad del niño \_\_\_\_\_

Los problemas del niño son causados por (personas, situaciones, experiencias, etc.)

Explique: \_\_\_\_\_

Problemas físicos: cuales \_\_\_\_\_ desde cuando \_\_\_\_\_

### IV.- RELACIONES INTERPERSONALES

#### 1.- VECINOS

Actitud de los vecinos hacia el niño y viceversa \_\_\_\_\_

Nombre y edad de los amiguitos: quién es el preferido y como los conoció:

\_\_\_\_\_

## 2.- ESCUELA

Relación del niño con el maestro, el director y viceversa \_\_\_\_\_

Relación del niño con los compañeros y viceversa \_\_\_\_\_

Edad y sexo de los compañeros que prefiere el niño \_\_\_\_\_

## V.- FACTORES EDUCATIVOS

Centros de enseñanza en que estudió el niño \_\_\_\_\_

GRADO

EDAD

Pre-primaria

Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

Quinto

Sexto

Enseñanza por maestro Particular \_\_\_\_\_ que tipo de enseñanza ha recibido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ desde cuando \_\_\_\_\_ y por qué \_\_\_\_\_  
promociones normales \_\_\_\_\_ cuales ha repetido \_\_\_\_\_ asistencia  
excelente \_\_\_\_\_ promedio \_\_\_\_\_ baja \_\_\_\_\_

Razones para cambiar o abandonar la escuela \_\_\_\_\_

Cuales han sido los resultados escolares del curso anterior \_\_\_\_\_

Dificultad y problemas que tiene en la escuela o con los compañeros y por qué:  
\_\_\_\_\_

## VI.- FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA

### 1.- HÁBITOS E INTERESES

a).- Comida: come bien - demasiado - desganado - aversiones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ preferencias \_\_\_\_\_

b).- Sueño: duerme bien - demasiado - intranquilo - pesadillas - habla o grita durante el  
sueño - miedo a dormir solo - prefiere dormir con el padre - miedo al dormir en la  
oscuridad. explique \_\_\_\_\_

c).- Eliminaciones: Enuresis nocturnas - enuresis diurnas - se ensucia de día o de  
noche - diarreas frecuentes - estreñimiento habitual. Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d).- Manías y tics: Se come las uñas - se jala el pelo - dedos en la nariz - muecas  
faciales. Explique \_\_\_\_\_

- e).- Historia sexual: masturbación - seducción - juegos sexuales, testigo de actividades sexuales (en personas o animales) \_\_\_\_\_  
 ha recibido información sexual \_\_\_\_\_ cómo y quién se la dio \_\_\_\_\_ edad del niño \_\_\_\_\_  
 fantasías sexuales - pudor exagerado exhibicionismo. observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- f) .- Interés en participar en juegos preferidos con objetos \_\_\_\_\_  
 juegos preferidos con personas \_\_\_\_\_ papel preferido en el juego  
 \_\_\_\_\_ lecturas preferidas \_\_\_\_\_ cine  
 \_\_\_\_\_ radio y televisión \_\_\_\_\_ actividades  
 religiosas \_\_\_\_\_

## 2.- RASGOS DE CARÁCTER

### a) Ajustes sociales

- tímido       agresivo  
 cooperador       negativista  
 sociable       retraído  
 juega       no juega  
 amable       desconsiderado  
 dominante       sumiso  
 rebelde       obediente

### b) Ajustes personales

- tranquilo       irritable  
 sereno       impulsivo  
 equilibrado       nervioso  
 controlado       emotivo  
 laborioso       perezoso  
 disciplinado       indisciplinado  
 ordenado       desordenado

**c) Estado Emocional**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alegre               | <input type="checkbox"/> triste      |
| <input type="checkbox"/> confiado en sí mismo | <input type="checkbox"/> desconfiado |
| <input type="checkbox"/> cariñoso             | <input type="checkbox"/> en sí       |
| <input type="checkbox"/> seguro               | <input type="checkbox"/> frío        |
|   | <input type="checkbox"/> inseguro    |

**d).- Rasgos particulares:**

Tendencias destructivas \_\_\_\_\_ explique \_\_\_\_\_

mentiroso - invenciones fantásticas - pequeños hurtos - actos de crueldad.

Explique \_\_\_\_\_

defectos de dicción \_\_\_\_\_ por ejemplo \_\_\_\_\_

miedos o fobias a personas-agua-cosas-fuego-situaciones-animales-viento-sangre-

fantasmas-médico-escuela-lugares-oscuridad-otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII.- FACTORES HEREDITARIOS**

Incidencia de anomalías en familiares consanguíneos (familiares, fecha, detalles):

Tratamiento médico por nerviosismo, etc. \_\_\_\_\_

Alcoholismo (grado, manifestaciones, etc.) \_\_\_\_\_

Abuso de otras drogas, calmantes, etc. \_\_\_\_\_

Debilidad mental \_\_\_\_\_

Convulsiones, desmayos, temblores, etc. \_\_\_\_\_

Sífilis (formas, motivo, etc.) \_\_\_\_\_

Suicidio (formas, motivo, etc.) \_\_\_\_\_

Anormalidades (prostitución, criminalidad, delitos, reclusión.) \_\_\_\_\_

Trastornos del habla (tartamudez, sordera, mudez, etc.) \_\_\_\_\_

Trastornos de la vista (ceguera, miopía, etc.) \_\_\_\_\_

Otras anomalías \_\_\_\_\_

Tipo de estudio a aplicar: Breve \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ Completo \_\_\_\_\_

Pruebas aplicadas: \_\_\_\_\_

Inteligencia, (C.I.), \_\_\_\_\_ Madurez \_\_\_\_\_

Gestálticas \_\_\_\_\_ Proyectivas \_\_\_\_\_ Psicopedagógicas \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Terapia a aplicar: \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Entrevistador

Apéndice F

# **INTEGRACION DEL ESTUDIO PSICOLOGICO**

## **COMPLETO**

### **Fase Inicial**

No. Expediente \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del estudio.

Motivo de consulta.

Establecimiento de una adecuada Empatía

Aplicación de:

- a) Entrevista cerrada, abierta o semi-abierta.
- b) Pruebas psicológicas de inteligencia
- c) Pruebas de desarrollo.
- d) Pruebas perceptivo motrices.
- e) Pruebas proyectivas.
- f) Pruebas de aprendizaje o escolares.

Integración del estudio psicológico completo.

## FASE INTERMEDIA

### ANALISIS DE RESULTADOS

#### FICHA DE IDENTIFICACION.

No. Expediente \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

Fecha de entrega del reporte.

Nombre del paciente

Edad.

Sexo.

Fecha de nacimiento.

Lugar de nacimiento.

Nacionalidad.

Escolaridad.

Nombre de la escuela (S.E.P. o particular) (matutina o vespertina)

Dirección

Ciudad.

Municipio.

Estado.



## **FACTORES FAMILIARES.**

**PADRE**

**MADRE**

**Nombre**

**Nombre**

**Edad**

**Edad**

**Estado Civil**

**Estado Civil**

**Nivel Educativo**

**Nivel Educativo**

**Salud Física**

**Salud Física**

**Trabajo que desempeña**

**Trabajo que desempeña**

**Horario**

**Horario**

**Observaciones sobre el número de hijos y familiares que viven en la casa.**

**Dibujo de un familiograma.**

**Relatar nuevamente el motivo de consulta.**

Relatar los antecedentes pre y pos-natales más sobresalientes.

Embarazo, parto y estado del recién nacido.

Relatar puntos relevantes del desarrollo de la primera infancia, desarrollo psicomotor: lactante, preescolar, escolar, adolescencia.

Indicar las enfermedades relevantes padecidas y la edad.

Relatar puntos relevantes de la escolaridad: guardería, kinder, primaria, secundaria o preparatoria.

Describir actitud del paciente ante los exámenes psicológicos.

Nombre de los exámenes psicológicos aplicados:

Inteligencia.

Desarrollo

Gestálticos

Proyectivos.

Escolares.

Resultados obtenidos de cada uno de los exámenes aplicados.

**Describir la interpretación psico-dinámica en la que está inmerso el paciente, su estructuración subjetiva, personal.**

La triada madre-padre-hijo.

Diada, madre-hijo o diada padre-hijo

Relación psicodinámica con:

Los hermanos.

Otros familiares.

Personas relevantes para él.

Social (amigos, club, religión etc.)

**Relatar su dinámica escolar.**

Al hacer la integración total del estudio psicológico, debemos relacionar los datos cualitativos y cuantitativos para obtener el diagnóstico o diagnósticos resultantes.

## **DIAGNOSTICO (OS).**

## **PRONOSTICOS.**

## **TRATAMIENTO.**

Se indica el tipo de tratamiento psicológico a seguir.

- a) Terapia de apoyo (Psicodinámica).
- b) Perceptivo motriz.
- c) Conductual.
- d) Escolar.
- e) Estimulación temprana.
- f) De lenguaje.

Dependiendo del diagnóstico psicológico obtenido y habiendo explorado la esfera somática, social y psicológica, si es necesario, el paciente se canaliza a las diferentes especialidades pediátricas como alergia, dermatología, endocrinología, cardiología, urología entre otros, como hemos señalado que la comunicación entre las diversas personas encargadas del tratamiento de estos pacientes es primordial.

Si el diagnóstico del trastorno del paciente es severo o profundo, este hospital no está en condiciones de darles la atención que requiere por lo que serán

canalizados a otras Instituciones que se especializan en este tipo de padecimientos como:

C.R.E.E. que es el centro de Rehabilitación y Educación Especial de la S.E.P.

Instituciones especializadas.

Hospital General Departamento de Psiquiatría.

Apéndice G

# INTEGRACION DE ESTUDIO PSICOLOGICO

## PARCIAL

### Fase Inicial

No. Expediente \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

**FECHA DE INICIO**

**MEDICO REMITENTE**

**MOTIVO DE CONSULTA**

Establecimiento de una adecuada relación

Aplicación de la entrevista cerrada, abierta o semi-abierta.

Aplicación de las Pruebas Psicológicas que se requieran de:

Inteligencia y/o

Desarrollo y/o

Perceptivo motriz y/o

Proyectivas y/o

Escolares y/o

Integración de estudio psicológico Parcial.

## FASE INTERMEDIA

### ANALISIS DE RESULTADOS

No. Expediente \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO

ESCOLARIDAD

NOMBRE DE LA ESCUELA

(S.E.P o particular)

(Matutina o Vespertina)

DOMICILIO

CIUDAD

Municipio

Estado

Teléfono:

## **Factores Familiares**

### **Ficha de identificación de los Padres.**

**PADRE**

**MADRE**

**Nombre**

**Nombre**

**Edad**

**Edad**

**Estado Civil**

**Estado Civil**

**Nivel Educativo**

**Nivel Educativo**

**Salud Física**

**Salud Física**

**Trabajo que desempeña**

**Trabajo que desempeña**

**Horario**

**Horario**

- **Observaciones sobre el número de hijos, lugar que ocupa en la familia y familiares que viven en su casa.**



- Dibujo de un Familiograma.
- Relatar motivo de Consulta

### **MEDICO REMITENTE**

- Relatar antecedentes físicos, pre y post-natales sobresalientes del embarazo, parto y estado del recién nacido.
- Relatar puntos relevantes del desarrollo de la primera infancia, del desarrollo psicomotor, lactante, pre-escolar, escolar, adolescencia.
- Indicar enfermedades relevantes padecidas y edad.
- Relatar puntos relevantes de la escolaridad, guardería, kinder, primaria, secundaria o preparatoria.
- Describir actitud del paciente ante los exámenes psicológicos.
- Nombres de los exámenes psicológicos aplicados según el caso lo requiera:

Inteligencia	y/o
Desarrollo	y/o
Perceptivo Motriz	y/o
Proyectivos	y/o
Escolares	y/o

Resultados obtenidos de cada una de las pruebas aplicadas, anotar aspectos cualitativos y cuantitativos.

Al realizar la integración total del estudio psicológico parcial, debemos ANALIZAR y relacionar los datos cuantitativos y cualitativos para que obtengamos el diagnóstico o diagnósticos resultantes.

**DIAGNOSTICO, (OS).**

**PRONOSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

Se indica el tipo de tratamiento psicológico a seguir.

- |                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| a) Terapia de apoyo (Psicodinámica) | f) Lenguaje         |
| b) Perceptivo-Motriz-               | g) Terapia de juego |
| c) Gestáltico                       |                     |
| d) Conductual.                      |                     |
| e) Estimulación temprana            |                     |

Apéndice H

# INTEGRACION DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS.

## B R E V E S.

No. Expediente \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO.

MOTIVO DE CONSULTA.

FICHA DE IDENTIFICACION.

PEDIATRA REMITENTE.

Establecimiento de empatía

Aplicación de entrevista

Describir la actitud del paciente ante la entrevista

Si en la aplicación de la entrevista, se detecta que el niño está presentando conductas normales que están de acuerdo a su edad cronológica, se dará terapia de apoyo breve, consejería y orientación pertinente al caso, tanto a los familiares como a las personas encargadas del pequeño.

Según el caso se dará de alta en la primera o segunda consulta.

Apéndice I