

# LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA Y APRENDIZAJE: RECOLECCION DE DATOS CLINICOS

Dr. Jorge Escotto Morett\*

La Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) es un servicio de investigación y asistencia dentro del hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la SSA, que recibe para tratamiento a niños y adolescentes que requieren de un manejo especializado por presentar problemas de aprendizaje y conducta (15). Estos menores proceden de la consulta externa de dicho hospital, en donde al momento de ser revisados se les acepta según sus síntomas.

Al llegar a la UTNA, los menores son sometidos a una evaluación que, además de confirmar el diagnóstico de envío, sirve para ubicarlos dentro de las modalidades terapéuticas que se ofrecen. En estas sesiones se toma en cuenta la actitud, conducta y desempeño en relación con los síntomas referidos en la historia clínica del niño, previamente elaborada por el psiquiatra de la consulta externa.

## Objetivos

El número de niños que se maneja en la Unidad es considerable y, por esta razón, se pensó en la necesidad de conocerlos más detenidamente, así como la sintomatología evidenciada. Sin embargo, conseguir este propósito no es muy fácil debido a la inaccesibilidad que ofrece la historia clínica, ya que no existe uniformidad en la manera de consignar los puntos de interés por parte de los diversos médicos que intervienen. Por esto se consideró necesario elaborar una forma que fácilmente permitiera eludir dichos obstáculos y que ayudara a recoger la información requerida para conocer los signos clínicos importantes en los niños tratados por la UTNA.

## Descripción general

Se trata de una investigación clínica que permita conocer y retener toda la información que se requiere para evaluar y conservar datos que son de utilidad para el estudio de los casos que se controlan en el servicio.

\* Jefe de Servicio en la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## Descripción del material

Para hacer la investigación se estructuró una forma impresa que consta de una hoja frontal con la ficha de identificación y una serie de capítulos, que va relacionada con todos los apartados que forman una historia clínica. Todos los capítulos tienen ya escritos y numerados en forma progresiva, los síntomas más comunes según el área en estudio (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14). Esta forma preestablecida se ha aplicado a todos los niños que han ingresado a la Unidad desde septiembre de 1980.

## Método

Para el estudio se seleccionaron al azar 50 niños a quienes se les había aplicado la forma; los datos se obtuvieron por medio del interrogatorio indirecto, de la misma manera como se interroga para una historia clínica, preguntando, fundamentalmente, los puntos consignados en la hoja. En el reporte de los datos participaron indistintamente tres psiquiatras, quienes simplemente subrayaron los puntos positivos inquiridos. Hay que mencionar que la forma impresa también tiene un área en blanco al final de cada capítulo, lo que permite ampliar o aclarar cualquier dato que lo amerite e incluso hacer una reseña más específica. Los casos se tomaron de entre 460 niños que ingresaron durante los meses comprendidos entre septiembre de 1980 y junio de 1981.

## Resultados

### Apartado A

En el primer apartado de la forma se consignó la persona directamente responsable del menor, o en su defecto, quien proporcionó la información. El reporte fue como sigue:

En el cien por ciento de los casos la información fue indirecta. La madre informó en el 84% de las veces; ambos padres, en el 8%; el padre, en el 2%; alguna tía, en el 2% y la abuela, en el 4%

*Hombres y Mujeres*

12 años	6%	(1)	7 años	16%
11 "	2%	(1)	6 "	18%
10 "	8%	(1)	5 "	8%
9 "	14%	(1)	4 "	4%
8 "	20%	(1)	3 "	4%

De acuerdo a la tabla anterior, por incidencia de edades el porcentaje es el siguiente:

	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
1o.	8 años	20%	16%	4%
2o.	6 "	18%	10%	8%
3o.	7 "	16%	10%	6%
4o.	9 "	14%	8%	6%
5o.	10 "	8%	8%	—
	5 "	8%	6%	2%
6o.	12 "	6%	6%	—
7o.	4 "	4%	4%	—
	3 "	4%	—	4%
8o.	11 "	2%	—	2%

*Apartado B*

Estuvo relacionado con el consumo de drogas y sustancias tóxicas, sin embargo, en ninguno de los casos consignados se reportaron datos positivos, por lo tanto, en esta sección no hay información referible.

*Apartado C*

En esta sección se preguntaron todos los síntomas del padecimiento actual. Para facilitar las cosas se inquirió acerca de la constancia del problema tanto en la casa como en la escuela.

En la muestra de los resultados hay que mencionar que los síntomas pueden presentarse en uno o varios casos, y de la misma manera, un solo niño pudo haber presentado uno o varios síntomas de los de la lista, por tanto, los porcentajes de cada uno de los síntomas no guardan relación entre sí y sólo presentan su ubicación en el total del número de niños estudiados.

*Grupo I*

	<i>No. de casos</i>		<i>Porcentaje</i>	
	<i>Hogar</i>	<i>Escuela</i>	<i>Hogar</i>	<i>Escuela</i>
Inatención	41	39	81%	78%
Trastornos de aprendizaje	39	38	78%	76%
Hiperquinesia	32	29	64%	58%
Trastornos de lenguaje	25	24	50%	48%
Desobediencia	27	17	54%	34%
Agresividad	21	13	42%	26%
Verborrea	14	15	28%	30%
Mentiras	18	9	36%	18%
Hurtos	8	16	16%	32%
Dispraxia	11	10	22%	20%
Oposicionismo	6	4	12%	8%
Enuresis diurna	4	3	8%	6%
Conducta antisocial	3	2	6%	4%
Encopresis	2	2	4%	4%

*Grupo II*

	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Trastornos del sueño (inquietud)	23	46%
Noctilalia	21	42%
Miedo a dormir solo	19	38%
Enuresis nocturna	15	30%
Bruxismo	14	28%
Terrores nocturnos	12	24%
Pesadillas	5	10%
Sonambulismo	4	8%
Insomnio	2	4%
Encopresis nocturna	2	4%
Digitosucción nocturna	1	2%

*Grupo III*

	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Rabietas y berrinches	30	60%
Dependencia exagerada	4	8%
Autoagresiones	3	6%
Dislalia electiva	3	6%
Digitosucción diurna	1	2%
Adhesión a objeto	1	2%
Conducta sexual inadecuada	1	2%

*Grupo IV*

	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Cefalea	16	32%
Ausencias	2	4%
Convulsiones	2	4%
Otros síntomas*	2	4%
Espasmo del sollozo	1	2%
Mutismo	1	2%
Ensimismamiento	1	2%
Trastorno de pensamiento	1	2%

\* *Síntomas inespecíficos, tales como dolores, etc.*

*Grupo V*

	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad	29	58%
Labilidad emocional	20	40%
Pereza	14	28%
Onicofagia	14	28%
Inapetencia	12	24%
Timidez	9	18%
Tartamudez	7	14%
Depresión	4	8%
Hiperhidrosis	4	8%
Trastornos en la piel	3	6%
Síntomas hipocondríacos	2	4%
Astenia	2	4%
Fobias	2	4%
Bulimia	1	2%
Alopecia	1	2%
Hipersomnia	1	2%
Síntomas obsesivos	1	2%

Grupo VI

	Casos	Porcentaje
Trastornos en la visión	4	8%
Otros trastornos*	2	4%
Trastornos en audición	1	2%
Trastornos músculo-esqueléticos	1	2%

\* Enfermedades de diversos tipos.

Apartado D

Corresponde a todos los antecedentes personales y familiares de cada paciente.

Edad de la madre durante el embarazo:	Casos	Porcentaje
Entre 25 y 29 años	16	32%
Menor de 20 años	12	24%
Entre 20 y 24 años	11	22%
Entre 35 y 39 años	5	10%
Entre 30 y 34 años	4	8%
Mayor de 40 años	2	4%
	50	100%

Características de la madre:

	Casos	Porcentaje
Múltipara	33	66%
Primípara	16	32%
Se desconoce	1	2%
	50	100%

Características del embarazo y del parto:

	Casos	Porcentaje
Control prenatal	40	80%
Embarazo deseado y programado	27	54%
Problemas emocionales durante el embarazo	23	46%
Amenaza de aborto	8	16%
Otras complicaciones	8	16%
Problemas infecciosos durante el embarazo	3	6%
Intento de aborto	3	6%
Atención en hospital	46	92%
Atención empírica	4	8%
Embarazo a término	45	90%
Prematuro	5	10%
Parto eutócico	34	68%
Parto distócico	14	28%
Se ignora	2	4%
		100%
Parto prolongado	7	14%
Anestesia	18	36%

Otros problemas*	7	14%
Sufrimiento fetal	7	14%
Cianosis	6	12%
Cesárea	6	12%
Forceps	6	12%
Ictericia	5	10%
Incubadora	5	10%
Malformaciones	2	4%
Parto gemelar	2	4%
Factor RH (-)	2	4%

\* Circular de cordón, etc.

Vida postnatal:

Desarrollo normal	36	62%
Desarrollo retardado*	14	38%
Retardo en lenguaje*	12	24%
Retardo en marcha*	10	20%
Retardo en esfínteres*	6	12%

\* Algunos de los niños que presentaron retardos, tuvieron alteraciones mezcladas de una o más áreas de desarrollo.

Antecedentes de enuresis	16	22%
Antecedentes de encopresis	1	2%
Sarampión	22	44%
Varicela	16	32%
Parotiditis	11	22%
Rubeola	10	20%
Escarlatina	8	16%
Espasmo del sollozo	8	16%
Tosferina	7	14%
Neumonía	3	6%
Otras*	20	40%

Inmunizaciones:

	Casos	Porcentajes
Completas	44	88%
Incompletas	6	12%
		100%

Antecedentes traumáticos craneoencefálicos	28	56%
Pérdida momentánea de la conciencia	7	14%
Pérdida prolongada de la conciencia*	3	6%

\* No se cuantificó.

Parasitosis		30%
Antecedentes quirúrgicos*		12%
Infecciones del sistema nervioso		2%

\* Amigdalectomía, hernias, cirugía menor.

Escolaridad actual\*:

Primaria	38	76%
----------	----	-----

Jardín de niños 8 16 %

\* En el momento de ingresar a tratamiento en la Unidad.

Sin escolaridad (correspondiente a primaria) 1 2 %  
Sin escolaridad (preescolares) 2 4 %

*Clasificación por grado escolar:*

Jardín de niños 6 16 %  
1o. de primaria 21 42 %  
2o. de primaria 10 20 %  
3o. de primaria 4 8 %  
4o. de primaria 1 2 %  
5o. de primaria 3 6 %  
6o. de primaria 1 2 %  
1o. de secundaria 1 2 %

*Grados reprobados:*

Total: Primaria	14	28 %	} 30%
Secundaria	1	2 %	
1o. de primaria	11	73.33 %	
2o. de primaria	1	6.66 %	
5o. de primaria	2	13.33 %	
1o. de secundaria	1	6.66 %	

\* El porcentaje de cada grado escolar se tomó en base al número total de reprobados, que es el 30% del grupo de niños estudiados. En esta consideración no se sumaron los casos sin escolaridad.

Los niños que asisten a la Unidad para tratamiento que no tienen antecedentes de reprobación, tienen un rendimiento que va de medio a malo y algunos probablemente reprobarán el año escolar.

*Apartado E*

*Antecedentes familiares:*

Madre viva 49 98 %  
Fallecida 1 2 %  
-----  
100 %

*Edad actual de la madre:*

Entre 25 y 29 años 17 34 %  
Entre 30 y 34 años 12 24 %  
Entre 35 y 39 años 10 20 %  
Entre 40 y 44 años 5 10 %  
Entre 45 y 49 años 4 8 %  
Entre 20 y 24 años 2 4 %  
-----  
100 %

*Actitud de la madre hacia el menor:*

Adecuada 43 86 %  
Inadecuada\* 5 10 %

\* Esta se califica como fría, rígida, tolerante, indiferente, rechazante, violencia física.

Padre vivo 44 88 %  
Fallecido 1 2 %  
Padre ausente 5 10 %

*Actitud del padre hacia el menor:*

Adecuada 28 56 %  
Inadecuada\* 14 28 %  
No calificada 18 16 %

\* La actitud se calificó de la misma forma que la de la madre.

*Escolaridad de los padres:*

Madre:  
Algún grado de primaria 27 54 %  
Algún grado de secundaria 6 10 %  
Secundaria comercial 7 14 %  
Profesional 5 10 %  
Analfabeta 3 6 %  
Lee y escribe 3 6 %

*Edad actual del padre\*:*

	Casos	Porcentaje
Entre 30 y 34 años	13	26 %
Entre 35 y 39 años	13	26 %
Entre 40 y 44 años	6	12 %
Más de 50 años	5	10 %
Entre 45 y 49 años	4	8 %
Entre 25 y 29 años	2	4 %
Entre 20 y 24 años	1	2 %

\* Hubo un padre fallecido y cinco padres ausentes que no se tomaron en consideración por desconocer sus datos.

*Escolaridad del padre\*:*

Algún grado de Primaria 23 46 %  
Algún grado de Secundaria 10 20 %  
Profesional 6 12 %  
Lee y escribe 6 12 %  
Preparatoria 2 4 %  
Analfabeta 1 2 %

\* Se pudo conocer la escolaridad del padre fallecido y de tres ausentes.

Número de hijos dentro de la familia:

	Casos	Porcentaje
Uno	2	4 %
Dos	9	18 %
Tres	12	24 %
Cuatro	12	24 %
Cinco	4	8 %
Seis	4	8 %
Siete	---	---
Ocho	2	4 %
Nueve	3	6 %
Diez	1	2 %
Más de diez	1	2 %

Lugar que ocupa el paciente entre los hijos:

	Casos	Porcentaje
Primero	18	36 %
Segundo	9	18 %
Tercero	7	14 %
Cuarto	7	14 %
Quinto	3	6 %
Octavo	2	4 %
Séptimo	1	2 %
Noveno	1	2 %
Décimo	1	2 %
Después del Décimo	1	2 %
Sexto	---	---

Cuando se pudo obtener información sobre las relaciones de los padres o responsables, se supo que los problemas más frecuentes de la pareja tienen como causa:

	Casos	Porcentaje
Disgustos frecuentes	12	24 %
Violencia verbal	6	12 %
Violencia física	4	8 %
Infidelidad	3	6 %
Irresponsabilidad	3	6 %
Ausencias frecuentes de casa	2	4 %

Como se puede observar, los porcentajes varían, ya que, aunque las relaciones se califiquen como "buenas", en algunas se encontraron problemas comunes. En otros casos no se pudo precisar o se dio una mezcla de conflictos.

Se preguntó qué clase de relaciones llevaba el paciente con sus hermanos:

Relaciones buenas	31	62 %
Relaciones regulares	13	26 %
Relaciones malas	4	8 %

En dos casos el menor es hijo único.

Antecedentes familiares de importancia:

Casos Porcentaje

Uno o varios hermanos presentan un problema similar al del paciente	15	30 %
Asisten a tratamiento en esta Unidad	6	12 %
Aún no tratados	5	10 %
Tratados en otro sitio	4	8 %
Alcoholismo paterno	14	28 %
Antecedentes de epilepsia	10	20 %
Psicosis	6	12 %
Neurosis	5	10 %
Retardo mental	4	8 %
Otras enfermedades*	10	20 %

\* Diabetes, hipertensión arterial, u oncológicas, etc.

Apartado F

En esta sección se valoraron signos neurológicos leves, dominancia y lateralidad.

Diestros	40	80 %
Zurdos	3	6 %
Dominancia no establecida	7	14 %

Los signos neurológicos que se revisaron se calificaron como superficiales, moderados y severos, sin embargo, cuando el resultado fue positivo, se consideró como moderado en todos los casos.

Signos negativos	22	44 %
Signos positivos	28	56 %
Sólo un signo positivo	7	14 %
Dos o más signos	21	42 %

Los signos neurológicos están anotados en orden de frecuencia y sólo en los casos en que estuvieron presentes.

	Casos	Porcentaje
Adiadococinecia	20	40 %
Fibrilación lingual	10	20 %
Nistagmus	9	18 %
Temblo digital	6	12 %
Romberg	3	6 %
Dedo nariz	1	2 %

Apartado G

Aquí se reportan los casos que recibieron tratamiento farmacológico y la modalidad terapéutica a la que ingresaron dentro de la Unidad\* (1).

Tratamiento farmacológico**	32	64 %
Bloque de educación especial	18	36 %
Bloque psicopedagógico	9	18 %
Bloque maternal terapéutico	9	18 %

\* No se especificó qué clase de fármacos recibían.

\*\* Las características, estructura y funcionamiento de la Unidad están descritas con todo detalle en la referencia bibliográfica (1).

	Casos	Porcentaje
Otras modalidades*	14	28 %

## Resultados generales y conclusiones

La investigación se hizo con la intención de conocer en forma aproximada todas las características, dentro de lo factible, de cada niño que asiste a la Unidad y de ninguna manera se estableció algún resultado en forma previa.

Con las respuestas obtenidas se pueden sacar en forma global las siguientes consideraciones:

A la UTNA asiste una cantidad mayor de niños que de niñas y éstos están en relación de dos a una. Se vio que entre los hombres, las edades más significativas son 8 y 6 años, en este orden, mientras que en las mujeres son 6, 7 y 9 las edades más frecuentes.

En lo referente al consumo de drogas no se reportó ningún caso, lo cual llama la atención; sin embargo, esto podría deberse a que los casos con este tipo de problemas son manejados preferentemente en la consulta externa de este Hospital y no son enviados a la Unidad.

Los signos clínicos más generalizados fueron, en primer lugar, la inatención, considerada en un 81% de los casos y casi constante tanto en la casa como en la escuela.

En segundo lugar fue la hiperquinesia (aumento de la actividad motora), también casi sin diferencia en la casa y en la escuela (64% y 58%); en tercer lugar, una serie de signos tales como la agresividad, la desobediencia, la verborrea, los hurtos, etc., que podrían considerarse dentro de los puntos que coinciden con la falta de control de impulsos y baja tolerancia a la frustración.

Como consecuencia de los síntomas mencionados se pudo apreciar un problema que aparece también en alto porcentaje (78% y 76%) y que se refiere a la falla en el aprendizaje escolar. La relación de este trastorno con los signos anteriores se puede comprender fácilmente.

La enuresis y encopresis fueron significativamente bajas y sólo la enuresis se presentó como síntoma nocturno. La inquietud durante el sueño se encontró en el 46% de los casos; el resto de los signos nocturnos fue bajo. Las rabietas y berrinches, que también están relacionados con la impulsividad, se manifestaron en el 60%.

De todas las anomalías que podrían tomarse como orgánicas o neurológicas, sólo destacó la cefalea, quedándose atrás, incluso, las que podían coincidir con epilepsia o psicosis.

La ansiedad se mostró en el 58% y la labilidad emocional, en el 40%.

Las disminuciones físicas (como miopía, astigmatismo e hipoacusia) tuvieron porcentajes que podrían encontrarse en la población normal (5, 8).

Una tercera parte de los niños eran hijos de madres jóvenes (entre 25 y 29 años) y la mayoría de los embarazos (80%) se controlaron institucionalmente. Un poco más de la mitad eran hijos deseados y la gran mayoría (92%) nacieron en hospital. El 90% de los embarazos fue de término y sólo menos de la tercera parte (28%) fueron partos distócicos.

Dos terceras partes presentaron desarrollo normal (9, 11, 12) en la marcha, lenguaje y esfínteres.

Las enfermedades padecidas como antecedentes fueron, en orden de importancia, el sarampión y la varicela (13). Los traumatismos craneoencefálicos ocurrieron en un poco más de la mitad (56%) y aunque la severidad de los golpes fue mínima, no se puede saber si fueron causa o efecto (3, 8), en muchos casos, de los trastornos de conducta mencionados.

Dos terceras partes estaban en primaria (76%) en el momento de ingresar al tratamiento.

De todos los niños previamente estudiados, quince (30%) reprobaron algún grado escolar y se pudo constatar que de estos quince niños, el 73% había reprobado el primer grado y el 13%, el quinto grado; otros grados escolares en que reprobaron fueron el 2o. y el 1o. de secundaria, con 6.6% del número global de los que habían repetido año.

En la mayoría de los casos, la conducta de las madres hacia el menor fue considerada como adecuada, y en los padres, aunque menos tolerantes, el 56% fue también descrita como adecuada. La escolaridad de ambos oscila entre algún grado de primaria, y los que tienen profesión ocuparon el 12%.

Un buen porcentaje de los padres son matrimonios constituidos legalmente y el 90% practica la religión católica. Fue curioso observar que el número total de hijos fue de 3 y 4, predominantemente; otro dato importante es que el primogénito es quien generalmente presenta los problemas, siguiéndole el segundo y el tercer hijo, en orden de frecuencia.

Las relaciones que guardan los familiares entre sí fueron calificadas como buenas, y regulares, en segundo término. En la mayoría de los hogares son ambos padres quienes administran la disciplina e intervienen en forma directa en la educación y formación de los hijos.

En relación a los antecedentes familiares, lo más importante fue observar que el 30% de los casos tiene hermanos con síntomas similares.

Finalmente, en el examen neurológico sólo el 42% mostró signos neurológicos positivos, que de ninguna manera se pueden considerar concluyentes, ya que estos signos también están presentes en algún porcentaje de la población normal (9). Por la misma razón, llama la atención que el 64% reciba tratamiento farmacológico sin que exista una razón de peso para administrárselo, ya que según lo reportado, sólo hay cefalea, y un número mínimo (4%) tuvo manifestaciones claras (convulsiones).

En resumen y de manera absoluta se puede pensar por los resultados que la gran mayoría de la población estudiada presenta como problemas fundamentales: baja de la atención, hiperquinesia, impulsividad, y

\* *Bloque vespertino, observación, manejo individual, etc.*

como consecuencia, problemas de aprendizaje en la escuela.

Estos signos coinciden con los datos que proporciona el manual de diagnóstico y estadísticas de las enfermedades mentales (DSM-III) sobre el síndrome de deficiencia en la atención (2), que propone como síntomas fundamentales, los mismos tres síntomas arriba señalados (inatención, hiperquinesia e impulsividad) y que se mostraron incidentalmente en la investigación.

Por otro lado, los antecedentes pre, peri y post-natales no expusieron ninguna alteración clara que pudiera considerarse como causa, ya que los datos no difieren mayormente de las circunstancias que rodean a cualquier niño de la población "normal" (3, 4, 8, 9). Asimismo, el resto de los signos clínicos que aportaron pudieron manifestar alteraciones concluyentes como para llamarlo "daño orgánico", aunque esto pudiera quedar pendiente para futuras investigaciones que prueben alteraciones biológicas imperceptibles en el momento actual (2, 8, 13).

Por la misma razón, parece poco razonable que ante la falta de trastornos orgánicos, los niños reciban diversos fármacos, y sólo podría considerarse el uso de aquéllos que atendieran a la necesidad de mejorar la atención y controlar los cuadros que muestren alteraciones francas clínicamente observables (3, 8).

Por último, se concluye que debe plantearse la necesidad de continuar con investigaciones semejantes a ésta (1), ya que muchos de los datos manifiestos se proponen como base de futuros estudios que puedan llevar a consideraciones más precisas. La forma impresa que se usó para recoger los síntomas resultó útil y, aunque sufrirá algunas modificaciones que la hagan un poco más ajustada a las necesidades, seguirá usándose como medio de investigación permanente dentro de la Unidad en la que fue aplicada.

*El autor desea agradecer la colaboración del Dr. Guido Macías-Valadez T, Jefe del proyecto UTNA, y de todos los miembros de la Unidad que participaron en forma directa o indirecta en la elaboración de esta investigación. Igualmente, al Instituto Mexicano de Psiquiatría y a la Dirección General de Salud Mental por las facilidades otorgadas.*

## BIBLIOGRAFIA

1. MACIAS-VALADEZ T G: Programa de intervención terapéutica para niños y adolescentes en centros de salud. *Cuadernos Científicos CEMESAM* 12, México, 1980.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3a. edición, Washington, D. C. APA, 1980.
3. RUTTER M, HERSON L: *Child Psychiatry: Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications, Londres, 1979.
4. FREUD A: Normality and pathology in childhood: Assessments of development. International Universities Press, 1978.
5. TARNOPOL L: *Dificultades para el Aprendizaje: Guía Médica y Pedagógica*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1976.
6. KANNER L, KAPLAN I y cols.: *La Psiquiatría Infantil: Clasificación y Examen Psiquiátrico, Psicológico y Social*. Editorial Paidós Argentina, 1978.
7. MAHLER M: *Simbiosis Humana: Las Vicisitudes de la Individuación*, Vol. I Capítulos I, II y III Ed. Joaquín Mortiz. México, 1980.
8. MENDIGUCHIA F J: *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Ediciones del Castillo. Madrid, 1980.
9. RUTTER M: *Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*. Heinemann Medical Books LTD., Londres, 1980.
10. SPITZ R: *The First Year of Life*. International Universities Press, Nueva York, 1965.
11. PIAGET J: *The Psychology of Intelligence*, Paterson N J, Lihlefield A, 1960.
12. PIAGET J: *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press, Nueva York, 1952.
13. VELASCO F R: *El Niño Hiperquinético*. Editorial Trillas, México, 1979.
14. WINNICOTT D W: *Playing and Reality*. Tavistock Publications. Londres, 1971.
15. MACIAS-VALADEZ T G: Modelo psiquiátrico de intervención terapéutica en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 5 (2): 18-22 verano, 1982.