

11241

2 ej 26

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

EFICIENCIA DE UN CUESTIONARIO PARA DETECTAR TRASTORNOS
DE LA ATENCION EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS EN UNA POBLACION
ESCOLAR DEL DISTRITO FEDERAL, SEGUN LOS CRITERIOS
DIAGNOSTICOS DEL DSM III.

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE PSIQUIATRA

PRESENTA

~~DR. OSVALDO LEON ARTETA~~

ASESOR DE TESIS

DR. HECTOR GUTIERREZ A.

15-185
1985 *[Handwritten signature]*

15-185

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Los conocimientos actuales sobre el funcionamiento del sistema nervioso central, nos permiten asegurar que ciertos trastornos de la conducta y aprendizaje, así como algunas alteraciones lingüísticas y de la coordinación visomotora en los niños, son signos neurológicos que reflejan una desorganización en el funcionamiento del cerebro en sus más altos niveles de organización. (30).

A través de los años, los términos utilizados para designar estas alteraciones han sido múltiples y desafortunados pues han favorecido malas interpretaciones, una pobre comunicación y definición de conceptos. En seguida se enumeran algunos de los más utilizados: daño cerebral orgánico, trastorno de conducta orgánico, dislexia, síndrome de hiperexcitabilidad, daño cerebral mínimo, lesión cerebral mínima, etc.

El trastorno de la atención según autores norteamericanas es un trastorno mental que se presenta en un 3% de la población escolar (25). Este trastorno se caracteriza por un limitado aprovechamiento escolar y social, condicionando trastornos de conducta y que posteriormente propicia trastornos psiquiátricos cuando sean adultos. (24)

Hasta la fecha no se ha investigado la prevalencia de trastorno de la atención en nuestro medio ya sea urbano o rural. Algunos autores consideran que los trastornos de la atención son patología más frecuente en nuestro país, desconocemos la magnitud del problema por lo cual no se puede destinarse los recursos necesarios para su debida atención. (27)

Recientemente la Asociación Psiquiátrica Americana ha editado el Manual de Criterios Diagnósticos, versión III del DSM, en el cual se contemplan los conceptos esenciales para distinguir los trastornos de la atención de otras alteraciones mentales así como las manifestaciones psíquicas del niño sano.

Actualmente es imposible realizar una encuesta por especialistas para determinar la prevalencia de trastorno de la atención en nuestro medio, pues no hay recursos económicos ni humanos para efectuarla. Aprovechando que existen criterios diagnósticos los he convertido en preguntas de nivel cultural popular, obteniendo así un cuestionario que pudiera servir para estudios epidemiológicos, pudiendolo usar personal médico no especializado, y con el obtener datos confiables respecto a la prevalencia del trastorno de la atención. No siendo necesario personal especializado ni muchos recursos económicos.

El motivo principal de esta tesina es validar un cuestionario que pueda ser usado epidemiológicamente para diagnosticar la prevalencia del trastorno de la atención en nuestro medio.

ANTECEDENTES.

Para llegar al concepto actual de trastorno de la atención el esfuerzo humano inicia desde 1902, con el médico inglés C.G.F. Still, quien descubrió la sintomatología que presentaban los niños que padecían un daño cerebral evidente (17). Posteriormente F.G. Ebaug describió las secuelas neuropsiquiátricas provocadas por neuroinfección. (6)

Bradley examinó el uso de las anfetaminas en los trastornos de conducta infantil, encontrando un efecto "paradójico" de los estimulantes en niños cuyo comportamiento parecía necesitar asignación de medicamentos sedantes. También desarrolló modalidades terapéuticas en el campo de la educación especial.

En 1934 Kahn y Cohen describieron el síndrome orgánico cerebral constituido por: hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas (9). Posteriormente Strauss y Cols, describen estas alteraciones principalmente en el área de la conducta (18).

Ya desde 1938 L.A. Lurie dudaba que todos los trastornos de conducta se les atribuyera: represiones, frustraciones, rechazos, identificaciones, etc. (14) Lo cual era reflejo de la influencia psicoanalítica de esta época.

Ounsted describió datos bajo el rubro de "Las manifestaciones de conducta de los niños con lesión cerebral": distractibilidad, inatención (períodos de atención cortos), amplia discrepancia en los resultados en las pruebas de inteligencia fluctuaciones del humor tendiendo a la exaltación como fondo permanente, explosión regresiva, disminución o ausencia de conducta afectiva espontánea, conducta desinhibida, pérdida del miedo (conducta temeraria). (21)

Clements y Peters identificaron los siguientes datos como "Disfunción Cerebral": hiperactividad, defectos de aprendizaje específicos con inteligencia normal, déficit perceptivomotor, impulsividad, inestabilidad emocional, inatención incoordinación muscular, distractibilidad, signos neurológicos "blandos", anormalidades electroencefalograficas (3).

Clements propuso en 1966 la siguiente descripción "el término Disfunción Cerebral Mínima" se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a lo normal; que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos asociados a discretas anormalidades del sistema nervioso central, tales desviaciones se manifiestan como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de impulsos motores. Las anormalidades parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales, otras enfermedades que afectan al sistema nervioso central durante períodos críticos de su maduración, o bien son causas desconocidas (23).

Velasco Fernandez ha descrito los siguientes datos que orientan acerca de la etiología orgánica del síndrome de disfunción cerebral mínima (28):

- 1.- Los antecedentes del síndrome sitúan los primeros síntomas muy tempranos en la vida del niño.

- 2.- La cualidad de los síntomas, particularmente las manifestaciones que provocan las dificultades de aprendizaje. La inatención, los problemas visomotores, las dificultades evidentes que el niño afectado tiene para organizar los conceptos se explican mejor por una disfunción de ciertas áreas del cerebro.
- 3.- La naturalidad de la hiperquinesia, diferenciable clínicamente de otras formas de hiperactividad en que los factores emocionales son predominantes.
- 4.- La incidencia de numerosos signos neurológicos coincidentes con severos trastornos de conducta.
- 5.- La frecuencia de anomalías electroencefalográficas significativamente mayor que la que ocurre en otros trastornos de la conducta infantil.
- 6.- El efecto terapéutico producido por los psicoestimulantes distintos a las respuestas que se obtienen en otros cuadros clínicos o en niños normales.

Stewart y Col consideran que la prevalencia de disfunción cerebral mínima es un 4% en los niños en edad escolar (16) Wender considera la frecuencia de este padecimiento en el 15% de la población escolar (19).

Wender considera la relación de 4-10 del sexo masculino por 1 del sexo femenino (19). Prechtl and Stemmer reportaron de los Netherlands prevalencia de hiperquinecia de 20% en niños de edad escolar primaria y 10% en niñas, el 90% tuvieron dificultades para la lectura (22). Stewart encontró 4% en la población escolar de San Luis en niños con edad de 5 a 11 años (16).

Como nos damos cuenta los reportes de prevalencia del trastorno de la atención son contradictorios, habiendo autores particularmente ingleses que dudan respecto a la realidad de datos reportados en los Estados Unidos. De ahí la importancia de la unificación de criterios diagnósticos para diferenciar los distintos cuadros clínicos mentales entre los diferentes países, pues de otra manera no habra posibilidad de que se lleven a cabo estudios de investigación que puedan ser ratificados y rectificad^{os} por otros investigadores, para así poder ofrecer el mejor tratamiento a los niños con trastornos de la atención.

ETIOPATOGENIA

Denhoff y Robinault encontraron que en 40% de pacientes con lesión cerebral clínicamente detectable, no hay antecedentes de causas probables del trastorno (5). Velasco F. atribuye como causante de disfunción cerebral, 70-80% de los casos a las condiciones patológicas perinatales y las prenatales en un 10-15% la cual se inicia desde la concepción hasta un mes antes del nacimiento. (28)

Wender considera la relación de 4-10 del sexo masculino por 1 del sexo femenino (19). Prechtl and Stemmer reportaron de los Netherlands prevalencia de hiperquinecia de 20% en niños de edad escolar primaria y 10% en niñas, el 90% tuvieron dificultades para la lectura (22). Stewart encontró 4% en la población escolar de San Luis en niños con edad de 5 a 11 años (16).

Como nos damos cuenta los reportes de prevalencia del trastorno de la atención son contradictorios, habiendo autores particularmente ingleses que dudan respecto a la realidad de datos reportados en los Estados Unidos. De ahí la importancia de la unificación de criterios diagnósticos para diferenciar los distintos cuadros clínicos mentales entre los diferentes países, pues de otra manera no habra posibilidad de que se lleven a cabo estudios de investigación que puedan ser ratificados y rectificad^{os} por otros investigadores, para así poder ofrecer el mejor tratamiento a los niños con trastornos de la atención.

ETIOPATOGENIA

Denhoff y Robinault encontraron que en 40% de pacientes con lesión cerebral clínicamente detectable, no hay antecedentes de causas probables del trastorno (5). Velasco F. atribuye como causante de disfunción cerebral, 70-80% de los casos a las condiciones patológicas perinatales y las prenatales en un 10-15% la cual se inicia desde la concepción hasta un mes antes del nacimiento. (28)

Los factores patológicos que se han asociado a la disfunción cerebral mínima son de diferente tipo:

Prenatales.- Características de los padres particularmente de la madre, Vgr: estado civil, medio económico, de desarrollo psicobiológico de la madre, etc. Enfermedades que haya padecido la madre durante el embarazo, desnutrición, toxemia gravídica.

Perinatales.-Características del trabajo de parto, hipoxia parto distósico, prematurez, hiperbilirrubinemia hipoglicemia, trastornos de la ventilación pulmonar, traumatismo craneoencefálico, infecciones severas, madre diabética, tipo de anestesia aplicada a la madre (7) (8).

Postnatales.-Infecciones severas, traumatismos craneoencefálicos, desnutrición, etc. (13) (14).

Otros investigadores sostienen que la falla principal ocurre en los centros diencefálicos, de esta manera cumplen mal su función de primer eslabón de organización de estímulos externos y viscerales. Laufer, Denhoff y Solomons adoptan esta explicación apoyados en los trabajos de Watson, Nernay y Aron (10). Sosteniendo que debido a la deficiencia en la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve particularmente "bombardeada" por ellos y produce a su vez, un exceso de respuestas mal integradas.

Coleman de la Clínica de Investigaciones del niño de Washington encontró relación significativa entre el metabolismo de la serotonina en sangre total (no solo en suero) con diferentes síndromes neuropsiquiátricos, encontrando niveles bajos en un 88% en niños hiperquinéticos (4).

J.A. Sechzer y sus colaboradores del Instituto de Medicina de Rehabilitación del Centro Médico de la Universidad de New York, realizaron una investigación en monos asfixiados por períodos variables, encontrando datos de daño cerebral obvios después de los 7 minutos de asfixia. Después de un período de 15 minutos los monos presentaron problemas de conducta incluyendo trastornos de aprendizaje y la memoria asemejándose a lo que ocurre con la disfunción cerebral mínima (15).

CUADRO CLINICO

1.- Hiperquinesia

- a) Destructividad
- b) Hiperactividad verbal
- c) Trastornos del sueño
- d) Agresividad.

2.- Inatención

- a) Hiperactividad sensorial
- b) Distracción.

3.- Irritabilidad

- a) Conducta impredecible
- b) Baja tolerancia a la frustración, rabieta, berrinches, sañetes.

4.- Impulsividad

- a) Conducta "antisocial" (sociopática)
- b) Enuresis, ecopresis (Wender)

5.- Incoordinación

- a) Torpeza corporal
- b) Disgrafía
- c) Inaptitud deportiva
- d) Disartria, dislexia

6.- Disforia

- a) Anhedonia
- b) Ansiedad (¿depresión?) cambios poco específicos.
- c) Deficiente autoestima.

7.- Desobediencia Patológica

- a) Incomprensión de órdenes.
- b) Repetición de la falta
- c) Incomprensión del castigo.

8.- Trastorno del Aprendizaje

- a) Problemas visomotores, dislexia
- b) Disociación
- c) Inversión del campo visual
- d) Perseveración
- e) Memoria deficiente
- f) Pobreza de imagen corporal.

Velasco F. menciona los signos anteriores como parte del cuadro clínico de disfunción cerebral mínima. (28).

Según el DSM III:

Los signos más importantes asociados al trastorno de la atención son los siguientes: impulsividad y asociada o no a hiperactividad ambos inapropiados para la etapa del desarrollo. El trastorno ha recibido el nombre de trastorno por déficit de atención ya que las dificultades de atención son considerables y casi siempre están presentes en los niños con este diagnóstico. Además aunque se observa una disminución de la actividad motora excesiva durante la etapa de la adolescencia, en los niños afectados por este trastorno, suelen persistir las dificultades en la atención.

Hay dos subtipos de trastorno activo: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, aunque se desconoce si se trata de dos formas de un mismo trastorno o si representan dos trastornos distintos. Finalmente hay un subtipo residual para los individuos diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la hiperactividad desaparece mientras persisten otras manifestaciones del trastorno.

Los síntomas básicos se caracterizan por signos de desarrollo inadecuado, como falta de atención, e impulsividad se hacen patentes en la clase, ya que estos niños no persisten en la realización de una tarea y tiene dificultades para organizar y completar su trabajo. Son niños que a menudo dan la impresión de que no escuchan o de que no oyen lo que se les dice. Su trabajo es descuidado y se realiza en forma impulsiva. Pueden observarse errores, fruto de la impulsividad así como descuidos en su trabajo, mediante test administrativo de forma individual.

El rendimiento de las pruebas se caracteriza por inadvertidas de tipo de omisiones o inserciones y falsas interpretaciones de items sencillos, incluso cuando el niño esta motivado correctamente, y no solo en situaciones de poco interes intrínseco. Las situaciones de grupo son particularmente difíciles para el niño y las dificultades de atención se hacen patentes, cuando el niño esta en clase, ya que ahí se requiere una atención sostenida.

En casa se aprecia déficit de atención cuando el niño fracasa en la realización de las demandas e instrucciones paternas y cuando tiene dificultades para el mantenimiento de las actividades incluyendo el juego, durante períodos de tiempo adecuados a la edad del niño. Los niños mayores y los adolescentes pueden ser extraordinariamente impacientes y agitados.

A menudo es la cualidad de la conducta motora, la que distingue este trastorno de la sobreactividad ordinaria en la que la hiperactividad tiende a presentarse de forma casual pobremente organizada y sin objetivos delimitados. En las situaciones en que son esperables y adecuados los altos niveles de actividad motora, como en el caso de correr por el campo puede no ser obvia la hiperactividad observada en los niños con éste trastorno.

De forma típica, los síntomas de este trastorno pueden variar en cada niño en función de la situación y del momento. La conducta infantil puede estar bien organizada y ser adecuada cuando el niño esta solo, pero sufrir una disregulación en una situación de grupo o en una clase, o bien la adaptación puede ser satisfactoria en casa, apareciendo las dificultades únicamente en la escuela. Es raro el niño que muestra signos del trastorno en todas las situaciones o en la misma situaciones o en la misma situación durante todo el tiempo.

La sintomatología asociada varía en función de la edad incluye obstinación, testarudez, negativismo, chabacanería fanfarronería, aumento de la labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, temperamento explosivo, baja autoestimación y falta de respuesta a la disciplina. Comienzan de forma típica a la edad de 3 años, aunque es frecuente que el trastorno no se le da atención profesional hasta que el niño va a la escuela. Hay tres formas características de curso.

En la primera todos los síntomas persisten hasta la adolescencia o la vida adulta. En el segundo tipo el trastorno está limitado y todos los síntomas desaparecen completamente en la pubertad. En el tercer tipo, la hiperactividad desaparece, pero las dificultades en la atención y la impulsividad persisten hasta la adolescencia o la vida adulta (tipo residual). La frecuencia relativa de estos cursos es desconocida.

Las dificultades escolares son bastante frecuentes y aunque el deterioro puede ser limitado, el funcionamiento escolar y social también puede estar deteriorado. Es poco frecuente que los niños con este trastorno requieren tratamiento en régimen de internamiento. El fracaso escolar, el trastorno de conducta y el trastorno antisocial de la personalidad son las complicaciones más graves. Pueden ser factores predisponentes el retraso mental leve o moderado, la epilepsia, algunas formas de parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos. El trastorno es diez veces más frecuente en niños que en niñas. El trastorno es más frecuente entre los familiares de los sujetos afectados que en la población general.

El conjunto de síntomas que se especifican corresponden a niños de 8 a 10 años de edad, en la que se pueden observar con mayor facilidad. En los niños más pequeños suele haber síntomas más graves y numerosos. Lo contrario ocurre en niños mayores.

DIAGNOSTICO

Velasco F. menciona los siguientes pasos para llegar a un diagnóstico de síndrome hiperquinético: (28)

- 1.- Antecedentes heredofamiliares.
- 2.- Antecedentes personales.
- 3.- Sintomatología actual.
- 4.- Exploración psiquiátrica.
- 5.- Exploración física, incluyendo la neurológica, dando los siguientes signos como características de dicha alteración:
 - a) Dificultad para realizar la prueba dedo-nariz.
 - b) Dificultad para distinguir el tocamiento de dos objetos en la piel.
 - c) Simultagnosia. Es la dificultad para describir la escena de un cuadro, mencionando únicamente los elementos del cuadro.
 - d) Alteración en las pruebas de equilibrio.
 - e) Dificultad para leer la letra trazada en la espalda de paciente.
 - f) Dificultad para vestirse y desvestirse.
 - g) Dificultad para resbalar el talón sobre la espinilla del pie contrario.
 - h) Signo del pianista. Aparece al extender los miembros superiores con palmas hacia abajo apareciendo movimientos con sistentes en temblores de los dedos.
 - i) Sinquinecia en la etapa escolar consiste en hacer los mis mos movimientos con el miembro opuesto.
 - j) Adiadococinesia, dificultad para realizar movimientos de prono- supinación.

- k) Aesterognosia, dificultad para reconocer los objetos por el tacto.
- l) Dificultad para mover adecuadamente la lengua.

El DSM III toma en consideración las siguientes observaciones para elaborar el diagnóstico de trastorno de la atención.

- a) Falta de atención. Al menos tres de los síntomas siguientes:
 - 1) A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
 - 2) A menudo no parece escuchar.
 - 3) Se distrae con facilidad.
 - 4) Tiene dificultades para concentrarse en su trabajo escolar o en sus tareas que exigen una atención sostenida.
 - 5) Tiene dificultades para concentrarse en el juego.
- b) Impulsividad. Al menos tres de los síntomas siguientes:
 - 1) A menudo actúa antes de pensar.
 - 2) Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
 - 3) Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo).
 - 4) Necesita supervisión constantemente.
 - 5) Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
 - 6) Le cuesta trabajo guardar turno en los juegos o en situaciones grupales.

- c) Hiperactividad. Al menos dos de los síntomas siguientes:
- 1) Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles.
 - 2) Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente.
 - 3) Le cuesta estar sentado.
 - 4) Se mueve mucho durante el sueño.
 - 5) Esta siempre "en marcha" o actúa como si lo moviese un motor.
- d) Inicio antes de los 7 años.
- e) Duración de al menos 6 meses.
- f) Todo ello no se debe a una esquizofrenia. Ni a un trastorno afectivo ni a un retraso mental grave o profundo.

Electroencefalografía.

El principal signo es la llamada inmadurez electroencefalográfica, consiste en el aumento global de la actividad theta con respuesta excesiva a la hiperventilación. Wender en controló 12% de trazos electroencefalográficos anormales en la disfunción cerebral mínima (26). Laufer encontró un alza significativa del umbral convulsivo con anfetaminas (10).

Pruebas Psicológicas.

Clements y Peters aplicando el WISC en niños con disfunción cerebral mínima han encontrado (3).

- 1.- Un protocolo que exhibe dispersión significativa de los datos.
- 2.- Una escala verbal notablemente más alta que los puntajes de ejecución.
- 3.- Por el contrario resultados considerablemente más altos en la ejecución (se ha dicho que este es un protocolo típico de los niños con dislexia).

Según el DSM III pueden haber signos neurológicos "menores" no localizados, disfunciones perceptivo-motores (por ejemplo, de la coordinación mano-ojo), y anomalías del electroencefalograma. Sin embargo, en sólo el 5% de los casos se trata de un trastorno neurológico diagnosticable.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El DSM III menciona los siguientes criterios para elaborar los siguientes diagnósticos diferenciales:

La sobreactividad propia a la edad se observa en algunos niños particularmente activos, no tiene la cualidad anárquica y mal organizada característica de los niños afectados de trastorno por déficit de atención.

Los niños que viven en ambientes inadecuados son desorganizados o caóticos, pueden tener algunas dificultades para mantener la atención y para dirigir la conducta hacia un objetivo. En algunos casos puede ser imposible determinar si la conducta desorganizada es simplemente una función del ambiente caótico o si es debido a una psicopatología infantil en cuyo caso esta justificado el diagnóstico de trastorno por déficit de atención.

En el retraso mental profundo y grave puede haber síntomas clínicos característicos del trastorno por déficit de atención. Sin embargo el diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención podría tener un significado clínico solamente si el retraso mental fuera leve o moderado en cuanto a intensidad. Algunos casos de "trastorno de conducta" presentan signos de impulsividad, falta de atención o hiperactividad.

El diagnóstico adicional también suele estar justificado. En la esquizofrenia y en los trastornos afectivos son sintomatología maniaca puede haber síntomas clínicos característicos del trastorno por déficit de atención. Sin embargo estos diagnósticos tienen prioridad sobre el diagnóstico de trastorno por déficit de atención.

Es de importancia crucial que el niño con trastorno de la atención sea atendido por un grupo interdisciplinario y no únicamente por el psiquiatra pues con frecuencia se acompañan de trastornos no psicológicos sino también neurológicos los cuales también necesitan corrección pues de otra manera el tratamiento del niño con trastorno de la atención sería parcial. Las otras evaluaciones que necesita el niño con trastorno de la atención son; evaluación educativa, examen pediátrico, historia del paciente, examen del lenguaje y del oído.

(30)

METODOLOGIA.

a) MUESTRA.- Se identificaron niños con problemas de aprendizaje por medio de los profesores de enseñanza primaria de dos escuelas de la colonia Santa María La Ribera de la Delegación Cuauhtemoc D.F. Como parámetros de selección el bajo aprovechamiento escolar, hiperactividad, impulsividad y distracción. Se citaron a los padres de dichos niños, se les dió una plática respecto a los problemas de aprendizaje para motivarlos y cooperaran en el estudio. Se seleccionó la muestra teniendo las siguientes características: niños con edad de 8 a 10 años pues según el DSM III es la edad en que los problemas de la atención son más claros.

Se les realizó una historia clínica psiquiátrica a cada niño, tomando en cuenta si tenían familiares que hayan padecido de distractibilidad y/o hiperactividad, en sus antecedentes personales se investigaba si habían sufrido algún padecimiento con repercusión neurológica así como datos tempranos de distractibilidad, impulsividad o hiperactividad. En padecimiento actual se interrogó sobre el inicio, evolución y tratamiento que haya recibido para su trastorno, posteriormente se les efectuaba examen mental para investigar capacidad intelectual, distractibilidad, impulsividad e hiperactividad. En la exploración física tratamos de identificar "signos suaves" de lesión neurológica como los menciona Velasco F. (28)

Una vez detectados los niños con síndrome hiperquinético por diagnóstico clínico, se les aplicó el cuestionario (anexo 1) por la misma persona que elaboró el diagnóstico clínico. Las historias clínicas psiquiátricas se realizaron en: el Centro Comunitario de Salud Mental (S.S.A) y en los hogares de los niños. Se descartó de la muestra los niños con problemas reactivos al medio social (trastornos adaptativos, DSM III) esquizofrenia y otras enfermedades crónicas de otros sistemas del organismo.

Para descartar de la muestra de los niños portadores de debilidad mental grave o profunda se les realizó el test psicológico de la Figura Humana. Los Criterios Diagnósticos del DSM III excluyen a los niños con debilidad mental grave o profunda del diagnóstico de trastorno de la atención aunque presenten dicha sintomatología.

Se diagnosticaron clínicamente 34 niños con síndrome hiperquinético de 36 niños reportados con problemas escolares con edad comprendida entre 8 y 10 años.

Se tomo una muestra control de padres de niños sanos residentes de la colonia Santa María la Ribera y se les aplico el cuestionario (anexo 1) para compararlos con los resultados diagnósticos obtenidos con el mismo cuestionario, con los niños con síndrome hiperquinético. Y en esta forma determinar el grado de validez del cuestionario para discriminar niños con trastorno de la atención con niños sanos así como para saber que tan confiable es el diagnóstico dado por el cuestionario (anexo 1) en comparación al diagnóstico clínico.

Las características de la muestra de niños sanos fue:- con edad comprendida de 8 a 10 años, con buen aprovechamiento escolar. Se descartó de la muestra los niños con problemas de conducta, atención, inquietud, portadores de enfermedades crónicas, debilidad mental. Una vez diagnosticados como sanos se les aplicó el cuestionario (anexo 1) por la misma persona que elaboró el diagnóstico de "sano" clínicamente. Debido a la dificultad para contar con esta muestra se les entrevistó en sus hogares, realizándoles historia clínica psiquiátrica, de terminando la cantidad de 41 niños sanos.

b) DESARROLLO DEL INSTRUMENTO.- Se elaboró un cuestionario en base a los Criterios Diagnósticos del DSM III, para detectar trastornos de la atención con o sin hiperquinesia, formulando las preguntas de acuerdo al nivel cultural de la colonia Santa María la Ribera. El cuestionario quedó como es muestra en el anexo 1.

c) Procedimiento de aplicación.

En el mes de junio de 1984 se iniciaron las evaluaciones diagnósticas psiquiátricas y aplicación del cuestionario basado en los Criterios Diagnósticos del DSM III, y concluyendo el 30 de noviembre de 1984.

d) Validez del cuestionario.

Se da a continuación la definición de sensibilidad y especificidad para conocer su utilidad en estudios como el presente.

La sensibilidad de una prueba es la capacidad de detectar a los verdaderos enfermos. Si se trata, por ejemplo, de un método para el diagnóstico del embarazo, tomaremos 100 mujeres embarazadas (en las cuales haya certeza de embarazo) veremos cuantas detecta la prueba. Si detecta 95, diremos entonces que la prueba tiene una sensibilidad de 95%.

La especificidad de una prueba es la capacidad de detectar como sanos a los que verdaderamente lo están. En el caso mencionado anteriormente, si tomamos 100 mujeres que no están embarazadas y encontramos un resultado positivo y 99 negativos, diremos que la especificidad es del 99%, puesto que de 100 sanas, en este caso no embarazadas detectó 99.

RESULTADOS.

Las características de la muestra son las siguientes: de acuerdo al grado escolar la mayor cantidad de niños se localizó en el tercer grado escolar, con trastorno de la atención fué el 50% y de niños sanos el 56%. Con respecto a la menor población fué en quinto grado: con trastorno de atención 8.8% y sanos 7.3% (tabla 1).

De acuerdo al sexo, en el caso de niños con trastorno de la atención la relación masculino-femenino fué de 2.5:1. En niños sanos la relación masculino-femenino fué de 1.:1, prácticamente (tabla 2).

Al aplicarles el cuestionario basado en los Criterios Diagnósticos del DSM III a los 34 niños con diagnóstico de síndrome hiperquinético (ICD-9), de los cuales 26 niños fueron detectados por el cuestionario como trastorno de la atención. Sensibilidad 76%. (Tabla 3).

Respecto a la muestra de niños sanos los 41 niños detectados como sanos se correlacionó en un 100% el cuestionario con el diagnóstico clínico. Especificidad del 100% (Tabla 3).

COMENTARIOS.

Los resultados obtenidos al comparar el diagnóstico clínico con el diagnóstico de trastorno de la atención según criterios del DSM III, obtenidos a través de un cuestionario parece ser confiables. En lo que respecta a la sensibilidad coincidieron en el 76% el diagnóstico clínico con el diagnóstico por medio del cuestionario. Y con mayor concordancia en lo que respecta a la especificidad siendo esta de un 100%.

Por lo anterior concluimos que los Criterios Diagnósticos del DSM III tienen valor, ya que coinciden en buena proporción con el diagnóstico clínico y también para distinguir a un niño sano de otro que es portador de trastorno de la atención. Observando una incapacidad del cuestionario actual de detectar niños con trastorno de la atención en un 24% de la población diagnosticada como trastorno de la atención clínicamente. Sospechamos que mejorando la redacción del cuestionario se obtendrá mejores resultados.

Con respecto al método empleado en este estudio para com
parar el diagnóstico clínico psiquiátrico con el diagnóstico
empleando un cuestionario basado en los Criterios Diagnóstico
s del DSM III, pueden existir errores metodológicos pues
considero que el entrevistador clínico debe ser ajeno a la
aplicación del cuestionario. Esto no fué posible en este tipo
de estudio por falta de personal.

El cuestionario basado en los Criterios Diagnósticos del
DSM III, únicamente sirvió como guía para elaborar las pregun
tas verbalmente por lo tanto este cuestionario debiera ser
aplicado por entrevistadores entrenados. Los factores que pue
den condicionar a los padres en contestar afirmativamente res
pecto a los signos investigados con el cuestionario usado pue
de ser múltiple Vgr. cuando el hijo es rechazado o si es hijo
único, este último caso por no tener experiencia los padres
respecto a la conducta normal de los niños. Los factores que
pueden condicionar que los padres de los niños tiendan a con
testar negativamente respecto a los signos investigados, pue
den ser los siguientes: el no querer reconocer que su hijo
tenga alguna alteración psicológica para evitar la minusvalía
familiar.

Lo mencionado por el DSM III de considerar a los profeso
res los más capacitados para discriminar a los niños con traj
torno de la atención de los niños sanos, pues ellos probableme
nte tienen mayores conocimientos y experiencia para anali
zar la conducta de los niños en comparación con los padres de
los niños. Por otra parte el niño tiene que poner más aten
ción en la escuela que en la casa, regularmente. Por lo tanto
los profesores los más capacitados para darnos información
más precisa sobre la conducta de los niños.

Con la experiencia de múltiples entrevistas al elaborar las preguntas sobre el cuestionario basado en los Criterios Diagnósticos del DSM III, pues en varias ocasiones los padres no entendían los signos investigados del trastorno de la atención, como producto también de esta tesina se presenta en el anexo 2, un nuevo cuestionario que pudiera ser autoaplicable en una comunidad similar a la de la colonia Santa María La Ribera de la Delegación Cuauhtemoc.

Las modificaciones al primer cuestionario (anexo 1) se enumeran a continuación así como el motivo de ello, dando origen al nuevo cuestionario (anexo 2)..

Se modificó la introducción del cuestionario para aclarar mejor la conducta normal que puede presentar los niños en situaciones que provoquen conducta infantil parecida a la de los niños con trastorno de la atención.

En las preguntas de la 1 a la 16 y de la 20 a la 24, incluimos la aclaración lo referente a la distinción de la conducta anormal, en comparación a la conducta normal de los niños de la misma edad.

En la pregunta 2, incluimos además que el niño no responde al llamado por que se observa distraído, pues pudiera deberse a una conducta opositorista por algún otro problema.

En las preguntas 7 y 8 ampliamos las características buscadas para obtener información más precisa acerca de la conducta del niño.

En la pregunta 11 incluye el adjetivo popular de "atrancado" pues este es mejor entendido por la población general.

En la pregunta 17 dejo un espacio para que el encuestado (padre o profesor) conteste a que edad el niño empezó a presentar la signología, en caso de haber contestado afirmativamente las otras preguntas.

Las preguntas 18 y 19 las hago mas concisas para evitar la fatiga en el encuestado y por ende obtener mejor información.

La pregunta 25 la hago mas amplia, pues es difícil de plantearla a personas que desconocen de la semiología psiquiátrica.

La pregunta 27, la amplio para saber el grado de deterioro del sujeto en estudio y así valorar la importancia del signo. Pues será muy diferente si el deterioro es mucho en comparación si es poco. Pues en el primer caso nos orienta a una patología infantil mas severa.

Robins y Col compararon los Criterios Diagnósticos del DSM III, no incluyendo los trastornos de atención, haciendo los operacionales por medio del llamado Cuestionario para la Entrevista Diagnóstica (DIS). El cual fué aplicado por personal no médico, con la entrevista clínica psiquiátrica, encontrando una sensibilidad de un 100% a 41% y la especificidad de un 100% a 84%. (31) El cual comparandolo con el actual estudio parece ser similar en los resultados.

TABLA No1

GRADO ESCOLAR EN UN GRUPO DE NIÑOS SANOS Y OTRO CON TRASTORNO DE LA ATENCION. DE LA COLONIA SANTA MARIA LA RIBERA (D.F.).

GRADO ESCOLAR	NIÑOS CON TRASTORNO DE LA ATENCION	NIÑOS SANOS.
SEGUNDO	8 (23.5%)	5 (12.2%)
TERCERO	17 (50.0%)	23 (56.0%)
CUARTO	6 (17.6%)	10 (24.4%)
QUINTO	3 (8.9%)	3 (7.4%)
total	34 (100.0%)	41 (100.0%)

TABLA No2

SEXO EN UN GRUPO DE NIÑOS SANOS Y OTRO CON TRASTORNO DE LA ATENCION. DE LA COLONIA SANTA MARIA LA RIBERA (D.F.)

SEXO	NIÑOS CON TRASTORNO DE LA ATENCION	NIÑOS SANOS
MASCULINO	24 (70.5%)	21 (51.3%)
FEMENINO	10 (29.5%)	20 (48.7%)
total	34 (100.0%)	41 (100.0%)

TABLA No 3

	(+) DIAGNOSTICO CLINICO	(-)
CUESTIONARIO DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III	26	0
	8	41
total	34	41

SENSIBILIDAD.....76%

ESPECIFICIDAD.....100%

ANEXO I

Nombre _____ Edad _____ Grado Escolar _____
 Dirección _____ Sexo _____
 Promedio Escolar _____ Fecha _____

Conteste el siguiente cuestionario de acuerdo a la conducta de su hijo (alumno). Normalmente los niños son; distraídos, desesperados, inquietos, no piensan las cosas antes de hacerlas se les regaña con frecuencia. Pero cuando el comportamiento de un niño se sale de lo normal probablemente se sospecha tenga algún problema que es necesario investigar para mejorar su rendimiento escolar y personal. Por este motivo se ha creado este cuestionario para investigar que niños necesitan ayuda.

FALTA DE ATENCION.

- 1.- Frecuentemente su hijo deja la tarea sin terminarla..... SI-NO
- 2.- Frecuentemente cuando le llama a su hijo, tiene que hablarle varias veces para que le obedezca..... SI-NO
- 3.- Frecuentemente es desatento en sus actividades por ejemplo: En el quehacer de su casa, juego, etc..... SI-NO
- 4.- Frecuentemente cuando esta haciendo la tarea, se distrae..... SI-NO
- 5.- Cambia de juego frecuentemente..... SI-NO

HIPERACTIVIDAD.

- 6.- Frecuentemente corre de un lado a otro ó se sube a los muebles..... SI-NO

- 7.- Frecuentemente esta moviéndose exageradamente..... SI-NO
- 8.- Cuando esta sentado se levanta frecuentemente..... SI-NO
- 9.- Frecuentemente cuando duerme esta intranquilo..... SI-NO
- 10.- Se mueve constantemente en grado mayor en comparación con los niños de su edad..... SI-NO
- IMPULSIVIDAD.
- 11.- Frecuentemente hace las cosas sin meditarlas..... SI-NO
- 12.- Frecuentemente cambia de jugar a comer o a su tarea o alguna otra actividad..... SI-NO
- 13.- Frecuentemente es desorganizado en el juego, tarea, hábitos higiénicos, etc..... SI-NO
- 14.- Frecuentemente necesitan se le este corrigiendo lo que hace..... SI-NO
- 15.- Frecuentemente se les regaña en casa..... SI-NO
- 16.- Frecuentemente al jugar o participar con otros niños es desesperado para esperar su turno..... SI-NO
- 17.- Los datos de falta de atención (preguntas de la 1 a la 5), impulsividad (preguntas de la 11 a la 16) con ó sin hiperactividad (preguntas de la 6 a la 10) empezaron a los 3 años o antes..... SI-NO

- 18.- Hay antecedentes de algun familiar del niño de haber sufrido problemas de falta de atención (preguntas de la 1 a la 5), impulsividad (preguntas de la 11 a la 16) con ó sin hiperactividad (preguntas de la 6 a la 10)..... SI-NO
- 19.- Usted noto que los problemas mencionados en el cuestionario como: falta de atención (preguntas de la 1 a la 5) impulsividad (preguntas de la 11 a la 16), hiperactividad (preguntas de la 6 a la 10), los presentó durante los 3 meses posterior a conflictos familiares como pleitos familiares, divorcio ó la pérdida de un ser querido (persona ó animal) SI-NO
- 20.- Ha notado que su hijo presenta ideas extrañas como el sentirse controlado mentalmente, que le imponen pensar ciertas ideas, que los demás conocen sus pensamientos los cuales no manifiesta ó que le roban el pensamiento... SI-NO
- 21.- Ideas de creerse: Muy poderoso, elegido de dios, perseguido ó ideas de que no existe nada..... SI-NO
- 22.- Frecuentemente oye voces ó ruidos sin motivo alguno..... SI-NO
- 23.- Frecuentemente ve visiones que para el niños verdaderamente existen..... SI-NO
- 24.- Frecuentemente al hablar el paciente ¿se le entiende lo que quiere decir?..... SI-NO
- 25.- Normalmente siente tristeza o alegría..... SI-NO

26.- Adopta posiciones muy extrañas..... SI-NO

27.- Hay disminución importante en el rendimiento escolar y
en su casa..... SI-NO

28.- Los anteriores datos (pregunta de la 20 a la 27) los ha
presentado por mas de 6 meses..... SI-NO

CUESTIONARIO BASADO EN LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III.

Nombre _____ Edad _____ Grado Escolar _____
 Dirección _____ Sexo _____
 Promedio Escolar _____ Fecha _____

Conteste el siguiente cuestionario de acuerdo a la conducta de su hijo (alumno). Normalmente los niños son: distraídos desesperados, inquietos, no piensan las cosas antes de hacerlas, se les regaña con frecuencia. Pero cuando el comportamiento de un niño se sale de lo normal, apesar de estar en un ambiente sin muchas distracciones como: la televisión, radio, el juego de otros niños, conflictos familiares frecuentes etc; probablemente se sospecha tenga algún problema que sea necesario investigar para mejorar su rendimiento escolar y personal. Por este motivo se ha creado este cuestionario para investigar que niños necesitan ayuda.

FALTA DE ATENCION.

- 1.- Frecuentemente su hijo (alumno) deja la tarea sin terminarla, más de lo normal..... SI-NO
- 2.- Frecuentemente cuando le llama a su hijo (alumno), tiene que hablarle varias veces para que le obedezca, pues se observa muy distraído, más de lo normal..... SI-NO
- 3.- Frecuentemente es desatento en sus actividades por ejemplo en el quehacer de su casa, juego, etc. más de lo normal... .. SI-NO
- 4.- Frecuentemente cuando esta haciendo la tarea, se distrae más de lo normal..... SI-NO

5.- Cambia de juego frecuentemente, mas de lo normal..... SI-NO

HIPERACTIVIDAD.

6.- Frecuentemente corre de un lado a otro o se sube a los muebles, mas de lo normal..... SI-NO

7.- Frecuentemente cuando esta sentado se mueve exageradamente, jala cosas, habla demasiado, mas de lo normal..... SI-NO

8.- Frecuentemente es incapaz de permanecer sentado durante cierto tiempo como un niño normal..... SI-NO

9.- Frecuentemente cuando duerme es intranquilo, mas de lo normal..... SI-NO

10.- Se mueve constantemente en grado mayor en comparación con los niños de su edad..... SI-NO

IMPULSIVIDAD

11.- Frecuentemente hace las cosas sin meditarlas, como si fuera atrevido, mas de lo normal..... SI-NO

12.- Frecuentemente cambia de jugar a comer o a su tarea o alguna otra actividad, mas de lo normal..... SI-NO

13.- Frecuentemente es desorganizado en el juego, tarea, hábitos higiénicos, etc, mas de lo normal..... SI-NO

14.- Frecuentemente necesitan se le este corrigiendo lo que hace, mas de lo normal..... SI-NO

15.- Frecuentemente se le regaña en casa o en la escuela, mas de lo normal..... SI-NO

- 16.- Frecuentemente al jugar o participar con otros niños es desesperado en esperar su turno, mas de lo normal..... SI-NO
- 17.- Las características antes mencionadas las presenta desde la edad de _____ años.
- 18.- Hay antecedentes de algún familiar del niño de haber sufrido estos mismos problemas..... SI-NO

TRASTORNOS DE ADAPTACION.

- 19.- Usted noto que los problemas mencionados en el cuestionario los presentó durante los 3 meses posterior a conflictos familiares o pleitos familiares, divorcios o la pérdida de un ser querido, persona o animal..... SI-NO

SIGNOS DE ESQUIZOFRENIA.

- 20.- Ha notado que su hijo presenta ideas extrañas como el sentirse controlado mentalmente, que le imponen pensar ciertas ideas, que los demás conocen sus pensamientos los cuales no manifiesta o que le roban el pensamiento mas de lo normal..... SI-NO
- 21.- Ideas de creerse: muy poderoso, elegido de dios, perseguido o ideas de que no existe nada, mas de lo normal.... SI-NO
- 22.- Frecuentemente oye voces o ruidos sin motivo alguno, mas de lo normal..... SI-NO
- 23.- Frecuentemente ve visiones que para el niño verdaderamente existen, mas de lo normal..... SI-NO
- 24.- Frecuentemente al hablar el niño se le entiende lo que quiere decir..... SI-NO

- 25.- Frecuentemente cuando el niño recibe algo agradable se pone triste, o cuando recibe algo desagradable se pone alegre..... SI-NO

- 26.- Adopta posiciones muy extrañas para la conducta normal de los niños SI-NO

- 27.- Hay disminución importante en el rendimiento escolar y en su casa..... Poco _____ Regular _____ Mucho _____

- 28.- Los anteriores datos (preguntas de la 20 a la 27) los ha presentado por mas de 6 meses..... SI-NO

- 1.- Birch, H.G., Thomas A. y Chess, Stella, "Behavioral Development in Brain Damaged Children", in Archives of General Psychiatry 1964, 11, págs. 596-603.
- 2.- Bradley, C. "The Behavior of Children Receiving Benzedrine", in American Journal of Psychiatry, 94: 577-585, 1937.
- 3.- Clements, S.D. and Peters, J.E. "Minimal Brain Dysfunctions in the School-age Child", in Archives of General Psychiatry 6: 185- 197, 1962.
- 4.- Coleman, M. "Serotonin and Central Nervous System Syndromes of Childhood: A Review, in Journal of autism and childhood Shizophrenia, 1973, 3,1,35.
- 5.- Denhoff, E. y Robinault, I.P. Cerebral Palsy and Related Disorders, McGraw Hill, Nueva York, 1970.
- 6.- Ebaugh, F.G. "Neuropsychiatric Sequelae of Acute Epidemic Encephalitis in Children", in Psychiatry Quarterly, 31: 72-92, 1923.
- 7.- Gessell, A. and Amatruda C.S. Developmental Diagnosis, P.B. Hoeber, Nueva York, 1941..
- 8.- Graham, F.K. "A Longitudinal Study of the Effects of Perinatal Anoxia, in American Psychology. 13: 334.
- 9.- Kahn, E. y Cohen, L.H. New England Journal of Medicine, 210: 78 abril 5 de 1934. "Organic Driveness: A Brain Stem Syndrome and a experience.
- 10.- Laufer, M.W., Denhoff, E. y Solomons, G. "Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems", in Psychosomatic Medicine, vol. XIX, núm. 1, 1957.
- 11.- Lending, M. Slobody, L.B., Stone, M.L., Hosbach, R.E. y Megterns J. "Activity of Glutamic Oxalacetic Transminase and Latic Dehidrogenase in Cerebrospinal Fluid in Plasma of Normal and Abnormal Infants, in Pediatrics, 24: 378-387, 1959.
- 12.- Lilinfield, A.M. y Pasamanick, B. "The Association of Maternal and Fetal Factors with the Development of Mental Deficiency", in American Journal of Mental Deficiency, 60: 557. 1960.

- 13.- Litvak, A.M., Gibell, H., Rosentahl, S.F. y Roseblat, P. "Cerebral Complications in Pertusis", in Journal of Pediatrics, 32: 357, 1948.
- 14.- Laurie, L.A. "Endocrinology and The Understanding and Treatment of the Exceptional Child, in Journal of the American Medical Association, 110, 1938.
- 15.- Sechzer, J.A., Faro, W.F. "Studies of Monkeys asphyxiated at birth; implications for minimal cerebral disfunction" in Seminars in Psychiatry, vols., núm. 1, 1973.
- 16.- Stewart, M.A., Pitts, F.N., Craig, A.G. y Cols. "The Hyperactive Child Syndrome", in American Journal of Orthopsychiatry, 36: 861- 867, 1966.
- 17.- Still, G.F. Some Abnormal Psychological Conditions, Lancet 1:10 77- 1082, 1902.
- 18.- Strauss, A.A. y Lehtinen, L. Psychopathology and Educations of the Brain Injured Child, Nueva York: Grune and Stratton Co., 1947.
- 19.- Wender, Paul H. Minimal Brain Dysfunction in Children. Wiley interscience, 1971, New York.
- 20.- Gittelman- Klein, R. "Spectrum of Action of Psychostimulants and Neuroleptics in Childhood Psychofarmacology". Adv. Biol. Psychiat Vol. 2 Karger, Basel. 1978. pp. 23-36.
- 21.- Ounsted, C. Hyperkinetic Syndrome in Epileptic Children. Lancet 2. 1955. pp. 303.
- 22.- Pechtl, and Stemmer, C.: The Choreiform Syndromes in Children. Dev. Med. Child. Neurol. 4: 119, 1962.
- 23.- Clements, S.D. Minimal Brain Dysfunction in Children- Terminology and Identification phase one of three. Phase Project, Washington, D.C., U.S. Dep. of Health Education and Elfare, 1966 NINED Monograph, No. 3.
- 24.- Wray, S.R., Barnaby. L. and McLaren E. Hyperkinesia (Minimal Brain Dysfunction) and other Behavioral Disorders in a Sample of Jamaican School Children. W.I. Med. J. (1980, XXIX, 261)..

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 25.- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Tercera Edición versión española Edit. Mason.
- 26.- Wender, P.H. Minimal Brain Dysfunction in Children Wiley Interscience, New York. (1971).
- 27.- Escotto M. Los Niños con Problemas de Conducta y Aprendizaje Recolección de Datos Clínicos. Salud Mental v6 n1 primavera 1983.
- 28.- Velasco F. El Niño Hiperkinético. Edit. Trillas México 1983.
- 29.- Shaffer D. and Greenhill L. A critical Note on the Predictive Validity of "The Hiperkinetic Syndrome". Child Psychol Psychiat, Vol. 20 pp 61 to 72 January 1978.
- 30.- Cruckshankn. Learning Disabilities in Home School and Community, Edit. Trillas. 1982, pág. 135.
- 31.- Robins, L. Helzer. J. Ratcliffk, and Seyfired W. Validiy of The Diagnostic Interview Shedule, Version II: D.S.M III diagnoses. Psychological Medicine 12, 855-870.