



BOLETIN

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 7 - Nº 2 - SEPTIEMBRE 1996

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1995 - 1996

Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Vice-President:	Dr. Jorge Förster
Secretaria:	Dra. Mónica Troncoso
Tesorero:	Dr. Tomás Mesa
Directores:	Dr. Hernán Alvarez Dra. Leonor Avendaño Dra. Verónica Burón Dra. Anahí Martínez Dr. Marcos Vallejos

Past-Presidente:	Dra. Ledia Troncoso
------------------	---------------------

Directora del Boletín:	Dra. Isabel López
------------------------	-------------------

Comité Editorial:	Freya Fernández Gabriela Sepúlveda Marcelo Díaz Ricardo García
-------------------	---

Secretarias:	Gabriela Cerda Carolina Martínez
--------------	-------------------------------------

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171

Fax: 6391085 - Santiago

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 7 - N°2 - SEPTIEMBRE 1996

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
TRABAJOS ORIGINALES	
Actitud y práctica religiosa y desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años <i>Dr. Carlos Almonte, Dr. Carlos Valenzuela, Psic. Gabriela Sepúlveda, Dr. Alfredo Avendaño</i>	3
Trastorno primario de la vigilancia: Un diagnóstico diferencial del síndrome de déficit atencional. <i>Dra. Freya Fernández, Psic. Ana Campos, Dra. Isabel López, Psic. Oyoní Japaz</i>	7
REVISION DE TEMAS	
Tumores de tronco cerebral <i>Dra. Carolina Coria</i>	15
Esclerosis temporal mesial <i>Dra. Loreto Ríos</i>	18
REVISION DE LIBROS Y REVISTAS	22
CONTRIBUCIONES	
Una experiencia para compartir. <i>Dr. Felipe Cors, Psic. Amaya Catalán, Psicop. Cecilia Cordero, Psicop. Rosa Montoya</i>	27
REUNIONES Y CONGRESOS.	31
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	32

ACTITUD Y PRACTICA RELIGIOSA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ADOLESCENTES DE 16 A 19 AÑOS

Dr. Carlos Almonte V.¹, Dr. Carlos Valenzuela Y.², Psic. Gabriela Sepúlveda R.³,
Dr. Alfredo Avendaño B.⁴

1. Clínica Psiquiátrica Universitaria, 2. Departamento de Biología Celular y Genética, 3. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones del Desarrollo Integral del Niño, Departamento de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, 4. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se describe la actitud y práctica religiosa de una población de 260 adolescentes de 16 a 19 años, 134 varones y 126 mujeres, de nivel socio-económico bajo y medio bajo, del Área Norte de Santiago, y se correlacionan con distintos aspectos del desarrollo psicosocial, recogidos mediante el Cuestionario de aspectos psicosociales del adolescente.

La mayoría de los jóvenes (81,9%) tiene una actitud positiva hacia la religión, y sólo un 7,7% tiene una actitud negativa. La actitud religiosa negativa sólo se correlacionó significativamente en la mujer con dificultades en la integración social. En este grupo el intento de suicidio se presentó en mayor proporción. El grupo con participación activa se diferenció de los grupos que participaban pasivamente y de los que no participaban, por tener relaciones interpersonales más satisfactorias, mayor porcentaje de imágenes positivas del matrimonio, ausencia de intento de suicidio, desarrollo moral en etapas más avanzadas y menor influencia de los medios de comunicación social, especialmente TV. En los varones predominaba no tener relaciones sexuales, menor porcentaje de fuga del hogar, peleas violentas y vandalismo. En las mujeres se observó menor frecuencia de embarazos precoces.

Se concluye que las instituciones religiosas ejercen un papel protector del desarrollo psicosocial sobre todo en los adolescentes que participan activamente en sus comunidades religiosas.

INTRODUCCION:

En este trabajo consideramos la influencia de las actitudes hacia la religión y de la regularidad de las prácticas religiosas en el desarrollo psicosocial del adolescente.

En trabajos anteriores describimos algunas características del desarrollo psicosocial de adolescentes, en los aspectos del desarrollo personal y relacional, en las áreas familiar, escolar y social. (1,2) Asimismo, hemos hecho referencia a los estilos de socialización de los padres a partir de la visión que tienen los adolescentes al respecto. (3) Publicamos los resultados de nuestras investigaciones orientadas al desarrollo del juicio moral, aplicando la descripción de niveles realizadas por Kohlberg. (4)

Hemos encontrado que la familia y la escuela son instituciones muy importantes para el desarrollo psicosocial de los adolescentes. (1,2). Del sistema social extra familiar y extra escolar nos ha parecido que las agrupaciones religiosas serían instituciones significativas en el desarrollo de los jóvenes.

La importancia atribuible al papel de las diversas organizaciones religiosas se debería en parte, a que las creencias sustentadas por éstas proporcionarían al adolescente respuestas a sus múltiples inquietudes, tales como el sentido de la vida y del dolor, como también delimitan principios éticos que podrían influir en la regulación de los comportamientos de los jóvenes.

En relación a las instituciones religiosas, diferenciamos actitudes de aceptación o rechazo o indiferencia de lo religioso, y en cuanto a la práctica religiosa distinguimos la asistencia ocasional a ceremonias de significativa repercusión social, como son los bautizos, matrimonios, funerales; de la asistencia regular a los oficios y otras actividades eclesísticas. El hecho de concurrir con regularidad a sus congregaciones, pensamos significa asumir un mayor compromiso, identificarse con un grupo de pertenencia y con la red social implicada, además, representaría una programación estable del tiempo libre semanal.

Postulamos que el grupo con actitudes positivas hacia la religión es diferente al grupo con actitudes negativas, del mismo modo los adolescentes con prácticas religiosas regulares constituyen un grupo diferente al grupo de los adolescentes con participación ocasional, lo que influiría en el desarrollo psicosocial de éstos, y sería un factor a considerar en el estudio de conductas socialmente desajustadas.

POBLACION Y METODOS

La muestra corresponde a 260 adolescentes de 16 a 19 años, 134 varones y 126 mujeres, de estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, que forman parte de una muestra de 1.000 niños sorteados al azar de un universo de 13.270 niños que ingresaron en 1973 a 1er. año de enseñanza básica, en el área Norte de Santiago, y que participaban de un estudio longitudinal (5).

Para los efectos de este estudio no diferenciamos los diversos credos religiosos, ya que nuestra población es mayoritariamente cristiana, y nos interesaba conocer la influencia de la religión como una variable psicosocial.

Los antecedentes fueron recogidos mediante un cuestionario de aspectos psicosociales del adolescente de Sepúlveda y Almonte (2,6), que comprende las áreas personal, familiar escolar y social; organizado en base a preguntas cerradas con alternativas múltiples, y con opción de agregar otras alternativas.

La variable religión, se encuestó en relación a

actitud hacia la religión y participación en actividades religiosas.

La actitud hacia la religión se clasificó como positiva cuando los jóvenes referían que la religión era: lo más importante, orienta la vida y los valores morales; como negativa cuando se le consideraba sin valor, prejuiciosa, o anticuada, e indiferente cuando se señala que le es indiferente; y no religioso desde el punto de vista psicosocial, cuando no pertenecían a ninguna agrupación religiosa.

La participación religiosa se clasificó en las categorías de participación activa cuando pertenecían a alguna agrupación religiosa y participaban regularmente en sus actividades; pasivo o no activo, cuando pertenecían a una agrupación religiosa y sólo participaba ocasionalmente en ceremonias tales como bautizos, matrimonios y funerales; y no religioso cuando no pertenecían a ninguna agrupación religiosa.

La variable religión se relacionó con las imágenes de familia, matrimonio, visión de mundo, relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos de relación y conductas de desajuste social (hurto, mentiras, vagancia, fugas del hogar y tabaco), con conductas sexuales e intento de suicidio; con desarrollo moral e influencia de los medios de comunicación social.

La significación estadística se determinó por una prueba de chi cuadrado o por la distribución de Poisson cuando los números eran pequeños. Debido a la cantidad enorme de análisis realizados describimos la significación estadística cualitativamente en tres categorías: I) no significativa o tendencia con $p > 0,05$; II) significativa con $0,05 > p > 0,025$; III) muy o altamente significativa con $p < 0,25$.

RESULTADOS

En relación a la actitud hacia la religión (tabla 1), destaca que un alto porcentaje de estos jóvenes tiene una actitud positiva hacia la religión (81,9%) y un porcentaje menor tiene una actitud negativa de rechazo (7,7%) y de indiferencia (1,5%). No hubo diferencias significativas por sexo.

(Tabla 1). En relación a la participación religiosa (Tabla 2), se encontró un porcentaje alto y similar de los no activos (41,1%) y de los activos (39,2%). No participaban religiosamente un porcentaje bajo (12,7%). Encontrábamos que los varones de esta muestra participaban en forma activa en mayor proporción que las mujeres (Tabla 2).

**TABLA 1
ACTITUD HACIA LA RELIGION**

	Posit.	Negat.	Indif.	NC*	T
sexo	N %	N %	N %	N %	N %
Masc.	113 (84,3)	10 (7,4)	2 (1,5)	9 (6,7)	134
Fem.	100 (79,4)	10 (7,9)	2 (1,6)	14 (11,1)	126
Total	213 (81,9)	20 (7,7)	4 (1,5)	23 (8,8)	260

* No contesta

**TABLA 2
PARTICIPACION RELIGIOSA**

	No tiene Relig.	Relig. No Act.	Relig. Activo	NC*	T
sexo	N %	N %	N %	N %	N %
Masc.	19 (14,2)	49 (36,6)	59 (44,0)	7 (5,2)	134
Fem.	14 (11,1)	58 (46,0)	43 (34,1)	11 (8,5)	126
Total	33 (12,7)	107 (41,1)	102 (39,2)	18 (6,9)	260

* No contesta

DISCUSION

En nuestras investigaciones hemos estudiado las influencias que las instituciones sociales tienen en el desarrollo psicosocial del niño y del

adolescente. Estas instituciones funcionan como sistemas jerárquicamente organizados, aportan sentido de pertenencia, dan redes de relaciones interpersonales, estructuras valóricas, objetivos comunes y metas de vida. Estas contribuyen significativamente en el proceso de socialización e inserción social de los participantes, a la vez que constituyen una instancia protectora de conductas desajustadas.

Hemos comprobado en este trabajo, que las organizaciones religiosas ejercen una influencia positiva en el desarrollo psicosocial de los jóvenes; y por lo tanto podríamos asimilarlos a las otras instituciones sociales. Es necesario recordar que este trabajo se realizó durante el gobierno militar en que las libertades políticas estaban restringidas y una parte de la población pudo haber hecho sus necesidades de participación social en actividades religiosas. En la población estudiada constatamos que la mayor parte de los jóvenes (81%) tiene una imagen positiva de las instituciones religiosas, ocupando un lugar intermedio entre la imagen positiva de la familia (89,2%) y la visión positiva del sistema escolar (76,8). (2)

La opinión negativa respecto a la religión fue de 7,7%, ligeramente superior a la opinión negativa de la familia (4,6%) y del sistema escolar (4,5%). (2)

En cuanto a la participación religiosa, la mayoría (80,3%) concurre a oficios religiosos, distribuyéndose los activos (39,2%) y pasivos (41,1%) en porcentajes muy semejantes.

Los varones tienen una participación más activa (44%) respecto a las mujeres (34,1%); esto podría explicarse, en parte, por el mayor porcentaje e integración social satisfactoria en los varones (83,9%) respecto a las mujeres (63,8%) en esta misma población, (2) los cuales se integran en menor proporción a los diversos grupos, comunitarios, deportivos y otros. (2)

La actitud negativa hacia lo religioso, en las mujeres, se correlacionó con mayor proporción de intento de suicidio y de dificultades en la integración social. Esta situación podría explicarse por la carencia del efecto protector

ejercido por las diversas instituciones religiosas. Esta actitud negativa hacia las organizaciones religiosas podría constituir también parte de una visión de mundo negativa (que alcanza al 7,9% de los casos), la que comprende una visión de sí mismo, de los otros, de la familia y del sistema escolar.(2)

La participación activa en jóvenes de ambos sexos se correlacionó con una imagen positiva del matrimonio, relaciones interpersonales satisfactorias a nivel familiar, escolar y social. En varones hubo una menor proporción de consumo de alcohol y drogas. En las jóvenes hubo menor proporción de embarazos precoces, no presentaron intento de suicidio y tenían una visión positiva de mundo. Se observó además un desarrollo del juicio moral en etapas más avanzadas y con una menor influencia de los medios de comunicación social.

Estos resultados corroboran nuestra hipótesis de que el grupo de religiosos activos constituyen un grupo distinto al de no religiosos y pasivos; y las instituciones religiosas aparecen como protectoras, facilitando las conductas socialmente adaptativas y contribuyendo al desarrollo de relaciones sociales satisfactorias.

REFERENCIAS

1. Almonte C., Sepúlveda G., Avendaño A., Valenzuela C., Desarrollo psicosocial de adolescentes de 12 a 15 años. Rev. Chil. Pediatr. 1985; 56:263-270.
2. Almonte C., Sepúlveda G., Valenzuela C., Avendaño A., Desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años. Rev. Psiquiatría 1990; 451-549. Chile.
3. Sepúlveda G., Almonte C., Valenzuela C., Avendaño A., Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años. Rev. Chil. Pediatr. 1991; 62: 396-403.
4. Hersh R., Reimer J., Paolito D., El crecimiento moral de Piaget a Kohlberg. Ed. Narcea, España, 1984. Cap. 3,44-70.
5. Avendaño A., Valenzuela C., Figueroa L., Manterola A., y Cols., Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo de un 10% de los niños que ingresan a la enseñanza básica fiscal. Area Hospitalaria Norte de Santiago. Ped. Santiago, 19: 156, 1976.
6. Avendaño A., Almonte C., Sepúlveda G., Valenzuela C., Características del desarrollo psicosocial en adolescentes de 12 a 15 años, Santiago Norte. Rev. Chil. Pediatr. 1983; 54:273-281.
7. Sepúlveda G., Almonte C., Valenzuela C., Avendaño A., Desarrollo moral en adolescentes de 16 a 19 años. 1994. en "La Televisión, el Niño y el Adolescente". Ed. Devilat M., Keith X. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Santiago, 1994.

TRASTORNO PRIMARIO DE LA VIGILANCIA UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL

Dra. Freya Fernández K.¹, Psic. Ana Campos G.¹, Dra. Isabel López S.^{1,2}, Psic. Oyoni Japaz L.¹

1 Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Neuropsiquiatría Infantil.

2 Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina-Centro, Universidad de Chile.

I INTRODUCCION:

Vigilancia es un estado mental que se define como la capacidad para estar atento y alerta frente a los cambios del medio ambiente (1). Aunque este término se menciona en la literatura desde 1923, sólo en 1940 el neurólogo inglés N.H.Mackworth lo definió como el estado de alerta para detectar y responder a pequeños cambios ambientales que ocurren a intervalos al azar.

Una alteración de la Vigilancia se traduce en dificultad para mantener un estado de alerta cuando se debe estar quieto o cuando está involucrado en tareas que exigen una atención sostenida. En situaciones rutinarias el sujeto se distrae fácilmente, sueña despierto y puede incluso quedarse dormido. La actividad motora permanente, observada en personas con estas alteraciones, podría interpretarse como un recurso para mantener un mejor nivel de vigilancia. Asimismo ésto contribuiría a la confusión con el Síndrome de Déficit Atencional (SDA) con hiperactividad. (3)(4)(15)

En 1990 Weinberg (2) propuso llamar trastorno primario de la vigilancia (TPV) a un grupo de síntomas que pueden confundirse con los que presentan los niños con déficit atencional con hiperactividad. Observó que este trastorno tendía a presentarse en algunas familias y que reunía las siguientes características: habilidad disminuida para mantener el alerta durante actividades continuas, ensoñación, pierden tumos, no completan tareas, son desordenados y negligentes, evitan actividades estructuradas o repetitivas y muestran inquietud motora y otras conductas destinadas a mejorar el alerta. Destacó además que estos niños eran de temperamento cariñoso, afectuoso y compasivo siendo queridos y aceptados por pares y profesores.

Puesto que este cuadro comparte algunas características con el SDA, es primordial establecer un acucioso diagnóstico diferencial (Tabla 1). La dificultad para seleccionar estímulos y la impulsividad son rasgos del SDA en tanto que la disminución del alerta, la lentitud en las respuestas y un temperamento compasivo y cariñoso lo son para el TPV.

El objeto de este estudio es verificar la nosología del TPV, como una entidad claramente diferenciable del SDA, en cuanto a sus antecedentes familiares, características clínicas y neuropsicológicas.

II SUJETOS Y METODO.

Del universo de niños que consultaron al Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán durante el primer semestre de 1994, se seleccionaron aquellos cuyo principal motivo de consulta fue bajo rendimiento y problemas de conducta en el ámbito escolar.

Los grupos se conformaron a partir de 28 pacientes consecutivos derivados por neurólogos con diagnóstico presunto de TPV o SDA. Aplicando los criterios definidos por Weinberg (2) y el (DSM IV) (5), se efectuó el diagnóstico clínico de TPV y de SDA.

El estudio se realizó en los primeros 20 niños diagnosticados como TPV (10) y como SDA (10). En cada paciente se efectuó una evaluación neurológica y psicológica según detalla a continuación:

a) Evaluación neurológica: incluyó historia familiar, anamnesis, estudio de la conducta en el medio escolar y familiar, examen neurológico completo y prueba de Connors para profesores. (Tabla 2)

**TABLA I
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

SDA	TPV
* Dificultad de atención selectiva y sostenida	* Disminución del alerta
* Conducta: - Distráctil - Impulsivo - Hiperactivo	* Conducta: - Ensoñación - Lento - Inquietud para mejorar el alerta
* Conducta asociada: - Labil - Frustrable - Egocéntrico	* Conducta asociada: - Estable - Afectuoso - Compasivo - Cariñoso
* Deficiente relación interpersonal	* Adecuada relación interpersonal
* Asociado a trastornos cond.	* Asociado a depresión
* Antecedente familiar(+)	* Antecedente familiar (+)

**TABLA II
ESCALA DE EVALUACION PARA PROFESORES ABREVIADA (CONNERS)**

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1) Inquieto, hiperactivo				
2) Excitable, impulsivo				
3) Perturba a otros niños				
4) No termina lo que comienza				
5) Constantemente moviéndose en la silla				
6) Desatento, fácilmente distráctil				
7) Debe satisfacerse pedidos de inmediato, fácilmente frustrable.				
8) Lloro fácil y frecuentemente				
9) Cambios de humor rápidos y drásticos.				
10) Pataletas, conducta explosiva e impredecible.				
11) Otras obs. respecto a su rendimiento, relación con compañeros, etc.				

Marque con una cruz lo que corresponda

b) Evaluación psicológica: incluyó la observación clínica y la administración de los siguientes instrumentos: Escala para la evaluación intelectual de Wechsler para niños (Wisc-R) normas chilenas, prueba de función visoperceptiva de Bender-Koppitz, prueba de Apercepción Temática Infantil (C A T), pruebas formales e informales de lecto escritura y cálculo.

RESULTADOS

I. Características de los grupos.

Sexo: el grupo de TPV resultó compuesto por 8 mujeres y 2 hombres, mientras que en el grupo del SDA la proporción fue de 3 mujeres y 7 hombres. **Edad:** La edad promedio de los niños diagnosticados como TPV fue de 11, 3 años (de: +1,67) (rango 8-14,4 años) y la de los niños con SDA fue de 9,7 años (de: +1,58) (rango 8-14 años). **Escolaridad:** La escolaridad de los niños con TPV se encontraba entre tercero y séptimo básico con un porcentaje de repitencias de 50%. Los niños con SDA cursaban entre segundo y sexto básico con un 20% de repitencias. **Motivo de consulta:** En el grupo con TPV los niños consultaron por bajo rendimiento escolar (7), distractibilidad (2) y lentitud en la ejecución de tareas (1). En el grupo de SDA el principal motivo de consulta fue la inquietud (5), mientras que el resto consultó por problemas de conducta (2), distractibilidad (2) y bajo rendimiento (1). (Figura 1). Estas características estaban presentes desde los primeros años, sin señales de deterioro durante la evolución.

II. Antecedentes personales.

En ninguno de los grupos hubo antecedentes relevantes de embarazo parto o perinatales.

El desarrollo psicomotor: fue normal en ambos grupos.

Antecedentes familiares: El antecedente familiar de sueño excesivo definido como episodios de sueño prolongado o episodios de sueño diurno que se presentan casi a diario estuvo presente en 7 de 10 casos con TPV y en 3 de 10 casos con SDA. En ambos grupos se recogió el antecedente de hiperactividad (TPV 8/10, SDA

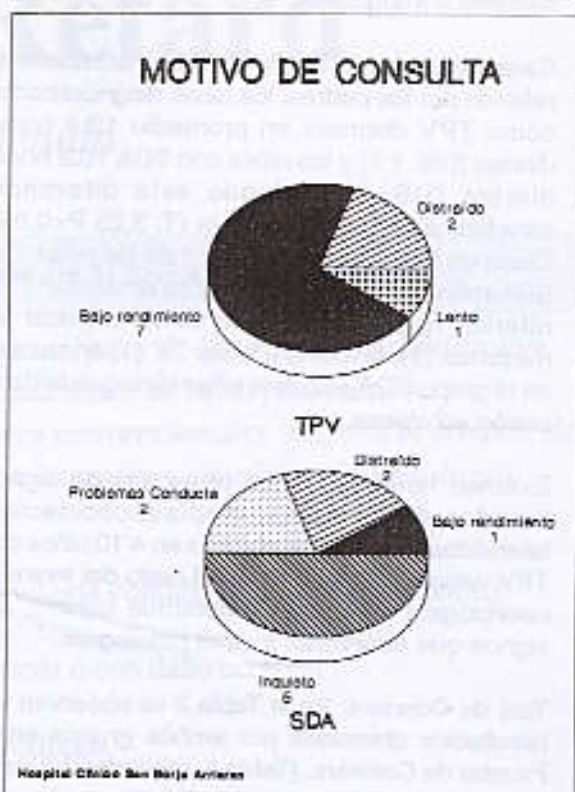


Figura 1. Motivo de consulta.

5/10), trastornos de aprendizaje (TPV 7/10, SDA 7/10) y trastornos de atención (TPV 5/10, SDA 6/10) en familiares cercanos.

Características conductuales en los primeros años: En los niños con TPV, las madres refirieron que desde pequeños eran tranquilos, buenos para dormir y lentos. En cambio los niños con SDA fueron fundamentalmente descritos como inquietos desde edades tempranas (9/10).

Conducta en el hogar: En los niños con TPV en el hogar se mostraban sin problemas, lentos y tranquilos, mientras que los niños con SDA presentaban problemas de comportamiento (agresividad y rebeldía) e inquietud.

Conducta en la escuela: Al igual que en el hogar los niños con TPV se destacaron por su lentitud para trabajar y la ausencia de problemas de conducta, mientras que los niños con SDA mostraron en mayor proporción problemas de conducta, fundamentalmente inquietos pero además eran agresivos, distraídos, conver-

sadores e impulsivos.

Características del sueño: Según el antecedente referido por los padres, los niños diagnosticados como TPV dormían en promedio 12,4 horas diarias (DS: 1,1) y los niños con SDA 10,2 horas diarias (DS: 1,8) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($T: 3,25 P < 0,05$). Cinco de los niños con TPV y 2 de los niños con SDA refirieron dormir siesta. Los niños con TPV referían que tendían a dormirse al viajar en microbús (3), al leer (2), al ver TV (1) en cambio en el grupo SDA sólo una niña refirió que le daba sueño en clases.

Examen neurológico: La presencia de signos blandos (sincinecias, disdiadococinecias, lateralidad cruzada) se objetivó en 4/10 niños con TPV versus 8/10 con SDA. El resto del examen neurológico en ambos grupos fue normal, sin signos que orientaran a otras patologías.

Test de Conners: En la Tabla 2 se observan los resultados obtenidos por ambos grupos en la Prueba de Conners. (Tabla 2, recuadro del test). Los grupos difirieron significativamente en relación a los siguientes aspectos: los niños con SDA fueron descritos como significativamente más impulsivos ($p = < 0,01$) fácilmente frustrables ($p = < 0,04$) y poco queridos por pares y profesores ($p = < 0,05$) que el grupo TPV. En relación a los ítems «desatento» y «fácilmente distráctil» e «incapaz de terminar lo que comienza» ambos grupos compartieron puntajes altos sin diferencias significativas entre ellos. En otras observaciones los profesores anotaron, en los casos de TPV, que se trataba de niños "muy queridos y aceptados por otros" esto no fue descrito en los niños con SDA.

Tratamiento: La respuesta al tratamiento fue variable. En los niños con TPV, todos fueron tratados (7 con Anfetamina y 3 con Ritalín), y sólo 6 mostraron evolución favorable (5 con Anfetamina y 1 con Ritalín). En cambio los 10 niños con SDA fueron tratados con Anfetamina con buena respuesta.

III Evaluación psicológica.

- **Actitud frente al examen:** La observación clínica permitió describir las siguientes diferencias entre los dos grupos estudiados. Los niños con TPV se mostraron tranquilos y colaboradores (8/10), sociables (4/10) y lentos para trabajar (3/10). Los niños con SDA, también se mostraron colaboradores, pero impulsivos (5/10) distráctiles al responder a las tareas (4/10) y con inquietud motora (7/10).

- **Test de Bender Koppitz:** Se estudió considerando los siguientes aspectos (6)(11):

1) Grado de madurez de la función visoperceptiva, estableciéndose 4 categorías, considerando el rendimiento observado en relación a lo esperado para la edad del niño: normal; inmadurez leve (un año de diferencia); moderada (entre uno y dos años de diferencia), severa (más de dos años de diferencia) (Figura 2) Los niños con SDA en cambio se distribuyeron en normal (3 casos) inmadurez leve (2 casos), moderada (1 caso), severa (4 casos).

2) Signos de disfunción neurológica: En 7/10 casos de TPV se observaron índices muy significativos de disfunción, mientras que en el grupo de SDA, dos niños no presentaron distorsiones en el dibujo asociado a disfunción neurológica, cuatro mostraron signos leves y cuatro distorsiones consideradas muy significativas de disfunción neurológica.

3) Tipo de enfrentamiento a la prueba: En la totalidad de los niños con TPV se observó un enfrentamiento ordenado en la prueba, esto es con dibujos distribuidos ordenadamente en el papel. En cambio los niños con SDA mostraron un enfrentamiento ordenado sólo en 6 casos y en 4 casos el enfrentamiento fue impulsivo, con borrones, desorganización o repaso de los trazos.

- **Escala de evaluación intelectual de Wechsler para niños(7) (Wisc-R):** 1) CI Verbal, CI Perceptivomotriz y CI Total: El CI total obtenido por el grupo TPV fue de 93 (de+9) y del grupo