

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA COMPRENSIVA EN UN NIÑO CON LESIÓN CEREBRAL: UN ESTUDIO DE CASO

COMPREHENSIVE PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF A CHILD WITH BRAIN INJURY: A CASE STUDY

Recibido: 29 de mayo de 2021 | Aceptado: 2 de noviembre de 2021

Michelle A. Cabán-Ruiz¹, Elixmahir Dávila-Marrero²

^{1,2} Universidad de Puerto Rico, Recinto Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

Una evaluación psicológica comprensiva se distingue por ser un proceso que toma en consideración de manera significativa y contextual la historia, y las observaciones clínicas, para identificar los instrumentos de evaluación más apropiados y realizar un análisis integral de las puntuaciones, facilitando la impresión diagnóstica. Presentamos un estudio de caso en el que se comparan y analizan datos de dos evaluaciones psicológicas realizadas, a la edad de 7 años y 3 meses y, a los 9 años y 3 meses, a un niño con un quiste subaracnoideo impactando el lóbulo frontal, temporal, y parietal derecho. Como resultado de la lesión cerebral, el niño presentó cambios en la modulación emocional, el funcionamiento ejecutivo y el aprendizaje. Como parte de la evaluación comprensiva se utilizó el siguiente protocolo de evaluación: historial de desarrollo, evaluaciones psicológicas previas, resultados de imagen de resonancia magnética del cerebro, pruebas de inteligencia verbales y no verbales, aprovechamiento académico, neuropsicológicas y adaptativas. Los resultados destacan cambios favorables en el niño al comparar los dos tiempos de evaluación bajo consideración. El acercamiento comprensivo permitió analizar el funcionamiento del niño en diferentes áreas y ofrecer un diagnóstico diferencial, considerando la lesión cerebral y ajustando las recomendaciones terapéuticas y académicas.

PALABRAS CLAVE: Educación especial, estudio de caso, evaluación psicológica comprensiva, quiste subaracnoideo.

ABSTRACT

A comprehensive psychological evaluation is distinguished by a process that takes in consideration the history and clinical observations in a meaningful and contextual way in order to identify the most appropriate instruments and thus carry out a comprehensive analysis of the scores, facilitating an accurate diagnostic impression. We present a case study comparing and analyzing data from two psychological evaluations carried out at the age of 7 years and 3 months and, at 9 years and 3 months, in a child with a subarachnoid cyst affecting the frontal, temporal, and right parietal lobes. As a result of the brain injury, the child exhibited changes in emotional modulation, executive functioning, and learning. As part of the comprehensive evaluation, the following assessment protocol was used: developmental history, previous psychological evaluations, results of magnetic resonance imaging of the brain, tests of verbal and non-verbal intelligence, achievement tests, neuropsychological and adaptive tests. The results obtained highlight positive changes in the child when comparing the two times under consideration. The comprehensive approach allowed analyzing the child's functioning in different areas and offering a differential diagnosis, considering the brain injury, and adjusting the therapeutic and academic recommendations.

KEYWORDS: Case study, comprehensive psychological assessment, special education, subarachnoid cyst.

La evaluación psicológica comprensiva posee gran utilidad clínica ya que integra diversas dimensiones para establecer un diagnóstico. Esto la distingue de forma significativa de un tamizaje o de una evaluación psicológica sencilla que está basada en aspectos psicométricos exclusivamente (Turk et al., 2002). La evaluación comprensiva, debido a la complejidad de los procesos incluidos, tiende a requerir una mayor inversión de tiempo, de administración de instrumentos, análisis y redacción integral de los resultados en el informe. Turk et al. señalan que, pasar por alto los aspectos significativos del historial, devaluar las observaciones clínicas, elegir aceleradamente instrumentos de evaluación, y usar exclusivamente las puntuaciones como guía para los análisis, entre otros factores, afectan la elaboración de procesos de evaluación comprensivos acarreado consecuencias significativas para las personas evaluadas.

Según la declaración de la Junta de Asuntos Profesionales de la Asociación Americana de Psicología y el Comité para el Avance de la Práctica Profesional de la Asociación Americana de Psicología (2014), la evaluación psicológica comprensiva: (a) tiene el propósito de ofrecer un cuadro clínico más completo del individuo; (b) es integral al enfocarse en el funcionamiento del individuo desde múltiples dominios; (c) puede ayudar al diagnóstico y/o la planificación del tratamiento de una manera culturalmente competente; (d) puede identificar problemas y condiciones psicológicas, indicar su gravedad y proporcionar recomendaciones de tratamiento; (e) integra resultados de múltiples pruebas psicológicas, entrevistas clínicas, observaciones de comportamiento, revisiones de historias clínicas e información colateral; (f) puede incluir medidas de detección que se utilizan junto con otra información de la evaluación, proporcionando un contexto más amplio para interpretar los resultados; (g) puede utilizar los resultados del tamizaje para determinar la elección de instrumentos para una evaluación; y (h) puede cubrir múltiples dominios de funcionamiento, como el lenguaje, la memoria, la resolución de

problemas visuales y verbales, el funcionamiento ejecutivo, el funcionamiento adaptativo, el estado psicológico, la capacidad de autocuidado, y el historial psicosocial relevante entre otros necesarios para responder a las preguntas que motivaron la consulta. La evaluación se distingue de la medición en la medida en que la evaluación psicológica se refiere a un acercamiento integral donde se consideran no solamente los resultados de las pruebas (medición), sino que estos se asocian y se analizan en el contexto de la historia, los síntomas, las observaciones, y los hallazgos médicos, sociales o académicos entre otros (Matarazzo, 1990). La selección de un proceso evaluativo comprensivo debe estar dirigido por la formación ética y clínica del profesional y no por factores externos, ya que su alcance puede afectar el acceso a servicios. Una impresión diagnóstica desafortunada, debido a la falta de una evaluación comprensiva, puede tener un impacto significativo en las posibilidades de desarrollo de quienes son ubicados y etiquetados bajo categorías que no les pertenecen.

Este artículo tiene el propósito de presentar el análisis de un estudio de caso basado en un proceso comprensivo de evaluación y reevaluación psicológica de un niño con una lesión cerebral. Por medio de la evaluación comprensiva se pretendió establecer un diagnóstico diferencial integrando diversas áreas para así explicar de manera más precisa la etiología de sus conductas y rezagos. Se obtuvo el consentimiento informado de parte de los padres del menor para recibir los servicios de evaluación psicológica en la clínica de servicios psicológicos. Los padres autorizaron el uso de información no identificable para la publicación del estudio de caso. Se obtuvo aprobación y autorización por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI) de la institución de las autoras.

Información del paciente

El paciente es un niño puertorriqueño con historial de salud peri y post natal intacto, quien nació en el año 2010 a la semana 41 de

gestación. El desarrollo motor y del lenguaje fue adecuado y no mostró condiciones de salud significativas durante los primeros tres años de vida. Sus padres reportaron que aproximadamente a la edad de 4 años comenzó a presentar cambios conductuales que reflejaban como si estuviera “molesto e irritado todo el tiempo”. Adicionalmente informaron que el niño mostró conducta agresiva hacia miembros de la familia. Posterior a una consulta con un profesional de la psicología, se les recomendó al padre y la madre que el niño fuera evaluado en el área de neurología.

Historial de hallazgos clínicos

Una imagen de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) del cerebro reveló un

quiste subaracnoideo en el hemisferio derecho que se extendía desde el lóbulo temporal hasta el lóbulo frontal y el lóbulo parietal del cerebro (ver Figura 1). Este hallazgo requirió de una consulta en el área de neurocirugía, recomendando una intervención quirúrgica para drenar el quiste en el 2015. En el 2016 tuvo una segunda intervención para colocar una válvula de drenaje intracraneal. Luego de estas intervenciones, el niño continuó experimentando cambios conductuales y al comenzar su experiencia escolar presentó dificultades en el aprendizaje. El niño fue referido a múltiples evaluaciones psicológicas y psicométricas en los años subsiguientes para atender los problemas conductuales y de aprendizaje.

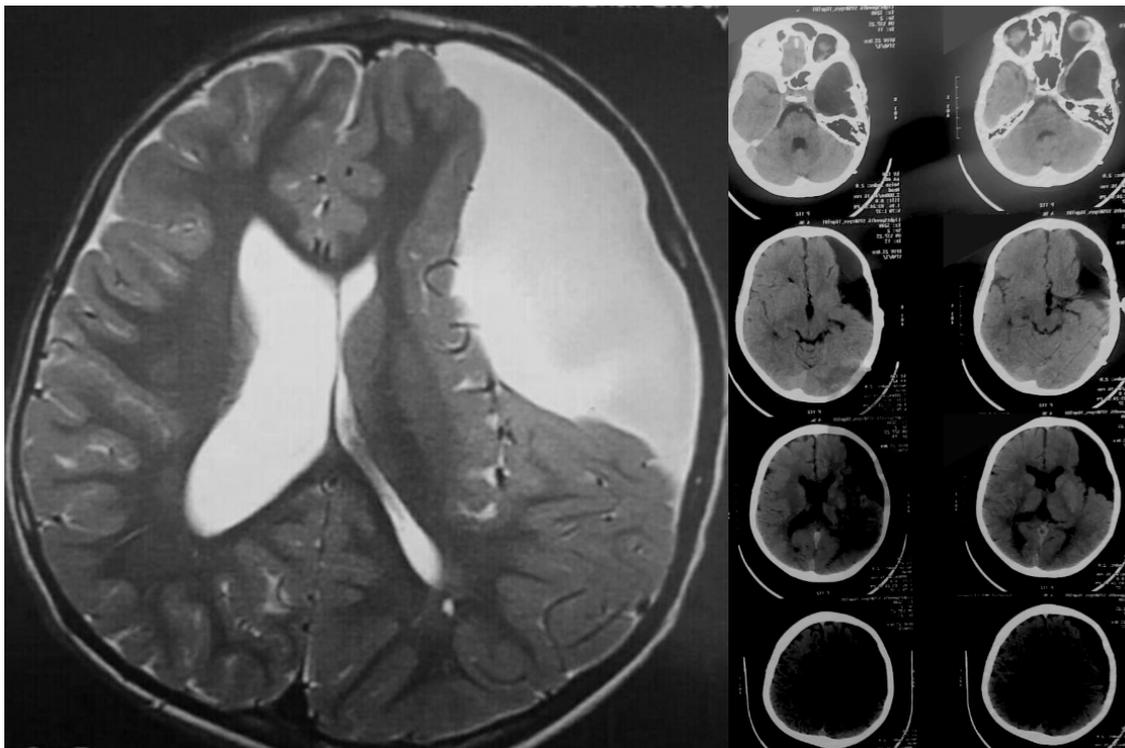


FIGURA 1.
MRI del cerebro 2015 y CT scan del cerebro 2019.

Nota: Lecturas originales de ambas neuroimágenes:

Brain MRI 2015 Findings: Large right temporal cyst most likely subarachnoid cyst which extends into the frontal lobe and parietal lobe causing compression of the adjacent right frontal, parietal and temporal brain structures with subsequent compression of the right lateral ventricle and midline shift towards the left.

Brain CT scan 2019 Findings: There is evidence of a large well-defined extra-axial collection, which appears to arise from the right middle cranial fossa and extend into the anterior cranial fossa. It shows fluid density. There is suggestion of a septation within the lesion. This finding most likely represents an arachnoid cyst. It measures approximately 10cm x 3.1 cm x 5.0 cm. It has not significantly changed since the prior study.

En el 2015 se realizó la primera intervención de evaluación psicométrica por un profesional de la psicología en práctica privada. El niño presentó un coeficiente intelectual promedio bajo, correspondiente a una puntuación de 83, al ser examinado con la *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised - WPPSI-R* (Wechsler, 1989). En el informe, el profesional de la psicología afirmó “esta puntuación sugirió una capacidad algo comprometida para tener un aprendizaje apropiado al compararse con otros/as niños/as dentro de su grupo normativo.” Así mismo, mencionó que “en la evaluación del comportamiento, se evidenció la presencia de conductas asociadas con impulsividad, distracción e irritabilidad. En el área emocional, se encontraron indicadores que sugirieron la presencia de inestabilidad emocional, inseguridad, inmadurez y pobre control interno.”

En el 2016 una evaluación psicológica realizada por una profesional de la psicología a través de los servicios del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación de Puerto Rico reveló indicadores emocionales significativos asociados con agresividad, impulsividad, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. Se le administró los cuestionarios del manual *Niños desafiantes: Materiales de evaluación y folletos para los padres* de Russell A. Barkley (1997). No hubo evidencia de que se le administrara otros protocolos de evaluación. La profesional de la psicología determinó que el niño cumplía con los criterios diagnósticos del trastorno oposicional desafiante y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado.

Posteriormente, en el 2017, una evaluación psicométrica fue realizada por una profesional de la psicología en uno de los centros pediátricos del Departamento de Salud de Puerto Rico. En ese momento el niño presentó un coeficiente intelectual promedio bajo, con una puntuación estándar de 80, al ser evaluado con la *Escala de Inteligencia Wechsler para Niños Revisada para Puerto Rico - EIWN-R-PR* (Herrans & Rodríguez, 1992). En esta evaluación se

señala que, “se identificaron dificultades en las áreas de discriminación visual, planificación, anticipación de consecuencias, aprendizaje inmediato y en la integración visomotora”. Como parte de las interpretaciones de la evaluación, se estableció que, a pesar de mostrar el potencial para un buen desempeño académico, éste se veía limitado por dificultades conductuales y dificultades tanto en el área motora como en el área perceptual.

Evaluaciones diagnósticas comprensivas

Primera evaluación: 7 años y 3 meses

En el 2018, cuando el niño tenía 7 años y 3 meses, los padres del paciente solicitaron una evaluación psicológica en la clínica en la que las autoras ofrecen servicios psicológicos. La queja principal estaba asociada a que el niño presentaba rezagos en el ámbito académico. En aquel momento se encontraba cursando por segunda ocasión el primer grado en la corriente educativa regular y contaba con el apoyo de una asistente de servicios. Entre los rezagos identificados por sus padres destacaron que el niño no sabía leer, presentaba dificultades marcadas para la escritura, y no dominaba las destrezas básicas de aritmética. Estas dificultades impidieron que el niño pudiera ser promovido de grado, por lo que se encontraba repitiendo el primer grado. En esa ocasión se realizó una vista a la escuela. La observación más significativa fue que el niño permanecía dormido la mayor parte del horario académico. En ese momento recibía tratamiento farmacológico diario con guanfacina 2mg, y ácido valproico 2 ml.

Dominio cognitivo

Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition, Spanish - WISC-IV Spanish (Wechsler, 2005). La capacidad cognitiva del niño fue evaluada mediante *WISC-IV Spanish*. El niño obtuvo un coeficiente intelectual de 54 (IC 95%: 50-60), ubicándolo en un nivel de funcionamiento cognitivo extremadamente bajo al compararlo con niños/as hispanohablantes de su edad residentes en los Estados Unidos. El desempeño general

del niño en cada una de las cuatro áreas que mide la prueba, (Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptual, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento) fue extremadamente bajo al compararlo con su grupo normativo (ver Tabla 1).

Leiter International Performance Scale-Revised - Leiter-R (Roid & Miller, 1997). Debido a que se observó fortaleza, al comparar al niño consigo mismo, en la subprueba de Matrices, se decidió administrar una prueba de inteligencia no verbal. Se compararon los resultados obtenidos en la prueba de inteligencia con alto contenido verbal con los

resultados de la prueba de inteligencia no verbal. El nivel de funcionamiento promedio bajo que el niño obtuvo en la Leiter-R, discrepó significativamente del nivel de funcionamiento extremadamente bajo que obtuvo en la WISC-IV Spanish. Estos resultados reflejaron que el niño presenta un mejor nivel de funcionamiento al utilizar estímulos con menor carga verbal. Se observaron mayores dificultades en la producción de conceptos verbales, mostrando dificultades en el razonamiento. Esto sin duda estaba contribuyendo en las dificultades que el niño estaba presentando con las destrezas de lecto-escritura.

TABLA 1.

Comparación entre las puntuaciones y nivel de funcionamiento en las pruebas administradas en ambas intervenciones.

Instrumento	7 años y 3 meses		9 años y 3 meses	
	Puntuación Estándar	Clasificación	Puntuación Estándar	Clasificación
Wechsler Intelligence Scale Children – IV Spanish				
Índice Comprensión Verbal	69	Extremadamente Bajo	85	Promedio Bajo
Semejanzas	3	Extremadamente Bajo	10	Promedio
Vocabulario	6	Fronterizo	7	Promedio Bajo
Comprensión	5	Fronterizo	5	Fronterizo
Índice Razo. Perceptual	67	Extremadamente Bajo	79	Fronterizo
Bloques	4	Extremadamente Bajo	11	Promedio
Concepto de Imagen	2	Extremadamente Bajo	2	Extremadamente Bajo
Razonamiento Matrices	8	Promedio Bajo	7	Promedio Bajo
Índice Memoria de Trabajo	52	Extremadamente Bajo	50	Extremadamente Bajo
Dígitos	1	Extremadamente Bajo	1	Extremadamente Bajo
Secuencia de Letras y Números	2	Extremadamente Bajo	1	Extremadamente Bajo
Índice de Velo. Proces.	59	Extremadamente Bajo	80	Promedio Bajo
Claves	2	Extremadamente Bajo	3	Extremadamente Bajo
Búsqueda de Símbolos	3	Extremadamente Bajo	10	Promedio
Escala Total	54	Extremadamente Bajo	70	Fronterizo
Leiter International Performance Scale – Revised				
Figura y fondo	8	Promedio	9	Promedio
Analogía de diseño	10	Promedio	8	Promedio
Figuras incompletas	9	Promedio	13	Sobre Promedio
Orden secuencial	7	Bajo Promedio	2	Retraso Leve
Repetición de patrones	6	Bajo Promedio	10	Promedio
Doblado de papel	7	Bajo Promedio	12	Promedio
Razonamiento Fluido	79	Bajo	84	Bajo Promedio
Cociente Intelectual Total	84	Bajo Promedio	92	Promedio
		Batería III	Batería IV	
Lectura	77	Fronterizo Grado K-7	81	Promedio Bajo Grado 1.2
Matemáticas	37	Extremadamente Bajo Grado <K	79	Fronterizo Grado 1.1
Lenguaje Escrito	–	No se completó	82	Promedio Bajo Grado 1.2

Dominio neuropsicológico

Wide Range Assessment of Memory and Learning – WRAML (Sheslow & Adams, 1990/1993) y **NEPSY: Developmental Neuropsychological Assessment - NEPSY** (Korkman et al., 1998). Con el propósito de medir algunos aspectos neuropsicológicos, se procedió a administrar algunas de las subpruebas de memoria del WRAML (Sheslow & Adams, 1990/1993)¹ y NEPSY. Sin embargo, dificultades en la regulación de impulsos y para hacer transiciones entre tareas, así como dificultades atencionales y de memoria inmediata, afectaron su desempeño. El niño tuvo dificultades con la comprensión de las instrucciones, así como para recordar y organizar la información que recibió de manera auditiva y sin estímulos visuales. A pesar de las dificultades, su desempeño en estas tareas resaltó fortalezas asociadas a la habilidad para responder a estímulos visuales simples y a la habilidad para seguir instrucciones verbales simples, si estas vienen acompañadas por referentes visuales.

Dominio Académico

Prueba de Aprovechamiento Académico Woodcock-Muñoz - Batería III (Muñoz-Sandoval et al., 2005). El funcionamiento académico fue medido utilizando la Woodcock-Muñoz. Los resultados de esta prueba revelaron que, aunque el niño se encontraba repitiendo el primer grado, su desempeño era menor a lo esperado. En las medidas correspondientes a Breve Lectura, Breves Matemáticas y Breve Lenguaje Escrito, el funcionamiento del niño se presentó en el grado equivalente al kindergarten o menor a éste.

Dominio Adaptativo y Conductual

Vineland Adaptive Behavior Scales II - Vineland-II (Sparrow et al., 2005) y **Behavior Assessment System for Children 2 - BASC-**

2 (Reynolds & Kamphaus, 2004). La conducta del niño se evaluó desde la perspectiva del padre y la madre por medio de las pruebas Vineland II y BASC-2. Ambos identificaron que el paciente es un niño capaz de cumplir con aquellas tareas necesarias para su cuidado personal. Simultáneamente se identificó que tiene la tendencia a externalizar sus emociones y sentimientos negativos, revelando dificultad para regular sus emociones, suele evitar las interacciones con sus compañeros/as de clases, es impulsivo, tiende a comportarse de manera desinhibida, en ocasiones manifiesta conductas agresivas y muestra rezagos en el área de comunicación.

Inventario de Comportamiento Escolar - IDC-E (Bauermeister, 1994). Las observaciones de sus maestras fueron recopiladas a través del IDC-E. Sus maestras identificaron las siguientes fortalezas: es un niño honesto, cortés, sensible, agradable y cariñoso. También informaron que han observado que el niño presentaba dificultades para prestar atención, seguir instrucciones y concentrarse durante sus clases. Así mismo reflejaron que el niño mostraba tendencias a hablar poco, evitaba participar en actividades de grupo o recreativas, a retraerse del grupo y a jugar solo.

Dominio emocional

House-Tree-Person Projective Drawing Technique - H-T-P (Buck, 1995). Los dibujos obtenidos a través de la prueba H-T-P fueron utilizados para evaluar la madurez emocional, el desarrollo afectivo del niño, y su relación con las personas más allegadas. Los dibujos del niño sugirieron embotamiento afectivo, dificultad para comunicar sus sentimientos, pobre autoimagen, y sentimientos de inadecuación intelectual.

¹ La subprueba de WRAML fue traducida al español por Margarida y Romero en el 1993 para el uso clínico. Se utilizó un proceso de traducción a la inversa y evaluación de jueces,

pero no hubo un proceso de validación. No hay una publicación sobre el proceso de traducción.

Discusión de la Primera Evaluación: 7 años y 3 meses

Al completar el proceso de evaluación, se identificó a un niño que no sabía amarrarse los zapatos, pero que era capaz de armar castillos enormes con sus bloques en cuestión de minutos. Un niño que, en ocasiones era agresivo con su familia, pero que lloraba si su madre no lo acompañaba a la sala de evaluación. Un niño al que se le dificultaba memorizar poemas y números, pero que recordaba el nombre de la evaluadora y la ubicación exacta de la sala con juguetes en la clínica.

Los resultados obtenidos por medio de la evaluación comprensiva detectaron a un niño con un funcionamiento cognitivo general sustancialmente diferente al obtenido en el 2015 con la WPPSI-R y en el 2017 con la EIWN-R-PR. Esta incongruencia entre las puntuaciones probablemente se debió al impacto del Efecto Flynn; el cual se refiere al aumento observado en las puntuaciones obtenidas en las escalas psicométricas con el pasar del tiempo debido a factores no específicos, pero posiblemente relacionados a la expansión del sistema educativo, la tecnologización de la cultura y mayor acceso al internet (Rossi-Casé et al., 2018). Partiendo de lo anterior, podríamos inferir que la incongruencia entre las puntuaciones del niño, probablemente está asociada al efecto de utilizar instrumentos de medición de inteligencia que ya han cumplido su tiempo de caducidad (Trahan et al., 2014).

Otra explicación lo es la edad al momento de esas primeras evaluaciones (4 y 6 años respectivamente). Los requerimientos cognitivos de edades tempranas son menores a los de edades posteriores (Resnick, 1973). Es posible que inicialmente el niño pudiera aún compensar en su ejecución por los rezagos ocasionados por la condición neurológica. Por otro lado, estamos conscientes que aun con

el uso de la WISC-IV Spanish, entre otras, podría existir un sesgo tanto por el aspecto referente a la caducidad del instrumento, así como por los factores culturales del proceso de normalización (San Miguel-Montes et al., 2010; Sánchez-Escobedo et al., 2011)

Segunda Evaluación: 9 años y 3 meses

A finales del 2019, el Comité de Programación y Ubicación² (COMPU) de la escuela a la que asistía el menor, hizo un referido para una re-evaluación. El motivo del referido fue conocer cómo los acomodos razonables solicitados en la evaluación del 2018 habían impactado su funcionamiento académico, y así determinar qué otros acomodos podrían promover la adquisición de destrezas requeridas para su nivel académico. En ese momento el niño se encontraba ubicado en el nivel de segundo grado en un salón contenido o salón a tiempo completo. Un salón contenido se refiere a una ubicación escolar en la que el maestro de educación especial acompaña al estudiante a lo largo del día enseñando las destrezas académicas a estudiantes que presentan problemas para aprender. En el caso presentado en este artículo, la ubicación facilitaba la promoción de grado y proveía apoyo diario al niño con una asistente personal. Las funciones de su asistente eran esencialmente ayudarlo en el proceso de enseñanza redirigiendo la atención, repitiendo las instrucciones, ofreciendo seguimiento personalizado sobre la tarea a realizar y asistiendo en términos de ayudar a regular la conducta entre otras cosas. A partir de la primera evaluación psicológica comprensiva, realizada cuando el niño tenía 7 años y 3 meses, se realizaron cambios sustanciales en el tratamiento farmacológico. En esta segunda ocasión el niño recibía el siguiente tratamiento farmacológico: 20 mg de aripiprazole, 20 mg de lisdexamfetamine, 2 mg de guanfacine, 2 mg de benztropine y cannabis medicinal en la siguiente dosificación 1.5mg de THC y 30 mg de CBD. Según el reporte de los padres, la medicación facilitó

² El COMPU es un grupo de profesionales (maestros, director escolar, trabajadores sociales, terapeutas, abogados y psicólogos) que tienen conocimiento sobre las necesidades

académicas y funcionales que presenta el/la estudiante con el propósito de facilitar el proceso de aprendizaje.

que el niño pudiera funcionar adecuadamente y durante más tiempo en la escuela, toda vez que disminuyeron los niveles de agresividad, y permanecía despierto durante el periodo lectivo.

Dominio cognitivo

WISC-IV Spanish (Wechsler, 2005). El niño obtuvo un coeficiente intelectual de 70 (IC 95%: 66-76), que lo ubicó en un nivel de funcionamiento cognitivo general fronterizo al compararlo con niños/as hispanohablantes de su edad que residen en Estados Unidos. De acuerdo con el efecto Flynn, la puntuación en esta ocasión se pudiera considerar dentro de un nivel de funcionamiento extremadamente bajo, igual que en el 2018. Sin embargo, al analizar el desempeño general del niño en la prueba se reflejó mayor variabilidad en los diferentes índices evaluados, fluctuando entre los niveles promedio hasta extremadamente bajo al compararlo con su grupo normativo (ver Tabla 1). Es probable que esta diferencia entre las puntuaciones esté asociada al hecho de que en esta examinación el niño demostró mayor dominio de destrezas y habilidades que habían madurado gracias al ajuste farmacológico, y a la intervención educativa y terapéutica especializada.

Leiter – Revisada (Roid & Miller, 1997). Su funcionamiento intelectual general fue nivel promedio al compararse con otros/as niños de su mismo grupo normativo. Al comparar los resultados obtenidos en esta prueba con los obtenidos en la evaluación del 2018, se pudo observar que hubo un incremento en las puntuaciones obtenidas en la mayoría de las áreas evaluadas. Por ejemplo, en el Razonamiento Fluido inicialmente obtuvo un cociente intelectual de 79 correspondiente a un nivel de funcionamiento fronterizo, posteriormente obtuvo un cociente intelectual de 84 representativo de un nivel de funcionamiento bajo promedio. Al observar el Cociente Intelectual Total de la Leiter-R, inicialmente el niño obtuvo un cociente intelectual de 84 ubicándolo en el nivel bajo promedio (IC 95% 82-87), y posteriormente al presentar un cociente intelectual de 92

equivalente a un nivel de funcionamiento promedio (IC 95% 89-94) (ver Tabla 1). De manera consistente, los resultados en esta prueba demostraron nuevamente que el niño es capaz de ejecutar según lo esperado cuando se emplean estímulos con componentes no verbales y visuales.

Dominio Neuropsicológico

Cognitive Assessment System-2 Spanish - CAS-2 Spanish (Naglieri et al., 2017). Para evaluar el procesamiento cognitivo del niño se utilizó el CAS-2 Spanish. La puntuación general lo ubicó en el nivel de funcionamiento pobre al comparar su desempeño con el de otros niños y niñas estadounidenses de su misma edad. Esto implica dificultades importantes para planificar y autorregular, para inhibir estímulos y prestar atención, así como para procesar información secuencial y simultánea. Estas dificultades fueron identificadas de manera consistente en el desempeño del niño en la WISC-IV Spanish (Wechsler, 2005).

Dominio Académico

Prueba de Aprovechamiento Académico Woodcock-Muñoz - Batería IV (Woodcock, et al., 2019). En la Batería IV, se encontraron dificultades de fluidez al leer, para redactar oraciones cortas y para identificar los símbolos de las operaciones matemáticas. A pesar de que el niño no había alcanzado los estándares esperados para su edad y grado, es importante tener presente el desarrollo y la maduración de estas destrezas al comparar su ejecución consigo mismo en ambos tiempos. A pesar de que se observó un progreso en las destrezas de lectura, escritura y aritmética, el mismo se evidenció al comparar su ejecución consigo mismo y no necesariamente con niños/as de su edad y grado.

Dominio Conductual

Inventario de Comportamiento Escolar - IDC-E (Bauermeister, 1994). Al utilizar el IDC-E, sus maestras descartaron que el niño estuviera presentando conductas depresivas

o ansiosas dentro del aula. En cuanto a su desempeño enfatizaron que el niño necesitaba mucha ayuda para completar sus tareas, que su escritura se había afectado, y que interrumpía la clase constantemente con risas y ruidos. Además, mencionaron que el estudiante necesitaba ayuda individualizada para completar los trabajos y que requería descansos entre cada tarea.

Discusión de la Segunda Evaluación: 9 años y 3 meses

La experiencia durante la reevaluación trajo sorpresas y mayores enigmas. En la segunda evaluación, el niño -con dificultades para memorizar y con problemas de conducta- pudo reconocer a la evaluadora y mostrar afecto por medio de un abrazo. El niño, en ese momento con 9 años y 3 meses, pudo escribir su nombre sin dificultad, sumar sin tener que utilizar sus dedos, leer oraciones completas y fue capaz de desprenderse de su madre y entrar de manera independiente a la sala de examinación.

El niño presentó un nivel de ejecución intelectual y académico mayor al de grados anteriores cuando se encontraba ubicado en la corriente regular, y se destacó que los acomodos brindados fueron beneficiosos. No obstante, y a pesar de la medicación, el niño continuaba presentando, aunque con menor intensidad, un patrón de conducta variable que interfería con sus relaciones interpersonales y ejecución académica. Aunque éste se relacionaba adecuadamente con sus familiares, aún seguía presentando episodios de enojo y agresión, que provocaron que el niño fuera removido de su salón y de la escuela en varias ocasiones.

Razonamiento diagnóstico

Un quiste subaracnoideo es una malformación compuesta por fluidos que se originan en el tejido subaracnoideo (Rabiei et al., 2016). Gjerde et al. (2013) explican que, como resultado de la presencia de este quiste, la persona puede experimentar dolores de cabeza, mareos y episodios epilépticos, entre

otros síntomas. En el caso de este paciente, el quiste se encuentra mayormente alojado en el lóbulo frontal, aunque impacta también las áreas temporales y parietales del cerebro. Según Kolb y Whishaw (2015), esta localización pudiera implicar complicaciones particulares en términos de su conducta, cognición, manejo emocional y funciones ejecutivas, entre muchas otras. Debido a que el quiste ejerce presión hacia el lado opuesto del cerebro, afecta el hemisferio izquierdo y provoca cambios típicos de las lesiones de ese hemisferio como lo son las dificultades con el lenguaje, el funcionamiento motor y los cambios en la modulación emocional, entre otros, los cuales impactan el proceso de aprendizaje (Kolb & Whishaw, 2015).

Valadez y Solís (2019) explican que el lóbulo frontal se encarga del control de los movimientos voluntarios del cuerpo, así como de la planificación de los movimientos que ejecuta el área motora. Sin embargo, el mayor reconocimiento que tenemos sobre el lóbulo frontal es aquel asociado a las funciones típicas de los humanos: el libre albedrío, el juicio crítico, la autocrítica, la abstracción, el concepto del tiempo, y la conciencia o razonamiento. Así mismo sus tareas más importantes son moderar las reacciones emocionales desarrollando planes de acción o inhibición, así como el manejo de las funciones ejecutivas, las que se agrupan en tres procesos principales: memoria de trabajo, control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva (Diamond, 2016; Miller & Cummings, 2017; Narváez-Pérez, 2017).

Naglieri et al. (2012), en su propuesta teórica sobre el planificación, atención, procesamiento simultáneo y procesamiento sucesivo (PASS), la cual está basada en principios elaborados por Alexander Luria, destacan la importancia de los lóbulos frontales para las funciones ejecutivas en el proceso de aprendizaje. Es en los lóbulos frontales donde se desarrollan las estrategias para que la persona pueda programar, regular y verificar su conducta en relación con la demanda del ambiente. Desde esta mirada, los lóbulos frontales determinan la capacidad para la

autorregulación, cuya consecuencia en su relación con la regulación afectiva posibilitará la elaboración de cuestionamientos propios y sobre el ambiente, la solución de problemas y el auto monitoreo que permite redirigir el plan inicial. Este proceso, el cual ocurre continuamente, tiene como consecuencia la posibilidad de generación de razonamientos que son responsables de los actos creativos que sostienen la cultura y la sociedad.

En resumen, las funciones ejecutivas son clave para el desarrollo óptimo de los niños y las niñas, ya que, al desarrollarse de manera adecuada, estas pueden propiciar el éxito académico, cognitivo, emocional y social. En el ámbito académico, el desarrollo adecuado de las funciones ejecutivas posibilitará que la persona pueda adaptarse a los retos y demandas que el ambiente escolar le proveerá (seguimiento de instrucciones, autorregulación y control de impulsos), así como la maduración que le permitirá comenzar su travesía de aprendizaje (Narváez-Pérez, 2017).

Según reportado por la madre y el padre del paciente, sus maestras y las evaluaciones realizadas por diversos especialistas, las dificultades del niño en estas áreas han sido evidentes y constantes. Las áreas más afectadas han sido atención, memoria y control de impulsos. A pesar de que el déficit en estas áreas había sido evidente desde que se descubrió el quiste subaracnoideo, parecería que, a pesar de su enorme tamaño, este pasó desapercibido en las evaluaciones psicológicas previas. Previo a la primera intervención realizada a la edad de 7 años y 3 meses, el niño había recibido diferentes diagnósticos por diferentes especialistas, asociados a múltiples psicopatologías, entre estos el trastorno de déficit de atención e hiperactividad tipo combinado, el trastorno oposicional desafiante y el trastorno del espectro autista. A partir de los resultados obtenidos y dado el hecho de que existía una condición neurológica en el niño que explica el deterioro emocional, cognitivo y académico observado y destacado por su padre y madre, se determinó más adecuado adjudicar un

diagnóstico que reconociera la presencia e influencia de esta condición, y no a partir de problemas de atención o de conducta únicamente. El diagnóstico establecido considera la existencia de dichas dificultades, sin obviar el origen orgánico de las mismas. Basado en los resultados y el análisis obtenido a través de las diferentes pruebas ofrecidas, de las observaciones y del historial, se estableció el diagnóstico de trastorno neurocognitivo leve. Este diagnóstico se fundamenta en que el quiste subaracnoideo afecta funciones de atención, memoria, planificación y modulación de impulsos, con disturbios en la modulación emocional y conductual (American Psychiatric Association, 2013). Este diagnóstico explica de manera más específica que las dificultades evidenciadas en la conducta del niño tienen un origen orgánico relacionado al quiste y no una raíz metabólica o del desarrollo exclusivamente.

Ofrecer este diagnóstico representó un cambio total en la manera en la cual se había manejado y conceptualizado el caso de este niño hasta el momento; esto debido a que por primera vez se proveyó una explicación para sus conductas y rezagos que reconociera los efectos de la lesión cerebral y que se alejara de diagnósticos enfocados únicamente en la psicopatología y conductas observables. Esta re-conceptualización del caso, producto de un proceso de evaluación comprensivo, también abrió las puertas para un listado de recomendaciones específicas a las necesidades, pero también al potencial de niño.

Intervenciones Terapéuticas

Las recomendaciones formuladas a partir de ambos procesos evaluativos tuvieron el propósito terapéutico de promover cambios en el ambiente educativo, médico, afectivo y del desarrollo. Durante la primera evaluación se recomendó una reevaluación farmacológica en el área de psiquiatría. Esto debido a que durante la visita que se realizara a la escuela, una de las maestras comentó que el niño permanecía dormido durante la mayoría de sus clases. Esta recomendación fue

fundamental para que el niño pudiera estar receptivo a las intervenciones de corte académico y terapéutico.

A nivel educativo se recomendó que el niño participara de un salón de educación especial que favoreciera la promoción de grado, donde recibiera atención individualizada, y por niveles de acuerdo con sus necesidades. El grupo de estudiantes debía ser pequeño, que no excediera 5 estudiantes por salón y maestra, incluyendo el paciente. El grupo debía estar formado por estudiantes que presentaran igual o mayor nivel de funcionamiento emocional, social y cognitivo. También, se recomendó que continuara recibiendo los servicios de su asistente para ayudar en la modulación emocional, las relaciones con pares, la modulación atencional, la repetición de las instrucciones las veces que fueran necesarias, copiar el material, ofrecerle el material dividido en partes y acompañado de referentes visuales. Estas recomendaciones fueron de beneficio para la maestra en el proceso de hacer las transformaciones curriculares necesarias. A nivel académico se recomendó que la información fuera presentada de una forma clara y con tamaño de letra grande, ofreciendo un estímulo por página, con imágenes y con suficiente espacio y tiempo para escribir sus contestaciones. Se hizo énfasis en la importancia de que el proceso educativo estuviera repleto de referentes visuales y multisensoriales, facilitando así el proceso de aprendizaje tomando en consideración sus fortalezas.

En términos terapéuticos, se recomendó que continuara recibiendo intervención en terapia ocupacional y en patología del habla y lenguaje de manera individual e intensiva (tres o más sesiones a la semana). Las intervenciones en terapia ocupacional deberían trabajar sobre dificultades de integración y procesamiento sensorial, organización vestibular y propioceptiva impactando el desarrollo y los niveles de atención. En el área de patología del habla y el lenguaje, la estimulación debería enfocarse en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo,

procesamiento auditivo, comprensión y razonamiento, entre otros. Se recomendó además que recibiera terapia psicológica tres veces en semana por un periodo de 45 minutos. Una de las sesiones debía ser en modalidad grupal, una en modalidad individual y una en modalidad integrada (padre, madre y maestras). El enfoque de estas terapias debía ser el manejo conductual y la regulación emocional del niño en diferentes ambientes. Por último, se recomendó que el niño recibiera terapia educativa con frecuencia de cuatro veces a la semana por un periodo de 45 minutos de manera individual con el propósito de apoyar en las tareas de lecto/escritura, comprensión lectora y razonamiento matemático.

Estos acomodos específicos y detallados requirieron del apoyo legal para hacer valer su significancia. Las recomendaciones específicas que surgieron a partir de las evaluaciones comprensivas requirieron del ajuste institucional que llevó a cabo el personal del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación de Puerto Rico, apoyados por la consistencia de la familia del niño y sus maestras para su implementación.

Discusión integrada de ambos procesos de evaluación

Este estudio de caso representa un niño puertorriqueño con un quiste subaracnoideo impactando el lóbulo frontal, temporal, y parietal derecho, con cambios conductuales y dificultades en el aprendizaje. Este niño había sido evaluado en múltiples ocasiones desde una temprana edad, por varios/as especialistas (privados y del estado) y varios diagnósticos fueron establecidos. Sin embargo, la información derivada de esos procesos evaluativos y las explicaciones para sus conductas fueron insuficientes. La ausencia de explicaciones y de un diagnóstico acertado se originaba en el hecho de que este caso fue conceptualizado desde miradas que consideraron las diversas variables presentadas de manera fragmentada y desconectada las unas de las otras. A pesar de que el quiste subaracnoideo fue descubierto a una edad temprana, este fue apenas considerado en las

evaluaciones y planes educativos previos. Como consecuencia de esto, se retrasó el recibo de las ayudas y acomodos necesarios para promover el mayor aprovechamiento posible dentro del ámbito escolar, familiar y social.

La consideración de la lesión cerebral fue sin lugar a duda la variable que distinguió este proceso de evaluación y reevaluación comprensiva. De manera más específica, su consideración y protagonismo en la selección de pruebas a administrar, en las adaptaciones realizadas durante el proceso de examinación y en el análisis de éstas, es lo que permitió categorizar ambas evaluaciones como comprensivas, distinguidas por la integración interdisciplinaria de los principios del desarrollo humano, y de las bases biológicas del comportamiento.

Lamentablemente, este caso es curioso, pero no único, ya que es frecuente escuchar historias acerca de niños/as con diagnósticos desacertados o que han sido ubicados/as en lo que coloquialmente denominamos como 'categorías zafacón'; haciendo referencia a diagnósticos que se asignan en casos en los cuales no se sabe con precisión lo que está ocurriendo y las causas o razones. Este tipo de prácticas son nefastas, en cualquier caso, pero más específicamente en el caso de niños y niñas con múltiples retos, ya que el diagnóstico recibido tendrá implicaciones directas en el acceso y prestación de servicios.

¿Cuál debería ser el rol del evaluador o de la evaluadora en este tipo de casos? Existen varios puntos de partida que pueden guiar la labor clínica y diagnóstica. En primer lugar, es imprescindible que, como especialistas en conducta humana, haya un constante proceso de educación y aprendizaje acerca de las técnicas de intervención y evaluación más actualizadas. Esto no solamente beneficia a los/las profesionales de la conducta y su competencia, sino a los/as pacientes, ya que estarán recibiendo el mejor tratamiento posible y disponible. Por los hallazgos y conclusiones en las evaluaciones

previas, se identificó que las hipótesis de los/as colegas apuntaron a que, ya que no había dificultades intelectuales, el cerebro estaba funcionando bien y que su conducta estaba siendo impactada en esencia por factores emocionales.

En segundo lugar, es necesario tener presente los principios teóricos de la disciplina y la manera en que inciden en la comprensión y conceptualización de los casos. Aunque es imposible conocer todas las teorías y conceptos que la disciplina ofrece, al trabajar en procesos de evaluación con personas con retos múltiples no se deben considerar únicamente los desaciertos, las puntuaciones a escala y las clasificaciones, sino que el acercamiento debe ser uno que considere las diferencias individuales del sujeto, sus fortalezas, su historial y la gama de hipótesis que pudieran ayudar a entender las conductas visibles a simple vista.

Por último, aunque podría parecer una sugerencia evidente, es necesario hacer consultas con los y las colegas en aquellas ocasiones en las cuales exista dificultad para entender las particularidades de un caso, para elegir la batería de pruebas o para interpretar los resultados obtenidos. Considerando los principios de las profesiones relacionadas a la conducta humana y los códigos de ética que las rigen, se espera que cualquier profesional que funja como evaluador o evaluadora reconozca los límites de su competencia y que tenga como norte el mejor beneficio de sus pacientes, participantes o clientes. A modo de reflexión, se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué consecuencias puede tener el análisis que hacemos en el rol como evaluador o evaluadora en el futuro de esta persona? La pregunta es para el colectivo, pero la respuesta es individual.

Cumplimiento con Estándares de la Ética en la Investigación

Financiamiento: El trabajo no fue financiado.

Conflicto de Intereses: Las autoras expresan que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: Se gestionó la aprobación y autorización del Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación de nuestra institución (Protocolo #1920-027 autorizado el 31 de octubre de 2019).

Consentimiento Informado: La madre y el padre del niño completaron el consentimiento informado al momento de recibir los servicios de evaluación psicológica en la clínica de servicios psicológicos. Posteriormente, volvieron a consentir al completar un documento de consentimiento informado autorizando a que las autoras utilizaran la información del expediente para redactar este manuscrito.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al niño y a su familia por ser partes de esta investigación y permitir que divulgáramos los hallazgos. Agradecemos a la Dra. Sylvia Martínez-Mejías por su mentoría y recomendaciones clínicas para el desarrollo de este estudio de caso.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association Practice Organization. (2014, December). *Distinguishing between screening and assessment for mental and behavioral health problems: A statement from an American Psychological Association Practice Organization work group on screening and psychological assessment*. APA. <https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/billing/assessment-screening>
- Barkley, R. A. (1997). *Niños desafiantes: Materiales de evaluación y folletos para los padres*. Guilford Press.
- Bauermeister, J. (1994). *Inventario de Comportamiento Escolar* (IDC-E).
- Buck, J., (revised by Warren, W.). (1995). *House-tree-person projective drawing technique: Manual and interpretive guide*. Western Psychological Services.
- Diamond, A. (2016). Why improving and assessing executive functions early in life is critical. En J. Griffin, P. McCardle, y L. Freund (Eds.) *Executive functions in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research* (pp. 11-43). American Psychological Association.
- Gjerde, P. B., Schmid, M., Hammar, A. & Wester, K. (2013). Intracranial arachnoid cysts: impairment of higher cognitive functions and postoperative improvement. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(21), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1866-1955-5-21>
- Herrans, L., & Rodríguez, J. M. (1992). *Escala de inteligencia Wechsler para niños - Revisada para Puerto Rico (EIWN-R-PR)*. The Psychological Corporation.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). *NEPSY: A developmental neuropsychological assessment*. The Psychological Corporation.
- Matarazzo, J. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist*, 45(9), 999–1017. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.45.9.999>
- Miller, B. L. & Cummings, J.L. (2017). *The human frontal lobes: Functions and disorders* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Muñoz-Sandoval, A. F., Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2005). *Prueba de aprovechamiento académico Woodcock - Muñoz (Batería III)*. Riverside Publishing.
- Naglieri, J. A., Moreno, M., & Otero, T. (2017). *Sistema de Evaluación Cognitiva – 2da*

- Versión en español (CAS-2-Spanish)*. ProEd Inc.
- Naglieri, J. A., Das, J. P., & Goldstein, S. (2012). Planning, attention, simultaneous successive: A Cognitive-Processing-Based theory of intelligence. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, test, and issues* (pp.178-194). Guilford Press.
- Narváez-Pérez, K. (2017). "Puedo ser bueno y aprender todo; pero no soy bueno manejando mis emociones". En G. García Coll y N. Vélez-Agosto (Eds.), *Perspectivas en desarrollo humano: Prevención y promoción en niños y adolescentes* (pp. 111-134). Publicaciones Gaviota.
- Rabiei, K., Jaraj, D., Marlow, T., Jensen, C., Skoog, I., & Wikkelsø, C. (2016). Prevalence and symptoms of intracranial arachnoid cysts: A population-based study. *Journal of Neurology*, 263(4), 689-694. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8035-1>
- Resinick, L.B. (1973). Hierarchies in children's Learning: A symposium. *Instructional Science*, 2(3), 311-361. <http://www.jstor.org/stable/23368013>
- Reynolds, C.R. & Kamphaus, R.W. (2004). *Behavior Assessment System for Children Second Edition: Manual*. AGS Publishing.
- Roid, G., & Miller, L. (2013). *Leiter International Performance Scale – Revised*. PSYMTEC.
- Rossi-Casé, L., Maris-Doná, S., Garzaniti, R., Biganzoli, B., & Llanos-Barja, C. (2018). La inteligencia a través de las generaciones: Millennials y centennials. *Acta de investigación psicológica*, 8(2), 90-100. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.08>
- San Miguel-Montes, L. E., Allen, D. N., Puente, A. E., & Neblina, C. (2010). Validity of the WISC-IV Spanish for a clinically referred sample of Hispanic children. *Psychological Assessment*, 22(2), 465-469. <https://doi.org/10.1037/a0018895>
- Sánchez-Escobedo, P., Hollingworth, L. & Fina, A.D. (2011). A Cross-Cultural, Comparative Study of the American, Spanish, and Mexican Versions of the WISC-IV. *TESOL Quarterly*, 45(4), 781-792. <http://www.jstor.org/stable/41307668>
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Balla, D. A., & Doll, E. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Sheslow, D., & Adams, W. (1990). *Wide range assessment of memory and learning*. Wide Range.
- Sheslow, D., & Adams, W. (1990). *Wide range assessment of memory and learning*. (M.T. Margarida & I. Romero, Trans.; 1993/Manual original publicado en el 1990). Jastak Associates.
- Trahan, L. Stuebing, K. K., Hiscock, M. K., & Fletcher, J. M. (2014). The Flynn effect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(5), 1332-1360. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fa0037173>
- Turk, D.C., Monarch, E.S., & Williams, A.D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: A comprehensive approach. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28(2), 219-233. [https://doi.org/10.1016/s0889-857x\(01\)00003-5](https://doi.org/10.1016/s0889-857x(01)00003-5)
- Valadez, J., & Solis, M. (2019). Neuroanatomía. En J. Arango y L. Olabarrieta (Eds.), *Daño cerebral* (pp. 19-62). El Manual Moderno.
- Wechsler, D. (2005). Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition Spanish. Harcourt Assessment.
- Wechsler, D. (1989). Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised. The Psychological Corporation.
- Woodcock, R. W., Alvarado, C., Shrank, F., McGrew, K., Mather, N., Muñoz-Sandoval, A., & Wendling, B. (2019). *Prueba de aprovechamiento académico Woodcock-Muñoz (Batería IV)*. Riverside Publishing.