

R.10.499

142

127

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

Alva Caffite

*T. D.
M/111 (II)*

" TRASTORNOS ATENCIONALES Y DE CONDUCTA :

DELIMITACION PSICOPATOLOGICA Y NEUROPSICOLOGICA

Tesis presentada por

M. D. MOJARRO PRAXEDES, para

optar al grado de Doctor en

Medicina y Cirugia.

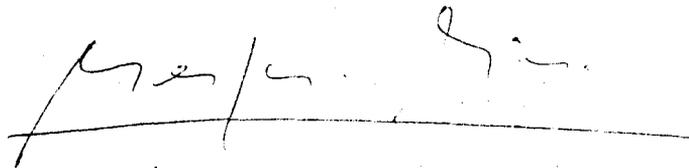


TOMO-II.

PEDRO BENJUMEA PINO, PROFESOR TITULAR DE
PSIQUIATRIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CERTIFICA:

Que D^a M^a DOLORES MOJARRO PRAXEDES
ha realizado bajo mi dirección el presente traba
bajo denominado: "TRASTORNOS ATENCIONALES Y DE
CONDUCTA: DELIMITACION PSICOPATOLOGICA Y NEURO-
PSICOLOGICA" y que reúne las condiciones exigido
bles para optar al grado de Doctor.



INDICE:

	Pagina
I-INTRODUCCION.....	1
I.1.Evolucion Historica.....	1
I.2.Epidemiologia.....	18
I.2.1.Epidemiologia en Trastornos Psiquiatricos Infantiles	19
I.2.2.Epidemiologia en Trastornos Atencionales.....	25
I.3.Factores Etiologicos.....	37
I.3.1.Factores Biologicos-Constitucionales.....	38
I.3.1.1.Factores Geneticos.....	38
I.3.1.2.Lesion o Disfuncion Cerebral.....	45
I.3.1.3.Nivel de Arousal.....	54
I.3.1.4.Alteraciones Bioquimicas.....	57
I.3.1.5.Estrés Pre y Perinatales.....	67
I.3.1.6.Plomo Ambiental.....	70
I.3.1.7.Colorantes y Aditivos Alimentarios.....	72
I.3.2.Factores Sociales.....	76
I.4.Clinica.....	79
I.4.1.Sintomas Primarios.....	82
I.4.2.Sintomas Secundarios.....	98
I.4.3.Caracteristicas Dependientes de la Edad.....	115
I.4.4.Clinica según el Sexo.....	126
I.4.5.Clasificaciones Clinicas.....	128
I.5.Criterios Diagnosticos.....	131
I.6.Diagnostico Diferencial.....	146

I.7. Pronostico.....	169
II-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	175
II.1. Planteamiento del Problema.....	176
II.2. Objetivos. Del Estudio.....	178
III-MATERIAL Y METODOS.....	181
III.1. Material y Metodo de Muestreo.....	182
III.1.1. Descripcion Muestral.....	182
III.1.2. Material de Muestreo.....	184
III.1.3. Metodo de Muestreo.....	192
III.2. Material y Metodo testologico.....	205
III.2.1. Evaluacion Psicopatológica.....	205
III.2.2. Evaluacion Neuropsicológica.....	210
III.2.3. Metodo Estadistico e Informatico.....	226
IV-RESULTADOS.....	231
IV.1. Analisis de Resultados en Poblacion Escolar.....	232
IV.1.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	233
1.1.1.1. Edad, SEXO.....	233
1.1.1.2. Cuestionarios de CONNERS.....	234
1.1.1.2.1 Profesores.....	234
1.1.1.2.2. Padres.....	234
1.1.1.2.3. Madres.....	235
1.1.1.3. Cuestionario de CONNERS(según sexo).....	235
1.1.1.3.1. Profesores.....	235
1.1.1.3.2. Padres.....	237

1.1.3.3. Madres.....	238
IV.1.2. Analisis de correlaciones.....	239
IV.1.3. Analisis Factorial.....	240
1.3.1. Cuestionario CONNERS de Profesores.....	240
1.3.2. Cuestionario CONNERS de Padres.....	240
1.3.3. Cuestionario CONNERS de Madres.....	243
IV.2. Analisis de Resultados en Poblacion Seleccionada.....	256
IV.2.1. Analisis Descriptivo-Comparativo en subescala	
"Historia Familiar" (P.A.C.S.).....	257
IV.2.2. Analisis Descriptivo-Comparativo en distintas	
subescalas. (P.A.C.S.).....	259
2.2.1. Subescala Escolar	259
2.2.2. Subescala Afectiva.....	260
2.2.3. Subescala Hipercinésia.....	274
2.2.4. Subescala Conducta.....	287
IV.3. Analisis de Resultados en Muestras Clínica	
y Seleccionadas.....	299
IV.3.1. Historia clínica.....	300
3.1.1. Analisis Descriptivo Psicopatológico.....	300
3.1.2. Analisis Descriptivo Problemas Perinatales.....	301
3.1.3. Analisis Descriptivo Antecedentes Personales...	303
3.1.4. Analisis Descriptivo Antecedentes Familiares..	304
IV.3.2. Cuestionario de CONNERS.....	310
3.2.1. Cuestionario CONNERS Profesores.....	310
3.2.1.1. Analisis Descriptivo Comparativo.....	310
3.2.1.2. Analisis de Correlaciones.....	312
3.2.1.3. Analisis Factorial.....	316

3.2.1.3.1. Analisis Descriptivo-Comparativo de Factores.....	318
3.2.1.3.2. Analisis Correlaciones Factores....	322
3.2.2. Cuestionario CONNERS Padres.....	335
3.2.2.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	335
3.2.2.2. Analisis de Correlaciones.....	337
3.2.2.3. Analisis Factorial.....	338
IV.3.3. Entrevista Semiestructurada. (P.A.C.S.).....	343
3.3.1. Analisis Descriptivo Comparativo.....	343
3.3.2. Analisis de Correlaciones.....	369
3.3.3. Analisis Factorial.....	372

TOMO-II

IV.3.4. Continuous Performance test (C.P.T.).....	375
3.4.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	375
3.4.2. Analisis de Correlaciones.....	380
IV.3.5. Test de Retencion Visual de BENTON (T.R.V.B.).....	390
3.5.1. Analisis Descriptivo Comparativo.....	390
3.5.2. Analisis de Correlaciones.....	410
IV.3.6. Figura de REY.....	412
3.6.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	412
3.6.2. Analisis de Correlaciones.....	414
IV.3.7. Test Visomotor de BENDER.....	416
3.7.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	416
3.7.2. Analisis de Correlaciones.....	417
IV.3.8. Laberinto de PORTEUS.....	421
3.8.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	421

3.8.2. Analisis de Correlaciones.....	422
IV.3.9. Digitos.....	425.
3.9.1. Analisis Descriptivo-Comparativo.....	425
3.9.2. Analisis de Correlaciones.....	426
IV.3.10. Escala de Signos Neurologicos Menores (P.A.N.E.S.S.).....	429.
3.10.1. Analisis Descriptivo-Comparativo de las subescalas.....	429
3.10.2. Analisis de Correlaciones.....	438
IV.3.11. Electroencefalograma.....	442.
IV.4. Analisis de Cluster en Trastornos Atencionales.....	444.
V-DISCUSSION.....	508
VI-CONCLUSIONES.....	589
VII-BIBLIOGRAFIA.....	593
VIII-APENDICE.....	625

3.4-CONTINUOUS PERFORMANCE TEST

3.4.1-Analisis Descriptivo-Comparativo

En la TABLA Nº 76 y GRAFICO Nº 49 podemos observar las puntuaciones medias (DE) en respuestas correctas (inversas a errores de omisión) en el C.P.T. obtenidas en las 4 muestras.

Tanto el grupo de Trastorno Atencional (clínico) como el de Trastorno de Conducta y Trastorno Atencional (escolar) muestran puntuaciones medias similares ($\bar{X}=64.2 \pm 14.92$; $\bar{X}=63.04 \pm 15.92$; $\bar{X}=65.1 \pm 14.43$, respectivamente), debiéndose las ligeras diferencias que aparecen entre ellas al azar. Por el contrario, al comparar los tres grupos independientemente con el grupo control, con puntuaciones medias superiores (73.9 ± 9.84), se obtienen en los tres casos diferencias significativas, apareciendo mayor significación en los Trastornos Atencionales (clínico) ($P < 0.002$) seguido de los Trastornos Atencionales (escolar) ($P < 0.007$) y Trastorno de Conducta ($P < 0.01$).

Respecto a las puntuaciones medias en número de errores de comisión (falsos positivos) el grupo que obtiene puntuaciones superiores es el Trastorno Atencional (escolar) (38.23 ± 44.32) seguido de los Trastornos Atencionales



(clínicos) (33.53 + 28.66) y Trastornos de Conducta (25.82 +22.39), no existiendo diferencias significativas entre ellos. Si en cambio aparecen diferencias con respecto al grupo control donde las puntuaciones medias son inferiores (11.23 ± 7.11) de modo que entre este y las tres muestras, T.Atencional (escolar), T.Atencional(clínico) y T. de Conducta existe diferencias estadísticamente significativas de $P < 0.0001$, $P < 0.0007$ y $P < 0.006$ respectivamente TABLA Nº 77 GRAFICO Nº 50 .

Al dividir el test en dos partes , dependiendo del número de estímulos (1ª parte estímulo 1-340, 2ª parte estímulo 341-680) en la valoración de respuestas correctas , podemos destacar en la primera parte como las puntuaciones medias son iguales en los grupos T.Atencional (clínico) (33.6 ± 6.97), T. de Conducta (33.64 ± 6.58) y T.Atencional(escolar) (33.66 ± 6.54) siendo superiores en el grupo control (37.47 ± 3.59); Existiendo diferencias significativas similares al comparar las tres muestras con el grupo control ($P < 0.01$ -t.atencional(clínico) y T.Atencional(escolar) $P < 0.03$ - T.Conducta) (TABLA Nº 78 GRAFICO Nº 51).

Cuando pasamos a analizar las respuestas correctas en la 2ª parte del test encontramos disminución en las puntuaciones medias en todos los grupos, con respecto a las puntuaciones en la primera parte, dicha disminución está más

acentuada en el grupo de Trastorno de Conducta (29 ± 41) seguido de los T. Atencionales (clínicos) (30.6 ± 9.50), T. Atencional (escolar) (31.43 ± 9.24) y Controles (36.43 ± 7.67) existiendo entre este último y el grupo Atencional (clínico) y T. de Conducta diferencias similares ($P < 0.001$ y $P < 0.006$, respectivamente) y $P < 0.02$ con el grupo Atencional (escolar) (TABLA Nº 79, GRAFICO Nº 52).

El Tiempo que el sujeto tarda en señalar un estímulo diana (Tº de latencia en respuestas correctas) es analizado en los 4 grupos y reflejado en la TABLA Nº 80. Vemos como en las puntuaciones medias globales en Tº de latencia el grupo de T. Atencional (escolar) es el que obtiene valores más altos (0.63 ± 0.13) seguido de los T. Atencionales (clínicos) (0.60 ± 0.15) siendo, en el primer caso, significativa estadísticamente la diferencia en puntuaciones medias respecto al grupo control ($P < 0.01$) y a los T. de Conducta ($P < 0.01$) y no existiendo significación con respecto a los demás grupos en los T. Atencionales (clínicos). Analizamos del mismo modo las puntuaciones medias en Tº de latencia mínimo siendo el grupo control el que obtiene valores medios inferiores (0.04 ± 0.05) seguido de los T. Atencionales (clínicos) (0.06 ± 0.07), T. de Conducta (0.08 ± 0.07) y T. Atencional (escolar) (0.1 ± 0.05); Resultando significativa estadísticamente las diferencias entre los controles y T. de conducta ($P < 0.01$), T. Atencional

(escolar) ($P < 0.00001$) así como entre este último y T. Atencional (clínico) ($P < 0.01$). (TABLA Nº 81).

La misma sistemática seguida con las respuestas correctas respecto a la partición del test según el número de estímulos es adoptada para analizar los falsos positivos o errores de comisión; Así en la 1ª parte del test (estímulos 1-340) los T. Atencionales (clínicos) son los que cometen más errores (17.4 ± 17.38) seguido de los T. Atencionales (escolares) (14.86 ± 10.46), T. de conducta (12.36 ± 10.61) y grupo control (7.03 ± 4.71). Entre los tres primeros grupos las diferencias se deben presumiblemente al azar mientras que con respecto al grupo control tanto los T. Atencionales (clínicos) como los T. de Conducta y T. Atencionales (escolares) presentan diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.001$, $P < 0.04$, $P < 0.0005$ respectivamente) (TABLA Nº 82, GRAFICO Nº 53).

Al analizar la 2ª parte del test (TABLA Nº 83 y GRAFICO Nº 54) podemos observar como las puntuaciones medias se mantienen prácticamente similares en los grupos de T. de Conducta y T. Atencional (clínico) (aunque con cierta ligera disminución), en el grupo control existe gran disminución, en cambio en el grupo de T. Atencional (escolar) se aprecia un gran aumento en el número de falsos positivos (23.03 ± 37.20) existiendo significación de $P < 0.0007$ con el grupo control e igualmente aparece significación de $P < 0.001$ entre

T.de conducta y control y este último y T.Atencional(clínico) ($P < 0.0003$).

Respecto al T² de latencia en falsos positivos (TABLA N^o 84) los valores globales más altos aparecen en los T.Atencionales (clínicos) (0.87 ± 0.21) seguido de los T.Atencionales (escolares) (0.84 ± 0.20), T. de conducta (0.78 ± 0.21) no existiendo diferencias entre ellos y apreciándose significación de $P < 0.0006$ entre el grupo control y T. Atencional(clínico) y entre T.Atencional(escolar) y grupo control ($P < 0.02$). En las puntuaciones medias en T² de latencia mínimo las diferencias entre los grupos T.Atencional(clínico) (0.13 ± 0.17), T.de Conducta (0.17 ± 0.13), T.atencional(escolar) (0.19 ± 0.16) y grupo control (0.19 ± 0.16) no resultan significativas estadísticamente (TABLA N^o 85).

Por último analizamos si existen diferencias en puntuaciones medias entre la 1^a y 2^a parte del test en cada grupo independiente tanto en respuestas correctas como en falsos positivos o errores de comisión, existiendo significación de $P < 0.01$ solamente en falsos positivos dentro del grupo control entre la 1^a y 2^a parte (TABLAS N^o 86 y 87)

4-3.4.2-Análisis De Correlaciones

El análisis de correlaciones lo establecemos entre respuestas correctas, falsos positivos en la 1ª y 2ª parte del test, tiempo medio de latencia en respuestas correctas y tiempo medio de latencia en falsos positivos.

Estas medidas correlacionan entre sí en el grupo de trastornos atencionales clínicos un 72 %, solamente no se establece correlación entre respuestas correctas y falsos positivos en la 2ª parte.

En los trastornos atencionales escolares correlacionan entre sí un 40 % , mientras que en los trastornos de conducta lo hacen un 24%. (Las respectivas tablas pueden verse en apéndice).

TABLA Nº 76

PUNTUACIONES MEDIAS EN RESPUESTAS CORRECTAS (C.P.T.) EN LAS DISITITAS

POBLACIONES

	<u>T. AT (clinica)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 64.2 DE 14.92	\bar{X} 65.1 DE 14.43	\bar{X} 63.04 DE 15.92	\bar{X} 73.9 DE 9.84
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.002*	0.007*	0.01*	

respuestas correctas C.P.T.

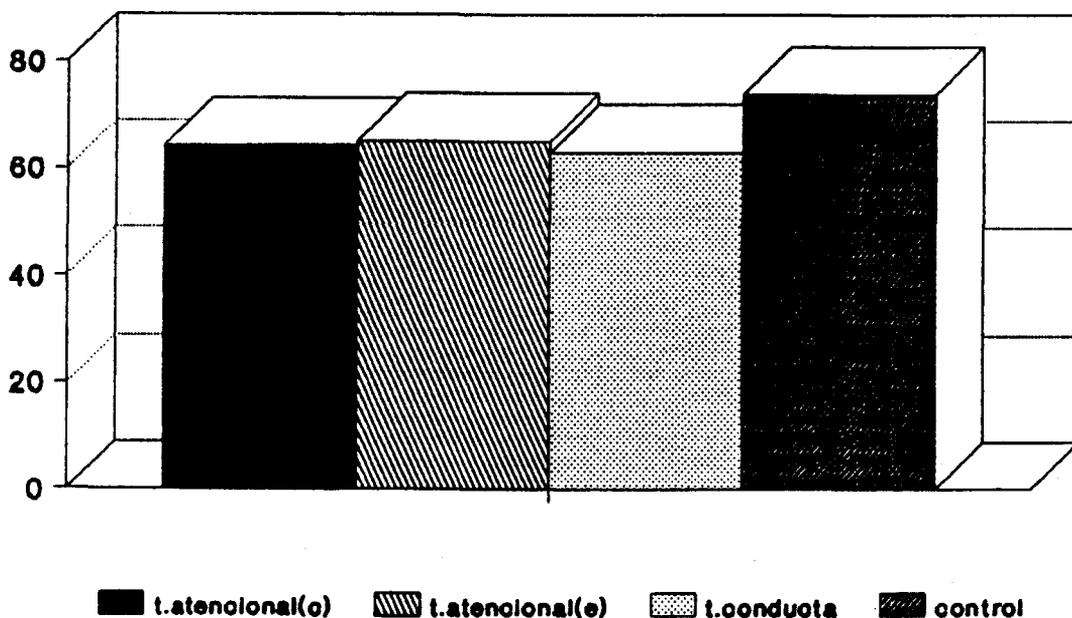


GRAFICO Nº 49

TABLA Nº 77

PUNTUACIONES MEDIAS EN FALSOS POSITIVOS (C.P.T.) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 33.53	\bar{X} 38.23	\bar{X} 25.82	\bar{X} 11.23
	DE 28.66	DE 44.32	DE 22.39	DE 7.11
	P<	P<	P<	
<u>T. AT (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.0007*	0.0001*	0.006*	

falsos positivos C.P.T.

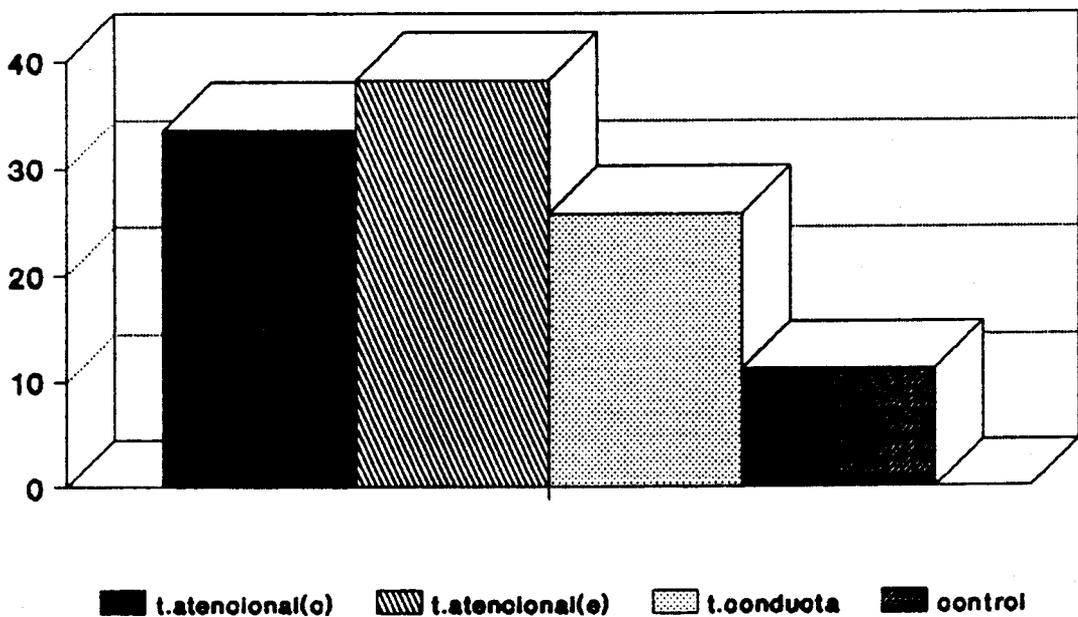


GRAFICO Nº 50

TABLA Nº 78

PUNTUACIONES MEDIAS EN RESPUESTAS CORRECTAS (estímulos 1-340) C.P.T.

EN LAS DISTINTAS POBLACIONES

	<u>T. AT. (clínico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 33.6 DE 6.97	\bar{X} 33.66 DE 6.54	\bar{X} 33.64 DE 6.58	\bar{X} 37.47 DE 3.59
	P<	P<	P<	
<u>T. AT.</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.01*	0.01*	0.03*	

* U MANN WHITNEY

TABLA Nº 79

PUNTUACIONES MEDIAS EN RESPUESTAS CORRECTAS (estímulos 341-680) C.P.T.

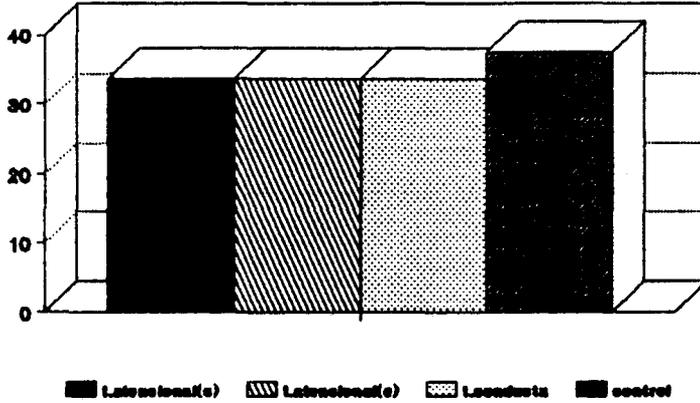
EN LAS DISTINTAS POBLACIONES

	<u>T. AT. (clínico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 30.6 DE 9.50	\bar{X} 31.43 DE 9.24	\bar{X} 29.41 DE 9.79	\bar{X} 36.43 DE 7.67
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.001*	0.02**	0.006*	

* U MANN WHITNEY

** T STUDENT

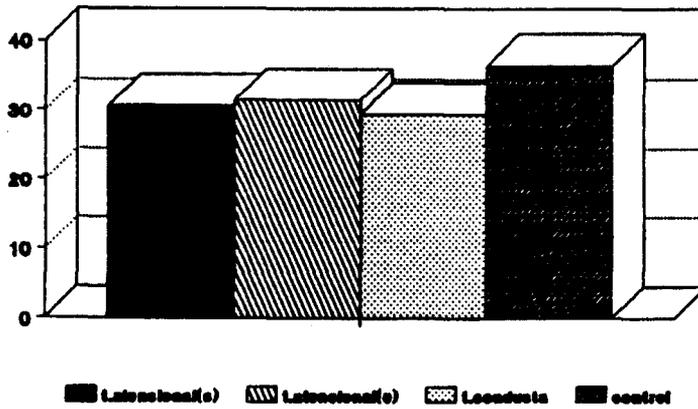
respuestas correctas C.P.T.



estímulos (1-340)

GRAFICO Nº 51

respuestas correctas C.P.T.



estímulos (341-600)

GRAFICO Nº 52

TABLA Nº 80

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN Tº LATENCIA MEDIO EN RESPUESTAS CORRECTAS C. P. T.</u>				
<u>EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T.AT,(clinico)</u>	<u>T.AT,(escolar)</u>	<u>T.Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 0,60	\bar{X} 0,63	\bar{X} 0,52	\bar{X} 0,54
	DE 0,15	DE 0,13	DE 0,16	DE 0,14
	P<	P<	P<	
<u>T.AT,(escolar)</u>	NS			
<u>T.Conducta</u>	NS	0,01**		
<u>Control</u>	NS	0,01**	NS	

** T STUDENT

TABLA Nº 81

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN Tº NININO EN RESPUESTAS CORRECTAS C. P. T. EN LAS</u>				
<u>DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T.AT,(clinico)</u>	<u>T.AT,(escolar)</u>	<u>T.Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 0,06	\bar{X} 0,10	\bar{X} 0,08	\bar{X} 0,04
	DE 0,07	DE 0,05	DE 0,07	DE 0,05
	P<	P<	P<	
<u>T.AT,(escolar)</u>	0,01*			
<u>T.Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	NS	0,00001**	0,01**	

* U MANN WHITNEY ** T STUDENT

TABLA Nº 82

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN FALSOS POSITIVOS (estimulos 1-340) C.P.T. EN LAS</u>				
<u>DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 17.4 DE 17.38	\bar{X} 14.86 DE 10.46	\bar{X} 12.36 DE 10.61	\bar{X} 7.03 DE 4.71
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.001*	0.0005*	0.04*	

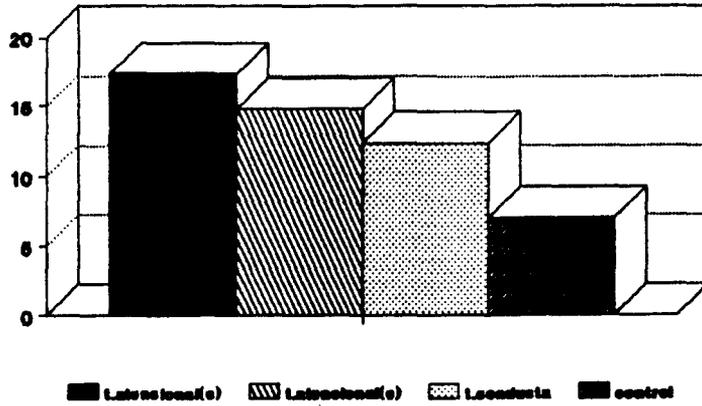
* U MANN WHITNEY

TABLA Nº 83

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN FALSOS POSITIVOS (estimulos 341-680) C.P.T. EN</u>				
<u>LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 16.13 DE 13.90	\bar{X} 23.03 DE 37.20	\bar{X} 13.77 DE 13.21	\bar{X} 4.2 DE 3.4
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.0003*	0.0007*	0.001*	

* U MANN WHITNEY

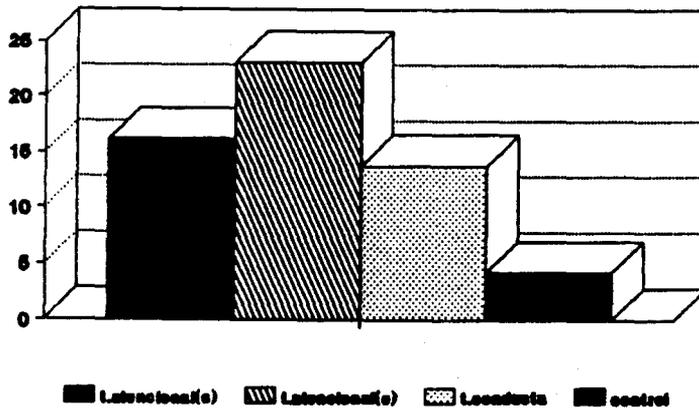
falsos positivos C.P.T.



estimulo (1-240)

GRAFICO Nº 53

falsos positivos C.P.T.



estimulo (241-300)

GRAFICO Nº 54

TABLA Nº 84

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN T₂ LATENCIA MEDIO EN FALSOS POSITIVOS C.P.T. EN</u>				
<u>LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T,AT,(clinico)</u>	<u>T,AT,(escolar)</u>	<u>T,Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 0,87	\bar{X} 0,84	\bar{X} 0,78	\bar{X} 0,70
	DE 0,21	DE 0,20	DE 0,21	DE 0,27
	P<	P<	P<	
<u>T,AT(escolar)</u>	NS			
<u>T,conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0,007**	0,02**	NS	

** T STUDENT

TABLA Nº85

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN T₂ DE LATENCIA MINIMO EN FALSOS POSITIVOS C.P.T.</u>				
<u>EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T,AT,(clinico)</u>	<u>T,AT,(escolar)</u>	<u>T,Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 0,13	\bar{X} 0,19	\bar{X} 0,17	\bar{X} 0,19
	DE 0,17	DE 0,16	DE 0,13	DE 0,16
	P<	P<	P<	
<u>T,AT,(escolar)</u>	NS			
<u>T,Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	NS	NS	NS	

TABLA N° 86

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN RESPUESTAS CORRECTAS EN LAS DOS PARTES DEL TEST</u>					
<u>EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>					
	<u>Estimulos 1-340</u>			<u>Estimulos 341-680</u>	
	<u>X</u>	<u>DE</u>	<u>P<</u>	<u>X</u>	<u>DE</u>
<u>T.AT. (clinico)</u>	33,6	6,97	NS	30,6	9,50
<u>T.AT. (escolar)</u>	33,66	6,54	NS	31,43	9,24
<u>T. Conducta</u>	33,64	6,58	NS	29,41	9,79
<u>Control</u>	37,46	3,59	NS	36,43	7,67

TABLA N°87

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN FALSOS POSITIVOS EN LAS DOS PARTES DEL TEST EN</u>					
<u>LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>					
	<u>Estimulos 1-340</u>			<u>Estimulos 341-680</u>	
	<u>X</u>	<u>DE</u>	<u>P<</u>	<u>X</u>	<u>DE</u>
<u>T.AT. (clinico)</u>	17,4	17,37	NS	16,13	13,90
<u>T.AT. (escolar)</u>	14,86	10,46	NS	23,03	37,20
<u>T. Conducta</u>	12,36	10,61	NS	13,77	13,21
<u>Control</u>	7,03	4,71	0,01**	4,2	3,47

** T STUDENT

3.5. -TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON

3.5.1-Analisis Descriptivo-Comparativo

En BENTON evaluamos las tres formas C,D y E mediante la administración A, analizando en primer lugar el numero de respuestas correctas y numero de errores.

En las puntuaciones medias de respuestas correctas en las tres formas los trastornos de conducta son los que tienen menor número de aciertos (4.2, 3.84 ,3.84 respectivamente) seguidos de los trastornos atencionales clínicos (6.93,6.66,6.03), controles (7.53,7.7,7.5) y trastornos atencionales escolares(8.27,8.26,8).

igualmente observamos diferencias significativas en puntuaciones en las tres formas entre los grupos atencionales clínicos con trastornos de conducta y trastornos atencionales escolares y entre éste último con los trastornos de conducta. Con respecto al grupo control los trastornos atencionales clínicos presentan diferencias significativas en forma D y E, los trastornos de conducta los establece en las tres formas y los trastornos atencionales escolares en ninguna de las formas llega a alcanzar significación. En todos los grupos existe una ligera disminución en número de respuestas correctas al pasar de una forma a otra (C a D , D a E)(TABLA Nº 88 GRAFICO Nº 55).

Respecto al número de errores , el grupo que presenta puntuaciones más altas en ésta valoración son los trastornos de conducta (15.6,16.2,15.84, forma C,D y E respectivamente),seguido de los trastornos atencionales clínicos (12.4,13.6,13.2), trastornos atencionales escolares (9.23,9.76,9.17) y por último el grupo control (9.06,9.16,8.6).Entre todos los grupos existen diferencias significativas al comparar puntuaciones medias en las tres formas, exceptuando el grupo atencional escolar con el grupo control que no alcanza significación estadística la diferencia de puntuaciones medias en ninguna de ellas (TABLA Nº 89, GRAFICO Nº 56).

TABLA Nº 88

PUNTUACIONES MEDIAS EN Nº DE RESPUESTAS CORRECTAS EN LAS TRES FORMAS

<u>FORMA C</u>	<u>T. AT(clinico)</u>	<u>T. AT(escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 6.93	\bar{X} 8.27	\bar{X} 4.2	\bar{X} 7.53
	DE 2.08	DE 1.99	DE 2.67	DE 2.01
	P<			
<u>T. AT(escolar)</u>	0.01**			
<u>T. Conducta</u>	0.00001**	0.01**		
<u>Control</u>	NS	NS	0.00001**	
<u>FORMA D</u>	<u>T. AT(clinico)</u>	<u>T. AT(escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 6.66	\bar{X} 8.26	\bar{X} 3.84	\bar{X} 7.7
	DE 1.75	DE 1.7	DE 1.65	DE 2.2
	P<			
<u>T. AT(escolar)</u>	0.0008**			
<u>T. Conducta</u>	0.00001**	0.00001*		
<u>Control</u>	0.04**	NS	0.00001**	
<u>FORMA E</u>	<u>T. AT(clinico)</u>	<u>T. AT(escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 6.03	\bar{X} 8	\bar{X} 3.84	\bar{X} 7.5
	DE 1.56	DE 1.82	DE 1.59	DE 2.21
	P<			
<u>T. AT(escolar)</u>	0.0001**			
<u>T. Conducta</u>	0.00001**	0.00001*		
<u>Control</u>	0.004**	NS	0.00001**	

* U MANN WHITNEY ** T STUDENT

TABLA Nº 89

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL Nº DE ERRORES EN LAS TRES FORMAS

<u>FORMA C</u>	<u>T. AT (clinico)</u>	<u>T. AT (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 12.4	\bar{X} 9.23	\bar{X} 15.6	\bar{X} 9.06
	DE 4.27	DE 3.23	DE 4.76	DE 3.84

	<u>P<</u>	<u>P<</u>	<u>P<</u>
<u>T. AT (escolar)</u>	0.002**		
<u>T. Conducta</u>	0.01**	0.00001*	
<u>Control</u>	0.002**	NS	0.00001**

<u>FORMA D</u>	<u>T. AT (clinico)</u>	<u>T. AT (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 13.6	\bar{X} 9.76	\bar{X} 16.2	\bar{X} 9.16
	DE 4.83	DE 4.34	DE 4.8	DE 4.15

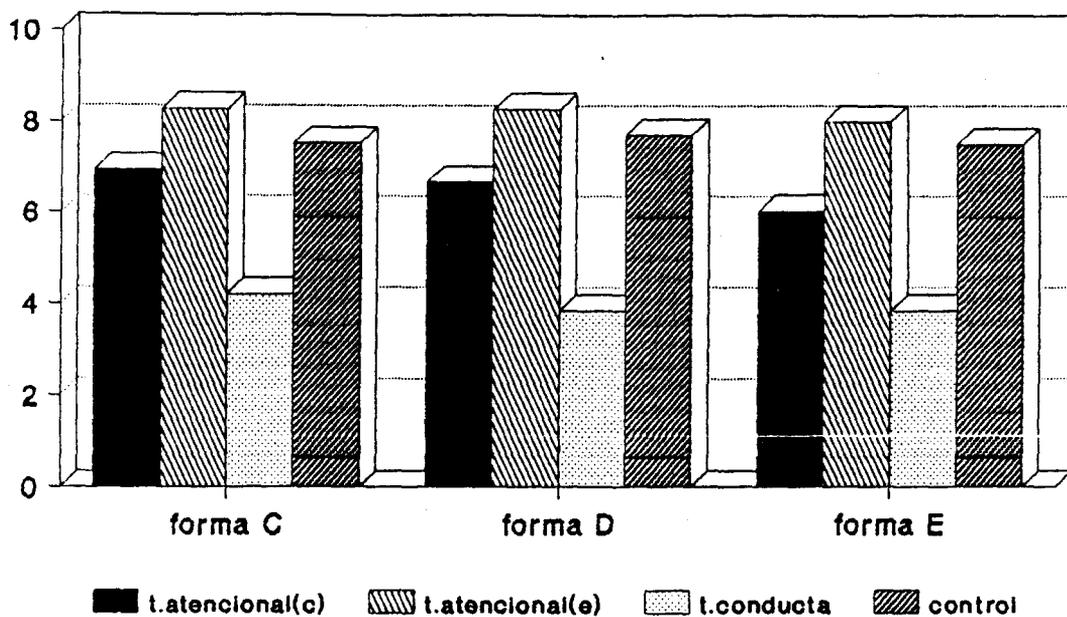
	<u>P<</u>	<u>P<</u>	<u>P<</u>
<u>T. AT (escolar)</u>	0.0001**		
<u>T. Conducta</u>	0.01**	0.0001*	
<u>Control</u>	0.0001**1	NS	0.00001**

<u>FORMA E</u>	<u>T. AT (clinico)</u>	<u>T. AT (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 13.2	\bar{X} 9.17	\bar{X} 15.84	\bar{X} 8.6
	DE 4.54	DE 4.04	DE 4.7	DE 3.87

	<u>P<</u>	<u>P<</u>	<u>P<</u>
<u>T. AT (escolar)</u>	0.0007*		
<u>T. Conducta</u>	0.03**	0.00001*	
<u>Control</u>	0.0001*	NS	0.00001**

* U MANN WHITNEY ** T STUDENT

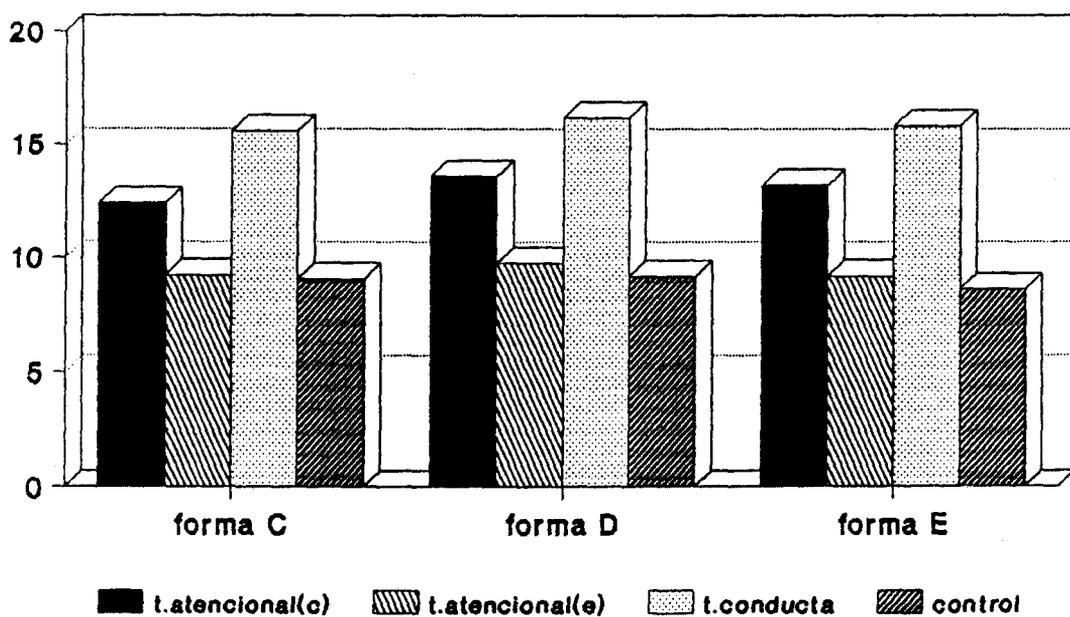
benton



respuestas correctas

GRAFICO Nº 55

benton



errores

GRAFICO Nº 56

Posteriormente analizamos las puntuaciones medias en los distintos errores que comete cada grupo al realizar las tres formas (TABLA Nº 90 GRAFICO Nº 57,58,59).

En la forma C podemos observar que el grupo de trastorno atencional clínico tiene puntuaciones más altas en todos los errores (rotaciones, distorsiones, omisiones, perseveraciones y tamaño) exceptuando los desplazamientos que presentan puntuaciones superiores los trastornos de conducta. Los trastornos atencionales clínicos van seguidos de los trastornos de conducta en número de errores de rotación y tamaño, mientras que en los otros errores siguen a los trastornos atencionales clínicos los escolares.

En la forma D los trastornos atencionales clínicos tienen puntuaciones superiores en errores de rotación, distorsiones y tamaño, apareciendo más omisiones y perseveraciones en los trastornos atencionales escolares y desplazamientos en los trastornos de conducta.

En la forma E los trastornos atencionales clínicos tienen más distorsiones, omisiones y errores de tamaño, los trastornos de conducta más rotaciones y desplazamiento y los controles junto a los trastornos atencionales clínicos son los que presentan mayor número de perseveraciones.

TABLA Nº 89

PUNTUACIONES MEDIAS EN LOS DISTINTOS ERRORES DEL TRVR (FORMAS C, D, E)

	T.AT(clinico)		T.AT(escolar)		T. Conducta		Control	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
<u>FORMA C</u>								
ROTACIONES,	1,06	1,11	0,73	0,78	1	0,95	0,73	0,87
DISTORSION,	4,1	3,1	3,63	2,31	3,28	2,95	2,27	1,64
OMISIONES,	2,2	2,21	2,13	2,03	1,16	2,03	0,8	1,32
PERSEVERAC,	0,6	0,72	0,53	0,63	0,44	0,51	0,43	0,57
TAMARO,	2,4	2,25	1,4	1,83	2,32	2,23	1,4	1,77
DESPLAZAM,	1,66	1,42	1,27	1,04	2,44	1,41	1,87	1,27
<u>FORMA D</u>								
ROTACIONES,	1,2	0,99	0,83	0,75	0,92	0,95	0,63	0,76
DISTORSION,	5,93	4,76	4,67	3,59	5,28	3,86	2,9	1,99
OMISIONES,	2,27	2,98	2,43	2,49	1,4	1,82	1,1	1,58
PERSEVERAC,	0,63	0,76	0,67	0,83	0,48	0,82	0,63	0,76
TAMARO,	1,87	1,99	0,8	1,03	1,4	1,35	1,2	1,61
DESPLAZAM,	1,1	1,18	0,87	0,89	1,72	1,34	0,87	0,89
<u>FORMA E</u>								
ROTACIONES,	1,13	1,25	0,67	0,71	1,72	2,79	0,73	0,83
DISTORSION,	5,53	4,47	4,53	3,54	3,8	3,28	2,13	1,28
OMISIONES,	1,97	3,42	1,27	1,59	1,04	1,51	0,57	1,04
PERSEVERAC,	0,23	0,43	0,17	0,38	0,04	0,2	0,23	0,5
TAMARO,	2,53	1,72	1,77	2,12	2,12	2,11	1,53	1,50
DESPLAZAM,	1,37	1,27	1,3	1,18	2,08	1,44	1,5	1,22

benton (errores)

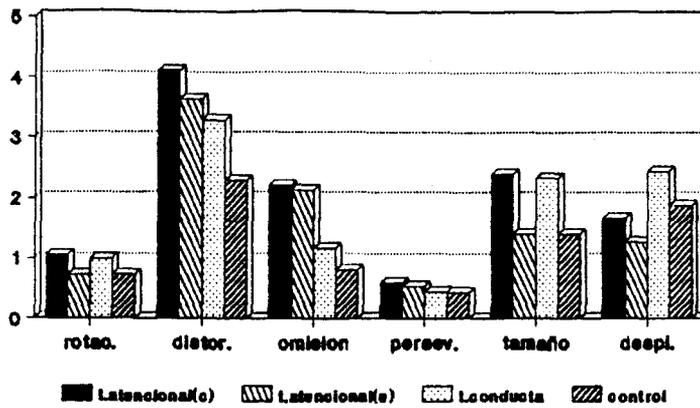


GRAFICO Nº 57

forma C

benton(errores)

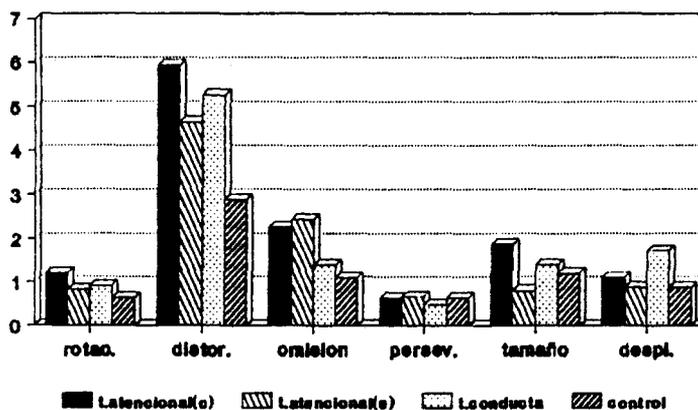


GRAFICO Nº 58

forma D

benton(errores)

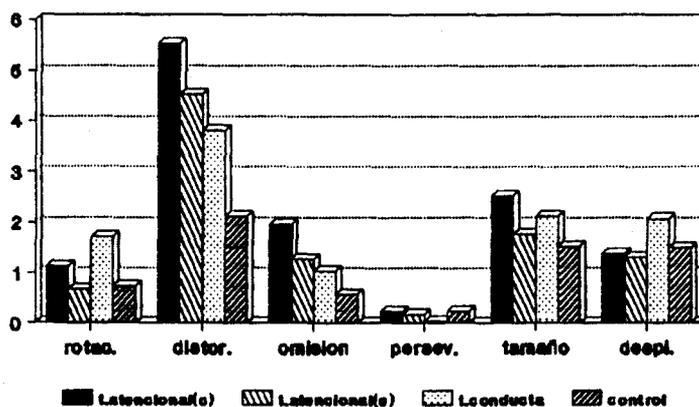


GRAFICO Nº 59

forma E

TABLA Nº 91

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRVB

	<u>T,AT,(clinico)</u>		P<	<u>T, CONDUCTA</u>	
	\bar{X}	DE		\bar{X}	DE
<hr/>					
<u>FORMA C</u>					
DESPLAZAMIENTOS,	1,66	1,42	0,04**	2,44	1,41
<u>FORMA E</u>					
PERSEVERACIONES,	0,23	0,43	0,04*	0,04	0,2
DESPLAZAMIENTOS,	1,37	1,27	0,05**	2,08	1,44

TABLA Nº 92

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRVB

	<u>T,AT(clinico)</u>		P<	<u>T,AT(escolar)</u>	
	\bar{X}	DE		\bar{X}	DE
<hr/>					
<u>FORMA C</u>					
PERSEVERACIONES,	0,6	0,72	0,03**	0,53	0,63
<u>FORMA D</u>					
TAMANO,	1,87	1,99	0,02*	0,8	1,03

* U MANN WHITNEY; ** T STUDENT.

TABLA Nº 93

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRVB

	<u>T.AT(clinico)</u>			<u>CONTROLES</u>	
	\bar{X}	DE	P<	\bar{X}	DE
<u>FORMA C</u>					
DISTORSIONES.	4,1	3,1	0,02*	2,26	1,63
OMISIONES.	2,2	2,21	0,01*	0,8	1,32
TAMANO.	2,4	2,25	0,05**	1,4	1,77
<u>FORMA D</u>					
ROTACIONES.	1,2	0,99	0,01**	0,63	0,76
DISTORSIONES.	5,93	4,76	0,01*	2,9	1,99
<u>FORMA E</u>					
DISTORSIONES.	5,53	4,47	0,0008*	2,13	1,28
OMISIONES.	1,97	3,42	0,02*	0,57	1,04
TAMANO.	2,53	1,72	0,01**	1,53	1,5

* U MANN WHITNEY; ** T STUDENT

TABLA Nº 94

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRUB

	<u>T. AT(escolar)</u>			<u>T. CONDUCTA</u>	
	\bar{X}	DE	P<	\bar{X}	DE
<u>FORMA C</u>					
DESPLAZAMIENTOS,	1,27	1,04	0,001**	2,44	1,42
<u>FORMA D</u>					
DESPLAZAMIENTOS,	0,87	0,89	0,01*	1,72	1,34
<u>FORMA E</u>					
ROTACIONES,	0,67	0,71	0,03*	1,72	2,79
DESPLAZAMIENTOS,	1,3	1,18	0,02**	2,08	1,44

* U MANN WHITNEY; ** T STUDENT.

TABLA N^o 95

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRVB

	<u>T, AT(escolar)</u>			<u>CONTROLES</u>	
	\bar{X}	DE	P<	\bar{X}	DE
<u>FORMA C</u>					
DISTORSIONES,	3,63	2,31	0,01*	2,26	1,64
OMISIONES,	2,13	2,03	0,002*	0,8	1,32
DESPLAZAMIENTOS,	1,27	1,04	0,04**	1,87	1,28
<u>FORMA D</u>					
DISTORSIONES,	4,67	3,59	0,05*	2,9	1,99
OMISIONES,	2,43	2,41	0,03*	1,1	1,58
<u>FORMA E</u>					
DISTORSIONES,	4,53	3,54	0,004*	2,13	1,28
OMISIONES,	1,27	1,59	0,02*	0,57	1,04

TABLA Nº 96

PUNTUACIONES MEDIAS SIGNIFICATIVAS EN ERRORES DEL TRVB

	<u>T, CONDUCTA</u>			<u>CONTROLES</u>	
	\bar{X}	DE	P<	\bar{X}	DE
<u>FORMA D</u>					
DISTORSIONES,	5,28	3,86	0,01*	2,9	1,99
DESPLAZAMIENTOS,	1,72	1,34	0,01*	0,87	0,89
<u>FORMA E</u>					
ROTACIONES,	1,72	2,79	0,05*	0,73	0,83
DISTORSIONES,	3,8	3,28	0,03*	2,13	1,28

* U MANN WHITNEY.

TABLA Nº 97

Nº DE RESPUESTAS CORRECTAS " SUGERENCIA "

<u>T. ATENCIONAL(C)</u>			<u>T. CONDUCTA</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	3	10	14	46,67	11,4434	P<0,0009	
Forma D	5	16,66	15	50	9,2720	P<0,0025	
Forma E	6	20	16	53,33	9,2430	P<0,0025	

<u>T. ATENCIONAL(C)</u>			<u>T. ATENCIONAL(E)</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	3	10	1	3,33	0,2678	NS	
Forma D	5	16,66	0		3,4910	NS	
Forma E	6	20	1	3,33	2,5876	NS	

<u>T. ATENCIONAL(C)</u>			<u>CONTROLES</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	3	10	2	6,67	0	NS	
Forma D	5	16,66	3	10	0,1442	NS	
Forma E	6	20	4	13,33	0,12	NS	

<u>T. CONDUCTA</u>			<u>T. ATENCIONAL(E)</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	14	46,67	1	3,33	16,5068	P<0,0001	
Forma D	15	50	0		21,8170	P<0,0001	
Forma E	16	53,33	1	3,33	20,7463	P<0,0001	

<u>T. CONDUCTA</u>			<u>CONTROLES</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	14	46,67	2	6,67	13,7859	P<0,0003	
Forma D	15	50	3	10	13,2964	P<0,0004	
Forma E	16	53,33	4	13,33	13,0173	P<0,0004	

<u>T. ATENCIONAL(E)</u>			<u>CONTROLES</u>			χ^2	SIGN.
SI(N)	%		SI(N)	%			
Forma C	1	3,33	2	6,67	0	NS	
Forma D	0		3	10	1,4040	NS	
Forma E	1	3,33	4	13,33	0,8729	NS	

TABLA Nº 98

Nº DE RESPUESTAS CORRECTAS " AVISO "

T, ATENCIONAL(C)		T, CONDUCTA		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	6	20	21	84	16,7811	P<0,0001
Forma D	8	26,67	22	88	12,3785	P<0,0006
Forma E	10	33,33	21	84	9,5944	P<0,002

T, ATENCIONAL(C)		T, ATENCIONAL(E)		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	6	20	4	13,33	0,12	NS
Forma D	8	26,67	0		7,0670	P<0,0001
Forma E	10	33,33	1	3,33	7,1243	P<0,007

T, ATENCIONAL(C)		CONTROLES		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	6	20	5	16,67	0	NS
Forma D	8	26,67	6	20	0,0931	NS
Forma E	10	33,33	7	23,33	0,3283	NS

T, CONDUCTA		T, ATENCIONAL(E)		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	21	84	4	13,33	24,6895	P<0,0001
Forma D	22	88	0		40,4100	P<0,0001
Forma E	21	84	1	3,33	33,6875	P<0,0001

T, CONDUCTA		CONTROLES		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	21	84	5	16,67	22,1756	P<0,0001
Forma D	22	88	6	20	22,5826	P<0,0001
Forma E	21	84	7	23,33	17,7276	P<0,0001

T, ATENCIONAL(E)		CONTROLES		X ²	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	4	13,33	5	16,67	0	NS
Forma D	0		6	20	4,6300	P<0,03
Forma E	1	3,33	7	23,33	3,6057	P<0,05

TABLA Nº 99

Nº DE ERRORES " AVISO "

T, ATENCIONAL(C)		T, CONDUCTA		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	16	53,33	20	80	3,1902	NS
Forma D	15	50	18	60	1,9097	NS
Forma E	14	46,67	17	56,67	1,7304	NS

T, ATENCIONAL(C)		T, ATENCIONAL(E)		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	16	53,33	2	6,67	13,4126	P<0,0003
Forma D	15	50	9	30	1,7361	NS
Forma E	14	46,67	4	13,33	6,4285	P<0,01

T, ATENCIONAL(C)		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	16	53,33	5	16,67	7,3260	P<0,006
Forma D	15	50	7	23,33	3,5167	P<0,05
Forma E	14	46,67	6	20	3,675	P<0,05

T, CONDUCTA		T, ATENCIONAL(E)		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	20	80	2	6,67	27,5763	P<0,0000
Forma D	18	60	9	30	8,0178	P<0,004
Forma E	17	56,67	4	13,33	15,0267	P<0,0002

T, CONDUCTA		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	20	80	5	16,67	19,5806	P<0,0000
Forma D	18	60	7	23,33	4,4152	P<0,03
Forma E	17	56,67	6	20	4,7134	P<0,02

T, ATENCIONAL(E)		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	2	6,67	5	16,67	0,6469	NS
Forma D	9	30	7	23,33	0,0852	NS
Forma E	4	13,33	6	20	0,12	NS

TABLA Nº 100

Nº DE ERRORES " SUGERENCIA "

T. ATENCIONAL(C)		T. CONDUCTA		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	13	43,33	18	60	3,4652	P<0,05
Forma D	14	46,67	17	56,67	1,7304	NS
Forma E	11	36,67	16	53,33	3,0561	NS

T. ATENCIONAL(C)		T. ATENCIONAL(E)		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	13	43,33	2	6,67	8,8888	P<0,003
Forma D	14	46,67	7	23,33	2,6373	NS
Forma E	11	36,67	4	13,33	3,2	NS

T. ATENCIONAL(C)		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	13	43,33	4	13,33	5,2530	P<0,02
Forma D	14	46,67	6	20	3,675	P<0,05
Forma E	11	36,67	4	13,33	3,2	NS

T. CONDUCTA		T. ATENCIONAL(E)		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	18	60	2	6,67	22,4092	P<0,0000
Forma D	17	56,67	7	23,33	9,3200	P<0,002
Forma E	16	53,33	4	13,33	13,0173	P<0,0004

T. CONDUCTA		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	18	60	4	13,33	17,1875	P<0,0001
Forma D	17	56,67	6	20	11,0155	P<0,001
Forma E	16	53,33	4	13,33	13,0173	P<0,0004

T. ATENCIONAL(E)		CONTROLES		χ^2	SIGN.	
SI(N)	%	SI(N)	%			
Forma C	2	6,67	4	13,33	0,1851	NS
Forma D	7	23,33	6	20	0	NS
Forma E	4	13,33	4	13,33	0	NS

Al establecer las diferencias en puntuaciones medias entre los grupos atencionales clínicos y trastornos de conducta en las tres formas (TABLA Nº 91) observamos como aparecen diferencias en la forma C en desplazamientos $P < 0.04$ (puntuaciones superiores en los trastornos de conducta) y en la forma E en perseveración ($P < 0.04$, mayor puntuación los trastornos atencionales) y desplazamiento ($P < 0.05$, más puntuación los trastornos de conducta).

Entre el grupo atencional clínico y atencional escolar aparece significación estadística $P < 0.03$ en la forma C en errores de perseveración (puntuación media más alta en trastorno atencional clínico) y en la forma D en errores de tamaño ($P < 0.02$) (X más alta T. atencional) (TABLA Nº 92).

Al establecer las diferencias entre el grupo de trastorno atencional clínico y control (TABLA Nº 93) aparecen niveles de significación de $P < 0.02$ en la forma C en errores de distorsión, $P < 0.01$ en errores de omisión y $P < 0.05$ en errores de tamaño. En la forma C se alcanza niveles de significación de $P < 0.01$ en errores de rotación y distorsión y en la forma E se establece diferencias significativas de $P < 0.0008$ en errores de distorsión, $P < 0.02$ en errores de omisión y $P < 0.01$ en errores de tamaño. (en todos las puntuaciones medias son superiores en los trastornos atencionales clínicos).

Respecto a las diferencias en puntuaciones entre trastornos atencionales escolares y trastornos de conducta (TABLA Nº 94) en la forma C y D aparece nivel de significación de $P < 0.001$ y $P < 0.01$ respectivamente en errores de desplazamientos, en la forma E, $P < 0.03$ en errores de rotación y $P < 0.02$ en desplazamiento (en todos los casos las puntuaciones medias son superiores en los trastornos de conducta).

Cuando se contrasta los trastornos atencionales escolares con el grupo control (TABLA Nº 95) aparece significación estadística en la forma C en errores de distorsión ($P < 0.01$), omisión ($P < 0.002$) (puntuaciones más altas los trastornos atencionales escolares) y desplazamientos ($P < 0.04$) (puntuaciones más altas en control). Las puntuaciones en errores de distorsión y omisión alcanzan significación de $P < 0.05$ y $P < 0.03$ en la forma D (puntuaciones más altas en trastornos atencionales escolares). Igualmente en la forma E las puntuaciones en errores en las que aparece significación son en distorsión y omisión ($P < 0.004$ y $P < 0.02$, respectivamente) (puntuaciones más altas los trastornos atencionales escolares).

Respecto a los trastornos de conducta y controles aparecen diferencias en la forma D en distorsiones y desplazamientos ($P < 0.01$) (X superiores en trastornos de

conducta) y en la forma E en rotaciones ($P < 0.05$) y distorsiones ($P < 0.03$) (TABLA Nº 96).

En la valoración, en respuestas correctas, de "aviso" y "sugerencia" de alteración , es de destacar como en los trastornos de conducta al compararlos con el resto de los grupos aparecen diferencias significativas en porcentajes de ausencia/presencia de aviso y sugerencia en las tres formas (TABLAS Nº 97 y 98).

Cuando se establece en el número de errores si existe "aviso" de alteración entre los trastornos atencionales clínicos y los trastornos de conducta no aparecen diferencias en porcentajes de ausencia/presencia en las tres formas, al comparar ambos grupos de trastornos atencionales existen diferencias significativas en las formas C y E ($P < 0.0003$ y $P < 0.01$, respectivamente) siendo los porcentajes superiores de presencia en los primeros y estableciéndose con respecto al grupo control diferencias en las tres formas ($P < 0.006$, $P < 0.05$ y $P < 0.05$). Igualmente aparecen diferencias significativas en todas las formas al comparar el grupo de trastorno de conducta con trastornos atencionales escolares y grupo control (TABLA Nº 99).

En la valoración en el número de errores de "sugerencia" de alteración aparece significación entre trastorno atencional clínico y trastorno de conducta ($P < 0.05$) en la

forma C, siendo mayores las proporciones de presencia en los trastornos de conducta. Igualmente en la forma C aparece significación ($P < 0.003$) entre ambos grupos de trastornos atencionales y al comparar los trastornos atencionales clinicos con controles se establece significación en las diferencias de porcentajes en la forma C ($P < 0.02$) y la forma D ($P < 0.05$). Cuando se compara los trastornos de conducta con trastornos atencionales escolares y controles aparece significación en todas las formas siempre siendo mayor los porcentajes de presencia de sugerencia en los trastornos de conducta (TABLA Nº 100).

3.5.2-Analisis de Correlaciones

Las correlaciones en esta prueba las establecemos entre las medidas : nº de respuestas correctas, Aviso/Sugerencia en respuestas correctas, nº de errores y Aviso/Sugerencia en errores, solo en la forma C; apareciendo tanto en el grupo de trastorno atencional escolar como en el de trastorno de conducta correlaciones significativas entre todas las medidas valoradas. En los trastornos atencionales clinicos solo no se encuentra correlación significativa entre Aviso/Sugerencia en respuestas correctas y Nº de errores.

En los trastornos atencionales escolares las correlaciones más altas aparecen entre nº de respuestas correctas y nº de errores ($-.80^{**}$) y entre nº de respuestas

correctas y Aviso/Sugerencia en respuestas correctas ($-.69^{**}$).

En los trastornos de conducta las correlaciones más altas se establecen entre nº de respuestas correctas y Aviso/Sugerencia de respuestas correctas ($-.86^{**}$ y entre nº de respuestas correctas y nº de errores ($-.84^{**}$).

En los trastornos atencionales clínicos aparecen entre nº de errores y Aviso/Sugerencia en nº de errores.

(las tablas de correlaciones de las distintas medidas de esta prueba pueden verse en apendice).

3.6. -TEST DE LA FIGURA DE REY

3.6.1 -Análisis Descriptivo-Comparativo

En la valoración de la Figura de Rey (fase de copia) las puntuaciones medias en centiles inferiores las obtiene el grupo de T.de Conducta (44.8 ± 37.74), teniendo puntuaciones similares, aunque ligeramente superiores los T.Atencionales (clínicos). Distantes a estos dos grupos se encuentran los T.Atencionales(escolares) (72.2 ± 32.74) y próximo a él, el grupo Control (80.71 ± 26.84). Entre los dos primeros grupos, T.Atencional(clínico) y T.de Conducta no existen diferencias significativas, del mismo modo que no aparecen entre T.Atencional (escolar) y grupo Control; sí en cambio se observan niveles de significación al comparar T.Atencional(Clínico) con T.Atencional(escolar) de $P < 0.008$, T.Atencional(clínico) con control, $P < 0.002$; T.de Conducta con T.Atencional(escolar) $P < 0.005$ y T.de Conducta con grupo Control, $P < 0.0006$ (TABLA Nº 101, GRAFICO Nº 60).

TABLA Nº 101

PUNTUACIONES MEDIAS EN FIGURA DE REY (COPIA) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES

	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	X 46.46	X 72.2	X 44.8	X 80.71
	DE 40.18	DE 32.74	DE 37.74	DE 26.84
	P<	P<	P<	
<u>T. AT (escolar)</u>	0.008**			
<u>T. Conducta</u>	NS	0.005**		
<u>Control</u>	0.002*	NS	0.0006**	

U MANN WHITNEY ** T STUDENT

De modo similar se comportan las poblaciones en cuanto a puntuaciones en la fase de replica (TABLA Nº 102, GRAFICO Nº 64) así los T. de Conducta son los que presentan puntuaciones más bajas (29.45 ± 26.43) seguido y sin establecerse entre ellos significación de los T. Atencionales (clínicos) (36.96 ± 29.14); distantes a estos dos grupos en cuanto a puntuaciones se encuentran los T. Atencionales (escolares) (55.93 ± 32.88) y grupo Control (58.63 ± 35.64), entre estos dos últimos grupos y los dos primeros aparecen significaciones estadísticas al comparar las puntuaciones medias, siendo el nivel de significación más alto el que se obtiene de la comparación de T. de Conducta y Control, P<0.001, seguido de T. de Conducta con T. Atencional (escolar), P<0.002, menor

significación se obtiene entre ambos grupos de T. Atencionales ($P < 0.02$) y entre T. Atencional (clínico) y grupo Control ($P < 0.01$)

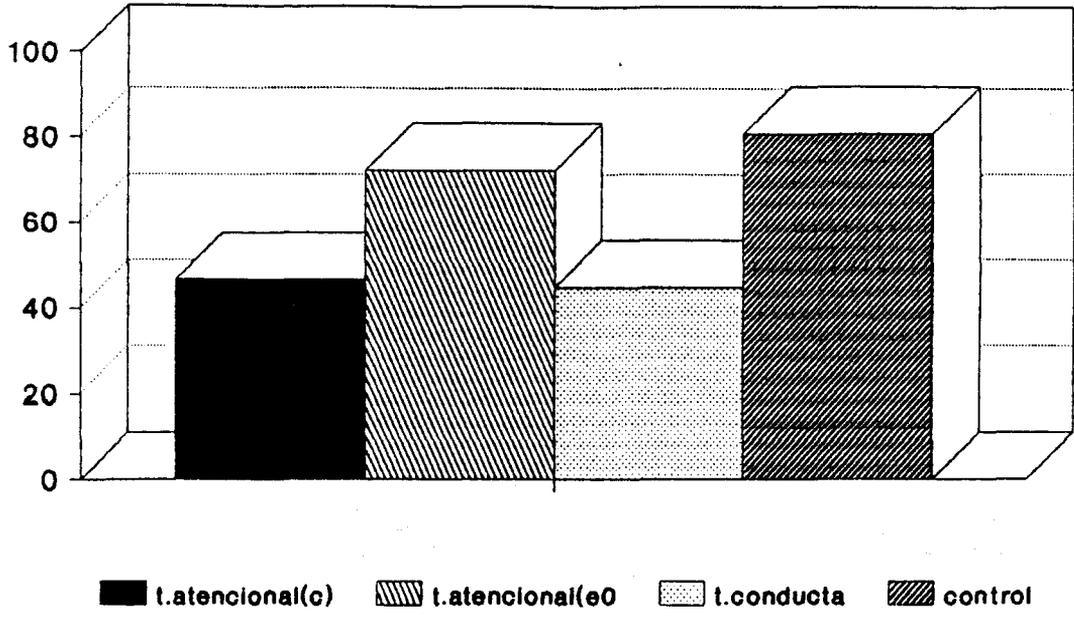
TABLA Nº 102

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN FIGURA DE REY (REPLICA) EN LAS DISTINTAS</u>								
<u>POBLACIONES</u>								
	<u>T. AT. (clínico)</u>		<u>T. AT. (escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
	\bar{X}	36.96	\bar{X}	55.93	\bar{X}	29.45	\bar{X}	58.63
	DE	29.14	DE	32.88	DE	26.43	DE	35.64
		P<		P<		P<		
<u>T. AT (escolar)</u>		0.02**						
<u>T. Conducta</u>		NS		0.002**				
<u>Control</u>		0.01**		NS		0.001**		

4-3.6.2-Análisis De Correlaciones

En los tres grupos correlacionan significativamente ambas medidas siendo mayor en los t. atencional escolar (.73), seguido de los clínicos (.61). (Tablas en apéndice).

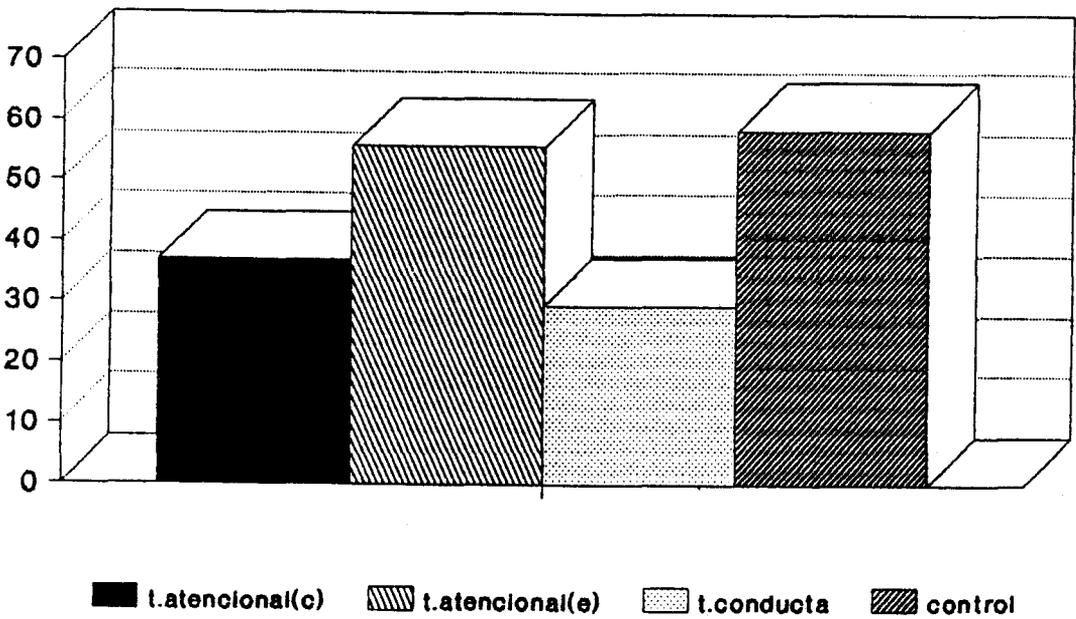
figura de rey



copia

GRAFICO Nº 60

figura de rey



replica

GRAFICO Nº 61

3.7-TEST VISOMOTOR DE BENDER

3.7.1-Analisis Descriptivo-Comparativo

En la TABLA Nº 103 y GRAFICO Nº 62 quedan reflejadas las puntuaciones obtenidas por las distintas muestras en Bender según la valoración de Santucci.

Las puntuaciones medias inferiores las obtiene el grupo atencional (clínico) (30.4 ± 9.78) seguido de los trastornos de conducta (34.88 ± 8.42) y trastorno atencional (escolar) (35.76 ± 7.39) estableciéndose entre éste último y los trastornos atencionales clínicos diferencias significativas de $P < 0.01$. El grupo control es el que tiene puntuaciones medias superiores (40.53 ± 5) estableciéndose con el resto de los grupos nivel de significación de $P < 0.0001$ (T.atencional clínico) y $P < 0.01$ (T.atencional escolar y T.de conducta).

Al valorar presencia/ausencia de alteraciones perceptivas en Santucci, aparecen diferencias significativas entre trastorno atencional clínico y control $P < 0.01$ y en el grupo de trastorno de conducta al compararlo con trastorno atencional escolar ($P < 0.01$) y control ($P < 0.0002$). TABLA Nº 104).

Respecto a los indicadores de organicidad analizados mediante la valoración de KOPPITZ, TABLA Nº 105 y GRAFICO Nº 63, la puntuación media en el grupo atencional clínico es

de 5.11 \pm 4.08, siendo la más alta. Cercanos a él están los trastornos de conducta (4.4 \pm 3.27) y próximos a éste los trastornos atencionales (escolares) (3.2 \pm 2.53) no apareciendo diferencias entre éstos tres grupos, sí en cambio al compararlos independientemente con el grupo control (1.95 \pm 2.3) donde el nivel de significación con los t. atencionales (clínicos) es de $P < 0.0006$, con T. de conducta $P < 0.0003$ y con T. atencional (escolar) $P < 0.04$.

4-3.7.2-Análisis de Correlaciones

En los grupos de trastornos atencionales tanto clínico como escolares las distintas medidas del test de Bender correlacionan entre sí un 100%, siendo en los trastornos de conducta las correlaciones que se establecen entre las medidas del 77.78%.

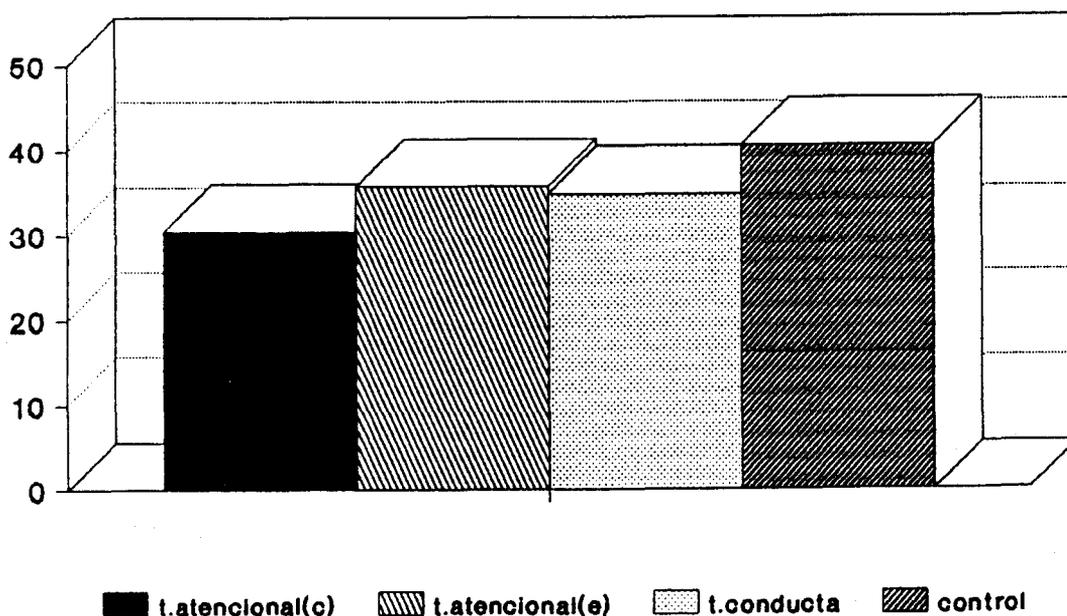
TABLA Nº 103

PUNTUACIONES MEDIAS EN BENDER (santucci) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES

	<u>T.AT. (clinico)</u>	<u>T.AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 30.4	\bar{X} 35.76	\bar{X} 34.88	\bar{X} 40.53
	DE 9.78	DE 7.39	DE 8.42	DE 5
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (Escolar)</u>	0.01**			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.0001*	0.01*	0.01*	

* U MANN WHITNEY **T STUDENT

bender



valoracion de santucci

GRAFICO Nº62

TABLA Nº 104

ALTERACIONES VISOPERCEPTIVAS MEDIANTE LA VALORACION DE SANTUCCI

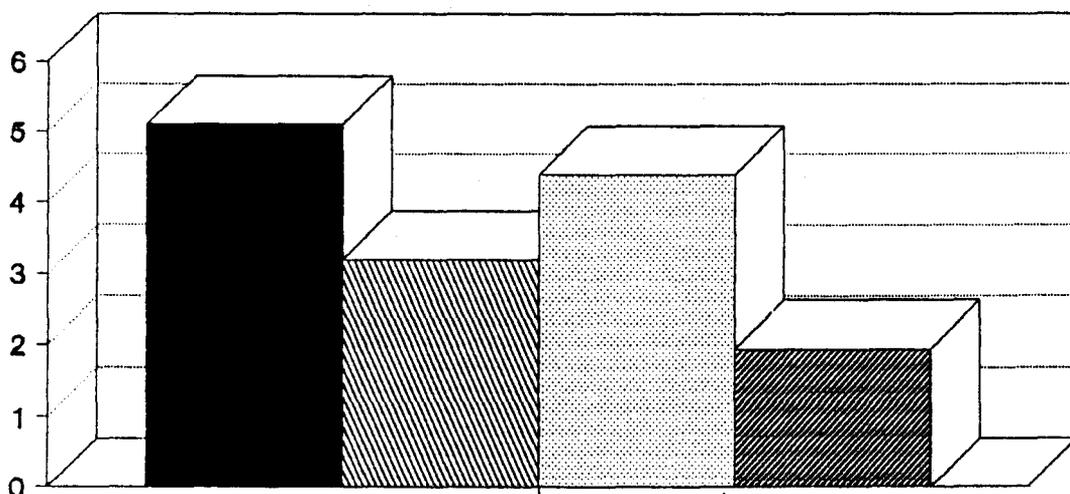
<u>T. Atencional clinico</u>		<u>T. atencional escolar</u>		X ²	P<
si (17)	no (13)	si (12)	no (18)	1.068	NS
<u>T. Atencional clinico</u>		<u>Control</u>			
si (17)	no (13)	si (7)	no (23)	5.625	0.01
<u>T. Atencional clinico</u>		<u>T. de Conducta</u>			
si (17)	no (13)	si (19)	no (6)	1.480	NS
<u>T. Atencional escolar</u>		<u>Control</u>			
si (12)	no (18)	si (7)	no (23)	1.232	NS
<u>T. Atencional escolar</u>		<u>T. de Conducta</u>			
si (12)	no (18)	si (19)	no (6)	5.796	0.01
<u>Control</u>		<u>T. de Conducta</u>			
si (7)	no (23)	si (19)	no (6)	13.135	0.0002

TABLA Nº 10 5.

PUNTUACIONES MEDIAS EN BENDER (KOPPITZ) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES							
<u>T. AT. (clinico)</u>		<u>T. AT. (escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
\bar{X}	5.11	\bar{X}	3.2	\bar{X}	4.4	\bar{X}	1.95
DE	4.08	DE	2.53	DE	3.27	DE	2.30
P<		P<		P<			
<u>T. AT(escolar)</u>	0.03**						
<u>T. Conducta</u>	NS		NS				
<u>Control</u>	0.006*		0.04*		0.003*		

* U MANN WHITNEY ** T STUDENT

bender



■ t.atencional(c) ▨ t.atencional(e) ▩ t.conducta ▤ control

indice koppitz

GRAFICO Nº 63

3.8-LABERINTO DE PORTEUS

3.8.1-Analisis Descriptivo-Comparativo

Las puntuaciones medias en porteus cuantitativo son superiores en el grupo de trastorno atencional(escolar) (143.47 \pm 22.25), seguido del grupo control (138.43 \pm 25.54) sin existir entre ambos grupos diferencias significativas. Las puntuaciones más bajas las obtienen el grupo de trastorno de conducta (114.92 \pm 18.30) y trastorno atencional clínico(119.50 \pm 32) sin establecerse entre ellos nivel de significación. Sí en cambio, existen diferencias significativas entre el grupo de trastorno atencional clínico y trastorno atencional escolar ($P < 0.001$), así como entre t.atencional clínico y control ($P < 0.01$), nivel de significación $P < 0.0001$ se establecen en la diferencias de puntuaciones entre los t.atencionales escolares y los trastornos de conducta y entre trastorno de conducta y grupo control (TABLA Nº 106, GRAFICOS Nº 64 y 65)..

En porteus cualitativo las puntuaciones más bajas las muestran el grupo control(33.43 \pm 17.6), seguido de los trastornos de conducta(46.84 \pm 23.01), trastornos atencionales escolares (56.26 \pm 25.19) y trastorno atencional clínico(65.13 \pm 23.75). Todos los grupos presentan al compararse con el grupo control diferencias significativas ($P < 0.0001$ y $P < 0.01$) así como nivel de significación de $P < 0.04$

se establece al comparar las puntuaciones medias entre trastorno atencional clínico y trastorno de conducta (TABLA Nº 107, GRAFICOS Nº 64 y 65).

4-3.8.2-Analisis De Correlaciones

En los grupos trastorno atencional clínico y trastornos de conducta no correlacionan entre sí ambas medidas del porteus mientras que en los trastornos atencionales escolares se establece entre ambas correlación negativa significativa de $-.50$ (nivel de significación de $P < 0.01$). (Tablas en apendice)

TABLA Nº 106

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN PORTEUS CUANTITATIVO EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 119.50	\bar{X} 143.47	\bar{X} 114.92	\bar{X} 138.43
	DE 32	DE 22.25	DE 18.30	DE 25.54
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	0.001**			
<u>T. Conducta</u>	NS	0.0001**		
<u>Control</u>	0.01**	NS	0.0001**	

** T Student.

TABLA Nº 107

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN PORTEUS CUALITATIVO EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 65.13	\bar{X} 56.26	\bar{X} 46.84	\bar{X} 33.43
	DE 23.75	DE 25.19	DE 23.01	DE 17.6
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	0.04**	NS		
<u>Control</u>	0.0001**	0.0001**	0.01**	

porteus

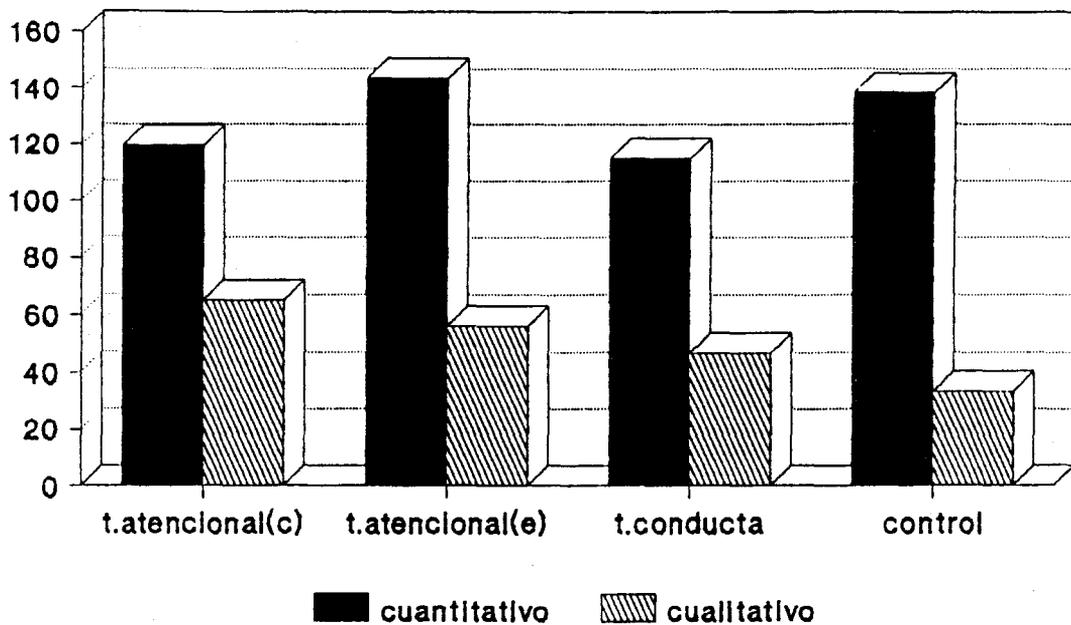


GRAFICO Nº 64

porteus

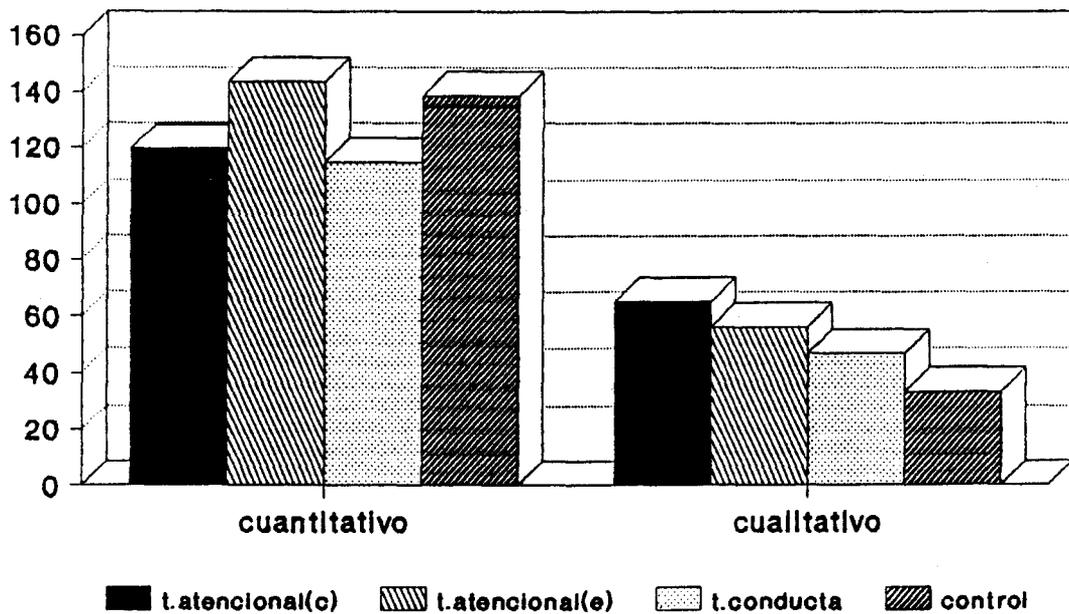


GRAFICO Nº 65

4-3.9. DIGITOS

4-3.9.1-Análisis Descriptivo-Comparativo

Las puntuaciones medias en dígitos (directos) son superiores en el grupo control (5.87 ± 0.82), siguiendo los trastornos atencionales escolares (5.50 ± 0.90) no estableciéndose entre ambos diferencias significativas. Tampoco se encuentra significación entre los trastornos atencionales escolares y trastornos atencionales clínicos (5.10 ± 0.99).

El grupo de trastorno de conducta es el que presenta puntuaciones inferiores (4.60 ± 0.91) siendo significativa la diferencia respecto al grupo atencional clínico ($P < 0.05$), trastorno atencional escolar ($P < 0.001$) y control ($P < 0.0001$) (TABLA Nº 108, GRAFICOS Nº 66 y 67)

Las puntuaciones medias en dígitos (inversos) son similares en trastorno atencionales clínicos (3.53 ± 1.11), t. atencionales escolares (3.73 ± 0.83) y trastorno de conducta (3.68 ± 0.90) no estableciéndose diferencias significativas entre los grupos. El grupo control es el que presenta puntuaciones superiores (4.40 ± 0.62) siendo significativa la diferencia de puntuaciones con el resto de las poblaciones (T. atencional clínico $P < 0.0001$, T. atencional escolar $P < 0.001$ y T. de conducta $P < 0.001$). (TABLA Nº 109, GRAFICOS Nº 66 y 67)

4-3.9.2-Análisis De Correlaciones

En el grupo de trastorno atencional clínico correlacionan significativamente (.70, $P < 0.001$) ambas medidas de dígitos ,siendo inferiores las correlaciones en los trastornos de conducta (.54, $P < 0.01$), no estableciéndose significación en el grupo de trastornos atencionales escolares. (Tablas en apendice).

TABLA Nº 108

PUNTUACIONES MEDIAS EN DIGITOS (directos) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 5.10	\bar{X} 5.50	\bar{X} 4.60	\bar{X} 5.87
	DE 0.99	DE 0.90	DE 0.91	DE 0.82
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	0.05**	0.001**		
<u>Control</u>	0.002**	NS	0.0001**	

** T Student.

TABLA Nº109

PUNTUACIONES MEDIAS EN DIGITOS (inversos) EN LAS DISTINTAS POBLACIONES				
	<u>T. AT. (clinico)</u>	<u>T. AT. (escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	\bar{X} 3.53	\bar{X} 3.73	\bar{X} 3.68	\bar{X} 4.40
	DE 1.11	DE 0.83	DE 0.90	DE 0.62
	P<	P<	P<	
<u>T. AT. (escolar)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	NS	NS		
<u>Control</u>	0.0001**	0.001**	0.001**	

digitos

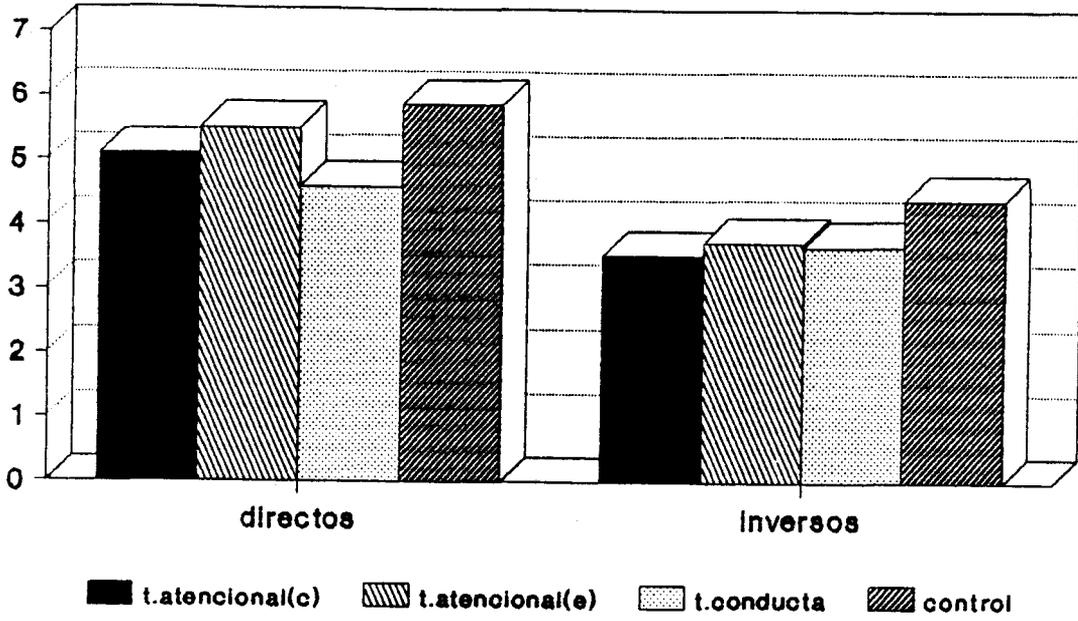


GRAFICO Nº 66

digitos

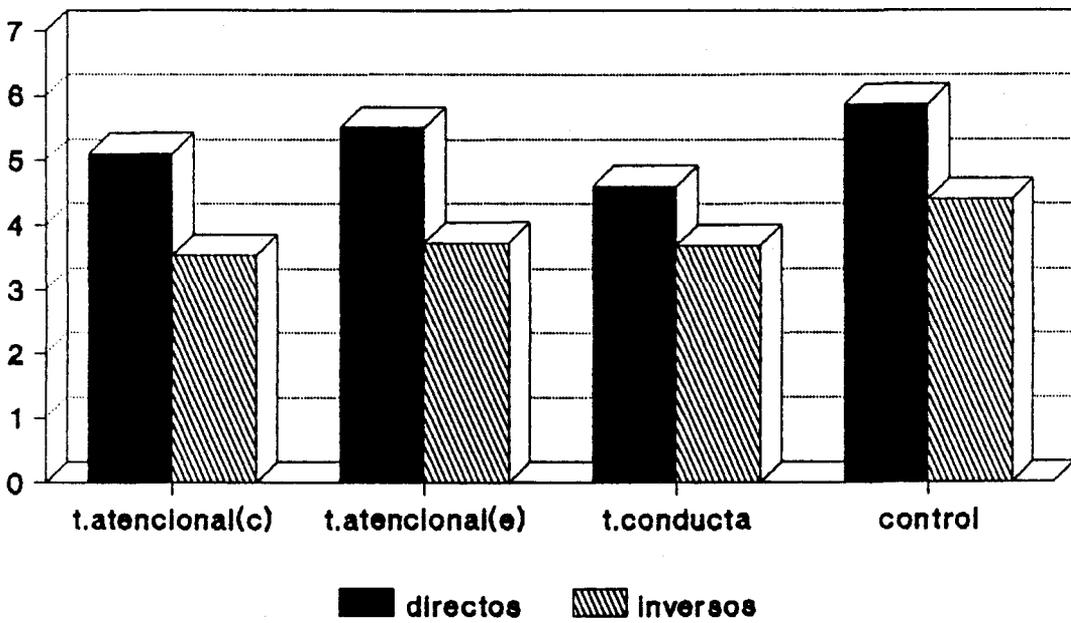


GRAFICO Nº 67

4-3.10-SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES (P.A.N.E.S.S.)

4-3.10.1-Analisis Descriptivo-Comparativo

En la TABLA Nº 110 y GRAFICO Nº 68-69 se presentan las puntuaciones medias globales en la escala de Signos Neurologicos Menores (SNm) de P.A.N.E.S.S. en las distintas poblaciones.

Las puntuaciones medias más altas las obtiene el grupo Atencional (clínico) (28.7 ± 12.38) seguido de los T. Atencionales (escolares) (25.21 ± 11.88) y T. de Conducta (22.96 ± 9.96), no existiendo diferencias significativas entre los tres grupos al comparar las distintas puntuaciones medias. Al establecerse las diferencias de los 3 grupos independientemente con el grupo control (15.23 ± 6.32) el nivel de significación más alto corresponde a los T. Atencionales (clínicos) $P < 0.0000$, seguido de los T. Atencionales (escolares), $P < 0.0007$; y T. de Conducta, $P < 0.002$.

TABLA Nº 110

<u>PUNTUACIONES MEDIAS GLOBALES EN LA ESCALA DE SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES</u>							
<u>DE P.A.N.E.S.S. EN LAS DISTINTAS POBLACIONES</u>							
	<u>T.AT(clinico)</u>		<u>T.AT. (escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>
	\bar{X}	28.7	\bar{X}	25.21	\bar{X}	22.96	\bar{X} 15.23
	DE	12.38	DE	11.88	DE	9.96	DE 6.32
		$P <$		$P <$		$P <$	
<u>T. AT(Escolar)</u>		NS					
<u>T. Conducta</u>		NS		NS			
<u>Control</u>		0.00001*		0.0007*		0.002*	

En la TABLA Nº 111 y GRAFICO Nº 69 pueden observarse las puntuaciones medias en las distintas subescalas del P.A.N.E.S.S. en las 4 muestras.

El grupo Atencional(clinico) obtiene puntuaciones medias mas altas con respecto al resto de los grupos en las subescalas de "Sinergia", "Equilibrio" y "Persistencia".

En los T.de Conducta aparecen puntuaciones medias superiores que el resto de las poblaciones en las subescalas de " Grafestesia", "Topognosis" y "Movimientos rapidos", siendo solamente en la subescala de " Estereognosis " donde el grupo Atencional(escolar)obtiene puntuaciones medias superiores que el resto, y en la subescala de "Persistencia" donde el grupo Control unicamente supera a los T.de Conducta, teniendo este grupo en el resto de las subescalas

las puntuaciones mas bajas con respecto a las demas poblaciones.

TABLA Nº 111

PUNTUACIONES MEDIAS EN LAS DISTINTAS SUBESCALAS DEL P. A. H. E. S. S.								
	<u>T.AT. (clinico)</u>		<u>T.AT(escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
<u>SINERGIA</u>	3.2	3.1	3.03	3.49	1.61	2.53	0.63	0.93
<u>GRAFESTES.</u>	2.7	3.39	1	1.38	3.09	4.30	0.93	2.03
<u>ESTEROG.</u>	0.1	0.3	0.71	1.18	0.13	0.46	0	
<u>EQUILIB.</u>	6.53	4.39	4.86	3.47	2.91	2.55	2.73	2.20
<u>TOPOGN.</u>	1.4	0.89	1.18	0.9	2.04	1.11	0.97	0.72
<u>PERSIST.</u>	3.5	3.23	2.64	2.6	1.13	1.79	1.4	1.5
<u>MOV. RAP.</u>	11.27	3.39	11.75	4.57	11.87	4.04	8.57	3.39

En la valoración de la subescala de "Sinergia" (TABLA Nº 112) las puntuaciones medias más altas son obtenidas por los grupos Atencionales tanto clínico (3.2 ± 3.1) como escolar (3.03 ± 3.49) estando distantes a ellos los T. de Conducta (1.61 ± 2.53) y grupo Control (0.63 ± 0.93). Nivel de significación de $P < 0.04$ aparece entre los T. Atencionales (clínicos) y T. de Conducta, así como entre T. Atencional (clínico) y grupo control ($P < 0.0004$) y entre T. Atencional (escolar) y grupo Control ($P < 0.004$).

TABLA Nº 112 .

PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA " SINERGIA " DEL P.A.N.E.S.S.				
	<u>T. AT(clinico)</u>	<u>T. AT(escolar)</u>	<u>T. Conducta</u>	<u>Control</u>
	X 3.2	X 3.03	X 1.61	X 0.63
	DE 3.1	DE 3.49	DE 2.53	DE 0.93
	P<	P<	P<	
<u>T. AT(escol)</u>	NS			
<u>T. Conducta</u>	0.04**	NS		
<u>Control</u>	0.0004*	0.001*	NS	

MANN WHITNEY ** T STUDENT

En la subescala de "Grafestesia"(TABLA Nº 113) las puntuaciones superiores las obtienen los T.de Conducta (3.09 ± 4.30) seguido , y cercanos a el, los T.Atencionales (clínicos) (2.7 ± 3.39), lejanos a ellos en cuanto a puntuaciones medias estan los T.Atencionales(escolares)(1 ± 1.38) y Controles(0.93 ± 2.03). Entre ambos grupos Atencionales (clínico y escolar) existe significación de P<0.02, al igual aparece entre T.Atencional(clínico) y grupo Control(P<0.002) y entre este y T de Conducta P<0.01.

TABLA Nº 113

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA " GRAFESTESIA " DEL P.A.M.E.S.S.</u>							
<u>T. AT(clinico)</u>		<u>T. AT(escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
\bar{X}	2.7	\bar{X}	1	\bar{X}	3.09	\bar{X}	0.93
DE	3.39	DE	1.38	DE	4.30	DE	2.03
	<u>P<</u>		<u>P<</u>		<u>P<</u>		
<u>T. AT(escolar)</u>	0.02*						
<u>T. Conducta</u>	NS		NS				
<u>Control</u>	0.002*		NS		0.01*		

* U MANN WHITNEY

En la TABLA Nº 114 puede observarse la valoración en la subescala de "Estereognosis", siendo en ésta en la única que el grupo Atencional(escolar) obtiene puntuaciones superiores al resto de los grupos (0.71 ± 1.18) . Puntuaciones medias cercanas las obtiene los T. Atencionales clínicos (0.1 ± 0.3) y T. de Conducta (0.13 ± 0.46) . Las diferencias estadísticas aparecen entre ambos grupos Atencionales (clínico y escolar) $P < 0.009$ y entre T. Atencional (escolar) y T. de Conducta $(P < 0.02)$ y entre T. atencional escolar y control $(P < 0.0003)$. En el resto de las diferencias entre grupos no existe significación ..

1.11) estableciendose entre este y el resto de los grupos niveles de significacion de $P < 0.02$ con los T.Atencionales (Clinicos), $P < 0.003$ con T.Atencional(escolar) y $P < 0.0004$ con el grupo Control. Los T.Atencionales tanto clinicos como escolares tienen puntuaciones medias similares (1.4 ± 0.89 , 1.18 ± 0.9 respectivamente) estableciendose diferencias estadisticas con el grupo control (0.97 ± 0.72) solo en T.Atencionales(clinicos) $P < 0.04$.

TABLA Nº 115

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA DE " EQUILIBRIO " DEL P.A.M.E.S.S.</u>								
	<u>T. AT(clinico)</u>		<u>T. AT(escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
	\bar{X}	6.53	\bar{X}	4.86	\bar{X}	2.91	\bar{X}	2.73
	DE	4.39	DE	3.47	DE	2.55	DE	2.20
		<u>P<</u>		<u>P<</u>		<u>P<</u>		
<u>T. AT(escolar)</u>		NS						
<u>T. Conducta</u>		0.001*		0.02**				
<u>Control</u>		0.0002*		0.006*				NS

* U MANN WHITNEY ** T STUDENT

TABLA Nº 116

<u>PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA DE " TOPOGNOSIS " DEL P.A.N.E.S.S.</u>								
	<u>T. AT(clinico)</u>		<u>T. AT. (escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>	
	\bar{X}	1.4	\bar{X}	1.18	\bar{X}	2.04	\bar{X}	0.97
	DE	0.89	DE	0.9	DE	1.11	DE	0.72
		P<		P<		P<		
<u>T. AT(escolar)</u>		NS						
<u>T. Conducta</u>		0.02**		0.003**				
<u>Control</u>		0.04**		NS		0.0004*		

En la subescala de "Persistencia" el grupo Atencional (clínico) es el que presenta puntuaciones superiores (3.5 ± 3.23) siendo significativas las diferencias con respecto a los T. de Conducta $P < 0.002$ y grupo Control $P < 0.005$. Le siguen en puntuaciones el grupo Atencional (escolar) (2.64 ± 2.51) existiendo solamente significación entre éste y el resto de los grupos cuando la comparación se establece con los T. de Conducta ($P < 0.02$). Las puntuaciones más bajas las obtienen los T. de Conducta (1.13 ± 1.79) cercanos a el con puntuaciones ligeramente superiores esta el grupo control (1.4 ± 1.5) pero esta diferencia puede deberse presumiblemente al azar. (TABLA Nº 117).

Por último en la subescala de "Movimientos Rápidos" ambos grupos Atencionales (clínico y escolar) y los T. de

Conducta presentan puntuaciones similares (11.27 ± 3.39 , 11.75 ± 4.57 y 11.87 ± 4.04 respectivamente) siendo las pequeñas diferencias encontradas no significativas. El grupo Control obtiene puntuaciones inferiores que el resto ($8.57 + 3.39$) estableciéndose con el resto de los grupos niveles de significación de $P < 0.003$ con T. Atencional (clínico), $P < 0.002$ con T. de Conducta y $P < 0.003$ con T. Atencionales (escolares). (TABLA Nº 118)

TABLA Nº 117

PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA DE " PERSISTENCIA " DEL P.A.N.E.S.S.							
	<u>T.AT. (clinico)</u>		<u>T.AT(escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>
	\bar{X}	3.5	\bar{X}	2.64	\bar{X}	1.13	\bar{X} 1.4
	DE	3.23	DE	2.51	DE	1.79	DE 1.5
	P<		P<		P<		
<u>T.AT(escolar)</u>	NS						
<u>T. Conducta</u>	0.002**		0.02**				
<u>Control</u>	0.005*		NS		NS		

TABLA Nº 118

PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA DE "MOVIMIENTOS RAPIDOS" P.A.N.E.S.S.							
	<u>T.AT(clinico)</u>		<u>T.AT. (escolar)</u>		<u>T. Conducta</u>		<u>Control</u>
	\bar{X}	11.27	\bar{X}	11.75	\bar{X}	11.87	\bar{X} 8.57
	DE	3.39	DE	4.57	DE	4.04	DE 3.39
	P<		P<		P<		
<u>T.AT(escolar)</u>	NS						
<u>T. Conducta</u>	NS		NS				
<u>Control</u>	0.003**		0.003**		0.002**		

3.10.2-Analisis De Correlaciones

Dentro de los trastornos atencionales clínicos la subescala que presenta correlación significativa más alta con la puntuación total es sinergia (.78 $P<0.001$), seguido

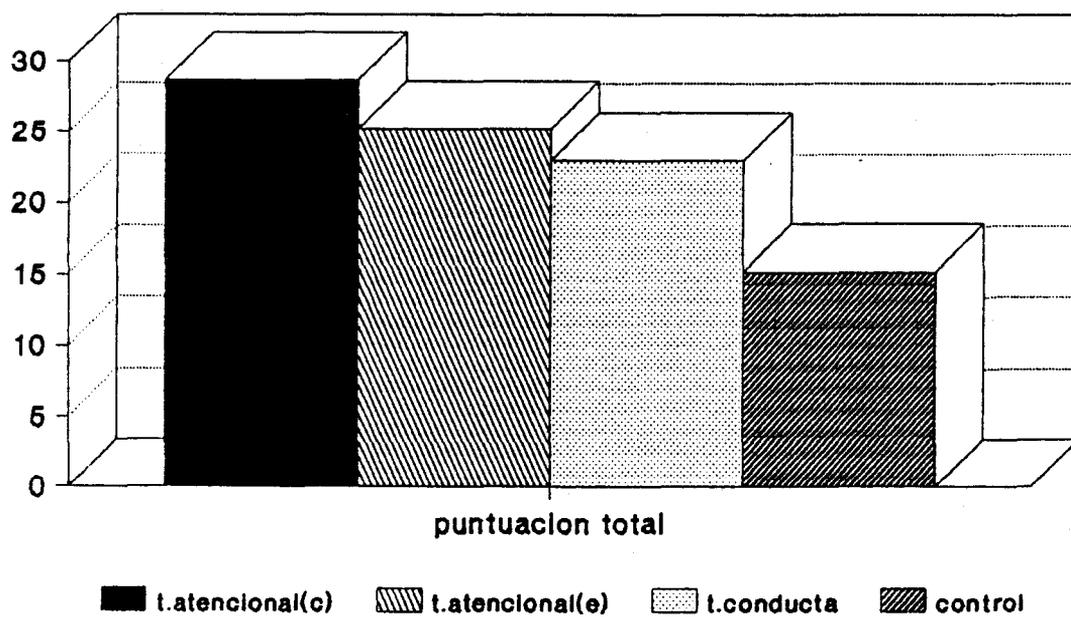
de equilibrio (.77), persistencia(.76), movimientos rápidos(.70) y grafestesia(.40).

En los trastornos escolares la subescala que presenta correlación más alta con puntuación global es la de movimientos rápidos (.89), seguido de sinergia(.82), equilibrio (.76) y persistencia(.64).

En los trastornos de conducta la subescala que presenta correlaciones más altas con la puntuación total es movimientos rápidos (.78), seguido de sinergia (.77), grafestesia(.63) y equilibrio(.50).

(Las tablas de correlaciones entre las medidas pueden verse en apéndice).

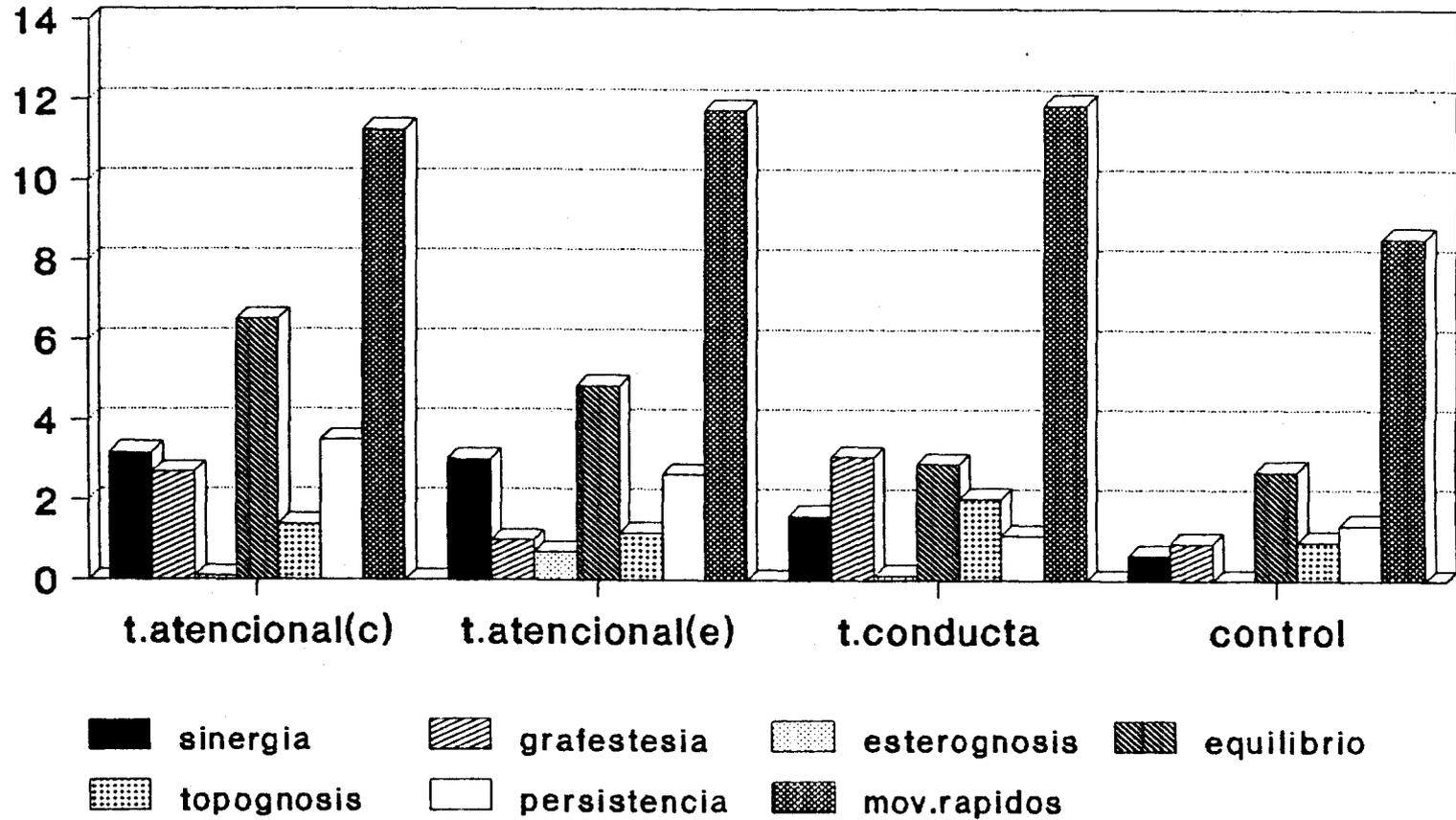
signos neurologicos menores



p.a.n.e.s.a.

GRAFICO Nº 68

signos neurologicos menores



Esta prueba sólo se ha podido realizar en dos muestras, T. Atencionales (clínicos) y T. Atencionales (escolares). Destacamos en los resultados obtenidos el alto porcentaje de trastornos dismaturativos en el grupo clínico, 26.47, y un 8.75 % en el grupo escolar. Estos trastornos corresponden en su mayoría a ondas lentas de localización bilateral (88.% y 83% respectivamente).

IV-4. ANALISIS DE CLUSTER EN TRASTORNOS ATENCIONALES.

-ANÁLISIS DE CLUSTERS

.1-Análisis descriptivo Del Cluster

Para la formación de los distintos clusters utilizamos 8 variables que son las siguientes:

1. Subescala escolar del P.A.C.S.
2. Subescala afectiva del P.A.C.S.
3. Subescala hipercinesia del P.A.C.S.
4. Subescala conducta del P.A.C.S.
5. Factor hipercinesia/conducta de CONNERS
6. Factor emocional de CONNERS
7. Factor antisocial de CONNERS
8. Factor inatencion de CONNERS.

Utilizamos estas 8 variables porque al tratarse de subescalas y factores se recogen la inmensa mayoría de los items psicopatológicos que valoran la conducta del niño en casa y en el marco escolar.

El método utilizado para la formación de éste tipo de cluster es el Centroides y la distancia es la Euclidian.

Incluimos para la formación de los clusters los dos grupos de trastornos atencionales así como el grupo control e instamos a que nos formen 4 clusters , uno que seria para el grupo control y los otros tres agruparian a los dos grupos atencionales, el porqué de tres clusters para los dos grupos es adoptado por pensar que pudiesen agruparse los niños con mayores puntuaciones en sintomatología

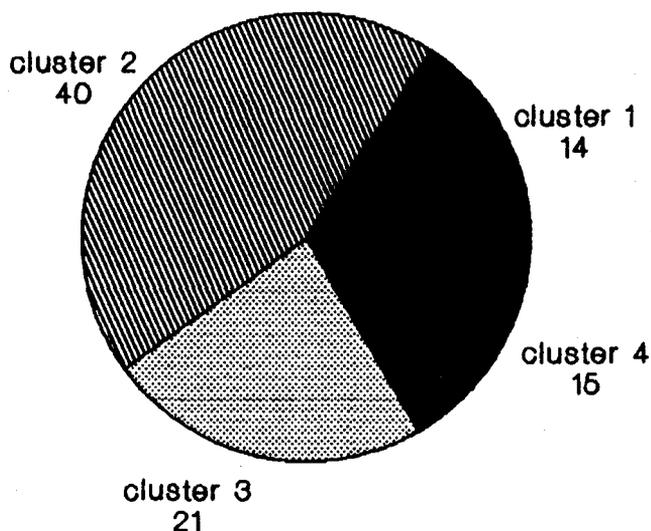
hipercinética en uno, en otro los de mayores puntuaciones en conducta y uno estaría formado por un grupo mixto de hipercinesia/conducta.

Teniendo en cuenta que la distancia que utilizamos es Euclidian es necesario hacer una transformación Z de las medidas de las variables para poder ser comparables por rango. Este proceso se realiza previo a la formación de los clusters.

Una vez realizado este paso se agrupan los distintos casos dentro de los clusters dependiendo de la distancia que exista entre cada caso y el caso que forma el núcleo del cluster.

Los sujetos (nº de casos) que componen cada cluster son presentados en la figura 33.

distribucion de casos en los clusters



En el cluster nº 1 aparecen 14 casos donde 9 de ellos pertenecen al grupo de trastorno atencional clínico, 4 al grupo de trastornos atencionales escolares y 1 al grupo control.

En el cluster nº 2 aparecen 40 casos donde 2 son niños del grupo de trastorno atencional clínico, 9 del grupo de trastorno atencional escolar y 29 pertenecen al grupo control.

El cluster nº 3 lo forman 21 casos, 14 del grupo atencional clínico y 7 del grupo atencional escolar.

El cluster nº 4 lo componen 15 casos, 5 del grupo atencional clínico y 10 del grupo atencional escolar.

Posteriormente se nos presentan los valores finales dentro del cluster de las distintas variables, mostrándose en la tabla nº 119.

Es de destacar que los dos casos clínicos incluidos dentro del cluster 2 presentan una distancia al centro del cluster de 3.058 y 2.805. Por otro lado el caso control incluido dentro del cluster 1 tiene una distancia al centro del cluster de 2.712.

TABLA Nº119

VALORES DE LAS DISTINTAS VARIABLES (Z) EN LOS 4 CLUSTERS

CLUSTER	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8
1	-.4092	1.1450	.1611	.2580	-.4355	1.1680	.0590	.8495
2	-.4794	-.5218	-.6716	-.5852	-.6995	-.1403	-.7034	-.8086
3	1.3712	.5897	.8064	1.1578	1.1206	-.1950	.6818	.5582
4	-.2592	-.5027	.5117	-.3014	.7030	-.4431	.8662	.5821

Z1=subescala escolar, Z2=subescala afectiva, Z3=Subescala hipercinesia,
Z4=Subescala conducta, Z5=Fcator hipercinésia/conducta, Z6=Factor
emocional

Z7=Factor antisocial, Z8=Factor inatención.

En los Graficos nº 70 a 73
puede verse la representacion grafica de las variables en
los distintos clusters.

La distancia Euclidean entre los distintos clusters queda reflejada en la tabla nº 120 .

TABLA Nº 120

DISTANCIA ENTRE LOS CLUSTERS

	1	2	3	4
1	0.0			
2	3.0494	0.0		
3	3.0750	4.1213	0.0	
4	2.7907	2.8259	2.5175	0.0

Como podemos observar los clusters que se encuentran más cerca son el 3 y el 4, siendo los más lejanos entre si el 2 y el 3.

Para valorar la variabilidad entre los clusters y dentro de los mismos realizamos un análisis de varianza de un camino para cada una de las variables y examinamos la "ratio" de las medias al cuadrado entre los clusters y dentro de los mismos (TABLA Nº 121).

TABLA Nº 121

ANALISIS DE VARIANZA (A.M.O.V.A.)

<u>VARIABLES</u>	<u>CLUSTER MS</u>	<u>ERROR MS</u>	<u>F</u>	<u>P</u>
Z1	17.3425	.4299	40.3393	.000
Z2	13.4458	.5658	23.7623	0.000
Z3	11.9971	.6164	19.4638	0.000
Z4	14.7137	.5216	28.2080	0.000
Z5	18.6698	.3836	48.6682	.000
Z6	7.8764	.7601	10.3620	.000
Z7	13.6192	.5598	24.3290	0.000
Z8	15.9606	.4781	33.3819	.000

Las medias al cuadrado entre los cluster es denominado "cluster MS" y la media al cuadrado dentro del cluster es denominado "error MS". La "ratio" está en la columna F, una F grande y niveles de significación pequeños están asociados con variables que difieren entre los clusters.

Podemos observar como la variabilidad dentro del cluster es menor que la variabilidad entre los clusters. Todas las variables difieren significativamente entre los clusters, siendo las que mayor diferencia presentan el factor hipercinesia/conducta de Connors, seguido de la subescala escolar del P.A.C.S., factor inatención, subescala de conducta, factor antisocial, subescala emocional, subescala hipercinesia y factor emocional.

En el análisis descriptivo-comparativo de las variables incluidas para la formación de los cluster podemos observar:

En la subescala escolar del P.A.C.S. las puntuaciones más altas son obtenidas por el cluster 3 (1.83 ± 0.95) existiendo diferencias significativas ($P < 0.00001$) entre las puntuaciones de éste y las puntuaciones en el resto de los clusters (TABLA Nº 122 GRAFICO Nº 74).

En la subescala afectiva del P.A.C.S. el cluster 1 es el que obtiene puntuaciones más altas (0.47 ± 0.24) seguido del 3 (0.35 ± 0.20) y del cluster 2 y 4 que obtienen puntuaciones similares (0.12 ± 0.11) estableciéndose diferencias significativas entre el cluster 1 y 2 ($P < 0.00001$), 1 y 4 ($P < 0.0001$), 2 y 3 ($P < 0.00001$) y 3 y 4 ($P < 0.0001$) (TABLA Nº 123 GRAFICO Nº 75).

En la TABLA Nº 124 GRAFICO Nº 76 pueden verse las puntuaciones dentro de la subescala de hipercinesia en donde el cluster 3 obtiene las puntuaciones más altas (2.05 ± 0.76) seguido del 4 (1.74 ± 0.67), 1 (1.38 ± 0.81) y 2 (0.51 ± 0.89) estableciéndose diferencias significativas entre los cluster 1 y 2 ($P < 0.002$), 1 y 3 ($P < 0.01$), 2 y 3 ($P < 0.0001$) y 2 y 4 ($P < 0.0001$).

Igualmente en las puntuaciones medias de la subescala de conducta el cluster 3 es el que obtiene puntuaciones superiores (1.43 ± 0.47) seguido del 1 (0.89 ± 0.44), del 4 (0.55 ± 0.31) y del 2 (0.38 ± 0.44) existiendo significación entre los clusters 1 y 2 ($P < 0.001$), 1 y 3 ($P < 0.002$), 1 y 4 ($P < 0.02$) y entre los clusters 2 y 3 ($P < 0.0001$) y 3 con 4 ($P < 0.0001$) (TABLA Nº 125 GRAFICO Nº 77).

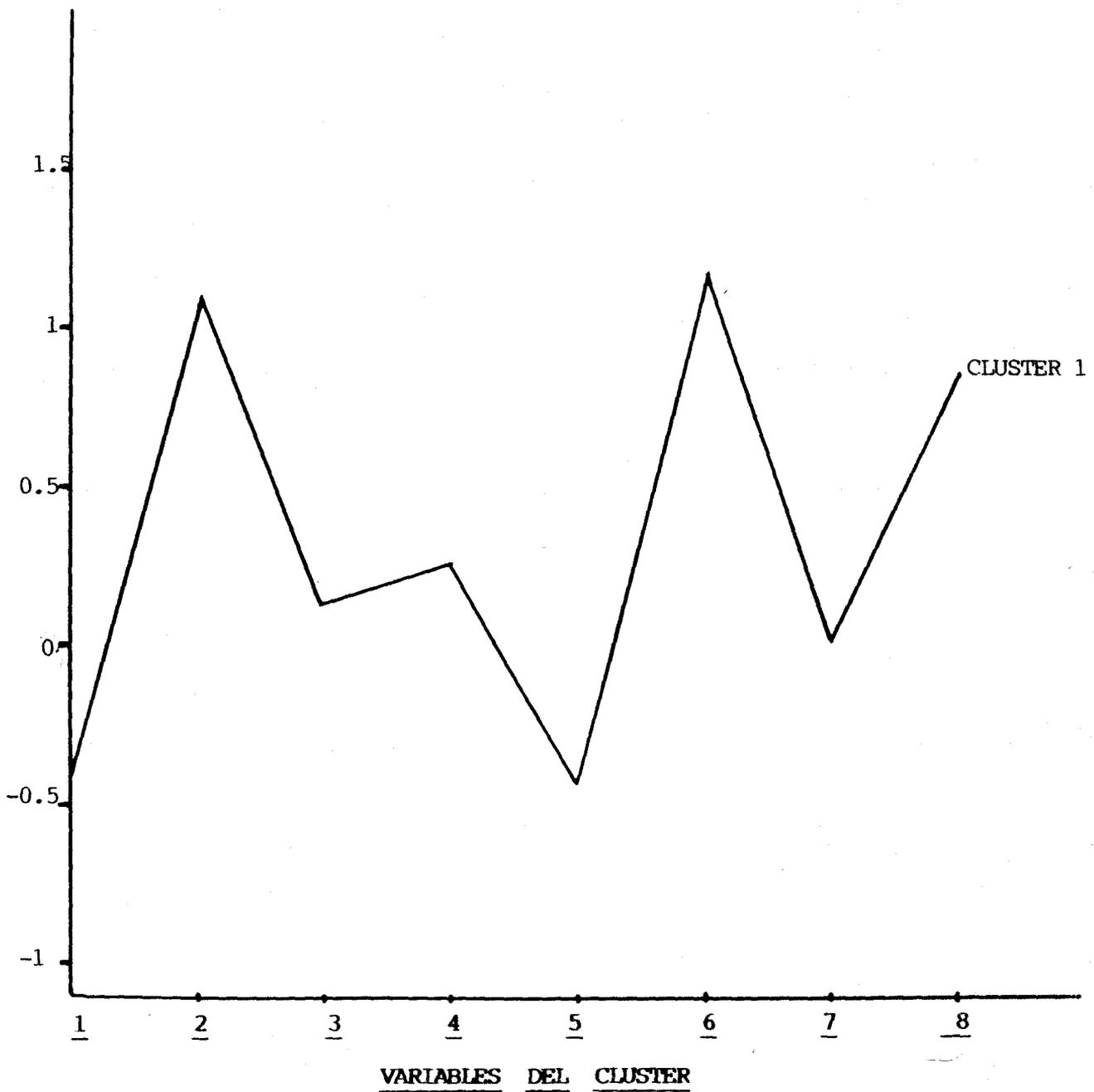


GRAFICO N 70

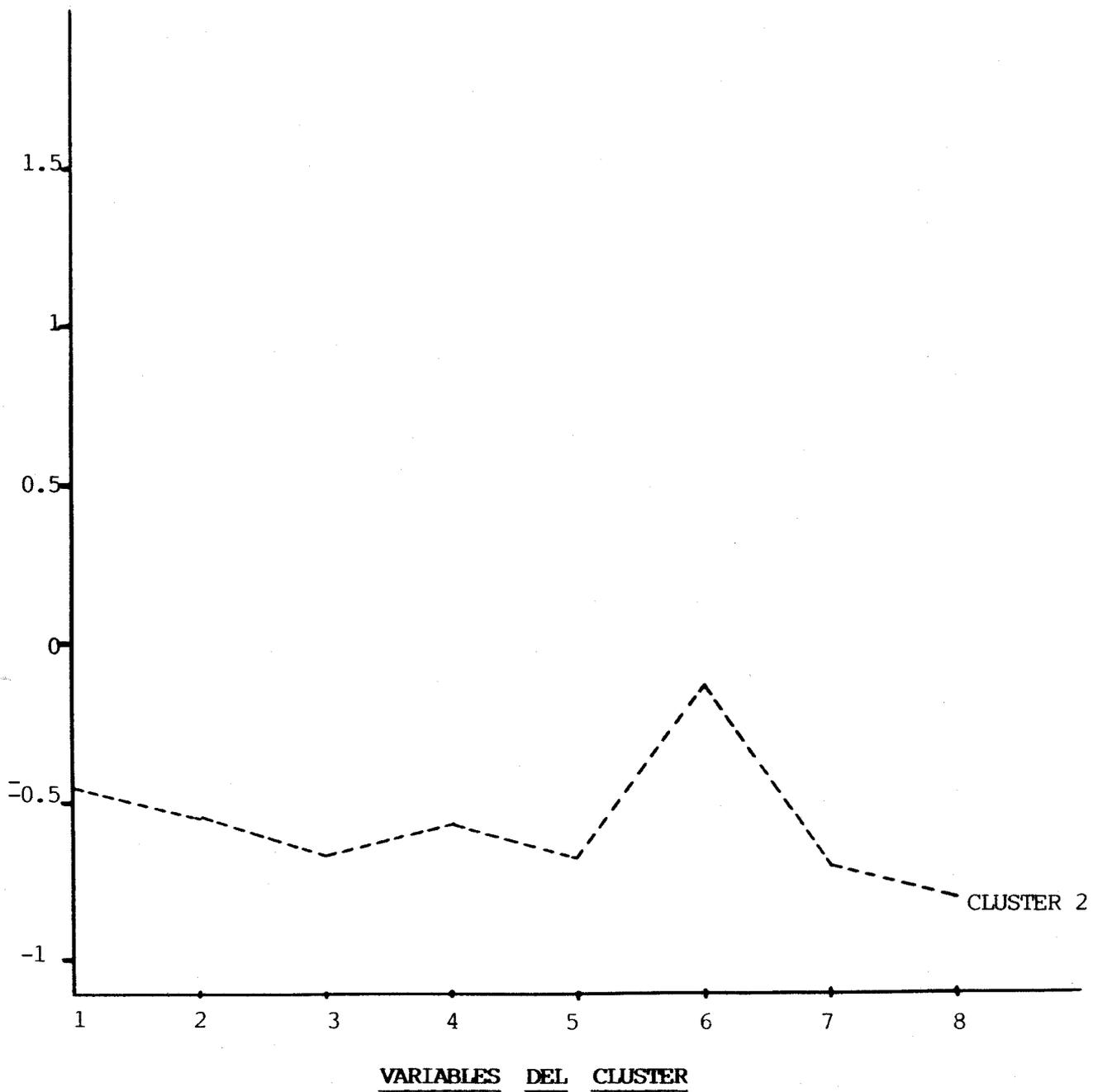


GRAFICO Nº 71

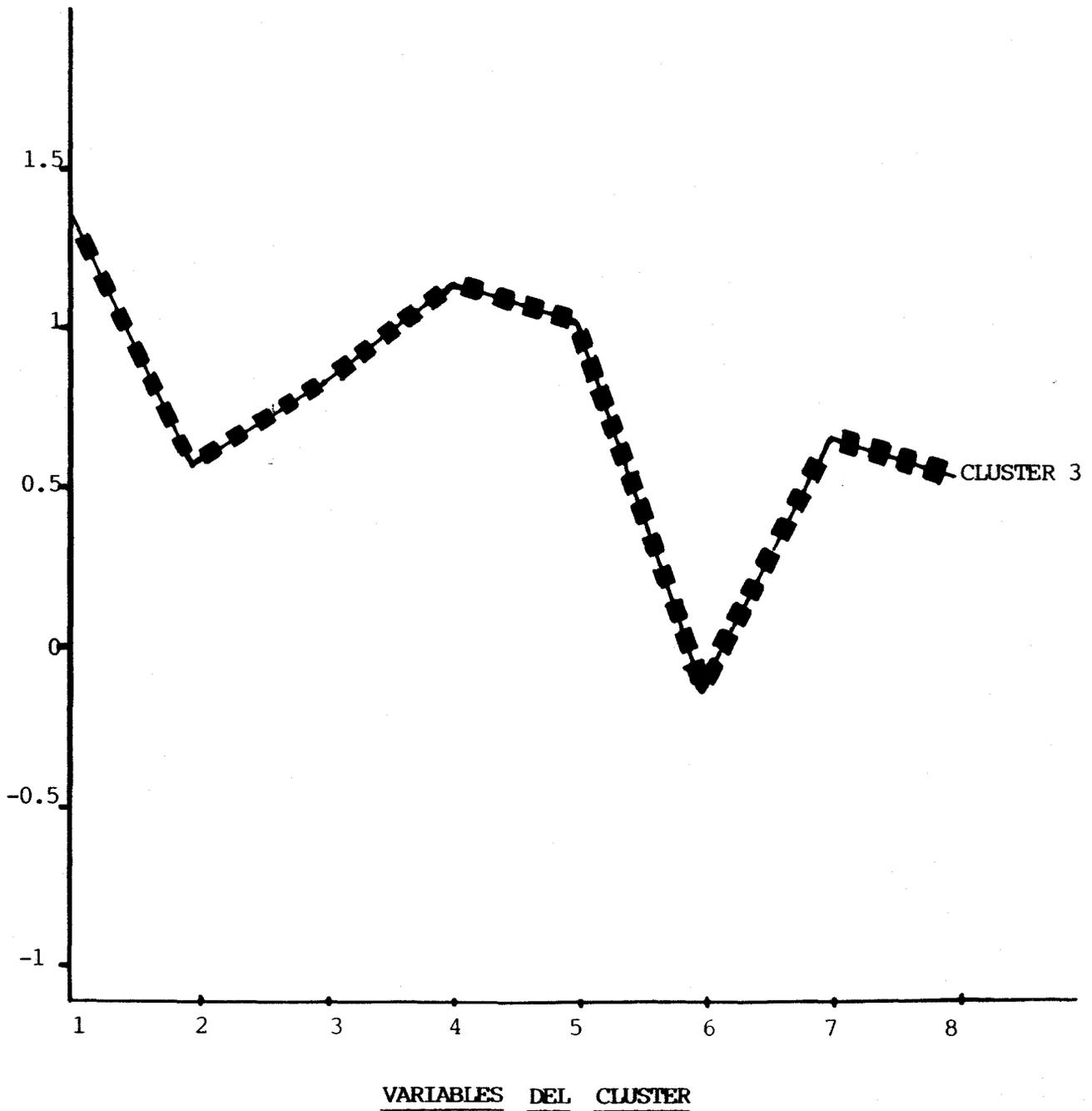


GRAFICO Nº 72

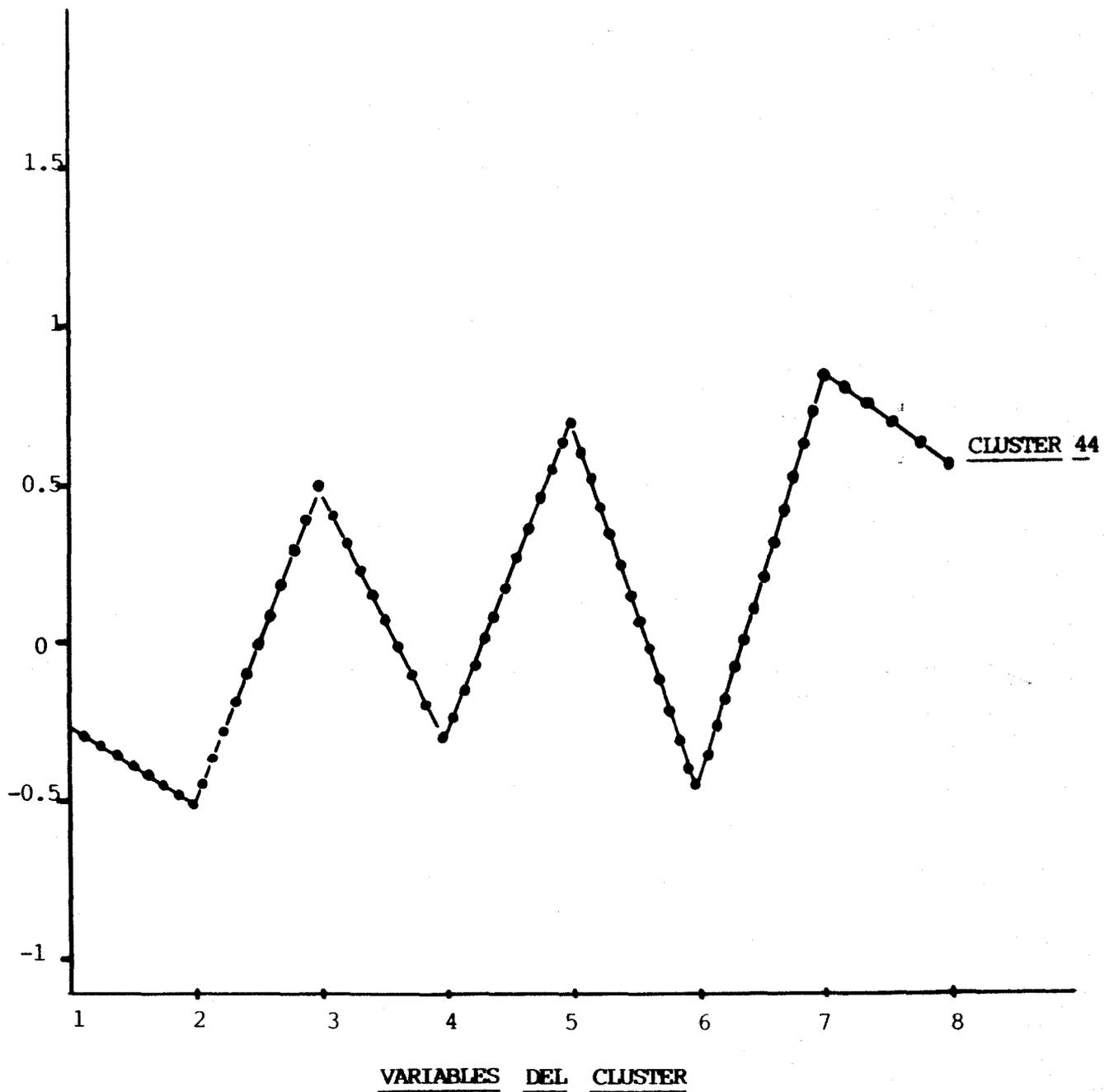


GRAFICO Nº 73

Dentro del análisis descriptivo-comparativo de los factores de CONNERS incluidos en la formación de los clusters es de destacar:

En el factor hipercinesia/conducta las puntuaciones más altas las obtiene el cluster 3 (1.89 ± 0.53) seguido del 4 (1.55 ± 0.53) sin existir entre ellas diferencias significativas. Al cluster 4 lo sigue en puntuación el 1 (0.64 ± 0.36) y el 2 (0.43 ± 0.50) sin establecerse entre ellos niveles de significación. Si en cambio se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los clusters 1 y 3, 1 y 4 de $P < 0.0001$, y entre 2 y 3, y 2 y 4 de $P < 0.0001$ (TABLA Nº 126 GRAFICO Nº 78).

En el factor emocional las puntuaciones más altas las presenta el cluster 1 (1.78 ± 0.74) estableciéndose diferencias significativas de $P < 0.0001$ con los clusters 2 (0.76 ± 0.78), 3 (0.72 ± 0.49) y 4 (0.53 ± 0.49) TABLA Nº 127 GRAFICO Nº 79).

Respecto a las puntuaciones en el factor antisocial el cluster 4 (0.85 ± 0.46) y el 3 (0.76 ± 0.50) son los que tienen puntuaciones más altas sin establecerse entre ellos significación estadística. Estos son seguidos por el cluster 1 (0.46 ± 0.36), siendo sus puntuaciones significativas al compararlos con el cluster 4 ($P < 0.01$). El cluster con puntuación más baja es el 2 (0.10 ± 0.17) estableciéndose entre éste y el 3 y 4 niveles de significación de $P < 0.00001$ (TABLA Nº 128 GRAFICO Nº 80).

Por último en el factor inatención el cluster 1, 4 y 3 tiene puntuaciones similares sin establecerse diferencias

entre ellos $\langle 1.69 \pm 0.63, 1.48 \pm 0.55, 1.46 \pm 0.65,$
respectivamente) estando las puntuaciones en el cluster 2 a
distancia del resto $\langle 0.37 \pm 0.44 \rangle$ siendo los niveles de
significación con el resto de $P < 0.0001$ y $P < 0.00001$ (TABLA Nº
129 GRAFICO Nº 81).

TABLA Nº 122

**PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA "ESCOLAR" DEL P.A.C.S. EN LOS
DISTINTOS CLUSTERS**

	1	2	3	4
	\bar{X} 0.25	\bar{X} 0.18	\bar{X} 1.83	\bar{X} 0.38
	DE 0.35	DE 0.41	DE 0.95	DE 0.44
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.00001*	0.00001*		
4	NS	NS	0.00001*	

TABLA Nº 123

**PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA "AFECTIVA" DEL P.A.C.S. EN LOS
DISTINTOS CLUSTERS**

	1	2	3	4
	\bar{X} 0.47	\bar{X} 0.12	\bar{X} 0.35	\bar{X} 0.12
	DE 0.24	DE 0.11	DE 0.20	DE 0.11
	P<	P<	P<	
2	0.00001*			
3	NS	0.00001*		
4	0.0001*	NS	0.0001**	

TABLA Nº 124

PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA "HIPERCINESIA" DEL P.A.C.S. EN LOS				
<u>DISTINTOS CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	\bar{X} 1.38	\bar{X} 0.51	\bar{X} 2.05	\bar{X} 1.74
	DE 0.81	DE 0.89	DE 0.76	DE 0.67
	P<	P<	P<	
2	0.002**			
3	0.01**	0.0001**		
4	NS	0.0001**	NS	

TABLA Nº 125

PUNTUACIONES MEDIAS EN LA SUBESCALA "CONDUCTA" DEL P.A.C.S. EN LOS				
<u>DISTINTOS CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	\bar{X} 0.89	\bar{X} 0.38	\bar{X} 1.43	\bar{X} 0.55
	DE 0.44	DE 0.44	DE 0.47	DE 0.31
	P<	P<	P<	
2	0.001**			
3	0.002**	0.0001**		
4	0.02**	NS	0.0001**	

subescala escolar p.a.c.s.

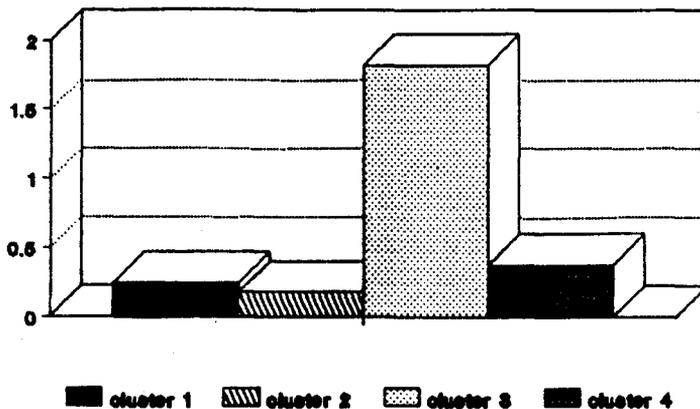


GRAFICO Nº 74

subescala afectiva p.a.c.s.

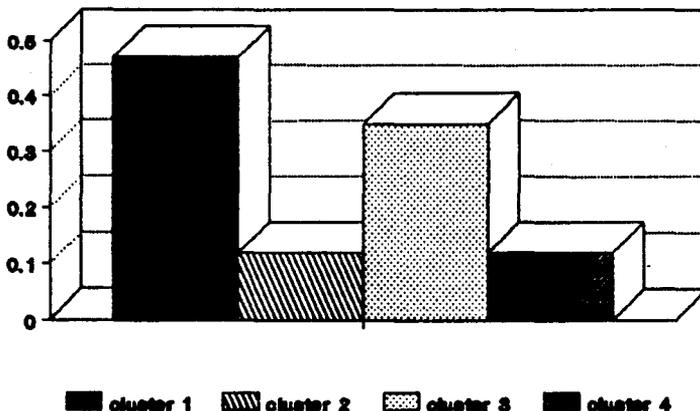


GRAFICO Nº 75

subescala hipercinesia p.a.c.s.

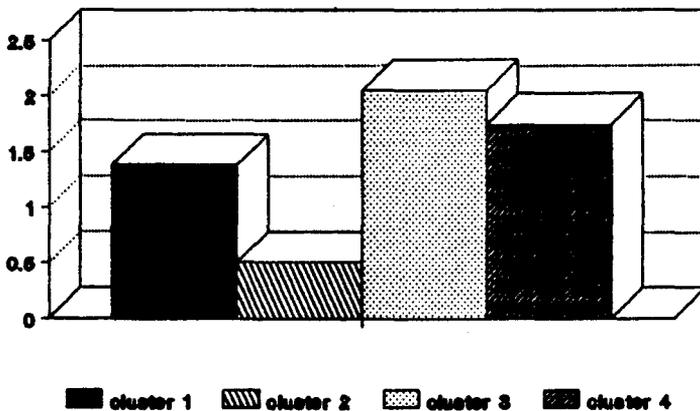


GRAFICO Nº 76

subescala conducta p.a.c.s.

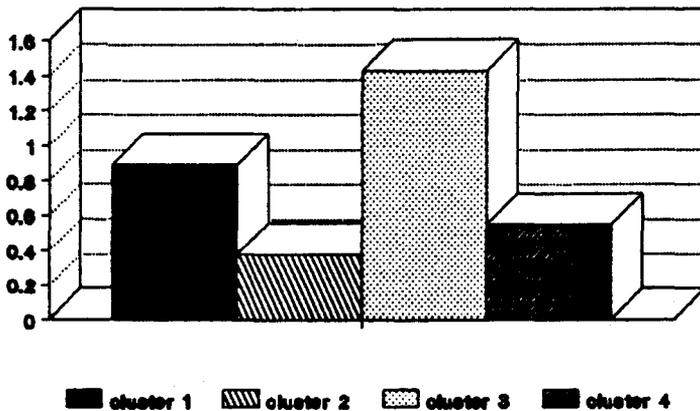


GRAFICO Nº 77

TABLA Nº 126

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR HIPERCINESIA/CONDUCTA " (CONVERS) EN LOS				
<u>DISTINTOS CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	\bar{X} 0.64	\bar{X} 0.43	\bar{X} 1.89	\bar{X} 1.55
	DE 0.36	DE 0.50	DE 0.53	DE 0.53
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.0001*	0.0001*		
4	0.0001**	0.0001*	NS	

TABLA Nº 127

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR EMOCIONAL " (CONVERS) EN LOS DISTINTOS				
<u>CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	\bar{X} 1.78	\bar{X} 0.76	\bar{X} 0.72	\bar{X} 0.53
	DE 0.74	DE 0.78	DE 0.49	DE 0.49
	P<	P<	P<	
2	0.0001*			
3	0.0001**	NS		
4	0.0001*	NS	NS	

TABLA Nº 128

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR ANTISOCIAL " (CONIERS) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 0.46	\bar{X} 0.10	\bar{X} 0.76	\bar{X} 0.85
	DE 0.36	DE 0.17	DE 0.50	DE 0.46
	P<	P<	P<	
2	0.0001*			
3	NS	0.00001*		
4	0.01**	0.00001*		NS

TABLA Nº 129

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR INATENCIÓN " (CONIERS) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 1.69	\bar{X} 0.37	\bar{X} 1.46	\bar{X} 1.48
	DE 0.63	DE 0.44	DE 0.65	DE 0.55
	P<	P<	P<	
2	0.0001*			
3	NS	0.00001*		
4	NS	0.0001*		NS

factor hipercinesia-conducta

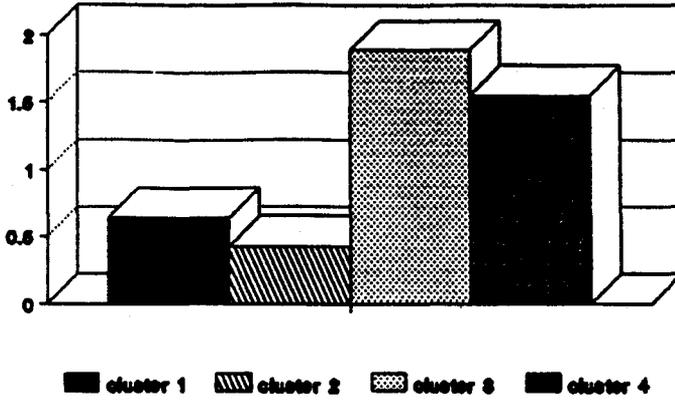


GRAFICO Nº 78

CONSENS

factor emocional

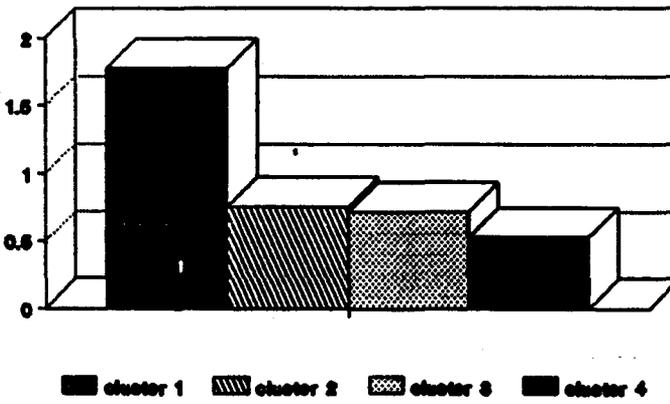


GRAFICO Nº 79

factor antisocial

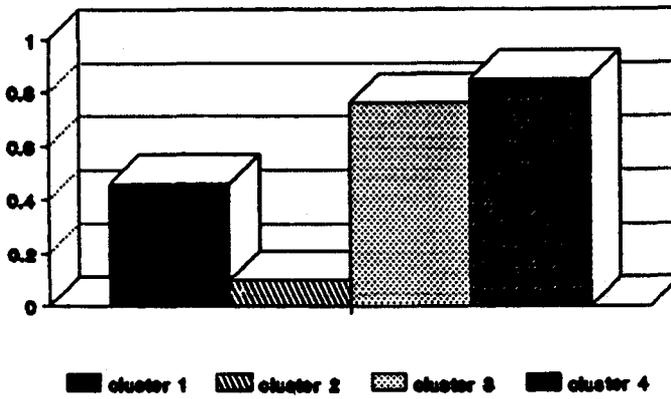


GRAFICO Nº 80

factor inatencion

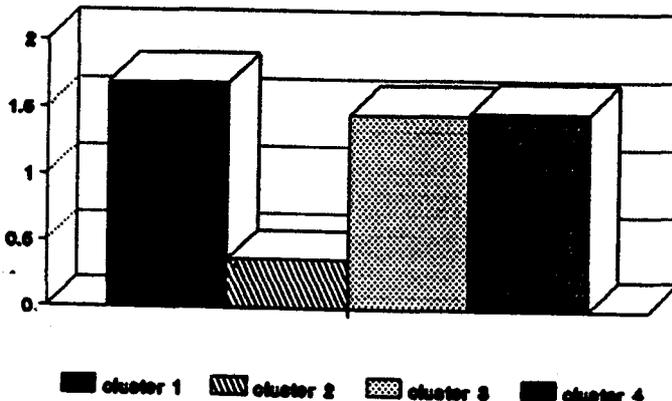


GRAFICO Nº 81

CONSENS

En el resto de las variables es de destacar:

En "Copia" de "figura de Rey" los sujetos que mejor realizan la prueba obteniendo puntuaciones más altas son los del cluster 2 (76.82±32.04) siendo significativa la diferencia de puntuaciones con el cluster 3 (51.95±38.17) que es el que presenta puntuaciones más bajas. Entre el resto de los clusters no existe diferencias significativas. (TABLA Nº 130).

En la prueba de "porteus", en la valoración cuantitativa el cluster que obtiene puntuaciones inferiores es el 3 (114.28±25.46) siendo la diferencia de puntuaciones con el resto de los clusters significativa, con $P < 0.04$, con el 2 $P < 0.0001$ y con el 4 $P < 0.01$ (TABLA Nº 131).

En la valoración cualitativa del "porteus" el cluster con puntuación más alta es el 3 (70.09±23.93) seguido del 4 (54.80±24.60) sin existir entre ellos diferencias significativas, éstos son seguidos por el 1 (47.85 ±21.20) y el 2 (42.02±24.20) sin existir entre éstos significación, se establecen niveles de $P < 0.008$ y $P < 0.0001$ entre los cluster 1 y 3 y entre 2 y 3 respectivamente (TABLA Nº 132).

TABLA Nº 130

PUNTUACIONES MEDIAS EN "COPIA" (Figura de Rey) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 61.78 DE 37.71	\bar{X} 76.82 DE 32.04	\bar{X} 51.95 DE 38.17	\bar{X} 63.46 DE 38.78
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	NS	0.009**		
4	NS	NS	NS	

TABLA Nº 131

PUNTUACIONES MEDIAS EN PORTEUS (cuantitativo) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 135.78 DE 36.30	\bar{X} 141.82 DE 23.38	\bar{X} 114.28 DE 25.46	\bar{X} 137.86 DE 27.07
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.04**	0.0001**		
4	NS	NS	0.01**	

** T Student.

TABLA Nº 132

PUNTUACIONES MEDIAS EN PORTEUS (cualitativo) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 47.85 DE 21.20	\bar{X} 42.02 DE 24.20	\bar{X} 70.09 DE 23.93	\bar{X} 54.80 DE 24.60
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.008**	0.0001**		
4	NS	NS	NS	

** T Student.

Las puntuaciones globales de signos neurologicos menores mediante la escala de P.A.N.E.S.S. así como las puntuaciones en las distintas subescalas quedan reflejadas en los GRAFICOS Nº 82 y 83).

En las puntuaciones globales el grupo que resulta con puntuaciones más altas es el cluster 3 (30.85±13.81) seguido del 4 (28.06±9.20), 1 (21.92±10.17) y 2 (17.42±8.86) estableciendose diferencias entre el 1 y 3 (P<0.04), 2 y 3 (P<0.0001) y 2 y 4 (P<0.0001) (TABLA Nº 133).

En la subescala de "sinergia" las puntuaciones más altas aparecen en el cluster 3 (3.90±3.68) y 4 (3.80±3.36) sin existir entre ellos diferencias significativas. Del mismo modo entre los cluster 1 (1.28±1.49) y 2 (1.22 ±1.95) tampoco existen diferencias. Estableciendose al comparar las puntuaciones en los clusters 1 y 3 (P<0.03), 1 y 4 (P<0.01), 2 y 3 (P<0.001) y 2 y 4 (P<0.001) (TABLA Nº 134).

Las puntuaciones medias en la subescala de "esterognosis" quedan reflejadas en la TABLA Nº 135, el cluster que obtiene puntuaciones más altas es el 4 (0.80±1.01) siendo entre éste y el resto de los cluster las diferencias en puntuaciones medias significativas, P<0.01 con cluster 1, P<0.04 con el 2 y P<0.008 con el 3.

En la subescala de "equilibrio" las puntuaciones medias superiores aparecen en el cluster 3 (7.09 ±4.77) seguido del cluster 4 (5.40±2.55) y del 1 (5.21 ±3.51) sin alcanzarse entre ellos niveles de significacion al compararse las puntuaciones medias. Cuando las puntuaciones en estos grupos

se comparan con las del cluster 2 si aparece nivel de significación de $P < 0.02$ con el 1, $P < 0.0001$ con el 3 y $P < 0.005$ con el 4 (TABLA Nº 136).

Las puntuaciones medias obtenidas en la subescala de "topognosis" pueden observarse en la TABLA Nº 137, siendo el grupo que obtiene puntuaciones más altas el 3 (1.47 ± 0.92) seguido del 1 (1.35 ± 0.74), 4 (1.06 ± 0.88) y 2 (1.02 ± 0.80) alcanzándose niveles de significación de $P < 0.05$ exclusivamente entre puntuaciones medias del cluster 2 y 3.

En la subescala de "persistencia" las puntuaciones más altas con diferencias del resto de los grupos son obtenidas por el cluster 3 (4.71 ± 3.52) estableciéndose entre éste y el resto de los cluster diferencias significativas respecto a puntuaciones medias de $P < 0.006$ (con 1), $P < 0.0004$ (con 2) y $P < 0.02$ (con 4) (TABLA Nº 138).

Las puntuaciones medias en la subescala de "movimientos rápidos" queda reflejada en la TABLA Nº 139. El grupo con puntuación superior es el 4 (12.86 ± 4.32) seguido del 3 (11.66 ± 3.32) y del 1 (10.28 ± 3.83) no existiendo entre ellos en puntuaciones medias diferencias significativas. Las puntuaciones más bajas aparecen en el cluster 2 (9.12 ± 3.74) estableciéndose entre este y el cluster 3 y 4 diferencias significativas de $P < 0.01$ y $P < 0.003$ respectivamente.

TABLA Nº 133

PUNTUACIONES MEDIAS EN P. A. M. E. S. S. EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 21.92 DE 10.17	\bar{X} 17.42 DE 8.86	\bar{X} 30.85 DE 13.81	\bar{X} 28.06 DE 9.20
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.04**	0.0001*		
4	NS	0.0001**	NS	

* U Mann Whitney, ** T Student.

TABLA Nº134

PUNTUACIONES MEDIAS EN " SINERGIA " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 1.28	\bar{X} 1.22	\bar{X} 3.90	\bar{X} 3.80
	DE 1.49	DE 1.95	DE 3.68	DE 3.36
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.03*	0.001*		
4	0.01*	0.001*	NS	

* U Mann Whitney.

TABLA Nº 135

PUNTUACIONES MEDIAS EN " ESTEREOGNOSIS " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 0.07	\bar{X} 0.25	\bar{X} 0.09	\bar{X} 0.80
	DE 0.26	DE 0.84	DE 0.30	DE 1.01
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	NS	NS		
4	0.01*	0.04**	0.008*	

* U Mann Whitney, ** T Student.

TABLA Nº 136

PUNTUACIONES MEDIAS EN " EQUILIBRIO " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 5.21	\bar{X} 3.02	\bar{X} 7.09	\bar{X} 5.40
	DE 3.51	DE 2.73	DE 4.77	DE 2.55
	P<	P<	P<	
2	0.02**			
3	NS	0.0001*		
4	NS	0.005**	NS	

* U Mann Whitney, ** T Student.

TABLA Nº 137

PUNTUACIONES MEDIAS EN " TOPOGNOSIS " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 1.35	\bar{X} 1.02	\bar{X} 1.47	\bar{X} 1.06
	DE 0.74	DE 0.80	DE 0.92	DE 0.88
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	NS	0.05**		
4	NS	NS	NS	

** T Student.

TABLA Nº138

PUNTUACIONES MEDIAS EN " PERSISTENCIA " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 1.57	\bar{X} 1.70	\bar{X} 4.71	\bar{X} 2.46
	DE 1.95	DE 1.78	DE 3.52	DE 1.99
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.006*	0.0004*		
4	NS	NS	0.02*	

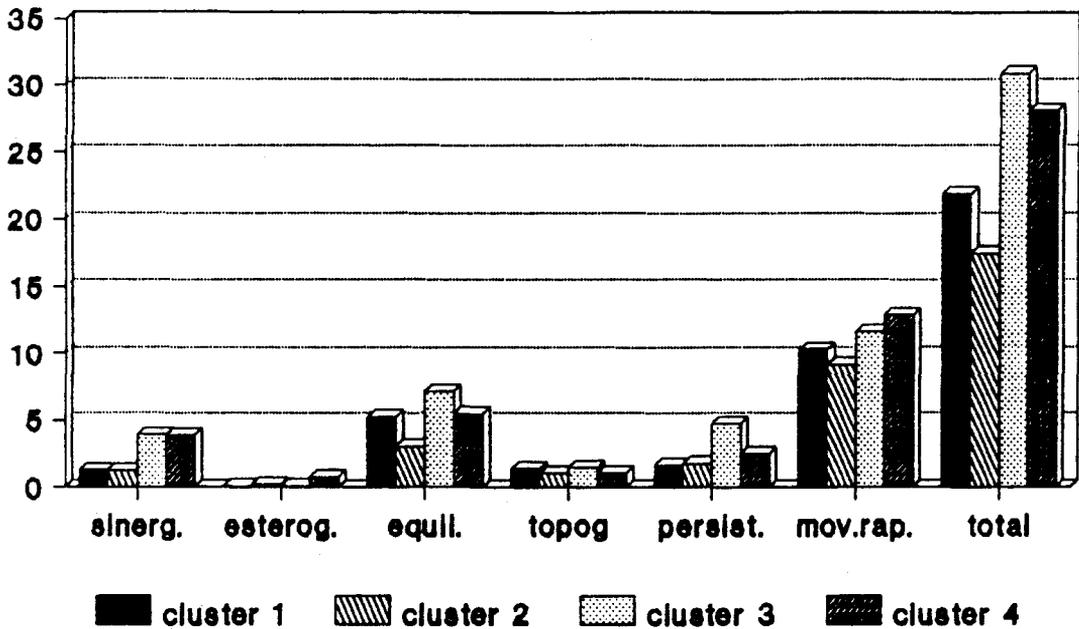
* U Mann Whitney.

TABLA Nº139

PUNTUACIONES MEDIAS EN " MOVIMIENTOS RAPIDOS " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	\bar{X} 10.28	\bar{X} 9.12	\bar{X} 11.66	\bar{X} 12.86
	DE 3.83	DE 3.74	DE 3.32	DE 4.32
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	NS	0.01**		
4	NS	0.003**	NS	

** T Student.

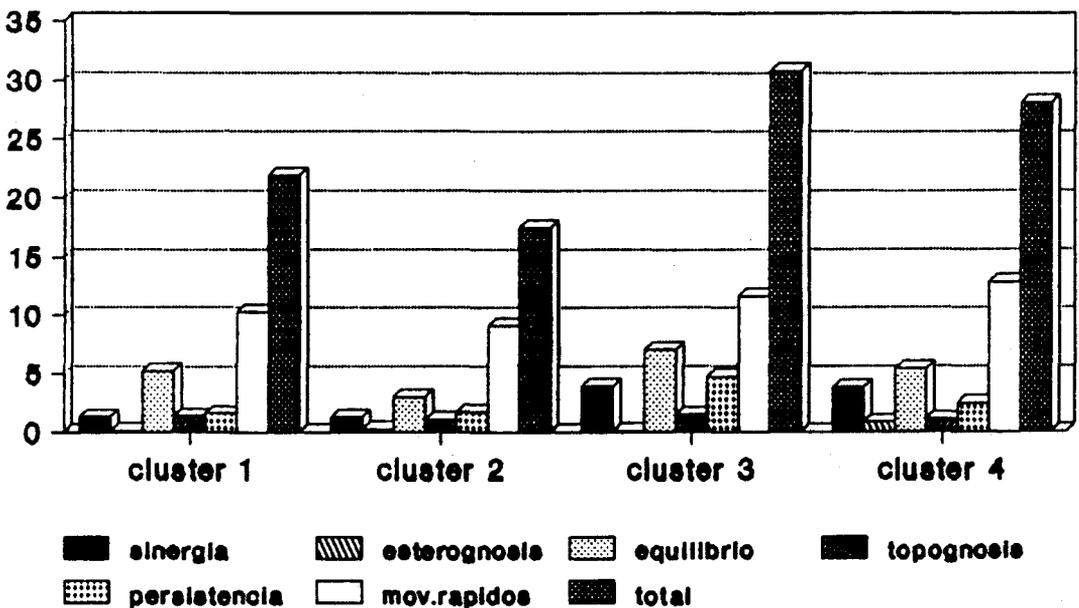
signos neurologicos menores



P.A.N.E.S.S.

GRAFICO Nº 82

signos neurologicos menores



P.A.N.E.S.S.

GRAFICO Nº 83

En la prueba de BENDER es de destacar en la valoración de Santucci (TABLA Nº 140) como el cluster 2 es el que presenta puntuaciones más altas (38.87 \pm 6.65) estando muy cercano a él en cuanto a puntuaciones medias el cluster 1 (37.57 \pm 6.46) sin existir entre ellos diferencias significativas, ambos están seguidos del cluster 4 (32.20 \pm 9.26) y 3 (30.33 \pm 9.80) con similares puntuaciones; se alcanzan niveles de significación entre 1 y 3 de $P < 0.02$, entre 2 y 3 de $P < 0.0006$ y entre 2 y 4 de $P < 0.005$.

Las puntuaciones en la valoración de KOPPITZ quedan reflejadas en la tabla nº 141, observándose como el cluster 3 obtiene puntuaciones superiores al resto (5.27 \pm 4.11) seguido del 4 (4.08 \pm 3.25) del 1 (2.80 \pm 2.33) y 2 (2.50 \pm 2.73) estableciéndose solo diferencias significativas en puntuaciones medias entre los cluster 2 y 3 ($P < 0.003$).

En el test de retención visual de BENTON, en la valoración del número de respuestas correctas (TABLA Nº 142) el grupo con puntuaciones más altas es el 4 (8.60 \pm 1.54) seguido del 1 (7.64 \pm 2.40), 2 (7.52 \pm 2.02) y 3 (6.90 \pm 2.14) estableciéndose diferencias significativas en cuanto a puntuaciones medias entre los clusters 3 y 4 ($P < 0.01$).

En la valoración del número de errores (TABLA Nº 143) el cluster que obtiene puntuaciones superiores es el 3 (12.66 \pm 4.24) estableciéndose diferencias significativas con respecto a las puntuaciones medias entre éste y el resto de los cluster de $P < 0.04$ (con 1), $P < 0.01$ (con 2) y $P < 0.002$ (con 4).

TABLA Nº 140

PUNTUACIONES MEDIAS EN " SANTUCCI " (Bender) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 37.57	\bar{X} 38.87	\bar{X} 30.33	\bar{X} 32.20
	DE 6.46	DE 6.65	DE 9.80	DE 9.26
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	0.02**	0.0006*		
4	NS	0.005**	NS	

* U Mann Whitney, ** T Student.

TABLA Nº 141

PUNTUACIONES MEDIAS EN " KOPFITZ " (Bender) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 2.80	\bar{X} 2.50	\bar{X} 5.27	\bar{X} 4.08
	DE 2.33	DE 2.73	DE 4.11	DE 3.25
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	NS	0.003*		
4	NS	NS	NS	

* U Mann Whitney.



TABLA Nº 142

**PUNTUACIONES MEDIAS EN "RESPUESTAS CORRECTAS" (Benton) EN LOS
DISTINTOS CLUSTERS**

	1	2	3	4
	\bar{X} 7.64	\bar{X} 7.52	\bar{X} 6.90	\bar{X} 8.60
	DE 2.40	DE 2.02	DE 2.14	DE 1.54
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	NS	NS		
4	NS	NS	0.01**	

** T Student.

TABLA Nº143

PUNTUACIONES MEDIAS EN " ERRORES " (Benton) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	\bar{X} 9.78	\bar{X} 9.77	\bar{X} 12.66	\bar{X} 8.46
	DE 3.57	DE 4.03	DE 4.24	DE 3.02
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	0.04**	0.01**		
4	NS	NS	0.002**	

** T Student.

Las puntuaciones medias obtenidas por los distintos clusters en las diversas medidas del continuous performance test quedan reflejadas en el GRAFICO Nº 84.

En la valoración de respuestas correctas el grupo que obtiene puntuaciones más bajas es el 3 (61.42±15.24) estando cercano a él el cluster 4 (62.13±17.92) sin existir entre ellos diferencias significativas. Las puntuaciones más altas las obtiene el cluster 2 (72.25±11.02) siendo similares las obtenidas por el cluster 1 (70.28±8.48). Se alcanzan niveles de significación de $P < 0.02$ y $P < 0.04$ entre los cluster 2 y 3 así como 2 y 4 respectivamente. (TABLA Nº 144).

Las puntuaciones en falsos positivos en la primera parte del test quedan reflejados en la TABLA Nº 145 obtienen puntuaciones medias superiores el cluster 3 (21.33±19.38) seguido del 4 (16.33±11.93) sin existir entre ambos grupos diferencias significativas. Los clusters 1 y 2 obtienen puntuaciones inferiores (9.42±6.59, 8.85±6.72, respectivamente) estableciéndose significaciones entre los cluster 1 y 3 ($P < 0.01$), 2 y 3 ($P < 0.0009$) y 2 y 4 ($P < 0.01$).

En la TABLA Nº 146 quedan reflejadas las puntuaciones medias en falsos positivos en la 2ª parte del test en los distintos clusters, destacando las altas puntuaciones en el 3 y 4 (25.33±33.06, 23.13±37.11 respectivamente) sin existir entre ambos significación. Los siguen en puntuaciones medias el cluster 1 (12.42±13.73) y el 2 (6.25±6.41). Se establecen niveles de significación entre el 1 y 2 ($P < 0.02$), 2 y 3 ($P < 0.002$) y 2 y 4 ($P < 0.01$).

En las tablas nº 147 y nº 148 quedan reflejadas las puntuaciones medias y diferencias significativas entre los distintos clusters en el tiempo de latencia de respuestas correctas y falsos positivos.

TABLA Nº 144

PUNTUACIONES MEDIAS "RESPUESTAS CORRECTAS" (CPT) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
\bar{X}	70.28	72.25	61.42	62.13
DE	8.48	11.02	15.24	17.92
P<				
2	NS			
3	NS	0.002*		
4	NS	0.04*	NS	

* U Mann Whitney

C.P.T.

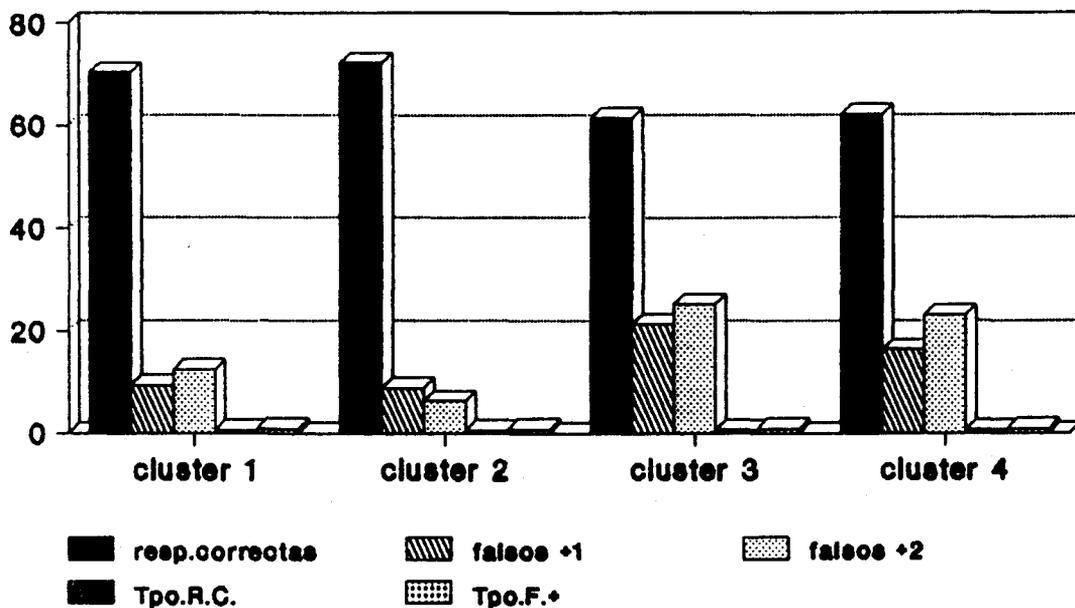


GRAFICO Nº 84

TABLA Nº 145

PUNTUACIONES MEDIAS EN "FALSOS POSITIVOS-1" (CPT) EN LOS DISTINTOS				
CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 9,42	X 8,85	X 21,33	X 16,33
	DE 6,59	DE 6,72	DE 19,38	DE 11,93
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0,01*	0,0009*		
4	NS	0,01*	NS	

* U Mann Whitney.

TABLA Nº 146

PUNTUACIONES MEDIAS EN "FALSOS POSITIVOS-2" (CPT) EN LOS DISTINTOS				
CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 12,42	X 6,25	X 25,23	X 23,13
	DE 13,73	DE 6,41	DE 33,06	DE 37,11
	P<	P<	P<	
2	0,02**			
3	NS	0,002*		
4	NS	0,01*	NS	

* U Mann Whitney, ** T Student.

TABLA Nº 147

PUNTUACIONES MEDIAS EN "Tº RESPUESTAS CORRECTAS" EN LOS DISTINTOS CLUSTER				
	1	2	3	4
	X 0,58	X 0,55	X 0,61	X 0,65
	DE 0,11	DE 0,13	DE 0,17	DE 0,12
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	NS	NS		
4	NS	0,009**	NS	

** T Student.

TABLA Nº 148

PUNTUACIONES MEDIAS EN "Tº FALSOS POSITIVOS " EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 0,87	X 0,70	X 0,87	X 0,92
	DE 0,23	DE 0,22	DE 0,24	DE 0,17
	P<	P<	P<	
2	0,02**			
3	NS	0,008**		
4	NS	0,001**	NS	

** T Student.

Las puntuaciones medias y significaciones en los cuestionarios de CONNERS de padres y profesores queda reflejado en las tablas nº 149 y 150.

En el cuestionario de Connors realizado por la madre el grupo que obtiene puntuaciones superiores es el 3 (48.38±9.41) seguido del 1 (40.21±9.25), 4 (38±10.26) y 2 (27.52±12.94) entre todos los grupos se alcanzan significación estadística al comparar las puntuaciones medias excepto entre el 1 y 4.

En el cuestionario de Connors realizado por los profesores el cluster 3 obtiene puntuaciones medias mas altas que el resto de los grupos (53.76±13.92), seguido del 4 (41.80±11.52), 1 (39±10.96) y 2 (19.47±12.11) al igual que sucedia en el cuestionario de padres, entre todos los grupos existe significación estadística entre puntuaciones medias a excepción de los clusters 1 y 4.

Las puntuaciones medias y niveles de significación entre los distintos cluster en los items 13,35,41 y 42 del cuestionario de Connors de padres y los items nº 1,6,7,8,14,21 y 35 del cuestionario de connors de profesores quedan reflejadas en las tablas nº 151 a 161.

TABLA Nº 149

PUNTUACIONES MEDIAS EN CUESTIONARIO DE CONVERS (PADRES) EN LOS

DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	X 40.21 DE 9.25	X 27.52 DE 12.94	X 48.38 DE 9.41	X 38 DE 10.26
	P<	P<	P<	
2	0.001**			
3	0.01**	0.0001**		
4	NS	0.007**	0.003**	

TABLA Nº 150

PUNTUACIONES MEDIAS EN CUESTIONARIO DE CONVERS (PROFESORES) EN LOS

DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	X 39 DE 10.96	X 19.47 DE 12.11	X 53.76 DE 13.92	X 41.80 DE 11.52
	P<	P<	P<	
2	0.0001**			
3	0.002**	0.0001**		
4	NS	0.0001**	0.01**	

TABLA Nº 151

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ÍTEM 13 CUESTIONARIO DE CONNERS (PADRES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,50	0,55	2,09	1,06
DE	1,01	0,71	0,94	1,03
P<				

2	0,0001**		
3	NS	0,0001**	
4	NS	0,04**	0,004**

Item 13=Se deja llevar por los otros niño.

TABLA Nº 152

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ÍTEM 35 CUESTIONARIO DE CONNERS (PADRES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	2,28	1,22	2,42	2,20
DE	0,99	1,02	0,81	1,08
P<				

2	0,001**		
3	NS	0,0001**	
4	NS	0,003**	NS

Item 35= Se distrae facilmente.

TABLA Nº 153

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 41 CUESTIONARIO DE CONNERS (PADRES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,50	0,52	1,42	0,93
DE	1,09	0,67	1,07	1,10
P<				

2 0,001*

3 NS 0,0008*

4 NS NS NS

Item 41= Si empieza a hacer algo repetitivamente le es imposible parar.

TABLA Nº 154

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 42 CUESTIONARIO DE CONNERS (PADRES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,50	0,52	1,95	1,46
DE	1,28	0,93	1,02	1,18
P<				

2 0,004*

3 NS 0,0001*

4 NS 0,003* NS

Item 42= Sus actos parece como si estuvieran movidos por un motor.

TABLA Nº 155

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 1 CUESTIONARIO CONNERS (PROFESORES) EN

LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,28	0,75	2,47	2,46
DE	0,99	0,98	0,68	0,64
P<		P<	P<	

2	NS		
3	0,0001*	0,0001*	
4	0,001**	0,0001*	NS

Item 1 = inquietud constante.

TABLA Nº 156

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 6 CUESTIONARIO CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	0,95	0,72	2,57	1,66
DE	0,94	0,96	0,81	1,11
P<		P<	P<	

2	NS		
3	0,0001*	0,0001*	
4	0,04*	0,003*	0,008**

Item 6 = Excitable e impulsivo.

TABLA Nº 157

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 7 CUESTIONARIO DE CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	2,50	0,85	2,47	2,20
DE	0,76	0,86	0,81	0,77
P<				

2 0,0001*

3 NS 0,0001*

4 NS 0,0001* NS

Item 7= Se distrae con facilidad, dificultad en concentrarse.

TABLA Nº158

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 8 CUESTIONARIO DE CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	2,07	0,40	2,09	1,86
DE	0,91	0,59	0,83	0,99
P<				

2 0,00001*

3 NS 0,0001*

4 NS 0,00001* NS

Item 8= Las tareas que comienza las abandona sin terminar.

TABLA Nº159

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 14 CUESTIONARIO DE CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,14	0,52	2,19	1,86
DE	0,86	0,64	0,81	0,91
P<		P<	P<	
2	0,007*			
3	0,001*	0,0001*		
4	0,03	0,0001*	NS	

Item 14= Perturba a otros niños.

TABLA Nº160

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 21 CUESTIONARIO DE CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	0,14	0,50	1,90	1,26
DE	0,36	0,71	1,04	1,03
P<		P<	P<	
2	NS			
3	0,00001*	0,00001*		
4	0,001*	0,003*	NS	

Item 21= Temperamento explosivo.

TABLA Nº 161

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL ITEM 35 CUESTIONARIO CONNERS (PROFESORES)

EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,07	0,45	2,14	1,80
DE	0,99	0,74	1,10	1,01
P<				

2	NS		
3	0,006**	0,0001*	
4	NS	0,0001*	NS

Item 35= Demanda excesiva atencion del profesor.

Las puntuaciones obtenidas en los distintos clusters en los síntomas de la subescala hipercinesia del P.A.C.S. se pueden observar en el GRAFICO Nº 85.

En atención mantenida el grupo que presenta puntuaciones superiores es el 3 (1.30+0.86) seguido del 4 (0.70+0.63), 1 (0.65+0.52) y 2 (0.29+0.48).

Apareciendo significaciones entre el cluster 1 y 2 (P<0.02), 1 y 3 (P<0.01), 2 y 3 (P<0.00001), 2 y 4 (P<0.01) y 3 y 4 (P<0.03). (TABLA Nº 162).

Las puntuaciones medias en distraibilidad quedan reflejadas en la TABLA Nº 163 destacando las altas puntuaciones en el cluster 3 (2.16+0.82) seguido del 4 (1.63+0.87) entre los que no existen diferencias, les sigue el 1 (1.38+1.16) y 2 (0.49+0.95); aparecen significaciones entre el 1 y 2 (P<0.007), 1 y 3 (P<0.02), 2 y 3 (P<0.0001), 2 y 4 (P<0.0001).

En la TABLA Nº 164 aparecen las puntuaciones medias y significaciones entre los clusters en nerviosismo, tanto los cluster 1, 3 y 4 presentan puntuaciones similares sin establecerse significaciones entre ellos, en cambio si se encuentran entre 1 (1.86+1.07) y 2 (0.69+1.09), 2 y 3 (2.37+0.73) y 2 y 4 (2.51 +0.66) , siendo las sinificaciones de P<0.001 y P<0.00001 respectivamente.

Las puntuaciones medias en nivel de actividad aparecen en la TABLA Nº 165 destacando las altas puntuaciones en el 3 (2.21+0.70) siendo similares en el 4 (2.08+0.60), siguiendole el 1 (1.73+0.96) y 2 (0.50+0.90). se alcanzan

TABLA Nº 162

PUNTUACIONES MEDIAS EN " ATENCION MANTENIDA " (P.A.C.S.) EN LOS				
<u>DISTINTOS CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	X 0,65	X 0,29	X 1,30	X 0,70
	DE 0,52	DE 0,48	DE 0,86	DE 0,63
	P<	P<	P<	
2	0,02*			
3	0,01**	0,00001*		
4	NS	0,01*	0,03**	

TABLA Nº 163

PUNTUACIONES MEDIAS EN " DISTRAIBILIDAD " (P.A.C.S.) EN LOS DISTINTOS				
<u>CLUSTERS</u>				
	1	2	3	4
	X 1,38	X 0,49	X 2,16	X 1,63
	DE 1,16	DE 0,95	DE 0,82	DE 0,87
	P<	P<	P<	
2	0,007*			
3	0,02**	0,0001*		
4	NS	0,0001*	NS	

TABLA Nº164

PUNTUACIONES MEDIAS EN " NERVIOSISMO " (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS

CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,86	0,68	2,37	2,51
DE	1,07	1,09	0,73	0,66
P<				

2	0,001*		
3	NS	0,00001*	
4	NS	0,00001*	NS

TABLA Nº165

PUNTUACIONES MEDIAS EN " NIVEL DE ACTIVIDAD " (P. A. C. S.) EN LOS

DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,73	0,50	2,21	2,08
DE	0,96	0,90	0,70	0,60
P<				

2	0,0001*		
3	NS	0,0001*	
4	NS	0,0001*	NS

niveles de significacion entre el cluster 2 y el resto de $P < 0.0001$.

Las puntuaciones medias en los distintos sintomas de la subescala de conducta del P.A.C.S. aparecen representados en el GRAFICO Nº 86 .

En el item de mentira las puntuaciones más altas aparecen en el cluster 3 $(1.90+1)$ existiendo entre éste y el resto de los clusters diferencias significativas en cuanto a puntuaciones medias. (TABLA Nº 166 GRAFICO Nº 87).

Igualmente en Rabieta las puntuaciones medias más altas aparecen en el cluster 3 $(2+0.75)$ seguido del 1 $(1.64+0.88)$ sin existir entre ellos diferencias. Las puntuaciones más bajas aparecen en el cluster 4 $(0.66+0.85)$ estando cercano a él el 2 $(0.68+0.82)$ igualmente no se establecen diferencias entre estos dos. Aparecen significaciones en puntuaciones medias entre 1 y 2 $(P < 0.001)$, 1 y 4 $(P < 0.006)$, 2 y 3 $(P < 0.0001)$ y 3 y 4 $(P < 0.0001)$ TABLA Nº 167 GRAFICO Nº 88 .

En desobediencia las puntuaciones más altas aparecen en el cluster 3 $(1.80+0.92)$ existiendo diferencias entre éste y el resto de los clusters los cuales presentan puntuaciones similares sin establecerse significacion entre ellos. (TABLA Nº 168 GRAFICO Nº 89).

En el item de resistencia las puntuaciones más altas se presentan en el cluster 1 $(1.57+1.01)$ seguido del 3 $(1.19+0.96)$, 2 $(0.45+0.78)$ y 4 $(0.33+0.72)$ las distintas puntuaciones medias y niveles de significacion aparecen en la TABLA Nº 168' GRAFICO Nº 90 .

En cuanto al ítem negativismo las puntuaciones superiores aparecen en el grupo 3 ($2.07+0.65$), seguido del grupo 4 ($1.30+0.90$), 1 ($1.67+0.97$) y 2 ($0.73+0.94$), encontrándose significaciones de $P<0.003$ entre el 1 y 2, de $P<0.0001$ entre 2 y 3, $P<0.05$ entre 2 y 4 y $P<0.005$ entre 3 y 4. TABLA Nº 169 GRAFICO Nº 90

Respecto al ítem que refleja agresividad contra objetos el grupo que obtiene puntuaciones superiores es el 3 ($0.64+0.80$). Entre este y el resto de los grupos se alcanzan niveles de significación de $P<0.04$ con el 1 ($0.14+0.36$), $P<0.003$ con el 2 y $P<0.03$ con el 4. TABLA Nº 170 GRAFICO Nº 92

En el ítem que señala agresividad contra personas el cluster que obtiene puntuaciones superiores es el 3 ($1.28+1.09$) siendo significativa las diferencias de puntuaciones entre éste y el resto de los clusters, con el 1 ($P<0.01$), con 2 ($P<0.00001$), con 4 ($P<0.003$). TABLA Nº 171 GRAFICO Nº 93

Dentro del grupo de ítems que forman la subescala afectiva es de destacar las puntuaciones en el ítem que refleja fobia, siendo el grupo que presenta puntuaciones superiores el 1 ($0.45+0.39$) seguido del 3 ($0.32+0.34$), 2 ($0.11+0.20$) y 4 ($0.06+0.12$), estableciéndose diferencias significativas entre el 1 y 2 ($P<0.001$), 1 y 4 ($P<0.001$), 2 y 3 ($P<0.01$) y 3 y 4 ($P<0.009$). TABLA Nº 172 GRAFICO Nº 94

subescala hipercinesia

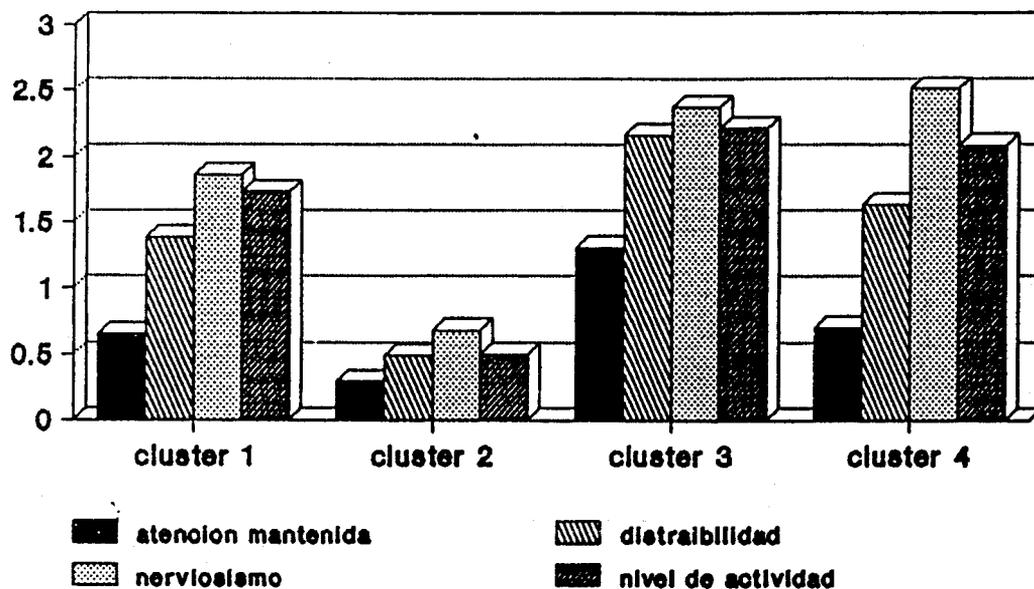


GRAFICO Nº 85

subescala conducta

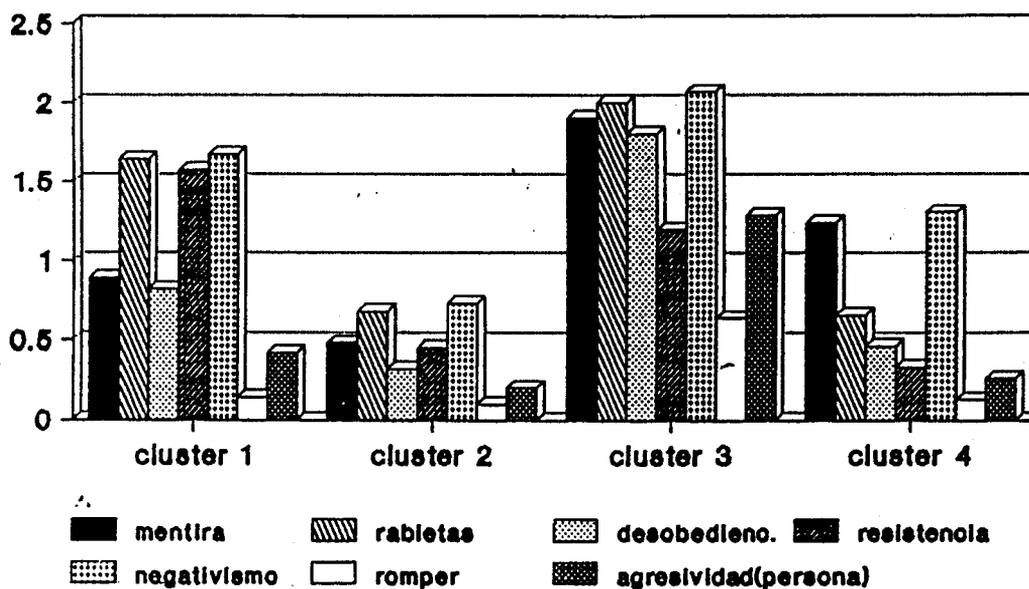


GRAFICO Nº 86

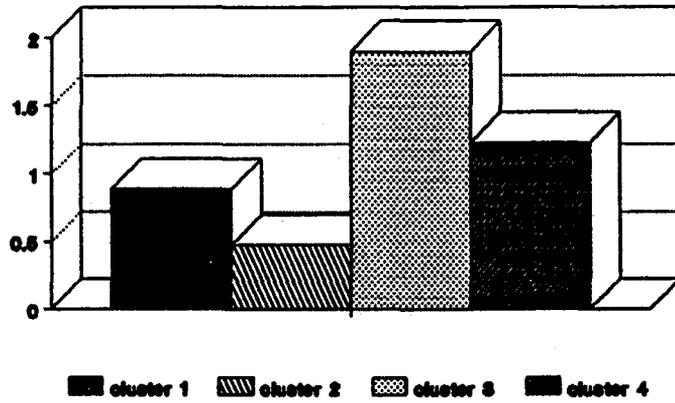
TABLA Nº 166

PUNTUACIONES MEDIAS EN "MENTIRA" (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 0,89	X 0,48	X 1,90	X 1,23
	DE 0,92	DE 0,89	DE 1	DE 0,98
	P<	P<	P<	P<
2	NS			
3	0,005*	0,0001*		
4	NS	0,01*	0,05**	

TABLA Nº 167

PUNTUACIONES MEDIAS EN "RARIETAS " (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 1,64	X 0,68	X 2	X 0,66
	DE 0,88	DE 0,82	DE 0,75	DE 0,85
	P<	P<	P<	
2	0,001*			
3	NS	0,0001*		
4	0,006*	NS	0,0001*	

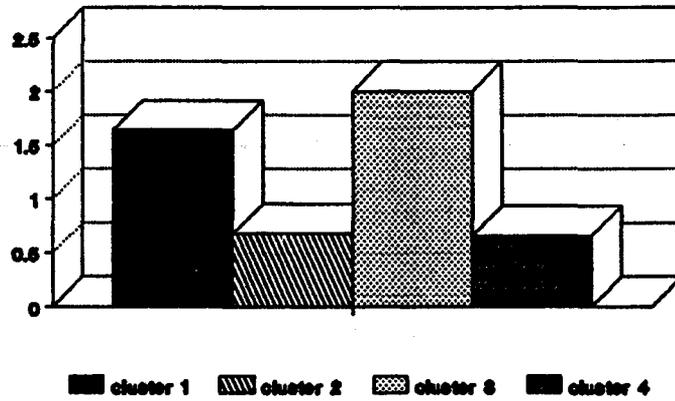
mentiras



p.p.p.p.

GRAFICO Nº 87

rapietas



p.p.p.p.

GRAFICO Nº 88

TABLA Nº168

PUNTUACIONES MEDIAS EN " DESOBEDIENCIA " (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS

CLUSTERS

	1	2	3	4
X	0,82	0,32	1,80	0,46
DE	1,03	0,67	0,92	0,74
P<				

2	NS		
3	0,006*	0,0001*	
4	NS	NS	0,0001**

TABLA Nº168'

PUNTUACIONES MEDIAS EN "RESISTENCIA" (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,57	0,45	1,19	0,33
DE	1,01	0,78	0,96	0,72
P<				

2	0,0001*		
3	NS	0,002*	
4	0,001*	NS	0,007*

TABLA Nº 169

PUNTUACIONES MEDIAS EN "NEGATIVISMO" (P.A.C.S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1,67	0,73	2,07	1,30
DE	0,97	0,94	0,65	0,90
P<				

2	0,003*		
3	NS	0,0001*	
4	NS	0,05*	0,005**

TABLA Nº 170

PUNTUACIONES MEDIAS EN "ROMPER" (P.A.C.S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	0,14	0,10	0,64	0,13
DE	0,36	0,30	0,80	0,35
P<				

2	NS		
3	0,04*	0,003*	
4	NS	NS	0,03*

TABLA Nº 171

PUNTUACIONES MEDIAS EN "AGRESIVIDAD" (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 0,42	X 0,20	X 1,28	X 0,26
	DE 0,64	DE 0,56	DE 1,09	DE 0,62
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0,01*	0,00001*		
4	NS	NS	0,003*	

TABLA Nº 172

PUNTUACIONES MEDIAS EN "FOBIA " (P. A. C. S.) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS				
	1	2	3	4
	X 0,45	X 0,11	X 0,32	X 0,06
	DE 0,39	DE 0,20	DE 0,34	DE 0,12
	P<	P<	P<	
2	0,001*			
3	NS	0,01*		
4	0,001*	NS	0,009*	

desobediencia

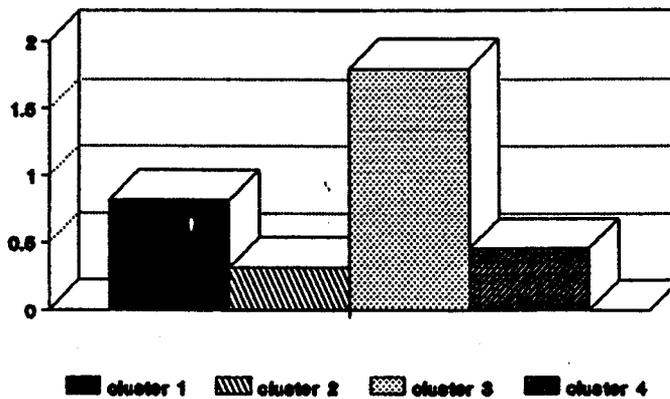


GRAFICO Nº89

P.A.S.S.

resistencia

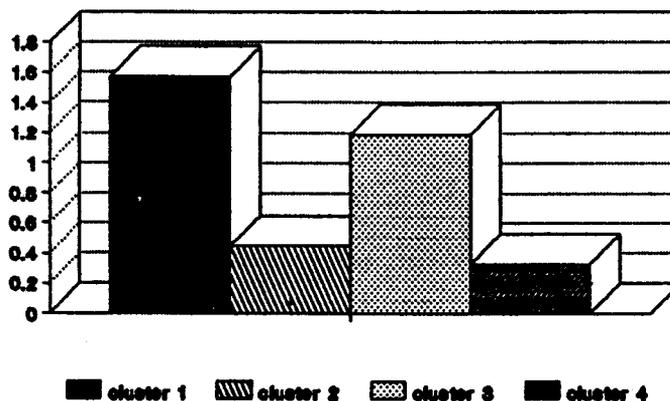


GRAFICO Nº 90

P.A.S.S.

negativismo

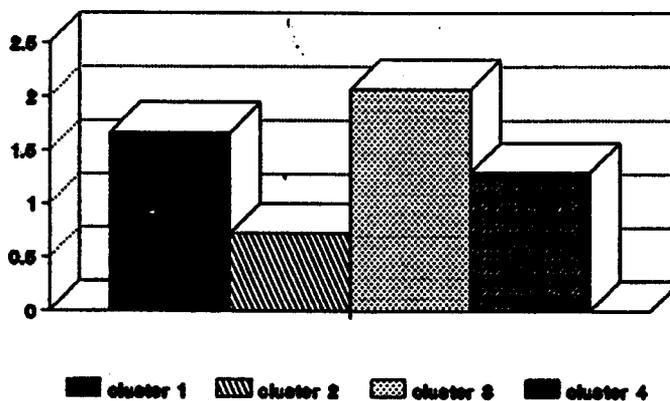


GRAFICO Nº91

P.A.S.S.

agresividad (objetos)

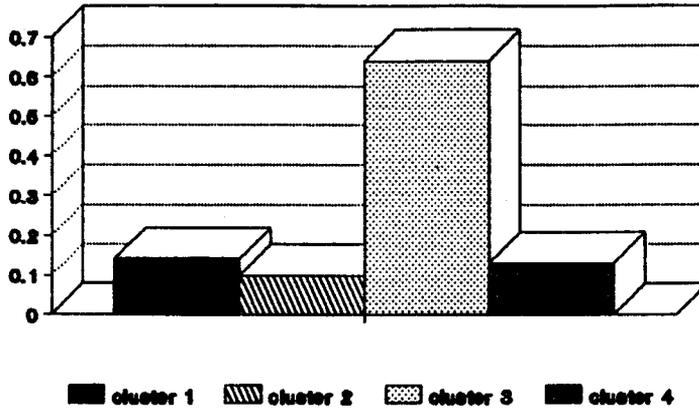


GRAFICO Nº92

P.A.S.S.

agresividad(personas)

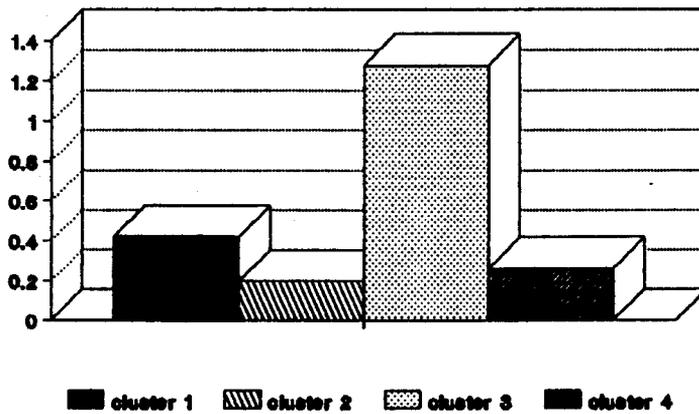


GRAFICO Nº 93

P.A.S.S.

fobia

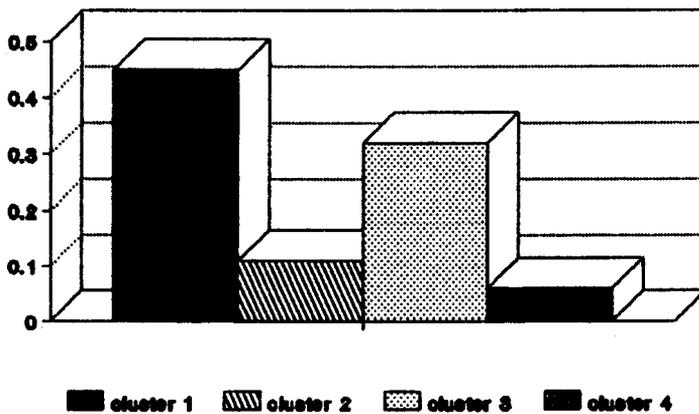


GRAFICO Nº 94

P.A.S.S.

En la prueba de Dígitos, en orden directo, el grupo con puntuaciones superiores es el 1 (5.78+0.97), siendo muy similar, en cuanto a puntuaciones el 2 (5.67+0.88), sin establecerse entre ellos diferencias significativas. Les siguen los grupos 4 (5.26+1.16) y 3 (5.09+0.76). Aparecen significaciones entre los grupos 1 y 3 ($P < 0.02$) y 2 y 3 ($P < 0.01$). TABLA Nº 174 .

En dígitos, en orden inverso, el grupo con puntuaciones más altas es el 2 (4.15+0.80), seguido del 4 (3.93+1.28), 1 (3.64+0.92) y 3 (3.52+0.81), apareciendo niveles de significación entre los clusters 1 y 2 ($P < 0.05$) y 2 y 3 ($P < 0.005$) TABLA Nº 175 .

Dentro de las puntuaciones del cuestionario de CONNERS de Profesores en las puntuaciones medias de los distintos factores destacan: en el factor Hiperactividad el cluster 3 es el que obtiene puntuaciones superiores (2.17+0.47) estando cercano a él el 4 (2.07+0.52), seguido del 1 (1.08+0.57) y 2 (0.63+0.67), entre todos los grupos se alcanzan niveles de significación (excepto entre el 3 y 4). TABLA Nº 176 .

En el factor Conducta las puntuaciones más altas aparecen en el cluster 3 (1.35+0.59) seguido del 4 (1.12+0.48), 1 (0.53+0.25) y 2 (0.37+0.29) alcanzándose significaciones entre puntuaciones medias entre los clusters 1 y 3 ($P < 0.0001$), 1 y 4 ($P < 0.001$), 2 y 3 ($P < 0.00001$) y 2 y 4 ($P < 0.00001$) TABLA Nº 177 .

En el factor Inatención -Pasividad el cluster con puntuaciones superiores es el 1 (1.59+0.56), seguido del 3

(1.36+0.65), 4(1.25+0.55) y 2(0.54+0.54), apareciendo significaciones de $P < 0.0001$ entre los grupos 1 y 2, 2 y 3, 2 y 4. TABLA Nº 178 .

En las puntuaciones del factor Tension-ansiedad el grupo 1 es el que destaca sobre el resto(1.21+0.51) estableciendose diferencias entre éste y los demas grupos significativas al $P < 0.0001$ con el 2, $P < 0.01$ con el 3 y $P < 0.004$ con el 4. TABLA Nº 179.

Dentro del grupo de factores de nuestro estudio en el factor dependencia el cluster con puntuaciones más altas es el 1 (1.56+0.73) seguido del 3 (1.15+0.83), 4 (0.95+0.48) y 2(0.93+0.77) apareciendo significaciones de $P < 0.01$ entre los grupos 1 y 2, 1 y 4. TABLA Nº 180.

En el factor aislamiento las puntuaciones más altas aparecen en el grupo 3(0.94+0.76)seguido del 1(0.90+0.64), 4(0.68+0.72) y 2(0.36+0.36), siendo significativa las diferencias entre os grupos 1 y 2($P < 0.003$), 2 y 3($P < 0.001$)TABLA Nº 181.

TABLA Nº174

PUNTUACIONES MEDIAS EN "DIGITOS" (Directos) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	X 5.78	X 5.67	X 5.09	X 5.26
	DE 0.97	DE 0.88	DE 0.76	DE 1.16
	P<	P<	P<	
2	NS			
3	0.02**	0.01**		
4	NS	NS	NS	

TABLA Nº175

PUNTUACIONES MEDIAS EN "DIGITOS" (Inversos) EN LOS DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
	X 3.64	X 4.15	X 3.52	X 3.93
	DE 0.92	DE 0.80	DE 0.81	DE 1.28
	P<	P<	P<	
2	0.05**			
3	NS	0.005**		
4	NS	NS	NS	

TABLA Nº 176

**PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR HIPERCINESIA " (CONURS) EN LOS
DISTINTOS CLUSTERS**

	1	2	3	4
X	1.08	X 0.63	X 2.17	X 2.07
DE	0.57	DE 0.67	DE 0.47	DE 0.52
P<		P<	P<	
2	0.02*			
3	0.0001*	0.0001*		
4	0.0001**	0.0001*	NS	

TABLA Nº 177

**PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR CONDUCTA " (CONURS) EN LOS DISTINTOS
DISTINTOS CLUSTERS**

	1	2	3	4
X	0.53	X 0.37	X 1.35	X 1.12
DE	0.25	DE 0.29	DE 0.59	DE 0.48
P<		P<	P<	
2	NS			
3	0.0001*	0.00001*		
4	0.001*	0.00001*	NS	

TABLA Nº 178

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR INATENCIÓN-PASIVIDAD " (COMERS)

	1	2	3	4
X	1.59	X 0.54	X 1.36	X 1.25
DE	0.56	DE 0.54	DE 0.65	DE 0.55
	P<	P<	P<	
2	0.0001**			
3	NS	0.0001**		
4	NS	0.0001**	NS	

TABLA Nº 179

PUNTUACIONES MEDIAS EN " FACTOR TENSION-ANSIEDAD " (COMERS) EN LOS

DISTINTOS CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1.21	X 0.62	X 0.82	X 0.70
DE	0.51	DE 0.45	DE 0.32	DE 0.32
	P<	P<	P<	
2	0.0001**			
3	0.01*	NS		
4	0.004**	NS	NS	

TABLA Nº 180

PUNTUACIONES MEDIAS EN "FACTOR DEPENDENCIA" (CONGRES) EN LOS DISTINTOS

CLUSTERS

	1	2	3	4
X	1.56	X 0.93	X 1.15	X 0.95
DE	0.73	DE 0.77	DE 0.83	DE 0.48
	P<	P<	P<	
2	0.01**			
3	NS	NS		
4	0.01**	NS	NS	

TABLA Nº 181

PUNTUACIONES MEDIAS EN "FACTOR AISLAMIENTO" (CONGRES) EN LOS DISTINTOS

CLUSTERS

	1	2	3	4
X	0.90	X 0.36	X 0.94	X 0.68
DE	0.64	DE 0.36	DE 0.76	DE 0.72
	P<	P<	P<	
2	0.003*			
3	NS	0.001*		
4	NS	NS	NS	

V-DISCUSSION.

A pesar del interés, desde primeros de siglo, de los trastornos Atencionales-Hipercinéticos, mostrado en multitud de trabajos, enfocados desde distintos ángulos, el intento en la delimitación psicopatológica y neuropsicológica del trastorno continua vigente en la actualidad.

El incremento de interés, en las últimas décadas, es directamente proporcional a las contradicciones plasmadas por los autores en sus tesis.

Dichas contradicciones son debidas principalmente a las dificultades metodológicas adherentes al estudio del trastorno, siendo dos básicamente los obstáculos metodológicos que imposibilitan el esclarecimiento del mismo: Los criterios diagnósticos y la evaluación testológica.

DIFICULTADES EN CRITERIOS DIAGNOSTICOS

La ausencia del cuadro en las clasificaciones taxónomicas hasta 1968 (I.C.D.-8, D.S.M. II) y la falta de criterios hasta 1980 (D.S.M. III) hace que se puedan establecer dos periodos: antes y después del DSM III.

En la primera etapa, la ausencia de un lenguaje común respecto al síndrome hace que éste sea un "cajón de sastre" donde se incluyen todos los niños con características psicopatológicas similares, sin tenerse en cuenta, la mayoría de las veces, criterios de exclusión básicos como enfermedad neurológica severa, déficit intelectual u otros cuadros psiquiátricos, encuadrándose con una única denominación "Síndrome Hiperkinético", "Disfunción Cerebral Mínima", etc el estudio de diversos cuadros, llevando por un lado a la disparidad en los resultados de los autores de la época y por otro a la imposibilidad de comparación con los estudios de los últimos años.

A partir de los criterios diagnósticos D.S.M. III(1980) o BARKLEY(1982) se puede establecer un lenguaje común entre investigadores, sin embargo dichos criterios adolecen de deficiencias que llevan a que dicho lenguaje, aunque común, tenga cierto matiz de ininteligibilidad. Así, en el D.S.M. III podemos señalar que:

-A pesar del amplio cortejo psicopatológico constituyente del trastorno, sólo se establecen tres dimensiones: hiperactividad, atención e impulsividad, siendo básicas las dos últimas para establecer el diagnóstico.

-Los items dentro de cada área no están claramente definidos como pertenecientes a dicha dimensión.

-La ausencia de operativización de los items en cuanto a cualidad e intensidad, al tratarse de síntomas presentes en

muchos cuadros psiquiátricos, puede llevar a errores diagnósticos.

-La falta de inclusión en cuanto a valoración cognitiva en el campo atencional, percepción, memoria, tan imbricados en el cuadro, como las áreas psicopatológicas que se resaltan.

En cuanto a la revisión de 1989 del D.S.M. III se pueden destacar , además de las anteriores, principalmente el establecimiento de unidimensionalidad psicopatológica, ampliamente criticada por multitud de trabajos en los que se demuestra la presencia dentro del trastorno de más de una dimensión (CONNERS, 1969, 1973; QUAY, 1986).

Una ventaja que "intenta" establecer esta revisión son los criterios de gravedad leve, moderado y grave basados por un lado en "pocos" o "muchos" síntomas y por otro en " empeoramiento funcional" en actividad escolar, social o familiar. Sin embargo deja la determinación de "pocos" o "muchos" síntomas libre y por otro lado no define cuando se debe considerar la existencia de empeoramiento funcional. Igualmente considera uno de los síntomas frecuentemente asociado al cuadro como "pobres relaciones escolares y con semejantes" como criterio de severidad.

Respecto a los criterios diagnósticos del D.S.M. III-R para trastorno de conducta las fallas principales que presentan son:

-Falta de precisión, ya que existen por un lado síntomas no operativizados (mentiras frecuentes, provocación deliberada de incendios) y por otro síntomas indiferenciados según la edad en que se presenten, siendo dependiente de esta la consideración psicopatológica o no del síntoma.

-Ausencia de síntomas comunes: baja tolerancia a la frustración, mal rendimiento académico etc.

-Falta de delimitación en cuanto a diagnóstico diferencial.

-La presencia de al menos 7 síntomas, de los 13 a elegir para establecer el diagnóstico, de gran repercusión social, rayando o entrando ampliamente en lo delictivo, por lo que se pueden incluir dentro del cuadro niños con características psicopatológicas muy dispares.

En cuanto a los criterios diagnósticos de la C.I.E-10 un número de entidades diagnósticas corresponderían al ADDH del D.S.M. III. El más problemático es el denominado "Trastorno hiperkinético del comportamiento", categoría mixta la cual continuara siendo clasificada como T.D.A.H. (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en el D.S.M. III-R.

Por otro lado la categoría "Trastorno por déficit de atención indiferenciado" del D.S.M. III-R, sobre los que

existen serias dudas sobre su validez, sería comparable con "trastorno hiperactivo sin más especificación" del I.C.D. 10.

A pesar de los intentos para hacer los dos sistemas compatible continúan existiendo considerables diferencias entre los esquemas para trastornos disruptivos y otras entidades diagnósticas.

DIFICULTADES EN EVALUACION TESTOLOGICA

A- ESCALAS DE EVALUACION DE CONDUCTA

Las escalas de evaluación de conducta de padres y profesores suponen un instrumento de gran ayuda en el estudio de los trastornos atencionales-hipercinéticos ya que resulta imprescindible para establecer el diagnóstico la valoración del niño en distintos marcos: casa, colegio etc.

La utilización de dichas escalas , en líneas generales, lleva implícito grande ventajas como:

- Permitir homogeneización de la información.
- Tener la posibilidad de cuantificar.
- Poder establecer perfiles estereotípicos.
- Facilidad y economía de uso.

Sin embargo los inconvenientes no son menos:

- Debe suponerse que la persona que lo contesta esta capacitada para la valoración de la conducta ajena.

-Ha de suponerse tambien que la percepción de las conductas a evaluar es similar por los distintos observadores.

- Los puntos de referencia de la escala deben ser homogéneos en su significado, fundamentalmente para las respuestas intermedias.

- En las escalas de profesores hay que tener en cuenta que son vulnerables a la influencia, debido a la



práctica o efecto de la regresión, ya que se tiende a dar respuestas más negativas la primera vez que se contesta el inventario que en las siguientes ocasiones (ACHEMBACK, EDELBROCH, 1978; WERRY, SPRAGUE y COHEN, 1974).

-Las puntuaciones obtenidas de dos procedencias diferentes a menudo no se corresponden entre sí (GLOW, 1981; SANDBERG et al, 1978). Pudiendo estar el desacuerdo motivado por la utilización de cuestionarios con áreas distintas para padres y profesores, variabilidad en la percepción o que las conductas del niño "perse" cambian de un marco a otro.

B-PRUEBAS ATENCIONALES.

Es destacable dentro de la valoración atencional la amplia variabilidad en pruebas de vigilancia utilizadas en los estudios, así como las distintas versiones empleadas de cada una de ellas, lo cual obstaculiza la comparabilidad entre muchos trabajos.

Ejemplo de ello son las distintas versiones empleadas del Continuous Performance Test desde 1956, en las que los estímulos, periodos interestimulares, utilización de distractores, tiempo de duración total de la prueba cambian de una versión a otra. Siendo en cambio las medidas valoradas por la prueba siempre las mismas, número de respuestas correctas, falsos +, tiempo de latencia.

La variabilidad en parámetros como el número de estímulos y tiempo total, directamente influye en el nivel

de desarrollo de la tarea y la sensibilidad de la misma , así cuando se emplean tareas que requieren baja demanda cognitiva (como versión "X" del C.P.T.) no se encuentran diferencias entre ADDH y niños normales. Resultados similares ocurren cuando se usa el C.P.T. con una duración total corto o el tiempo interestimular es largo.

C- EXPLORACION NEUROLOGICA.

La diversidad de exploraciones neurológicas utilizadas es tan amplia como sujetos la utilizan , siendo necesario el uso de escalas, para al menos, valorarse los mismos signos. NO obstante las críticas se cifan en la falta de estandarización de las mismas, la subjetividad del explorador, baja correlaciones entre investigadores etc.

SANJUAN, LEAL Y AGÜERO (1987) centran los problemas metodológicos en tres principalmente : validez aparente, fiabilidad interexaminadores y estabilidad en el tiempo a corto y largo plazo, sin olvidar otros como sesgo en el muestreo, no utilizar método a doble ciego, errores en el analisis e inferencia de los datos , factores como el grado de atención ,concentración del sujeto o la motivación - cooperación durante la realización de la prueba.

Estos dos grandes bloques de dificultades (criterios diagnosticos, evaluación testologica) lleva a obstaculizar metodologicamente los estudios sobre trastornos

atencionales, tanto en la practica clinica como a nivel epidemiologico.

En el presente trabajo ademas de las ya mencionadas dificultades contamos con diversos inconvenientes en la realizacion del mismo, centrados en la seleccion de las muestras (criterios diagnosticos, edad, sexo) y en la valoracion psicopatologica y neuropsicologica de los sujetos que la integran.

-SELECCION DE LAS MUESTRAS

Para la selección de la muestra de trastorno atencional escolar tenemos que ceñirnos a un diseño metodológico de estudio epidemiológico transversal de prevalencia en 2 fases, sin embargo en ningun momento hemos considerado esta parte del trabajo como epidemiológica debido al incumplimiento de dos principios básicos: la no selección de la población por randomización y la utilización de un instrumento de screening no validado en España.

Respecto al uso de criterios diagnosticos, al estar en vigor al principio del estudio los criterios diagnosticos D.S.M. III estos fueron los seguidos para el diagnostico del cuadro. Al aparecer en 1988 la revision del D.S.M. III a todos los niños hasta entonces estudiados, los cuales continuan en tratamiento, en periodos de vacaciones

terapeúticas, le son aplicados, así como de forma retrospectiva se le insta a los padres que valoren el principio del cuadro según D.S.M. III R utilizando los 2 criterios en la selección de los sujetos que continúan incorporándose al estudio. Todos los niños que anteriormente cumplían criterios para la D.S.M. III lo continuaban cumpliendo según la nueva revisión.

La muestra de trastorno de conducta se comienza a estudiar en 1989, una vez aparecidos los criterios D.S.M. III R. Por las características ya señaladas de dichos criterios, la imposibilidad de obtención de una muestra en población clínica nos lleva a buscar un centro donde a priori entendemos debe existir una alta incidencia de niños con este trastorno. Los sesgos metodológicos que se nos presentan al tomar esta decisión son varios, por un lado el análisis psicopatológico, dado que están inmersos en una institución esta sesgado, por otro lado la clase socioeconómica a la que pertenecen estos niños es obviamente inferior a la mayoría de los casos estudiados en el resto de las poblaciones. Estos dos sesgos son tenidos en cuenta en la elaboración de todo el proceso de análisis y en un intento de paliarlo, en algún modo, se estudia paralelamente a los niños presentes en el centro que no cumplían criterios diagnósticos D.S.M. III R para trastorno de conducta, que aunque no incluidos en este trabajo, en algunos puntos de la discusión son reseñados.

El centrarnos en cuanto a la edad en el rango de 7-15 años se debe a la imposibilidad en niños de edades inferiores de la realización de algunas de las pruebas como las atencionales y porque algunos de los síntomas en dichas edades, su aparición, no siempre representa un valor psicopatológico.

Un problema que se nos plantea respecto a la edad es la diferencia de presentación de los cuadros en rangos de edad distintos; Así SZATMARI et al (1989c) señala como entre niños de 4 a 11 años la prevalencia de ADDH puro es aproximadamente dos veces mayor que la de trastornos de conducta puros, mientras que en los niños de 12 a 16 años los trastornos de conducta son dos veces más frecuentes que ADDH. Este es uno de los mayores sesgos metodológicos que presentan los estudios comparativos de los dos cuadros, sesgo que podría paliarse al establecerse dos grupos de edades, en nuestro caso ha sido imposible por quedar en el grupo de menor edad la mayoría de la muestra de niños con trastornos atencionales estando por el contrario en el grupo de edades superiores casi todos los niños que integran la muestra de trastorno de conducta.

En cuanto al sexo, en ningún momento fue criterio de exclusión la pertenencia a uno u otro, tampoco se intenta delimitar en el estudio de las muestras las diferencias, por ello no son excluidas del grupo de trastorno atencional

escolar las niñas presentes. Por el contrario nos parecía un error metodológico excluirlas una vez seleccionadas.

-PRUEBAS UTILIZADAS

El principal inconveniente ha sido la utilización de un número elevado de pruebas y la falta de validación de algunas de ellas.

A pesar del coste en tiempo empleado al utilizar tantas pruebas, cada una de ellas cumple un objetivo evaluador preciso, y creemos necesario, para lograr una mayor delimitación psicopatológica de los grupos estudiados.

ESTUDIO EN POBLACION NORMAL

Es de destacar en la primera parte del estudio en población escolar la alta colaboración de profesores, así como la de padres .

Por otro lado nos llama la atención el alto porcentaje de sujetos seleccionados, aproximadamente 1/3 de la población, sin embargo esta alta proporción de profesores y padres que consideran a sus alumnos e hijos como hiperactivos en población normal no es de extrañar. Ya RUTTER(1970) en el estudio de la isla de Wight encuentra que 1/3 de niños entre 10-11 años, los cuales no presentaban desordenes psiquiátricos, habían sido descritos por sus

padres o profesores como sobreactivos. Igualmente LAPOUSE Y MONK (1958) anotan que mas del 50% de padres de niños no seleccionados de poblacion consideran que sus hijos son sobreactivos.

La diferencia porcentual respecto al sexo en la seleccion por instrumento de screening eran esperables (67.42% varones, 32.58% mujeres), dichas diferencias estan acentuadas al establecer criterios diagnósticos (81.08% varones ,18.92% mujeres) pasando a ser la proporción entre varones y hembras que no cumplen criterios similar (57.69%varones ,42.31% mujeres). Dichas diferencias explican la distribución en cuanto al sexo en la prevalencia del trastorno, sin embargo, estas diferencias no deberian ser tan altas teniendo en cuenta algunos hechos.

En los cuestionarios la mayoria de los items son de hiperactividad, conducta e inatención, donde los varones tienen puntuaciones superiores, por lo que logicamente resultan mas seleccionados. Sin embargo para SCHACHAR,SANDBERG y RUTTER (1986) los síntomas de agresividad y conducta en los varones (mas frecuentes) ejercen un "efecto halo" en las escalas de inatención, los niños disruptivos son probablemente mas incorrectamente percibidos como inatentos. Igualmente para McGEE et al(1987) los varones pueden ser percibidos más como inatentos que las mujeres debido a tener mas hiperactividad y agresión. Si a esto sumamos que en la mayoria de los estudios los puntos de corte se establecen a partir de poblacion general sin

delimitar el sexo (punto de corte para varones y punto de corte para mujeres) es lógico que un alto porcentaje de mujeres queden fuera, estando en ultimo caso sesgado los datos de prevalencia del cuadro en cuanto al sexo. Por otro lado si existe una diferenciación psicopatológica en el sentido del mayor peso en varones de problemas de conducta y en las hembras de problemas cognitivos , los primeros son más detectables a traves de cuestionarios.

CUESTIONARIO DE CONNERS DE PROFESORES

En los cuestionarios de conners de profesores es de destacar como tanto el número de factores como las dimensiones de los mismos son similares al resto de los estudios (TABLA Nº 182).

Por otro lado nuestros factores explican el 61.7% de la varianza total, puntuacion que epidemiologicamente en psiquiatria se considera aceptable.

(TABLA Nº 182) Los items que comportan nuestro primer factor hiperactividad/conducta equivalen practicamente a los items pertenecientes a los factores conducta e hiperactividad aisladamente de la mayoria de los estudios.

Es de destacar como los 5 items con peso mas alto (sin peso en otros factores) son los que pertenecen en otros estudios al factor hiperactividad o hiperactividad-inatención, exceptuando el de LUCK(1988) que es el único

estudio junto con el nuestro que presenta hiperactividad conducta en un solo factor.

El solapamiento de los síntomas de problemas de conducta e hiperactividad , a pesar de solo aparecer en el estudio de LUCK, ya era anotado por QUAY en 1979 , al revisar la literatura sobre valoración de escalas de problemas de conducta. Para el , el establecimiento de la hiperactividad como forma independiente de los Trastornos de conducta era dudosa ya que no solamente esta fracasaba al emerger como un modelo aislado, sino que la variable hiperactividad por si misma frecuentemente aparecia como parte de la dimensión trastorno de conducta.

Por otro lado LUCK , considera dicho solapamiento consecuencia de una serie de hechos, por un lado puede ser cultural o que los profesores no esten familiarizados con el instrumento. Por otro lado puede ser debido al "efecto halo" en la percepcion de los profesores, del mismo modo que ellos identifican que un niño tiene síntomas de hiperactividad ellos tienden a valorarlo como que tiene problemas de conducta ya que debido al ambiente y estructura de las clases (numerosas) los niños hiperactivos tienden a alterar el orden y es probable que aparezcan síntomas pertenecientes a problemas de conducta.

La influencia de la estructura de la clase sobre la percepción del profesor y el comportamiento de los niños ya era señalada Por FLYNN y RAPOPORT en 1976. Para ellos los niños hipercinéticos que estan en "clases abiertas" (donde el profesor y el alumno juntos crean la estructura) se comportan de forma mas similar a sus semejantes que otros niños diagnosticados los cuales estaban en clases tradicionales (clases estructuradas); sin embargo la observacion directa por investigadores entrenados encuentran muy poca diferencia entre los dos tipos de clases, y en ultimo caso las implicaciones de un tipo u otro influirian mas sobre la percepción del profesor que directamente sobre el desarrollo psicológico del niño.

Nuestro factor emocional compuesto de 5 items (donde solo los 2 primeros tienen peso alto en este factor teniendo el resto peso = o superior a .30 en factor dependencia o aislamiento) forma parte del factor 3 (emocional) y 4 (ansioso-pasivo) de TRITES; equivale exceptuando al item 13 al factor tensión-ansiedad de WERRY y menos el item 39, el resto de ellos forman parte del factor ansiedad-tension de CONNERS (1969).

El factor "IV" inatención aparece independiente del factor hiperactividad al igual que en el estudio de CONNERS (1969b), GOYETTE et al (1978b) y LUCK et al (1988). En el resto de los estudios aparece en combinación con

hiperactividad. Sin embargo en nuestro estudio a pesar de la independencia hay que destacar que los dos items mas puramente atencionales - se distrae con facilidad y abandona las tareas- tienen un peso de .47 y .43 en factor hiperactividad-conducta.

Esta independencia señalada en muchos estudios entre las dimensiones hiperactividad e inatención es igualmente reseñada en otros trabajos donde se utilizan otros cuestionarios de padres y profesores como los señalados por HEALY et al (1988), observandose que los items que reflejan hiperactividad y déficit atencional aparecen en factores separados. Este hecho indicaría la existencia de dos dimensiones distintas y haciendo un trasbase a criterios diagnosticos validaria la denominación en D.S.M. III de trastorno atencional sin hiperactividad , a la vez que estaria en contraposición con la unidimensionalidad de trastorno atencional con hiperactividad en DSM III R.

De cualquier forma, el que muchos items pertenecientes al factor hiperactividad-conducta e inatención tengan peso alto en el otro factor, hace que no se pueda afirmar ni la independencia hiperactividad-conducta-inatencion ni la unidimensionalidad hiperactividad-conducta.

Este hecho observable en nuestro trabajo aparece igualmente en distintos estudios. En esta TABLA Nº 183 se presentan distintos trabajos en los que aparecen items que a pesar de formar parte de un factor definido tienen alto peso

(>.40 o superior) en otros factores, pudiendose observar el gran solapamiento en síntomas de trastornos de conducta, hiperactividad e inatención.

En la diferenciación segun el sexo observamos como al igual que en el resto de los estudios los varones tienen puntuaciones superiores a las mujeres en la mayoria de los items de hiperactividad, conducta e inatención, siendo las puntuaciones superiores en las mujeres en los items emocionales.

Al igual que en otros estudios si hallamos los factores de CONNERS del 69, inatención-pasividad e hiperactividad, en ambos factores los varones obtienen puntuaciones medias superiores que las mujeres (TABLA Nº 184).

Fijandonos en las puntuaciones de hiperactividad e inatencion, la mayor frecuencia de uno u otros sintomas cambia dependiendo de los trabajos.

En literatura general son muchos los autores que sostienen que la distraibilidad es superior en población normal que la hiperactividad, segun YUN-CUN et al (1985) la distraibilidad es dos veces mas común que la hiperactividad (21.7% vs 10.7%) . En cambio para otros como SAFFER y ALLEN 1976 la hiperactividad es mas común que la distraibilidad.

CUESTIONARIO DE CONNERS DE PADRES

En el cuestionario de CONNERS de padres, realizado por el padre los factores que aparecen explican el 55.5 % de la varianza total. Dado este valor consideramos que los resultados deben ser valorados con prudencia.

A pesar del número elevado de factores, en algunos de ellos se engloban items pertenecientes a áreas psicopatológicas específicas. Así los items que valoran problemas de conducta e inatención se encuentran todos en el "factor I" (conducta -inatención); los items que reflejan conductas hiperactivas aparecen todos en el "factor II" (hiperactividad); la mayoría de los items que valoran conductas emocionales aparecen todos en el "factor IV" (Emocional) y los items que valoran síntomas somáticos aparecen reunidos en el "factor V" al que denominamos "somatizaciones".

Es de destacar como en el factor "Conducta -Inatención" todos los items de conducta tienen peso factorial alto solo en este factor, no compartiendo o haciendolo minimamente porcentaje de varianza con otros factores. Por otro lado hay que reseñar de forma especial que el único item que refleja déficit atencional del cuestionario (Nº 35-se distrae facilmente) aparece en este factor pero con un peso tan bajo .32 que incluso al no llegar a .40 podría ser excluido según

algunos autores. Para COMREY(1985) una variable con peso factorial de .30 correlaciona con el factor en menos de .30, teniendo menos de un 10% de su varianza en común con el factor, quedando el restante 90% en otros factores. En este caso el item atencional tiene aproximadamente el mismo peso en el factor hiperactividad (.31). Este resultado podría tener distintas explicaciones, entre ellas , por un lado la escasa validez como medida de atención de items en cuestionarios, según TAYLOR(1986) medir déficit de atención mediante items de un cuestionario da como resultado una valoración pobre, e imprecisa, enlazando probablemente con hiperactividad, pero también con otras clases de problemas de conducta, dicha inexactitud se acentua cuando la medida solo se realiza a través de un item. Nosotros dudamos empíricamente, tanto que el significado de este item en el cuestionario, tanto el significado del término distraibilidad sea el mismo para todas las personas que lo valoran, debido a lo que coloquialmente se entiende en este País como "estar distraído"; así , del mismo modo que está claro que en el marco escolar "estar distraído" o "se distrae fácilmente" indica que el niño no atiende a las explicaciones del profesor o le cuesta mantenerse concentrado en las tareas, en el ámbito familiar, para muchos padres el término "distraibilidad" tiene significado contrario; "se distrae fácilmente" puede ser entendido como distraibilidad en sí, o todo lo contrario, es capaz de estar con una tarea o juego determinado durante mucho tiempo.

En el factor que denominamos "hiperactividad" se encuentran todos los items del cuestionario que valoran conductas hiperactivas, no teniendo peso factorial alto en ningún otro factor, aunque según la valoración de COMREY(1985) solo podría ser evaluado como excelente el peso factorial del item 37 (.70), teniendo el resto de los items peso factorial considerado como muy bueno o bueno.

En el cuestionario de CONNERS realizado por las madres en el análisis factorial del mismo aparecen 14 factores que explican el 61.1% del total de la varianza pudiendose admitir este resultado.

Es de destacar como el item que refleja distraibilidad pasa a formar parte del "factor IX" junto con dos items emocionales, reafirmando la idea anteriormente señalada por TAYLOR sobre la inexactitud de la medida de inatención con un cuestionario.

Los items que reflejan sintomatología referente a problemas de conducta se encuentran en cuatro factores. En el factor "I y IV" no comparten con síntomas de otras áreas psicopatológicas, mientras que en los "factores X y XIII" aparecen con síntomas somáticos.

Los items que reflejan conducta hiperactiva se encuentran todos en un factor, excepto el item 41, el cual mide perseveración de hiperactividad que pasa a formar parte del "factor XII" junto con dos items que denotan

perseveración de conducta , síntomas frecuentes en el síndrome hiperkinético.

Al analizar los items que presentan puntuaciones más altas podemos hacer algunas observaciones respecto a ellos. Al igual que dudamos del significado dado por los padres al item atencional , dudamos igualmente sobre la valoración de otros items. Así el "item 39"se despierta muy pronto" pensamos es valorado incorrectamente ya que suponemos que algunos padres entienden que el niño se despierta pronto para ir al colegio, no en el sentido de despertar precoz.

El grupo de items "no tiene amigos", "no aprende en el colegio" y "no le gusta ir al colegio" pensamos que al presentarse de forma negativa adquiere un significado contrario contestándose incorrectamente de ahí las altas puntuaciones en los mismos. Igualmente nos planteamos que las altas puntuaciones que aparecen en los items de hiperactividad reflejen el hecho que estas conductas se presentan con alta frecuencia en este periodo de la infancia o que de alguna forma las puntuaciones estén aumentadas por el lugar que ocupan dichos items en el cuestionario, ya que al tratarse de la valoración de 42 items y encontrarse estos en los últimos lugares se tienda ante el cansancio a adoptar un efecto halo en las respuestas señalándose más de lo debido las puntuaciones 1 y 2.

Respecto al sexo , al igual que en el cuestionario de CONNERS de profesores, para los padres los chicos tienen

puntuaciones más altas que las chicas en los items que reflejan problemas de conducta, hiperactividad e inatención.

- El cuestionario de CONNERS de profesores tiene una gran cantidad de items de conducta e hiperactividad siendo más probable que con puntuaciones globales se pueda detectar t.hipercinéticos, igualmente los factores están bien definidos y la utilización de los mismos también pueden ser utilizados como screening en estudios epidemiológicos.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN POBLACION
SELECCIONADA (P. A. C. S).

Las diferencias existentes entre "caso" detectado epidemiologicamente y "caso clínico" son motivo de preocupación en la literatura psiquiátrica, argumentandose según los autores diversos y variados motivos sobre el porqué sujetos que cumplen criterios diagnósticos no acuden a servicios sanitarios.

En el cuadro que nos ocupa, sobre la falta de asistencia a dichos servicios podemos especular con distintas argumentaciones:

- ¿ Falta de accesibilidad a los servicios?
- ¿ Escasa percepción de las conductas por los que rodean al niño?
- ¿ Diferencias en cuanto a tolerancia de padres y profesores?
- ¿ Diferencias psicopatológicas en cuanto a intensidad y frecuencia de presentación de sintomatología?

Los tres primeros puntos señalados no son motivo de estudio en este trabajo por lo que nos limitaremos en esta discusión a la existencia o no de diferencias psicopatológicas, no excluyendo en ningún caso el papel que los restantes puntos pueden jugar en el problema.

En las cuatro subescalas del P.A.C.S. las puntuaciones son superiores y significativas con respecto al grupo

control y D.S.M. III - en los grupos de T. Atencionales tanto clínico como escolar, siendo las diferencias mayores en la subescala de hipercinesia seguida de la de conducta.

El encontrar puntuaciones superiores en la subescala de conducta corroboraría la idea apoyada por SANDBERG ET AL (1979) al comparar niños con las mismas características (clínicos y escolares) que cumplen criterios diagnósticos para el trastorno. Ella también encuentra puntuaciones superiores en hipercinesia y conducta en los cuestionarios de CONNERS en la muestra clínica con respecto a la escolar. Según SANDBERG la asistencia o no a un centro clínico está mediado por los síntomas de problema de conducta asociados al cuadro, así los niños que muestran conductas hipercinéticas aisladas tienden a ser referidos menos frecuentemente que niños que muestran primariamente disturbios de conducta de modo que son llevados mas a la clinica por presentar sintomas de conducta más que por hipercinesia en sí, dependiendo en último caso la asistencia o no del peso de la sintomatología de conducta asociada.

En nuestro trabajo las puntuaciones no solo son mas altas en la subescala de conducta , también aparecen dichas diferencias en la subescala de hipercinesia por lo que pensamos que las diferencias psicopatológicas no solo se limitan al área de sintomatología de problemas de conducta.

En la subescala de hipercinesia existen diferencias entre los grupos no solo en la intensidad y frecuencia de la presentación de los síntomas sino también en la situación donde se presentan, siendo distinta la intensidad en ambos grupos en unas situaciones u otras . Pensamos que la presencia o no en consulta depende en este caso claramente de la intensidad del síntoma (mayor intensidad en casi todas la situaciones y síntomas en clínicos).

En la subescala de conducta existen mayores diferencias en cualidad sintomatológica que en frecuencia de presentación, en muchos casos la frecuencia es igual. Cinco síntomas especialmente creemos delimitan los dos grupos: rabietas, desobediencia, resistencia , negativismo, robos. Estos tienen mayor intensidad en la población clínica y aunque la frecuencia (exceptuando resistencia) sea igual , pensamos motivan de alguna forma a los padres a buscar ayuda, curiosamente estos síntomas(exceptuando "hurtos") dentro de la escala son los menos severos siendo mas desadaptativos , lo lógico sería que la diferencia estuviera junto con "robos" en agresividad o mentiras en cambio en estos no existe diferencias en los grupos.

ESCALA FAMILIAR P.A.C.S.

La mayor frecuencia de Trastornos de conducta en la infancia, alcoholismo y delincuencia en familiares del grupo de trastornos atencionales (tanto clinico como escolar) con respecto al grupo control estarian en consonancia con los resultados de MORRISON Y STEWART(1971) y CANTWELL(1972) que apoyan la alta proporcion de trastornos de personalidad antisocial y alcoholismo en padres de hipercineticos.

Dicha asociacion hijos hipercinetico-padres con alcoholismo o personalidad antisocial es rechazada por STEWART(1979) tras estudiar hipercineticos sin trastorno de conducta asociado, en los que no encuentra diferencias significativas con respecto a controles psiquiatricos, siendo las diferencias exclusivamente cuando el trastorno hipercinetico lleva asociado trastorno de conducta , siendo la asociacion mas exastamente hijo con trastorno de conducta-padre con alcoholismo o personalidad antisocial.

Por otro lado centrandonos en el alcoholismo, estudios de alto riesgo como el de CABALLERO (en prensa) no encuentra en los hijos de estos trastornos hipercineticos, si apareciendo en cambio otros trastornos psiquiatricos como depresion.

En nuestro trabajo el grupo de trastorno atencional no lleva asociado trastorno de conducta infrasocializado, sin embargo la mayor frecuencia de alcoholismo y delincuencia en los padres no afirma abiertamente la relacion, debido principalmente a la ausencia de significacion en los porcentajes asi como a la falta de control psiquiatrico en el estudio(igual que en el trabajo de MORRISON y CANTWELL); quizas como señala STEWART(1979) la aparente asociacion reflejaria mas bien una caracteristica general de padres de niños con trastornos psiquiatricos mas que especificidad en niños hipercineticos.

Del mismo modo la ausencia de comparabilidad con control psiquiatrico nos imposibilita para sostener que los mayores porcentajes significativos de enfermedad mental en general encontrados en estos niños sea especifico en algun modo del grupo atencional.

PSICOPATOLOGIA EN POBLACION CLINICA

Cuestionario de CONNERS de Profesores

El cuestionario de CONNERS de profesores lo reducimos a 24 items excluyendo algunos que tienen peso factorial bajo en otros trabajos o items que correlacionan altamente con algun otro, entendiendo que miden lo mismo. Esta reduccion es debida al intento de analizar factorialmente el cuestionario en poblacion atencional (clinica y escolar juntas).

De dicho analisis surgen 5 factores que explican el 69.2 % de la varianza, resultado que consideramos muy aceptable.

En el primer factor al que denominamos "hipercinesia/conducta" se engloban items que se encuentran en el primer factor "hipercinesia /conducta" de poblacion normal. Todos los items tienen peso factorial alto en este solo factor, a excepcion de 2 items (cambios de humor y ser desafiantes) que comparten un alto porcentaje de varianza con el factor 3 al que denominamos "conducta".

En el factor II al que denominamos "atencional/conducta" se encuentran los dos items mas puramente atencionales del cuestionario. Ambos tienen peso factorial similar al que presentan en factor "inatencion" de poblacion normal. La

diferencia es que estos items que en poblacion normal tienen peso alto tambien en factor "hipercinesia/conducta" , aqui un alto porcentaje de varianza lo comparten con el factor cuatro "emocional", en el que aparecen los otros dos items que en poblacion normal formaban parte del factor "inatencion" como son : incoordinacion motora y adormecido todo el dia.

Estos resultados respecto a items atencionales demuestran una vez más como pueden estar altamente correlacionados con sintomas psicopatológicos distintos, hiperactividad, conducta, emocional, demostrando en último caso la ineficacia de la valoración de la atención mediante items de cuestionarios o que en sí , inatencion está asociado con muchos y variados sintomas, según es entendida la misma por los profesores.

El factor tres al que denominamos "conducta" solo tiene tres items, 2 de ellos hurtos y mentiras con peso factorial alto solo en este factor.

En el cuestionario de CONNERS de padres se utilizan 28 items (de los 42) para la realización del analisis factorial, apareciendo en el realizado por padres 10 factores que explican el 70.6% de la varianza, siendo muy aceptable este resultado.

De entre los 10 factores es de destacar el factor 1 al que denominamos "hiperactividad/atencional" y los factores 2 y 3 a los que denominamos "conducta".

En el factor "hiperactividad/atencional" se encuentran todos los items que reflejan conducta hiperactiva igual que sucedia en el factorial de poblaci3n normal, la 6nica diferencia es que el item atencional en poblaci3n escolar aparecia en el factor conducta (aunque con peso bajo, similar al presentado en factor hiperactividad).

En el cuestionario de CONNERS realizado por las madres aparecen 11 factores que explican el 73.8% de la varianza.

Destacan los factores 1 y 5 "hiperactividad" , factores 2 y 4 que denominamos "conducta" y 6 que llamamos "emocional".

Al igual que sucedia en poblaci3n escolar en el cuestionario de CONNERS de madres, los items que reflejan conducta hiperactiva aparecen en varios factores (3), el factor 1 y 5 est3n formados por items exclusivamente de hiperactividad y en el factor 9 aparece el item de perseveraci3n de conducta hiperactiva con hurtos y miedo a ir al colegio.

Para CONNERS (1970), KUPIETZ et al (1972) el cuestionario de CONNERS de padres discrimina entre ni1os normales e hiperactivos, apoyando los autores su utilidad y eficacia en poblaci3n tanto clinica como normal; sin embargo otros no est3n de acuerdo en la validez de dicha medida. As3 para GLOW (1981) no hay firme evidencia de su validez y los resultados normativos son escasos. El valor diagnostico de la informaci3n dado por la escala es limitado principalmente

debido a la aplicación de las categorías frecuentemente, siempre, a veces, esta puede variar dependiendo de los padres. Ya SIMPSON (1944) hablaba de este problema dando grandes diferencias entre la valoración de las categorías; "frecuentemente" el 25% de los padres usan este termino para describir un suceso que ocurre al menos 80% de las veces, mientras que el 25% lo usan cuando el suceso ocurre al menos el 40% de las veces.

Nos resultaba interesante saber si la valoración de los padres era igual que la de las madres sobre las conductas de sus hijos, para ello comparamos todas las puntuaciones de todos los items entre padre y madre en el grupo atencional y control. Entre padres y madres del grupo atencional solo existen diferencias significativas en las puntuaciones medias en el item 18: " teme no gustar a sus amigos" y en el item 36: " se muestra nervioso e inquieto". En ambos las madres puntúan más alto que los padres. En puntuaciones globales tampoco existen diferencias. En el grupo control tampoco existen diferencias entre padre y madre en ningún item ni en puntuación global. A partir de estos resultados pensamos que no sería un error la valoración de la conducta del niño en casa por uno de los padres, no haciendo falta la información del padre y madre por independiente.

Teniendo en cuenta que las puntuaciones son equiparables cuando realizamos la comparación entre distintas pruebas

utilizamos exclusivamente las puntuaciones totales de las madres, dado que todos los sujetos tienen dicho cuestionario y en dos de ellos falta el del padre.

Entre los grupos en puntuaciones globales del cuestionario de CONNERS de madres aparecen diferencias entre trastorno atencional (clínico), trastorno atencional (escolar) y trastorno de conducta con respecto al grupo control.

En puntuaciones globales del cuestionario de CONNERS de profesores ocurre igual.

En ambos cuestionarios las puntuaciones más altas las obtienen los trastornos de conducta, seguidos de los trastornos atencionales (clínicos) y trastornos atencionales (escolares) sin existir diferencias entre ellos.

A pesar de tener los grupos puntuaciones similares en ambos cuestionarios no correlacionan entre sí madres y profesores en ninguna de las muestras. Para SANDBERG et al (1978) tampoco existían correlaciones entre padres y profesores en el cuestionario de CONNERS, en cambio en otros estudios sí correlacionan ambas medidas (TAYLOR et al, 1986b, 1984b; SANDBERG et al, 1980; GLOW, 1981; GOYETTE et al, 1978).

En los trastornos atencionales clínicos tampoco las puntuaciones en el cuestionario de CONNERS de madres correlacionan con ningún factor del CONNERS de profesores; si en cambio correlacionan positivamente con P.A.C.S. escolar

y P.A.C.S.conducta y dentro de esta subescala con los síntomas desobediencia y agresividad.

El cuestionario de CONNERS de profesores correlaciona con porteus cualitativo, P.A.C.S.escolar, P.A.C.S. conducta, negativismo y todos sus factores.

La existencia de correlaciones entre profesores y padres en medidas de conducta y escolar de la entrevista nos hace desechar la idea de que el motivo de la falta de correlación sea debido a diferencias en la percepción de padres y profesores. Pensamos , más bién , que el problema radica en el diseño de ambos cuestionarios. El cuestionario de profesores tiene muchos items de problemas de conducta, no es extraño que puntuaciones altas en dicho cuestionario correlacione con medidas de entrevista de conducta. El cuestionario de padres recoge síntomas de muy diversas areas psicopatológicas pero logicamente un aumento en items de problemas de conducta sube las puntuaciones globales y al ser el mismo evaluador de la entrevista lleva a que correlacionen.

El principal problema de estos cuestionarios está en esta linea, y ello es señalado en la literatura por muchos autores que demuestran que la escala de CONNERS no distingue hiperactividad de agresion o conducta (LAHEY, GREEN, FORENHARD, 1980; STEIN, O' DONNELL, 1985). Este es uno de los motivos por los que a nivel de estudios epidemiológicos seria más exacto la detección de sujetos no

solo por puntuaciones totales, también por puntuaciones en factor hiperactividad. El problema es como en nuestro caso cuando los síntomas de hiperactividad comparten factor con síntomas de conducta en profesores o en padres (madres) y están muy repartidos en distintos factores.

En el análisis de puntuaciones medias entre poblaciones en factores de CONNERS(1969) y factores extraídos de población normal, destaca como en los factores hiperactividad y conducta de CONNERS y factor hipercinesia/conducta de nuestro trabajo los tres grupos (clínicos y escolares) y trastornos de conducta tienen puntuaciones significativas con respecto a controles.

Centrándonos en las puntuaciones del factor hipercinesia de CONNERS y dejando a un lado el obtenido por nosotros que incluye síntomas de conducta, las altas puntuaciones en población atencional eran esperables, en trastornos de conducta las puntuaciones similares a los grupos atencionales sin existir diferencias entre ellas pueden indicar que estos niños sin cumplir criterios para trastorno atencional con hiperactividad presentan según la percepción del profesor síntomas de hiperactividad en la misma medida que los grupos atencionales hipercinéticos.

Igualmente en el factor conducta de CONNERS y factor conducta nuestro, aunque puntuaciones superiores los trastornos de conducta no difieren de los atencionales, indicando que los síntomas de problemas de conducta aparecen en el marco escolar tanto en un grupo como en otro.

Del mismo modo tanto en el factor inatención de CONNERS como en el nuestro entre los tres grupos no existen diferencias, el profesor percibe los mismos problemas de distraibilidad en los trastornos atencionales que en los trastornos de conducta.

Al igual que en otros estudios como los de SANDOVAL (1977), COPELAND y WEISSBROD (1978), GITTELMAN-KLEIN y KLEIN (1975) todos los factores excepto ansiedad -tensión (en grupo clínico también existe diferencias con control) están diferenciados entre hiperkinéticos y niños normales, y tanto las puntuaciones globales como las del factor hiperactividad independientemente ha sido utilizado y demostrada su eficacia como medida discriminante entre hiperkinéticos y población normal, el problema es que también discrimina en nuestro caso con trastorno de conducta hecho de suma importancia a tener en cuenta en posteriores investigaciones.

ATENCION.

CONTINUOUS PERFORMANCE TEST

El empeoramiento en la ejecución de tareas de vigilancia denotando deficit de atención mantenida en los niños con trastorno atencional hipercinéticos es subrayada en casi todos los estudios sobre este área cognitiva.

Nosotros ,al igual que la mayoría de los estudios que utilizan el C.P.T. como prueba de tarea de vigilancia, encontramos en los grupos de T. Atencionales (tanto clínico como escolar) peor ejecución de la tarea con respecto al grupo control. En los T. de Conducta también existe deficit con respecto a los controles, estos resultados no son sostenidos por muchos autores que en este grupo de trastornos no encuentran diferencias atencionales.

En nuestro trabajo existe aumento del número de errores de omisión o disminución de respuestas correctas en los grupos atencionales (y trastorno de conducta) denotando estos errores la existencia de deficit en atención sostenida en estos grupos, deficit señalado por la mayoría de los autores (ROSS y ROSS, 1982; SYKES, 1973; WHALEN y HENKER, 1976; ROSENTHAL y ALLEN , 1978 ...)

Al tratarse de un deficit en el mantenimiento de la atención esperabamos que este fuera más acentuado en la segunda parte de la prueba que en la primera (ese fué el

objetivo al dividirla en dos partes dependiendo de los estímulos), de hecho así ocurre, siendo las significaciones mayores con respecto al grupo control en la segunda parte de la tarea que en la primera. El empeoramiento aunque ligero en los trastornos atencionales y de conducta, en estos últimos es más marcado preguntándonos si dichos resultados se deben a una mayor dificultad en mantener la atención sobre el tiempo en este grupo con respecto al atencional o es debido a la existencia de factores que influyen en el déficit, como el aburrimiento, el cual juzgamos en este grupo sería mayor al presentar más edad.

Con respecto al número de errores de comisión o falsos positivos en los tres grupos existe un aumento significativo de estos con respecto al grupo control. Del mismo modo que en los errores de omisión hay común acuerdo al señalar que se deben a déficit de atención mantenida el aumento de falsos positivos para unos es atribuido a impulsividad (SOSTEK, 1980; SYKES, 1971) para otros se deberían a impulsividad más déficit atencional (HALPERIN, 1988; WOHLBERG y KORNETSKY, 1973).

Tanto si dichos errores reflejan impulsividad como impulsividad más déficit atencional esperable sería que en la segunda parte de la prueba aumentarían, en cambio se mantienen prácticamente igual en los trastornos atencionales clínicos y trastornos de conducta siendo solamente en el grupo de trastorno atencional escolar donde existe gran aumento de falsos positivos en la segunda parte del test.

El intentar dilucidar el porqué de los resultados en falsos positivos y que procesos están implicados en ellos , nos obliga irremediablemente al análisis de otra medida de la tarea: Tiempo de latencia o tiempo de reacción.

Si el tiempo de reacción es indicador de impulsividad y esta es la causa del aumento de falsos positivos, todos los grupos tendrían menor tiempo de latencia que el grupo control y el tiempo sería menor en los t. atencionales escolares que son los que presentan más falsos positivos. Sin embargo no ocurre así, ya que el tiempo de reacción es más lento en ambos grupos atencionales (clínico y escolar) que en trastornos de conducta y control, siendo incluso las diferencias significativas entre atencional clínico y control y atencional escolar y control. Estos resultados en tiempo de reacción indicarían que no existe aumento de impulsividad en los grupos y como consecuencia los falsos positivos no se deberían a dicho estilo cognitivo.

Sin embargo mientras que para unos como HALPERIN et al (1988) está claro que a más impulsividad menor tiempo de latencia, otros no están de acuerdo con dicha relación ya que no existe una clara evidencia de que los niños hiperactivos , a pesar de su gran impulsividad, reaccionen más rápidamente en distintas pruebas que los controles. Así en estudios como los de FIRESTONE y MARTIN (1979) se observa como a pesar de tener más errores las respuestas no son más rápidas. Por otro lado SANDBERG et al (1978) encuentra que en escalas de profesores hiperactividad está asociada con

baja respuesta y largo tiempo de reacción en los test (SYKES, 1973). Igualmente SERGEANT et al (1981) analizando resultados de un test de búsqueda visual, encuentra que los niños identificados como sobreactivos y distraídos en escala de profesores eran generalmente más lentos que controles. Por todo lo anterior los errores en estos test no eran debidos a un excesivo estilo impulsivo.

Sobre la base de las aportaciones de estos autores desechando la relación impulsividad-tiempo de latencia, seguimos preguntandonos a que se deben el aumento de falsos positivos en la prueba, y el tiempo de latencia mayor.

En ninguno de los grupos aparecen correlaciones significativas entre medidas de impulsividad (porteus cualitativo o items) y tiempo de latencia en respuestas correctas o falsos positivos. Sin embargo si correlacionan con otras medidas. Así en los trastornos atencionales tanto clinicos como escolares existen correlaciones positivas con medidas atencionales como atención mantenida (P.A.C.S.) o factor inatención de CONNERS, añadiendose en los clinicos correlaciones entre tiempo de respuesta de latencia y aumento de SNm y dificultades visoperceptivas. En el grupo de T.de conducta aparecen correlacionando con aumento de SNm y deficit visoperceptivo y solo con distraibilidad en una medida (item del CONNERS).

Esto nos lleva a establecer que la impulsividad, como señalan los autores anteriormente mencionados, no media en los tiempos de latencia de las pruebas en estos niños, si en

cambio parece influir de algún modo en dichos tiempos otros procesos, así en los trastornos t.atencionales escolares podria deberse a deficit atencional, en los clinicos a deficit atencional mas alteraciones perceptivas y disfunciones neurologicas y en los trastornos de conducta a alteraciones perceptivas y neurologicas y en menor medida a deficit atencional. Ciertamente el papel que juegan los distintos procesos en dichos tiempos hay que tomarlos cautelosamente, si bién claro esta que en cada grupo los procesos implicados son distintos.

Igualmente en los t.atencionales (clinicos y escolar) en falsos positivos , ni en primera ni en segunda parte del test correlaciona con impulsividad, haciendolo sin embargo con medidas que señalan inatencion, deficit visoperceptivo y SNm. En cambio en los t. de conducta en falsos positivos en la segunda parte si existe correlacion con impulsividad y meiddas atencionales.

Los tres grupos tienen aumento de errores de comision pero probablemente los procesos que llevan a cometer dichos errores sean distintos, la implicacion del deficit atencional parece claro en los tres grupos, estando dicho deficit acompañado de impulsividad en los t. de conducta y en el grupo atencional de alteraciones visoperceptivas y SNm.

En respuestas correctas tanto los t.atencionales clinicos como los t. de conducta correlacionan con medidas atencionales(atencion mantenida y factor inatencion de

CONNERS) así como con alteraciones visoperceptivas añadiéndose en los trastornos de conducta aumento de SNm.

Que los niños con t.atencionales y de conducta presentan deficit de atencion mantenida no es puesto en duda en ningún momento.

El deficit atencional en pruebas psicopatologicas y en C.P.T. demuestran que dicho déficit existe, como demuestran la mayoria de los estudios.

Lo que nos planteamos es que en dichos deficit atencionales puedan influir otros procesos cognitivos y que estos sean distintos dependiendo de los errores que se producen así como de los grupos que los realizan, aun teniendo puntuaciones en las medidas similares, quedarnos en que el deficit tiene las mismas características en los tres grupos nos parece analizar muy superficialmente un proceso cognitivo tan complejo como es el atencional.

PERCEPCION (Test visomotor de Bender ,valoración de Santucci y Figura de REy , fase de copia)

En el test visomotor de Bender tras aplicar la valoración de Santucci en los tres grupos (trastorno atencional clinico, escolar y trastorno de conducta) existen puntuaciones medias inferiores y significativas con respecto al grupo control, en los tres grupos al valorar presencia/ausencia de alteracion el grupo de Trastorno de conducta es el que presenta mayor porcentaje de niños con alteraciones visoperceptivas, seguido de los trastornos atencionales clínicos. En ambos existe diferencias significativas respecto a los controles. En cambio el grupo de trastorno atencional escolar no muestra diferencias ni con controles ni con trastorno atencional (clinico). Estos resultados denotan claramente un déficit de funciones visoperceptivas en los grupos trastorno atencional clinico y trastorno de conducta, siendo dudosa en los trastornos atencionales escolares.

Igualmente en la fase de copia (figura de Rey) los trastornos atencionales clinicos y los trastornos de conducta tienen puntuaciones similares siendo significativas de los trastornos atencionales escolares y controles que se comportan de modo similar. Siendo indicativo igualmente de alteraciones perceptivas en trastornos atencionales clinicos y trastornos de conducta.

Por otro lado es de destacar como ambas pruebas correlacionan significativamente en las tres poblaciones.

Las alteraciones perceptivas en el grupo de Hipercinéticos son apoyadas por autores como AMAN (1978), y LAUFER y DENHOFF (1957). Según VELASCO (1976) en el Bender de estos niños existe una distribución caótica de los dibujos, siendo los errores que se encuentran más frecuentemente perseveraciones, fragmentaciones y rotaciones. Igualmente para LONEY et al (1978) los niños exclusivamente hipercinéticos una de las variables que lo diferencian de los grupos de hipercinéticos agresivos es el presentar mayor número de errores en el test visomotor de Bender.

En cambio no todos los autores apoyan dicho déficit perceptivo; Así para DOUGLAS que estos niños manifiesten déficit en tareas perceptuales no se debe a deficiencias básicas en su capacidad para percibir estímulos visuales o auditivos sosteniendo que el déficit perceptual que se encuentra puede ser atribuido a un fallo en invertir el esfuerzo suficiente que requiere la actividad que está desempeñando.

No dudando de la idea de DOUGLAS nos resulta difícil pensar que las alteraciones perceptivas que muestran especialmente los trastornos atencionales clínicos y los trastornos de conducta en dos pruebas perceptivas que además correlacionan entre ellas en los grupos se deba

exclusivamente del esfuerzo a emplear aunque éste, en algún momento, contribuya a la presencia del déficit mostrado en las pruebas.

PERCEPCION-MEMORIA-ORGANICIDAD

(Test de retencion visual de Benton)

Tanto en la valoracion del numero de respuestas correctas como del numero de errores los trastornos de conducta son los que presentan más alteraciones seguidos de los trastornos atencionales clinicos siendo los trastornos atencionales escolares y controles similares .

A pesar de ser la forma D la más difícil no se observa un empeoramiento marcado en el numero de respuestas correctas, de hecho el numero es menor en la forma E, aunque aquí podría intervenir el cansancio, debido a que las tres formas son administradas consecutivamente siendo el grupo que presenta un empeoramiento mayor el trastorno atencional clinico. La forma C es la más facil no observandose en ella en respuestas correctas diferencias entre atencionales clinicos y controles, esto podría ser indicativo que solo cuando la tarea es más dificultosa existe discriminación o que al ser al principio de la prueba no influye el agotamiento o aburrimiento.

En el número de errores si aparece diferencias en la forma D , en donde existe mayor realizacion de errores.

Los resultados tanto en numero de respuestas correctas como en numero de errores serian indicativos de la existencia de rendimiento visoperceptivo y visomotor defectuoso así como alteraciones en memoria inmediata visual

tanto en los trastornos atencionales clínicos como en los trastornos de conducta con respecto a los trastornos atencionales escolares y controles.

El que los trastornos de conducta tengan menor rendimiento que los trastornos atencionales clínicos puede deberse a la falta de educación y experiencia-adeuada que conllevaría una aptitud grafomotora deficiente y escasa adaptación a la tarea.

Por otro lado que los trastornos atencionales escolares se comporten como los controles no es de extrañar teniendo en cuenta que en copia de figura de rey no presentan tampoco alteraciones visoperceptivas y en la valoración de Santucci las diferencias con el grupo control no son en la valoración ausencia/presencia de alteración y en puntuación media aunque significativas son más bajas que los trastornos atencionales clínicos y trastornos de conducta.

En cuanto al análisis de los errores, los 4 tipos que aparecen significativamente entre trastorno atencional clínico y control son considerados errores patológicos: distorsiones, omisiones, tamaño y rotaciones. Estos 4 tipos de errores son indicativos de alteraciones visoperceptivas en pacientes con lesión cerebral, destacando la presencia de rotaciones "signo orgánico preferido" por muchos autores en la forma D, la más difícil, siendo quizás ante las dificultades cuando más se discrimina entre los sujetos.

Es de destacar como los trastornos atencionales escolares que no presentaban diferencias significativas con controles en puntuaciones medias en numero de errores, si en cambio cuando se analizan los mismos individualmente presentan mayor frecuencia de distorsiones y omisiones en las tres formas y desplazamientos en la forma C. Tanto distorsiones como omisiones reflejan deterioro en la función visoperceptiva. Esto podria ser atribuido a que en el caso de puntuaciones medias si la población atencional escolar tiene en lineas generales buena respuesta y solo una parte minima de la misma presenta alteraciones esta queda solapada por el resto. Así se podria explicar el porqué en copia de figura de rey , al ser puntuaciones medias no existe tampoco diferencias.

Otra alternativa explicativa seria que influyera en dichos errores el deterioro en memoria inmediata en este grupo, sin embargo en replicà de figura de Rey tampoco existen diferencias con el grupo control, podria ser que la prueba de Benton fuera más discriminativa en déficit de memoria inmediata que la réplica de figura de Rey.

En los trastornos de conducta a pesar de tener las mayores puntuaciones en numero de errores y los menores en numero de respuestas correctas solo tienen significación con los controles en tres tipos de errores distorsiones, desplazamientos y rotaciones indicando que los errores estan agrupados en estos tres y ellos son los que

delimitan la gran diferencia significativa cuando se realizan puntuaciones medias, igualmente que los anteriores puede deberse a déficit visoperceptivos.

Los trastornos de conducta con respecto a las tres poblaciones restantes tienen aviso y sugerencia de daño cerebral en todas las formas.

Los trastornos atencionales clínicos tienen solo aviso de lesión cerebral en una forma cuando se le compara con trastornos atencionales escolares. Estos datos hay que tomarlos muy cautelosamente, teniendo en cuenta que solo indican un aviso de posibilidad.

En el cómputo de errores tanto los trastornos de conducta como los trastornos atencionales clínicos presentan aviso y sugerencia en muchas formas en la prueba de daño cerebral con respecto a controles y trastornos atencionales escolares.

En definitiva lo que nos está indicando estos índices es la sugerencia de la existencia en dichos grupos de dificultades específicas en memoria visual o en la función visomotora como consecuencia probablemente de disfunción o lesión cerebral.

DE cualquier forma estos resultados hay que mirarlos cautelosamente ya que la sensibilidad discriminativa del test de retención visual de Benton en niños no es tan aguda como en adultos.

En replica de figura de Rey las puntuaciones más bajas las presentan los trastornos atencionales clínicos y trastornos de conducta comportándose los trastornos atencionales escolares y controles de forma similar.

Esto indicaría que tanto los trastornos atencionales clínicos como en los trastornos de conducta existe un déficit de memoria visual inmediata

En ambos grupos aparece según la valoración de dígitos (D) déficit en memoria auditiva inmediata mostrándose en dígitos inversos el déficit también en trastornos atencionales escolares.

Nosotros en tres pruebas que valoran memoria inmediata: replica de figura de rey, Benton y Dígitos, encontramos déficit evidente en trastornos atencionales clínicos y trastornos de conducta; particularmente en el grupo de trastorno atencional, nuestros resultados son contradictorios a la mayoría de los estudios, ya que son muchos los autores que niegan que en trastorno hiperactivo exista dicho déficit. Así BENEZRA (1980) no encuentra diferencias en memoria visual y visual-espacial entre hiperactivos y trastornos del aprendizaje y controles y principalmente para DOUGLAS (1972) no existen diferencias entre hiperactivos y controles en tareas que envuelven memoria inmediata. Cuando este déficit es encontrado sería atribuido a fallo en invertir el suficiente esfuerzo en dicha actividad. En este punto están de acuerdo muchos

autores, los niños hipercinéticos tienen menos estrategias que niños normales para emplear recursos, especialmente nemotécnicos y fallan en organizar el esfuerzo en la tarea. Así para PETERS (1977) las dificultades que encuentra en hipercinéticos son debidas al aumento de la demanda de la tarea en las que hay que incrementar el sostenimiento y emplear estrategias.

Sobre la base de nuestros resultados no podemos estar de acuerdo con la inexistencia de déficit de memoria inmediata en este grupo, ni centrar dicho déficit en una falta de estrategias mnesticas, sería defendible si solo hubiésemos encontrado diferencias en replica de figura de Rey donde es una figura compleja, sin sentido, que requiere un esfuerzo por parte del sujeto para fijar y recordar o si solo hubiésemos encontrado errores en las formas D y E de Benton, más tanto en dígitos como en la realización de la forma C de Benton aparecen déficit en estos niños, por lo que sostenemos que en ellos existe déficit en este proceso cognitivo.

SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES

La asociación de signos neurologicos menores con trastornos hipercinéticos es sostenida por la mayoría de los autores que estudian este cuadro.

En nuestro trabajo encontramos mayores puntuaciones en la escala de P.A.N.E.S.S. en signos neurologicos menores en los grupos atencionales y de conducta, siendo las diferencias significativas respecto a los controles.

Estos resultados estarían en consonancia con los de la mayoría de los autores , otros , en cambio, no encuentran relación entre aumento de signos y trastornos hipercinéticos (CAMP et al, 1978; WERRY y AMAN, 1976).

Tanto las afirmaciones como las negaciones referidas a dicha asociación hay que tomarlas cautelosamente teniendo en cuenta los problemas metodológicos que en dichos trabajos se presentan.

Así habría que valorar la variabilidad en cuanto a frecuencia y especificidad de signos dependiendo de la edad. Para HERTZIG (1982) en un estudio de seguimiento realizado en niños de 9 a 15 años hay signos que cambian conforme la edad evoluciona, así, equilibrio y estereognosis no cambian con la edad, mientras que sí se modifican coordinación y grafestesia.

Por otro lado YULE y TAYLOR (1986) establecen principalmente dos grupos de signos dependiendo de la causa de los mismos; de modo que existen signos debido a retraso del desarrollo como coordinación motora, percepción, diferenciación derecha , izquierda , movimiento en el espejo, siguiendo los mismos un curso de desarrollo en niños normales, de modo que en cada caso la interpretación de cada signo depende del grado de empeoramiento en relación con la edad mental y cronológica. Por otra parte YULE y TAYLOR establecen otro bloque de signos como nistagmu y estrabismo debidos a desordenes neurológicos pero pudiendo tener otras causas.

Refiriendonos a los diversos factores que pueden dar lugar o influir de algún modo en el aumento de signos neurológicos menores podemos señalar factores socioambientales y pre y perinatales. Dentro del primer grupo están relacionados con aumento de signos la disminución de nivel educacional de la madre, más cambio de residencia, menor estatus socioeconómico etc. Dentro del segundo grupo se encuentran mayor consumo de tabaco durante la gestación , mayor hospitalización de la madre, más bajo hematocrito etc.

Si tenemos en cuenta el factor edad lo esperables en nuestro trabajo hubiera sido que el grupo con trastorno de conducta obtuviera puntuaciones inferiores en signos que los

grupos atencionales, independientemente de si existe o no relación entre aumento de signos y este cuadro psiquiátrico, sin embargo las puntuaciones son equiparables.

Este dato podría ser explicable teniendo en cuenta los factores socioambientales ya que el grupo con trastornos de conducta pertenece a ambientes mucho más deprivados donde dichos factores tienen un peso considerable.

Por otro lado retomando a HERTZIG y la variabilidad de signos según la edad, en el grupo de trastornos de conducta las puntuaciones en sinergia no se diferencian de las del grupo control, pudiéndose explicar por la mayor edad de ésta población, en contra en grafestesia también debería tener puntuaciones similares al control y no sucede así, siendo este grupo el que presenta puntuaciones superiores.

En equilibrio no aparecen diferencias entre trastorno de conducta y control, si éste signo no cambia con la edad, podemos afirmar que los grupo de trastornos atencionales (tanto clínico como escolar) tienen mayor frecuencia de presentación de éste signo que los trastornos de conducta ya que ni la edad ni los factores socioambientales parecen influir en la presentación de los mismos.

Por todo lo anterior en la valoración de éstos signos es imprescindible tener en cuenta estos factores, del mismo modo que al señalar mayor o menor frecuencia de signos neurológicos menores especificar en que signos. No todos los

trabajos utilizan las mismas escalas , no todas valoran los mismos signos.

Si en nuestro estudio, por ejemplo, hubiésemos valorado solo signos pertenecientes a esterognosis , equilibrio y persistencia hubiésemos concluido que en el grupo de trastornos de conducta no existe mayor presentación de signos neurológicos menores que en población normal.



Sobre la base de todo lo anteriormente expuesto podemos llegar a establecer diferencias entre ambos grupos de Trastornos Atencionales, clínicos y escolares.

Se presentan ambos con similares síntomas psicopatológicos, bajo unos criterios diagnósticos que los delimitan de la normalidad siguiendo la dicotomía presencia vs ausencia de tres síntomas principales déficit atencional, hiperactividad e impulsividad.

Reducir la riqueza psicopatológica de este cuadro a tres síntomas y posteriormente reducirlo a una sola dimensión resulta al menos alarmante llegando a grupos heterogéneos donde cualquier intento de avance en investigación clínica solo genera desesperantes contradicciones.

Los dos grupos presentan los mismos síntomas psicopatológicos diferenciándose en cualidad e intensidad. Mas amplia delimitación puede establecerse a nivel neuropsicológico. Así mientras en el grupo clínico los trastornos perceptivos visomotores, alteraciones mnesticas, signos de organicidad y disfunción cerebral son evidentes, resultando claramente implicados el déficit de funciones cognitivas independiente a la atencional; el grupo de Trastorno atencional escolar parece ser más heterogéneo y no se puede afirmar abiertamente, a excepción del déficit

atencional y disfuncion neurologica que exista evidencia de otras funciones, percepción , memoria , alteradas.

La asistencia o no al ambito clinico pudiera estar motivada por las alteraciones cognitivas ligadas al cuadro amen de la intensidad psicopatologica de los sintomas integrantes.

La delimitacion de los trastornos de conducta con ambos grupos atencionales presenta limitaciones metodologicas imposibles de subsanar plenamente.

A pesar de la similitud en areas neuropsicologicas y psicopatologicas, no podemos en ningún momento tachar a ambos como equiparables.

El gran peso de factores biológicos y socioculturales salpican cualquier intento de clarificar y delimitar dicho trastorno de conducta de los grupos atencionales.

El pertenecer a ambientes deprivados conlleva alteraciones biopsicologicas en todas las etapas evolutivas, historia de alteraciones pre y perinatales, alimentacion inadecuada , deprivacion de estímulos , enfermedad mental de los padres, toxicomanias , delincuencia etc no es raro encontrar en los antecedentes personales y familiares de sujetos que pertenecen a dichos estratos sociales.

Todos estos factores dan lugar a que la evolucion natural de las funciones cognitivas no se desarrollen adecuadamente, de un modo especifico, estan implicados en

los procesos atencionales sean entendido tanto desde la atalaya biologicista como social. De un modo u otro el desarrollo de estas funciones resulta truncado en ambientes deprivados.

La falta de aprendizaje, en dichos ambientes, por otro lado, conlleva el empeoramiento de dichas habilidades o funciones.

Por todo ello , a pesar de que estos niños presenten un cuadro psiquiatrico determinado "trastorno de conducta" y deficit neuropsicologico y psicopatologicos evidentes, no podemos hacer extensible la asuncion de que en dicho cuadro tenga un peso especifico dichos deficit.

Entendiendo estos problemas desde el comienzo del estudio, se nos presentaban diversas opciones, por un lado seguir para el diagnostico de trastornos de conductas otra clasificación de criterios diagnosticos distinta a la utilizada para los trastornos atencionales, criterios que resultaran menos rigidos a la hora de la inclusion, pudiendo quizás seleccionar la muestra en el marco clinico, o formar un subgrupo dentro de los trastornos atencionales donde los sintomas de conducta tuvieran peso suficiente para poderlo delimitar de trastorno atencional puro.

El primer punto nos parecia un error de peso lo suficientemente grande como para desecharlo, el segundo nos resultaba inadecuado para la delimitacion de los trastornos atencionales de los de conducta poque con la formacion de un subgrupo lo más que estamos haciendo es formar grupos

homogeneos dentro del mismo cuadro . En vista de lo cual nos decidimos por adoptar los mismos criterios diagnosticos.

Para poder esclarecer los resultados obtenidos por los Trastornos de conducta nos referiremos a los resultados del estudio realizado entre niños con trastornos de conducta y sin trastornos de conducta que se encuentran en el mismo centro y tienen características socioculturales equiparables (BENJUMEA et al. 1989). En dicho trabajo se analizan cuestionarios de CONNERS de padres y profesores, entrevista semiestructurada (P.A.C.S.), figura de Rey , Bender y escala de P.A.N.E.S.S.

Las principales diferencias significativas entre ambos grupos aparecen en el cuestionario de Profesores tanto en puntuaciones globales como en las subescalas de conducta e hipercinesia. En la valoración del padre no existen diferencias entre los grupos (t. de conducta vs no T. de conducta) pero tampoco se establecen entre no trastornos de conducta y grupo control, quedando este grupo (no trastorno de conducta) intermedio entre población normal y trastorno de conducta. En el P.A.C.S. no existen diferencias en las subescalas entre grupos. Cuando se establecen correlaciones entre las subescalas del P.A.C.S. en el grupo de no trastorno de conducta aparecen correlaciones entre la subescala de hipercinesia y la afectiva ($P < 0.0004$), en el grupo control entre subescala de conducta y subescala de hipercinesia ($P < 0.05$) y en los trastornos de conducta entre subescala de

conducta y subescala escolar ($P < 0.02$) y subescala hipercinesia ($P < 0.0006$).

El encontrar dentro del grupo de T. de conducta ausencia de significación con los otros grupos en subescalas de hipercinesia y conducta y por otro lado altas correlaciones entre ellas pone de manifiesto una vez más, el solapamiento psicopatológico que existe en la entidad trastorno de conducta y trastorno de déficit atencional /hipercinesia. Por otro lado hubiera sido esperable que tanto en las subescalas del P.A.C.S. de hipercinesia y conducta como en los ítems que las integran las puntuaciones además de ser superiores en el grupo de Trastornos de conducta fueran significativas con respecto a los otros dos grupos. Estos datos podrían explicarse al tener en cuenta una serie de hechos que probablemente influyan de algún modo en los resultados. Por un lado el P.A.C.S. es un instrumento diseñado para valorar conducta en casa, dentro de la familia, elaborado especialmente para déficit atencional y heteroadministrado a los padres. Probablemente muchos de los síntomas señalados tengan su intensidad disminuida por la situación de encontrarse dentro de una institución, donde por un lado el niño no está influido por variables externas socioculturales que incitan a la presencia o acentuación de síntomas - familiares (hay que destacar que en 10 de los niños de los que se conocían historia familiar, en 6 padres aparecían toxicomanías y en 5 conductas delictivas), estar fuera del grupo - Por otro lado el estar en una institución

con una serie de normas educacionales hace que estos síntomas estén disminuidos y por otro lado hay niños que al estar en régimen cerrado no tienen o tienen en menor medida opción a desarrollar ciertos actos.

En otro sentido, las altas puntuaciones en cuestionario de CONNERS donde se valoran gran número de síntomas pertenecientes a la esfera de trastorno de conducta (síntomas muchos de ellos no incluidos dentro de los criterios diagnósticos D.S.M. III R, como desobediencia, desafío, impulsividad, fracaso escolar etc) indican ampliamente como existe una serie de síntomas psicopatológicos en este grupo que aparecen con la misma frecuencia que los reseñados en el D.S.M. III R y no valorados con el manual, indicándonos en último caso la escasa utilidad de dichos criterios para el diagnóstico de la entidad trastorno de conducta limitando el cuadro a criterios muy rígidos encuadrables únicamente dentro de un determinado marco social.

En el resto de las pruebas no se encuentran diferencias entre trastorno de conducta y no trastorno de conducta (SNm, C.P.T., Bender, figura de Rey) si bien es destacable que en la mayoría de las valoraciones tampoco existen entre el grupo de no trastorno de conducta y control.

El ser en el área psicopatológica en la única que existen diferencias entre trastornos de conducta vs no trastorno de conducta hace que sea este el único punto

comparable con trastornos atencionales, limitandonos exclusivamente a cuestionarios.

Ya veíamos anteriormente como en los factores de CONNERS de hiperactividad y conducta no existían diferencias entre las muestras de trastornos atencionales y de conducta, esto lleva irremediablemente al planteamiento de grandes dudas, por un lado nos indica la falta de diferenciación en síntomas de hiperactividad y síntomas de conducta que tanto en un cuadro como en otro están presentes con la misma intensidad, o por lo menos con la misma intensidad son percibidos por observadores del niño. Si la hiperactividad y síntomas de conducta son equiparables en ambos cuadros y retomamos el DSM III R nos encontramos que los síntomas menos psicopatológicos y más influenciados por el contexto sociocultural son los que están delimitando que estos niños con trastornos de conducta pertenezcan a esta entidad y no a trastornos atencionales. Podría ser que al poseer estos síntomas gran peso por las repercusiones sociales que conllevan tapen a los síntomas atencionales. Por otro lado estos síntomas sociales, delictivos, están ampliamente influenciados por el estrato social al que pertenecen los sujetos, nos preguntamos si invirtiésemos los grupos en cuanto a pertenencia a determinado ambiente, los trastornos atencionales en áreas deprimidas y los de conducta en zonas con niveles socioeconómicos medios, si dentro de nuestro

grupo de trastornos atencionales no estarían aquellos niños diagnosticados con trastornos de conducta.

Igualmente nos planteamos si al tratarse de grupos de mas edad y teniendo en cuenta el pronostico de los trastornos atencionales estos niños no hubiesen pertenecido a este cuadro en edades inferiores.

Sin poder afirmar que se trate del mismo cuadro definido por factores sociales o que sean cuadros independientes con sintomatología equiparable, lo que si esta claro es que en ambos grupos existe un solapamiento psicopatológico, a nuestro entender de mayor peso que el referido la mayoría de las veces. .

El intento de delimitar dentro del grupo heterogeneo de los trastornos atencionales subgrupos con características psicopatológicas similares es un reto que se le presenta a quienes día a día están en contacto con sujetos que presentan este trastorno.

Una de las principales divisiones que se establece del cuadro está basada en la presencia de hiperactividad en todas las situaciones (hipercinéticos profundos) o en algunas situaciones (hipercinéticos situacionales). Esta división tiene su origen en los trabajos que apoyan que las manifestaciones de conductas hiperactivas dependen del marco en el cual se observen , así lo demuestran las bajas correlaciones entre padres y profesores en algunos estudios al igual que dentro de un mismo campo puede variar la cantidad de movimiento dependiendo de variables externas (TAYLOR et al ,1984b).

A partir de esta diferenciación psicopatologica se establecen diferencias respecto a etiología, pronóstico, tratamiento, teniendo los hipercinéticos profundos características específicas como mayor frecuencia de signos neurológicos menores, presentan mayor sobreactividad desde los primeros años escolares, tienen más déficit cognitivos y peor pronóstico en comparación con los hipercinéticos situacionales.

Otra de las divisiones clásicas que se suelen realizar se centran en la presencia o ausencia de agresividad asociada al cuadro (LONEY et al, 1978).

La primera división hipercinéticos profundo vs hipercinéticos situacionales no nos resulta abiertamente acertada, teniendo en cuenta que delimita los grupos a partir exclusivamente de un sintoma: hiperactividad. Este sintoma se presenta frecuentemente en otros muchos trastornos, siendo destacable que al comparar niños que presentan sobreactividad con diversos trastornos psiquiátricos y niños hipercinéticos profundos existen escasas diferencias (THORLEY et al, 1986). Por otro lado el incluir al niños dentro del grupo de profundo o situacionales basa directamente en datos de padres (que lo valoran en casa) y profesores (que lo valoran en el colegio) por lo que dependiendo de la mayor o menor tolerancia de unos u otros son incluidos en los distintos grupos. Este hecho puede dar lugar a que existan niños mal clasificados. Dos niños con las mismas características en cuanto a hiperactividad pueden ser uno clasificado como hipercinético profundo y otro situacional si los padres o profesores de uno de ellos es más tolerante a dichas conductas.

Por todo ello no es de extrañar que los resultados de los autores en cuanto a las características de ambos grupos sean contradictorios; de hecho no todos apoyan que existan

diferencias al valorar distintos parametros entre los grupos (Mc GEE, 1987), para algunos como FIRESTONE y MARTIN (1979) las diferencias son escasas.

Respecto a la segunda division, con o sin agresividad, estamos limitando el cuadro exclusivamente a la presencia o no de un sintoma que por otra parte es frecuente en otros cuadros como los trastornos de conducta, pudiendo igualmente existir tanto dentro de un grupo (puro) como del otro (agresivos) distintos subgrupos.

Por ello para poder establecer grupos dentro del trastorno recurrimos a la realización de un análisis multivariante de cluster, basandonos en factores psicopatológicos que engloban no solo sintomas de hiperactividad y conducta, sino de otras áreas psicopatológicas como escolar, emocional, inatención, y si bien estos son valorados por padres y profesores y como ya dijimos podian influir el grado de percepción y tolerancia de los mismos en este caso no queda limitada la psicopatologia a un sintoma a la hora de establecer la clasificacion.

Posteriormente, una vez formados los grupos, analizamos intergrupo las distintas variables neuropsicológicas y psicopatológicas del estudio.

De los 4 clusters que se establecen, uno de ellos, el 2º, agrupa los niños controles y un grupo muy pequeño de

niños de ambas muestras atencionales. Los clusters 1, 3 y 4 recogen todo el peso de ambos grupos de trastornos atencionales. Las diferencias entre ellos tanto en variables psicopatológicas (incluidas para la formación de los clusters) como en el resto de las variables del estudio son marcadas.

En las variables que incluimos para el cluster, al hacer un análisis de A.N.O.V.A. en todas ellas existen diferencias significativas entre los clusters. Haciendo un análisis global de las variables introducidas podemos destacar que el primer cluster se caracteriza por dominar o tener más peso sobre los demás el factor emocional (principalmente en sintomatología del cuestionario de profesores de timidez, excesivamente sensible, tristeza) siendo el resto de la psicopatología referente a hipercinesia y conducta presentada más ligeramente que en los otros dos clusters. Por ello a este grupo lo denominamos **Hipercinético Emocional**.

El tercer cluster es el que presenta mayor intensidad y frecuencia de síntomas hipercinéticos y de conducta, así como emocional (solo en entrevista semiestructurada, es decir, solo en un marco) y problemas de aprendizaje. Este cluster podría estar constituido por un **Grupo mixto Hipercinesia/Conducta**. Este grupo presenta más altas puntuaciones en síntomas de conducta como negativismo, desobediencia, rabietas, mentiras que el resto de los

grupos, mas entre todos los síntomas de conducta son de destacar la agresividad contra objetos y personas, síntomas que además son significativos con respecto a los otros grupos y síntomas básicos de los cuadros de trastorno de conducta.

El cuarto cluster presenta síntomas de hipercinesia y algunos síntomas de conducta, encontrandose los primeros en cuanto a puntuaciones a caballo entre el primer y tercer cluster ,a este grupo podriamos llamarle Hipercinético Puro.

El encontrar un grupo que cumple criterios D.S.M. III para trastorno atencional con hiperactividad y presenta síntomas emocionales , estaría en consonancia con clasificaciones de décadas anteriores como las elaboradas por MARWITT y STENNER (1972) los cuales hablaban de un grupo de hiperactivos y otro de hiperreactivos siendo en estos últimos la sobreestimulación debida a trastornos emocionales. HOWALL(1972) realizaba la misma distincion denominando un grupo que presenta hiperactividad secundaria a problemas emocionales, delimitando ambos autores estos grupos de otro que seria el puramente hiperactivo cuya etiologia era la presencia de disfuncion organica.

Ante la presencia de este grupo podemos plantearnos distintas vias explicativas . ¿ Se trata de un grupo de niños hipercinéticos con síntomas emocionales secundarios a su hipercinesia? o ¿ la hiperactividad se muestra como

equivalente depresivo ?. Respecto al primer punto , bien es sabido que la presencia de síndrome hiperkinético en la infancia conlleva en etapas posteriores sintomatología de la estirpe afectiva., baja autoestima, se sienten infelices etc, este grupo es el de mayor edad (10 años) pero a pesar de ello no entraría de lleno en el grupo de hiperkinéticos que presentan estos síntomas secundarios ya que suelen presentarse en la adolescencia. Por otra parte la hiperactividad al igual que la irritabilidad existen en la depresión infantil como un intento de desechar los sentimientos de tristeza (CANTWELL y CARLSON, 1983) y también como forma enmascarada de depresión pueden aparecer síntomas hiperkinéticos (RODRIGUEZ SACRISTAN, 1983), la diferencia entre la hiperactividad del depresivo y la del déficit atencional estribaría en la cronicidad.

Por otro lado para RIDDLE Y RAPOPORT (1976) el 20 % de hiperactivos pervasivos (puros) podrían tener un diagnóstico a la vez de trastorno emocional en muchos estudios. También para BEFERA Y BARKLEY (1985) los niños hiperkinéticos tienen más problemas emocionales y de personalidad que población normal, siendo más lábiles emocionalmente , según sus madres.

Del mismo modo síntomas de trastornos de conducta como peleas, delincuencia, alteraciones del rendimiento académico son igualmente ligados a trastornos depresivos (PUIG-ANTICH et al, 1982). La dificultad en este caso radica en delimitar la cualidad del síntoma hiperactividad, la cual no puede ser

analizada por el D.S.M. III ya que éste dicotomiza, ausencia/presencia, ignorando intensidad y cualidad.

Por otro lado este factor emocional aparece con más peso en la valoración de profesores y aunque son síntomas puramente afectivos no se puede etiquetar exclusivamente a partir de esa información de que esos niños padezcan un trastorno afectivo. Sin embargo resulta extraño que un niño con síndrome hiperkinético se muestre o sea percibido por los profesores con puntuaciones altas en esos síntomas. Ellos igualmente tienen puntuaciones altas en inatención según los cuestionarios, lo cual descartaría las alteraciones de la afectividad, pero bien ha sido demostrado que inatención como ítem en análisis factoriales de cuestionarios suele ir más de una vez unido a factor emocional ¿o es que en realidad este grupo existe y ello hace que dichos síntomas de inatención sean enlazados con lo afectivo?.

Otra característica de este grupo es presentar puntuaciones altas en los factores de dependencia y aislamiento, no existiendo en factor hiperkinesia/conducta (nuestro), sí en cambio en el factor hiperkinesia de CONNERS, lo cual nos estaría manifestando que en el colegio presentan hiperactividad pero no síntomas de conducta. Sin embargo en factor antisocial presentan diferencias significativas en puntuaciones con niños supuestamente normales y similares puntuaciones que los niños

pertenecientes al cluster 3 y 4. El factor antisocial estaba formado por los items que valoraban hurtos, mentiras, falta de cooperación y falta de asistencia a clase, las puntuaciones tanto en hurtos como en mentiras no se diferencia del grupo control (según entrevista) por lo que las mayores puntuaciones en el factor estarían basadas en los otros dos items, items que reflejan síntomas dudosos en significación. Por otro lado en la casa los únicos síntomas que presentan de la esfera de problemas de conducta son rabietas, desobediencia, resistencia y negativismo, los cuatro fácilmente encuadrable con patología afectiva.

Este grupo, en otro sentido, a pesar de tener altas puntuaciones en inatención, según los cuestionarios de profesores, no presenta puntuaciones en continuous performance test superiores significativamente a la población supuestamente normal, por lo que no existiría déficit de atención, con ello queda anulado uno de los síntomas básicos del trastorno hiperactivo. Igualmente impulsividad no es mostrada ni en los items de profesores que la valoran ni por las puntuaciones en la prueba de Porteus, quedando en duda el tercer criterio diagnóstico del D.S.M. III. Nos queda tan solo un único síntoma de criterios diagnósticos comprobable: Hiperactividad.

En el resto de las pruebas no existen alteraciones perceptivas, mnésticas, aumento de signos neurológicos menores, ni se muestra presencia de organicidad.

Con estas características este grupo difícilmente sería encuadrable como trastorno hipercinético o similar según otras clasificaciones diagnósticas como por ejemplo la C.I.E.-10, ni cumpliría criterios diagnósticos según clasificaciones clínicas como las de BARKLEY O TAYLOR. ¿Se trata entonces de niños mal clasificados? ¿presentan trastornos afectivos? ¿son simplemente niños sobreactivos o hiperactivos?.

Para poder dilucidar este problema sería conveniente en posteriores investigaciones la valoración detallada en la esfera afectiva en niños con dichas características.

Del mismo modo que el grupo 1 no sería diagnosticado según algunas clasificaciones, todo lo contrario sucedería con el grupo 32, al que denominábamos grupo mixto. Este psicopatológicamente es el que presenta puntuaciones más altas en problemas de aprendizaje, hipercinésia y todos sus síntomas y síntomas de conducta, tanto en la valoración de padres como en la de profesores. Los síntomas de problemas de conducta de la entrevista presentan todas puntuaciones más altas y significativas respecto al grupo que consideramos control y no podemos olvidar que entre esos síntomas se encuentran agresividad contra objetos y personas

así como mentiras, síntomas con gran peso dentro del cuadro de trastorno de conducta.

Con esta sintomatología de conducta estos niños serían catalogados como de trastornos de conducta por muchos autores y aunque no cumplen criterios diagnósticos D.S.M. III para dicho cuadro si lo cumplirían probablemente según la C.I.E.-10.

Por otro lado para algunos autores que dividen el grupo de hiperkinéticos como hiperactivos puros e hiperactivos con agresividad (mixto) estos serían incluidos en el 2º grupo

Igualmente presentan más problemas de aprendizaje que el resto de los grupos, dichos problemas o alteraciones del aprendizaje como cuadro independiente ha sido asociado durante muchos años con los trastornos hiperkinéticos, al igual que los trastornos de conducta.

Cuando analizamos las variables neuropsicológicas vemos como estos niños presentan alteraciones perceptivas, mnésticas, déficit atencional (por valoración de C.P.T.) mayor frecuencia de signos neurológicos menores que población normal e incluso se detectan en ellos indicadores de organicidad.

Este grupo independientemente de la evolución histórica del concepto de síndrome hiperkinético, desde su comienzo como entidad hubiera sido encuadrable dentro de él. Los

niños de este grupo podrían haber tenido un síndrome de lesión cerebral mínima, síndrome de impulsividad orgánica, disfunción cerebral mínima, y como no trastorno atencional con hiperactividad.

Es destacable la presencia de alteraciones neuropsicológicas en este grupo mixto, ya que muchos autores describen al mismo con menores alteraciones en este campo que los hipercinéticos sin alteraciones de conducta. Así para STEWART et al (1981) los niños que presentan solo hiperactividad tienen mayores déficit cognitivos que los que son mixtos (hiperactividad+ agresividad); igualmente STEWART y TAYLOR (1986b,c) sostienen que los hipercinéticos puros presentan mayor asociación con inmadurez cognitiva y neurológica. En cambio para Mc GEE et al, 1984 y KLERMAN et al, 1988, en desarrollo cognitivos y test de atención se mostrarían ambos grupos. Igualmente BARKLEY et al (1989) los considera iguales en atención, cognición y desarrollo académico. Del mismo modo KLORMAN (1988) encuentra pocas diferencias entre los dos tipos.

Nuestros resultados no están a favor ni del primero ni del segundo grupo, ya que el último cluster al que denominamos Hiperkinéticos puros (sin problemas de conducta, ya que solo se diferencia significativamente del control en mentiras y negativismo) presenta menos

alteraciones cognitivas que el grupo que tiene asociado problemas de conducta.

Este grupo se diferencia principalmente del grupo control en atención y signos neurológicos menores. No aparecen en él alteraciones perceptivas (o solo ligeramente) no presenta alteraciones mnésticas, ni signos de organicidad.

Los déficit atencionales y mayor frecuencia de signos neurológicos menores son referidos por la mayoría de los estudios en síndromes hipercinéticos del mismo modo que no lo son las alteraciones mnésticas y perceptivas. ¿Sería este grupo equiparable a los estudiados por autores que sostienen la ausencia de alteraciones en percepción y memoria dentro de los hipercinéticos?.

Los tres grupos establecidos son hipotéticos, si bien parece claro que existen dentro del grupo de déficit atencional distintos subgrupos que se diferencian entre sí psicopatológica y neuropsicológicamente. Con unos mismos criterios se pueden englobar distintos cuadros de un mismo trastorno o son distintos trastornos englobados erróneamente bajo un único criterio.

Si parece evidente la asociación y solapamiento con los trastornos de conducta o bien ¿los trastornos de conducta son una variedad del síndrome hiperkinético?

Habría que valorar que bloque sintomatológico pesa más en la balanza psicopatológica, porque la inclinación hacia uno u otro lado puede englobarnoslo en uno u otro cuadro, y siempre teniendo en cuenta que al valorar el peso no nos vamos a dejar influir por las repercusiones sociales, ya que en este aspecto influirían factores socioculturales que cambiarían según los países, ambientes culturales, modo de entender la psiquiatría y más específicamente la psicopatología la denominación del cuadro hacia un extremo o el contrario

Sí parece igualmente evidente la existencia de relación directamente proporcional entre aumento de síntomas en cuanto a cualidad y cantidad y alteraciones neurocognitivas. Este hecho resulta eficaz a nivel terapéutico a la vez que esclarecedor etiologicamente, en unos las alteraciones psicopatológicas pueden estar claramente correlacionadas con factores orgánicos (cluster 3), en otros (cluster 1) con factores emocionales etc...

No es solo la "atención" el proceso cognitivo implicado en este cuadro. No son solo hiperactividad, impulsividad y déficit atencional los síntomas que delimitan el trastorno,

limitarnos exclusivamente a ellos lleva irremediablemente a errores diagnosticos , fracaso terapeutico y en definitiva aumento o al menos no se disminuyen las repercusiones que este amplio cortejo psicopatológico , perteneciente a un cuadro u otro , desencadena en los sujetos que lo presenta, abortando los objetivos prioritarios de quienes se dedican a este quehacer

COMPARACION DE ANALISIS FACTORIAL (CONNERS PROF.) EN DISTINTOS PAISES

CONNERS	WERRY, SPRAGUE COHEN	WERRY HAWTHORNE	BOYETTE CONNERS	GLOW AUSTRAL.	TRITES CANADA	TAYLOR y SANDBERG	LUK CHINA	1990 SEVILLA
1969	1975	1976	1978	1981	1982	1984	1988	1990
N=103	U.S.A N=291	N,ZELANDA N=418	U.S.A N=570	U.S.A N=2475	U.S.A N=9583	U.K. N=437	U.K. N=914	U.K. N=833

(12)Malhumorado	PC	PC	PC	PC	PC	//	PC	//	H-PC
(15)Busca pelea,	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC-H	H-PC
(17)Vivacidad,	PC	PC	H	PC	PC	H	PC	PC-H	I
(21)Temp.explosivo,	PC	PC	PC	PC	PC	PC+//	PC	PC-H	H-PC
(25)No respeta reglas,	PC	PC	PC	PC	PC	//	//	//	//
(31)Desafiante,	PC	PC	PC	//	PC	PC	PC	PC-H	H-PC
(32)Descarado,	PC	PC	PC	//	PC	PC	PC	PC-H	H-PC
(36)Obstinado,	PC	PC	PC	//	PC	PC+//	PC	PC-H	H-PC
(38)No cooperativo,	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC-H	AS
(18)Destructivo,	PC	PC	PC	//	AS	PC	AS	PC-H	H-PC
(19)Hurto,	PC	AS	PC	//	AS	PC	AS	//	AS
(20)Mentiras,	PC	AS	PC	//	AS	PC	AS	PC-H	AS
(1)Inquietud constant,	H	H-I	H	H	H-I	H-I	H-I	PC-H	H-PC
(2)Tararea/ruidos,	H	H-I	H	H	H-I	H-I	H-I	PC-H	H-PC
(5)Inquieto/activo,	H	H-I	H	H	H-I	H-I	H-I	PC-H	H-PC
(6)Excitable/impulsivo,	H	PC	H	H	H-I	H-I	PC	PC-H	H-PC
(14)Perturba a otros	H	PC	H	H	H-I	H-I	H-I	PC-H	H-PC
(29)Interfiere,	H	PC	PC-H	//	PC	H-I	PC	PC-H	//
(4)Incoordinacion,	I	H-I	//	//	//	H-I	H-I	//	I
(7)Se distrae facil,	I	H-I	H	I	H-I	H-I	H-I	I	I
(8)Abandona Tareas,	I	H-I	I	I	H-I	H-I	H-I	I	I
(11)Adormecido de dia,	I	H-I	I	I	//	//	//	I	I
(24)Facil,dirigido,	I	H-I	I	I	//	//	//	//	//
(26)Carece mando,	I	//	//	I	//	//	//	//	//

PC=Problemas de Conducta; H=Hiperactividad; AS=Conducta Antisocial

PC-H o H-PC= Factor combinado Problemas de Conducta/Hiperactividad,

H-I=Factor combinado Hiperactividad/Inatencion-pasividad;

//= Itens no presentes en esta version o pertenecientes a otros factores

I= Inatencion-Pasividad;

TABLA Nº 183

ITEMS QUE PERTENECIENDO A UN DETERMINADO FACTOR PRESENTAN ALTO PESO EN

OTROS FACTORES- SEGUN DISTINTOS ESTUDIOS-

	<u>TRITES</u>	<u>TAYLOR</u>	<u>LUCK</u>	<u>Presente</u> <u>Estudio</u> <u>1990</u>
	1981	1984	1988	
Inquieto/activo		FHI--fc		
Excitable/ Impulsivo,		FC---fi		
Se distrae con facilidad,		FHI--fc	FI---fhc	FI---fhc
Abandona tareas,			FI---fhc	FI---fhc
Malhumorado y Arisco,				FI---fa
Perturba a otros,		FHI--fc		
Busca pelea,	FC---fh			FHC--fca
Cambia Humor,	FE---fc		FHC--fe	FHC--fe
Vivacidad,	FH---fc			
Destructivo,				FHC--fca
Mentiroso,			FHC--fi	FCA--fhc
Interfiere actividades,	FH---fc	FC---fhi		
Descarado,	FC---fh			FHC--fca
Demanda atencion,		FHI--fc		
No Cooperativo,	FC---fh		FHC--fi	

FHI-Factor= Hiperactividad/Inatencion; FC= Factor Conducta;

FI= Factor Inatencion; FHC= Factor Hiperactividad/Conducta;

FE= Factor Emocional; FCA= Factor Conducta Antisocial.

PUNTUACIONES MEDIAS EN LOS FACTORES HIPERACTIVIDAD E INATENCION DEL
CUESTIONARIO DE CONNERS (PROFESORES) - EN DISTINTOS ESTUDIOS -

	FACTOR INATENCION-PASIVIDAD		FACTOR HIPERACTIVIDAD	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
TAYLOR SANDBERG (U.K.) 1984 N=437	0,70	0,51	0,84	0,46
WERRY (USA) 1975 N=291	0,60	0,43	0,56	0,25
WERRY HAWTHORNE (N.Z.) 1976 N=418	0,96	0,71	1,07	0,58
GOYETTE (USA) 1978 N=570	0,77	0,45	0,56	0,32
LUCK (CHINA) 1988 N=914	1,01	0,72	1,03	0,40
SEVILLA 1989 N=833	0,83	0,79	0,87	0,40

VI-CONCLUSIONES.

1-El cuestionario de CONNERS (Profesores) se muestra como un instrumento valido para la valoración de la hiperactividad y los problemas de conducta del niño en el marco escolar.

1.1-Hiperactividad-Conducta, Emocional, Antisocial e Inatención son los factores de mayor peso obtenido.

1.2-Tanto las puntuaciones totales, como la de los factores Hiperkinésia-Conducta e Inatención discriminan entre población normal y los trastornos Atencionales.

2-El cuestionario de CONNERS (Padres) es un instrumento útil para la valoración de la conducta del niño en casa. Si bien esta utilidad disminuye cuando se pretende su uso como elemento de "Screening" para los Trastornos Atencionales.

3-El uso del P.A.C.S. presenta la ventaja de poder cuantificar en frecuencia, cualidad e intensidad los síntomas de Hiperactividad y Conducta a partir de la entrevista a los padres.

4-Los sujetos clínicos D.S.M. III positivos con trastorno Atencional con Hiperactividad presentan diferencias significativas tanto psicopatológicas como neuropsicológicas frente a la población con igual diagnóstico detectada en los centros escolares.

-La población clínica presenta:

4.1-Mayor intensidad y frecuencia en síntomas de las áreas de hiperactividad y conducta.

4.2-Mayores alteraciones visoperceptivas y de memoria.

4.3-Bajo rendimiento atencional sin diferencias en las puntuaciones totales de signos neurológicos menores.

5-Entre las muestras de Trastornos Atencionales y Trastornos de Conducta no existen grandes diferencias tanto psicopatológicas como en rendimientos cognitivos deficitarios.

5.1-El déficit neuropsicológico de los sujetos con Trastornos de Conducta no debe ser atribuido exclusivamente al propio cuadro clínico, debido a las peculiaridades características bio-psico-sociales de esta población.

6-Dentro de las poblaciones con Trastornos Atencionales Hiperkinéticos pueden delimitarse al menos 3 subgrupos:

6.1-Uno donde la característica diferenciadora es la psicopatología emocional.

6.2-Otro que denominamos **Mixto** donde la Hiperactividad y fundamentalmente los síntomas de conducta son marcadamente diferenciadores.

6.3-Los síntomas de Hiperactividad confirman la base psicopatológica del tercer grupo, **Puro**

7-Las características neurológicas y cognitivas de estos subgrupos se centran:

7.1-El subgrupo Emocional presenta escasas alteraciones neuropsicológicas.

7.2-El grupo Mixto muestra evidentes y significativas alteraciones perceptivas (con índices positivos de organicidad), de memoria, atencionales y en signos neurológicos menores.

7.3-Alteraciones específicas en signos neurológicos menores y marcado déficit en rendimiento atencional aparecen diferenciando al tercer grupo.

8-Los trastornos Atencionales Hiperkinéticos constituyen un grupo nosológico heterogeneo donde las características tanto psicopatológicas como neuropsicológicas diferencian específicamente varios subgrupos.

Determinar ésta diferenciación resulta necesaria para la investigación de los factores etiológicos, la intervención terapéutica y la previsión en su evolución clínica.



VII-BIBLIOGRAFIA.

* **ABIKOFF, H., GITTELMAN-KLEIN, R., KLEIN, D. F.** (1977). "Validacion of a classroom observation code for hyperactive children" *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 45, 772-783.

* **ABRANSON, J.** (1940). Citado por **MENDIGUCHIA F. J.** 1988.

* **ACKERMAN, P. T., EDELBROCK, C. S** (1978) "The classification of child psychopathology: A review and analisis of empirical effort". *PSYCHOLOGICAL BULL*, 85, 1275-1301.

* **ACKERMAN, P. T., ELARDO, P. T., DYKMAN, R. A.** (1979) "A psychosocial study of hyperactive and learning-disabled boys". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*, 7(1), 91-99.

* **ACKERMAN, P. T., DYKMAN, R. A, PETERS, J. E.** (1977). "Teenager status of hyperactives and non hyperactive learning disabled boys". *AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*, 47, 577-596.

* **ADAMS, R. M., KOCSIS, J. J., ESTES, R. E.** (1974). "Soft Neurological signs in learning disabled children and controls". *AM. J. DIS. CHILD*, 128, 614-619.

* **AGHAMIAN, G. H., HAIGLER, H. J., BENNETT, J. L., et al** (1975). "Amine receptor in CNS:III" En **L. L. IVERSEN, S. H. SNYDER** (Eds) HANDBOOK OF PSYCHOPHARMACOLOGY. (vol 6). New York. Plenum Press, (1975). Citado por **SHAYWITZ, S. E., SHAYWITZ, B. A., COHEN D. J.** (1984).

* **AIRD, R. B., KAMAMOTO, T.** (1966) "Behaviour disorders of childhood". *ELECTROENCEPHALOGRAPHY AND CLINICAL NEUROPHYSIOLOGY*, 21, 148-156.

* **ALBERTS - CORUSCH, J., FIRESTONE, P., GOODMAN, J.** (1986) "Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children". *AM. J. ORTHOPSYCHIAT*, 56(3), 413-423.

* **AMAN, J.** (1978). "Cognitive ,social and other correlates of specific reading retardation". *J. ABNORMAL CHILD PSYCHOL*, 7, 153-168.

* **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:diagnostic and statistical manual of mental disorder.** (2nd ed.) Washington, DC, APA, 1968.

* **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:diagnostic and statistical manual of mental disorder.** (3rd) Washington, DC, APA, 1980.

* **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:diagnostic and statistical manual of mental disorder.** (3rdRv)American psychiatric Press. 1987. Traduccion Española 1988.

*ANDERSON , J.C., WILLIAMS, S., McGEE, R, et al (1985) " Cognitive and social correlates of DSM III disorders identifies in sample of 11 year-old children from the general population" manuscrito no publicado. Citado por WERRY, J. REEVES, J. C. 1987.

*ANDERSON, J., WILLIAMS, S., McGEE. R. (1987) "DSM III disorders in preadolescent children.Prevalence in a large sample from the general population".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*, 44, 69-76.

*ANDERSON, J., WILLIAMS, S., McGEE, R. et al (1989). "Cognitive and social correlates of D.S.M. III disorders in preadolescent children "*J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIAT*, 28, 842-846.

* AUGUST, G. F., STEWART, M. A. (1982) "Is there a syndrome of pure hyperactivity ?". *BRIT. J. PSYCHIAT.*, 140, 305-311.

*AUGUST, G. F., HOLMES, C. S. (1984) "Behavior and academic achievement in hyperactive subgroups and learning disabled boys". *AM. J. DIS. CHILD*, 138, 1025-1029.

*BARKLEY, R. A. (1977) "A review of stimulant drug research with hyperactive children". *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, 18, 137-165.

*BARKLEY, R. A. (1982) "Guidelines for defining hyperactivity in children(attention deficit disorders with hyperactivity" en LAHEY, B.B., TRAZDIN, A.(Eds) *ADVANCES IN CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY*. Vol.5 :plenum.New York.

*BARKLEY, R. A. (1987) "Hyperactivity" cap.4, 87-112. En R. J. MORRIS, T. R. KRATOCHWILL(Ed) *THE PRACTICA OF CHILD THERAPY*.Pergamon Press.New York.

*BARKLEY, R. A, McMURRAY, M. B., EDELBROCK, G. S. (1989) "The response aggressive and nonagressive ADHD children to two doses of methylphenidate". *J.AM.ACAD.CHILD.ADOLESC.PSYCHIAT*, 28, 6, 873-881.

*BARNARD, K., COLLARD, B. S (1973) "Early diagnosis, interpretation, and intervention: a commentary on the nurse's role". *ANNALS. OF THE NEWW YORK ACADEMY OF SCIENCE*, 205, 373-382.

*BATTLE, E. S., LACHY, B. (1972) "A contex for hyperactivity in children , over time". *CHILD DEVELOPMENT*, 43, 757-773.

*BEFERA, M. S., BARKLEY, R. A. (1985) "Hyperactive and normal girls and boys: mother child interaction parent psychiatric studies and child psychopathology". *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.*, 26, 439-452.

*BELLACK, L.(1985) "ADD psychosis as a separate entity". *SCHIZOPHR.BULL.*, 11/4, 523-527.

*BENDER, L. (1942) "Postencephalitic behavior disorders in children" EN J. B. NEAL(Ed) *ENCEPHALITIS:A CLINICAL STUDY* Grune y Stratton. New York.Citado por ROSS Y ROSS 1982..

*BENDER, L. (1984) TEST GUESTALTICO VISONOTOR. USOS Y APLICACIONES CLINICAS(B.G.) Ed.Paidos. Barcelona.

*BENEZRA, E. (1980). "Verbal and nonverbal memory in hyperactive,reading disabled,and nomal children" tesis no publicada. MCGILL University.Citado por DOUGLAS V.I. 1984.

*BENEZRA, E., DOUGLAS V. I. (1988) "Short-term recall in ADDH, normal and reading disabled boys", *J. ABNORMAL PSYCHOL*, 16, 511-525.

*BENJUMEA, P., MOJARRO, M. D. (1989a) "Estudio retrospectivo en padres de hijos con trastornos atencionales mediante la escala de Wender" En 2º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA BIOLOGICA. pp(126-131) Ed. ARAN, Madrid.

*BENJUMEA, P., MOJARRO, M. D., RODRIGUEZ SACRISTAN, J. (1989b) "Estudio neuropsicologico en Trastornos de Conducta". Ponencia al I congreso de Internacional Infancia y Sociedad. Madrid.

*BENTON, A. L. (1981) MANUAL DEL T.R.V.B. Ed TEA. Madrid.

*BERRY, C. A., SHAYWITZ, S. E., SCAYWITZ, B. A. (1985). "Girls with attention deficit disorder: A silent minority? A report on behavioral and cognitive characteristics". *PEDIATRIC*, 76/5, 801-809.

*BHAGARAN, H. N., COLEMAN, M., COURSIGN, D. B. (1975) "The effects of piridoxine hydrochloride on blood serotonin and pyridoxal phosphate contexts in hyperactive children". *PEDIATRIC*, 55, 437.

*BIRD, H. (1989) "Estimate of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*, vol 45, 1120-1126.

*BLAU, A. (1936) "Mental changes following head trauma in children". *ARCH. GEN. PSYCHIAT.*, 35, 722-769. Citado por TAYLOR.1986a.

*BLOOMINGDALE, L., BLOOMINGDALE, E. C. (1979) "Minimal brain dysfunction:A new screening test and theoretical considerations the psychiatric ". *JOURNAL OF THE UNI.OF OTTAWA*,vol 5. nº 4, 295-306.

*BLOON, k. (1975) "Social elicitation of infant vocal behavior". *JOURNAL OF EXPERIMENTAL CHILD PSYCHOLOGY*, 19, 209-222.

*BLOUIN, A., BORSTEIN, R., TRITES, R. L. (1978) "Teenager alcohol use among hyperactive children: A five year follow-up study". *JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY*, 3, 188-194.

*BONCOUR, PH., BONCOUR, P. (1905). Citado por MENDIGUCHIA.1988.

*BORLAND, B., HECHTMAN, H. (1976). "Hyperactive boys and their:brothers a 25-year follow-up study". *ARCH. GENR. PSYCHIAT*, 33(6), 669-675.

*BORISON, R., MOSWAIN, A., SABELLI, H. (1975) "Brain 2-phenylethylamine as a major mediator for the central actions of amphetamine and methylphenidate "LIFE SCIENCE", 17, 1331-1344.

*BOSCO, J. J., ROBIN, S. S. (1980) "Hyperkinesis: prevalence and treatment (173-187) en C. K. WHALER Y HEWKER, B.(ed) HYPERACTIVE CHILDREN :THE SOCIAL ECOLOGY OF IDENTIFICATION AND TREATMENT .Academic Press.N.Y.

*BOURNEVILLE (1896) Citado por MENDIGUCHIA, F. J. 1988.

*BRADLEY, C. (1937). "The behavior of children receiving benzedrine".*AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 94, 577-585.

*BREMNER, D. A., STERN, J. A. (1976) "Attention and distraibility during reading in hyperactive boys".*JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*, 4, 381-387.

*BROWN, G. L., EBERT, M. H., GOYER, P.F. et al (1982). "Agresion, suicide and serotonin:relationship to CSF amine metabolites". *AMER. J. PSYCHIAT*, 139, 741-746.

*BROWN, G. L., EBERT, M. H., MIMICHELLO, M. D.(1985) "Biochemical and pharmacological aspects of attention deficit disorder. En BLOOMINGDALE, L.M. "ATTENTION DEFICIT DISORDER:IDENTIFICATION,COURSE AND TREATMENT RATIONALE".Spectrum.N.Y.

*BURG, C., RAPOPORT, J. L., BARTLEY, L. S. et al (1980) "Newbord minor physical anomalies and problems behavior at age three. "*AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 64, 389-395.

*BUSS, A. H. y PLOWIN, R. (1982). A TEMPERAMENT THEORY OF PERSONALITY DEVELOPMENTAL. Wiley. N.Y.

*BYERS, R. K., LORD , E. E. (1943) "Late effects of lead poisoning on mental development". *AMERICAN JOURNAL OF DISEASES OF CHILDREN*, 66, 471-494.

*CABALLERO, R., BENJUMBA,P. "Estudio psicopatologico en hijos de alcoholicos" . *ANALES DE PSIQUIATRIA*, (en prensa).

*CAMP, J., BIALER, P., SWER, M., et al (1978). "Clinical usefulness of the NIMH physical and neurological examination for soft signs". *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 135, 362-364.

*CAMPBELL, S. B., DOUGLAS, V. I., MORGENSTEIN, G. (1971) "Cognitive style in hyperactive children and the effects of methylphenidate".*J. CHILD. PSYCHOL. PSYCHIATRY*, 12, 55-67.

*CAMPBELL, D. P. (1972). "Psychiatric illness in the families of hyperactive children". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*, 27, 414-417.

*CAMPBELL, S. (1973). "Mother-child interaction in reflective impulsive and hyperactive children". *DEV. PSYCHOL*, 8, 341-349.

*CAMPBELL, M., SMALL, A. M., COLLIN, P. J. et al. (1976) "Levodopa and levoamphetamine: a cross over study in young schizophrenie children". *CURR. THER. RES.*, 19, 70-86.

- *CAMPBELL, S. B., EDMAN, M. W., BERNFELD, G. (1977a) "A three-year follow-up of the hyperactive preschoolers into elementary school". *J. CHILD. PSYCHOL PSYCHIAT*, 18, 239-249.
- *CAMPBELL, S. B., SCHLEIFER, M., WEISS, G. et al (1977b) "A 2 year follow-up of hyperactive preschooler". *AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*, 47, 149-162.
- *CAMPBELL, M., GELLER, B., SMALL, A. et al (1978a) "Minor physical anomalies in young psychiatric children". *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 135, 573-575.
- *CAMPBELL, S., PAULASUSKAS, S. (1978b) "Peer relations in hyperactive children". *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.*, vol.20, nº 3, 233-246.
- *CAMPBELL, S., REDFERING, D. L. (1979) "Relationship among environmental and demographic variables and teacher-rated hyperactivity". *J. ABNORMAL CHILD PSYCHOL*, 7/1, 77-81.
- *CAMPBELL, M., PALIJ, N. (1985) "Documentation of demographic data and family history of psychiatric illness". *PSYCHOPHARMACOL. BULL*, 21, 719-727.
- *CANTWELL, D. P. (1972) "Psychiatric illness in the families of hyperactive children". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*, 27, 414-417.
- *CANTWELL, D. P. (1975). "Genetic of hyperactivity ". *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY* , Vol.16(3), 261-264.
- *CANTWELL, D. P., CARLSON, G. A. (1983) AFFECTIVE DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. M.T.P.Lancaster.Traduccion Española. Ed.Martinez Roca. Barcelona.1987.
- *CANTWELL, D. P., SATTERFIELD, J. H. (1978). "The prevalence of academic underachievement in hyperactive children". *JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY*, 3, 168-171.
- *CARLSON, G. A., LAHEY, B. B., NEPPER, R. (1983) "Direct assessment of the cognitive correlates of attention deficit disorders with and without hyperactivity". *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSEMENT*, 8, 69-86.
- *CARLSON, G.A. (1987) " Trastornos afectivos bipolares en la infancia y adolescencia " En **CANTWELL Y CARLSON**. 1987.
- *CASTROVIRJO, P. J. (1980) "Disfuncion cerebral minima"pp 71-77 Symposium sobre disfuncion cerebral minima. Ed.Merch Igoda.Madrid.
- *CATALA, M. A., AGÜERO, A., QUILES, J. (1985) "El niño hiperquinético (I):diagnostico".*ANALES DE PSIQUIATRIA*, Vol.1, nº 2, 58-64.
- *CLEMMETS, S. D., PETERS, J. E. (1962) "Minimal brain dysfunctions in the school-age child ". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*, nº 6, 185-197.

*CLEMENTS, S. (1966). "Minimal brain dysfunction in children". N.I.N.D.B. monograph n° 3. US Public Health Service, Washington, D.C. citado por RAMOS, 1987.

*CLOSE, J. (1973) "rating scale: for use in drug studies with children". *PSYCHOPHARMACOLOGY BULL.*, Special Issues, 24-84.

*COHEN, N. J., DOUGLAS, V. I. (1972a) "Characteristics of the orienting response in hyperactive and normal children". *PSYCHOPHYSIOLOGY*, 9, 238-245.

*COHEN, N. J., WEISS, G., MINDE, K. (1972b) "Cognitive styles in adolescents previously diagnoses as hyperactive. *JOURNAL OF CHILDREN PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, 13, 203-209.

*COHEN, D. J., CAPARULO, B. K., SCHAYWITZ, R. (1977) "Dopamine and serotonin metabolism in neuropsychiatrictrically disturbed children". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*, 34, 545-550.

*COLL, P.G. BLAND, R. (1979)." Manic depressive illness in adolescence and childhood -review and case report " *CAN. J. PSYCHIATRY*, 24, 255-263. Citado por CARLSON. 1983.

*COLEMAN, M. (1971) "Serotonin concentrations in wholew blood of hyperactive children". *J. PEDIAT*, 78, 985-990.

*COLEMAN, M. (1973) "Serotonin and central nervous system syndromes of childhood. A review". *JOURNAL OF AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA*, 3, 27-35.

*COLEMAN, M. (1979) "Serotonine levels in whole blood of hyperactive children". *JOURNAL OF PEDIATRIC*, 78, 985-990.

*COMREY, A. L (1985) MANUAL DE ANALISIS FACTORIAL .Ed. Catedra. Madrid.

*CONRAD , W., INSEL, J. (1967). "Anticipating the response to amphetamine therapy in the treament hyperkinesis children ". *PEDIATRICS*, 40, 96-99.

*CONNERS, C. K. GOYETTE, C. H., SOUTHWICK, D. A. et al (1976) "Food additives and hyperkinesis a controled double-blind experiment". *PEDIATRIC*. vol 58, n°2.

*CONNERS, C. K., ROTHSCHILD, G. (1969a) "Dextroamphetamine sulfate in children with learning disorders ". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*. 21, 182-190.

*CONNERS, C.K. (1969b) "A teacher rating scale for use in drug studies with children". *AMER. JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 126, 884-888.

*CONNERS, C. K. (1970) "Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children". *CHILD DEV*. 41, 667-682.

*CONNERS, C. K. (1973a) "Rating scale for use in drug studies with children". *PSYCHOPHARMACOLOGY BULL.*..Special Issues. Pharmacotherapy: 24-29.

*CONNERS, C. K. (1973b) "Parent symptom questionnaire". *PHARM.BULL.* special issue en pharmacotherapy of children. DHEW publication number (HSM)73-9002, 55-60.

*CONNERS, C. K. (1973c) "Deancl and behavior disorders in children : a critical review of the literature and recomemended future studies for determing efficacy". *PSYCHOPHARMACOLOGY BULL.* (especial issue), 188-195.

*CONNERS, C. K., TAYLOR, E., McGO, G. et al (1973) " Magnesium pemoline and dextroamphetamine: a controlled study in children with minimal brain dysfunction" *PSYCHOPHARMACOLOGIA.* 26, 321-335.

*CONNERS, C. K. (1980) "A teacher rating sacle for use in drug studies with children" *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY.* 126, 884-888.

*CONNERS, C. K. (1985). "Issues in the study o adolescent ADD-H/Hyperactivity". *PSYCHOPHARMACOLOGY BULL.* Vol.21, nº 2, 243-251.

*COPELAND, A. P., WEISSBROD, C. S. (1978). "Behavioral correlates of the hyperactivity factor of the CONNERS Teacher questionnaire". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY.* 6, 339-343.

*CORBOZ, R. J., CUENOD, M. (1984) "Biological correlates of ADD" EN BLOOMINGDALE, L. M. ATTENTION DEFICIT DISORDERS:DIAGNOSTIC,COGNITIVE,AND THERAPEUTIC UNDERSTANDING.Spectrum publications .N.Y.

*COSTELLO, E(1988) "Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample". *J. AM. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY* 28, 851-855.

*COSTELLO, E. (1989) "Developmental in child psychiatric epidemiology" *.AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY.* 836-841.

*CUNNINGHAM, C. E., y BRAKLEY, R. A. (1978) "The role of academic failure in hyperactive behavior". *JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES.* 11, 15-21.

CHESS, S., HASSIBI, M. (1970) "Behavior deviations in mentally retarded children". *J. AMER. ACAD. CHILD PSYCHIAT.* 9, 282-297.

*DAHL. L. A. (1971). "Follow-up study of a child psychiatric, with special regard to manic depressive psychoses" En ANWELL, A. L. (Ed) DEPRESSIVE STATES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE .Stocolm.

*DAVIS, O. J., HOFFMAN, S., SVERD, J. et al (1976) "Lead and hyperactivity .Behavioral response to children: a pilot study". *AM. J. PSYCHIATRY.* 133, 1155-1158.

*DAVIDSON, E. M., PRIOR, M. R. (1978) "Laterality and selective attention in hyperactive children". *J. ABN. CHILD PSYCHOL.* 6/4, 475-481.

*DENKLA, M. D., RUDER, R. G. (1978). "Abnormalies of motor development in hyperactive boys". *ANN.OF NEUROL.* 3, 231-233.

*DE LA BORDE, B., CHOATE, M. S. (1975) "early asymptomatic lead exposure and developmentalschool age" *J. PEDIATRIC*. 87, 638-642.

*DENCKER, S. J. (1958) "A follow-up study of 128 closed head injuries in twins using co-twins as control". *ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA SCANDINAVICA*. nº 33 (suplemento 123), 125.

*DEUTSCH, C., MATTHYSSE, S., SWANSON, J. (1990) "Genetic latent structure analysis of dysmorphology in attention deficit disorder". *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*. 29, 2, 189-194.

*DOUGLAS, V. I. (1972) "Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children". *CANADIAN JOURNAL OF BEHAVIORAL SCIENCE*. 4, 259-281.

*DOUGLAS, V. I. (1980) "Treatment and training approaches to hyperactivity: establishing internal or external control" En **WHALEN, C. HENKER, B.** (Ed) *HYPERACTIVE CHILDREN: THE SOCIAL ECOLOGY OF IDENTIFICATION AND TREATMENT*, 283-317, Academic Press, N.Y. Citado por RUTTER, 1984.

*DOUGLAS, V. I. (1984). "Attention and cognitive problems" En RUTTER (Ed) *DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHIATRY*. The Guilford Press London.

*DOUGLAS, V. I., PETERS, K. G. (1979) "Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children" EN **HALEN, G. A. LEWIS, M.** (Ed) *ATTENTION AND THE DEVELOPMENT OF COGNITIVE SKILL*, 173-247. Plenum, N.Y. Citado por TAYLOR. 1986.

*DUBEY, R. (1976) "Organic factors in Hyperkinesisi :A critical review". *AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*. vol. 46(2), 353-366.

*DYKMAN, R. A., WALLS, R. C., SUZUKI, T. et al (1970). "Children with learning disabilities: conditioning, differentiation and the effect of distraction" *AM. J. ORTHOPSYCHIATRY* 40, 766-782.

*DYKMAN, R. A. (1979). "SElective and sustained attention in hyperactive, learning disabled and normal boys". *J. NERV. MENT. DIS.* 167, 288-297.

*DYSON, V. L., BARCAI, A. (1970) "Treatment of children of lithium responding parents". *CURR. THER. RES.* 12, 286-290. Citado por CARLSON. 1987.

*EBAUGH, F. G. (1923) "Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children". *AMERICAN OF DISEASES OF CHILDREN*. 25, 89-97.

*ELMAN, M (1976) "A comparison of learning disabled and normally achieving children on measures of self steem". Tesis no publicada, Concordia University. Montreal. Citado por RUTTER. 1980b.

*EME, R. (1979) "Sex differences in childhood psychopathology: a review." *PSYCHOLOGICAL BULL.* 86, 574-595.

*EISENBERG, L. (1966). "The management of the hyperkinetic child". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*. 8, 593-632.

- *ERLENNBYER-KIMLING, L., CORNBLATT, B. (1978). "Attentional measures in a study of children at high risk for schizophrenia". *JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH*. 14, 93-98.
- *ERNHAT, C. B., GRAHAM, F. K., EICHMAN, P. L. et al (1963) "Brain injury in the preschool child: some developmental considerations.II:comparison of brain -injured and normal children". *PSYCHOLOGICAL MONOGRAPHS*.77(1), 17-33.
- *FEINGOLD, B. F.(1965). Citado por FEINGOLD.1975.
- *FEINGOLD, B. F. (1975). WHY YOUR CHILD IS HYPERACTIVE".(Ed) Random House.N.Y.
- *FEJERMAN, H. (1975) "Disfuncion cerebral minima" *REV.HOSP.MINOS*(Buenos Aires),17(67):153-159 citado por CASTROVIEJO.1980.
- *FELDMAN, S., DENHOF, F. E., DENHOFF, J. (1979) "The attention disorders and related syndromes: outcome in adolescence and young adult life" *ENDENHOFF,E. STERN,L.*(Ed) MINIMAL BRAIN DYSEUNCTION:A DEVELOPMENT APPROACH.Masson,N.Y.
- *FELTON, R. H., WOOD, F. B., BROWN, I. S. et al (1987) "Separate verbal memory and naming deficit in attention deficit disorders and reading disability". *BRAIN AND LANGUAGE*.31, 171-184.
- *FERGUSON, H. B., PAPAS, M. (1979) "Predicting the response of hyperactive children to ritalin: an empirical study". *AM. N. Y. ACAD. SCI.* 205, 283-302.
- *FERGUSON, H. B. (1981) "Plasma free and total tryptophan,blood serotonin and the hyperactivity syndrome; no evidence for the serotonin deficiency hypothesis". *BIOLOGICAL PSYCHIATRY*.vol 16(3), 231-238.
- *FERGUSON, H. B., RAPOPORT, J. L., WEINNGARTNER, H. (1981) "Food dyes and impairment of performance in hyperactive children". *SCIENCE*.211, 410-411.
- *FERGUSON, H. B., RAPOPORT, J. L. (1984) "Nosological issues and biological validation".EN RUTTER,M 1984. DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHIATRY.The Guilford Press.London.
- *FIRESTONE, P.(1978). "Minor physical anomalies in hyperactive, retarded and normal children and their families". *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY PSYCHIATRY ALLIED DISCIPLINE*.vol.19(2), 155-160.
- *FIRESTONE, P., DOUGLAS, V. (1975). "The effects of reward and punishment on reaction times and autonomic activity in hyperactive and normal children". *J.ABNORMAL CHILD PSYCHOL*.3/3, 201-216.
- *FIRESTONE, P., MARTIN, J. E. (1979) "an Analisis of the hyperactives syndrome: A comparison of hyperactive,behavior problem,asthamatic and normal children". *J.ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*.7, 261-263.
- *FLYNN, H. M., RAPOPORT, J. L. (1976) "Hyperactivity in open and traditional classroom enviroments". *JOURNAL OF SPECIAL EDUCATION*,10, 285-290.

*GASTAUT, M. (1950) "Combined Photic and metrazol activation of the brain".*ELECTROENCEPHALOGRAPHY AND NEUROPHYSIOLOGY*.2, 249-261.

*GETMAN, G. N., KANE, B. R., HALGREN, M. et al (1964) "The physiology of readiness;an action program form the development of perception for children".Minneapolis,programs to accelerate school success.Citado por RAMOS.1987.

*GESCHWIND, N. (1982) "Disorders of attention: a frontier in neuropsychology".*Philosophical transactions of the royal society of London*,6,298,173-185. Citado por TAYLOR.1986.

*GIBBS, F., GIBB, E. (1964) "Common tipos of childhood encephalitis".*ARCH.NEUROLOG*.10, 1-11.

*GITTELMAN-KLEIN, KLEIN (1975) "are behavior and psychometric changes related in methylphenidate-treated,hyperactive children "INTERNATIONAL J. MENTAL .4, 181-198.

*GITTELMAN, R., MANFUZZA, S., SHENKER, R. (1985) "Hyperactive boys almost grown up :psychiatric status ".*ARCH.GEN. PSYCHIATRY*.vol 42 , 937-947.

*GLOW, R. A. (1981) "Cross validity and normative data on the conners parent and teacher rating scale.En K. D. GADOW , J.LONBY (Ed) THE PSYCHOSOCIAL ASPECT OF DRUGS TREATED FOR HYPERACTIVE.Westview Press,Boulder,Colorado.

*GOLDMAN, P. S., GRAWFORD, H. T., STOKES, L. P. (1974) "Sex dependent behavioral effects of cerebral cortical lesion in the developing rhesus monkey".*SCIENCE*.186, 540-542.

*GOLDSTEIN, K (1942) "After-effects of brain injuries in war".Grune y Stratton.Citado por RAMOS 1987.

*GOODWIN, D., SCHULSINGER, F., HERMASEN, L. (1975) "Alcoholism and the hyperactive child syndrome".*JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*.160, 349-353.

*GORESTEIN,E.E. NEWMAN,J.P.(1980)"Disinhibitory psychopathology: a new perspective and a model for research .*PSYCHOLOGICAL BULL*.87,301-315.

*GOULD, M. S., WUNSCH-HITZIG, R., DOHRENWED, B. P. (1980)."Formulation of hypotheses about the prevalence,treatment and pronostic significance of psychiatric disorders in children in the United States"En_B.P.DOHRENWEND. B.P.(Ed)*MENTAL ILLNESS IN THE UNITED STATES EPIDEMIC LOCAL ESTIMATES* .Praeges.N.Y.Citado por COSTELLO,E.J.1989.

*GOYETTE, C. H., CONNERS, C. K., PETTI, T. D. et al (1978a) "Effects of artificial colors on hyperkinetic children : a doubled-blind study".*PSYCHOPHARMACOLOGY. BULL*.14, 39-40.

*GOYETTE, C. H., CONNERS, C. K., ULRICH, R. F.(1978b). "Normative data on revised Connors' parent and teacher rating scales".*JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOL*.6.221-236.

*GREENBERG, A. S., COLBMAN, M. (1973) "Use of blood serotonin levels for the clasification and treatment of hyperactive behavior disorders." *NEUROLOGY*. 23:428.

*GREENBERG, A. S., COLEMAN, M (1976) "Depressed 5-hydroxyindole levels associated with hyperactive and aggressive behavior". *ARCH. GEN. PSYCHIAT.* 33, 331-336.

*GREEN, D. SVETS, J. (1966). "SIGNAL DETECTION THEORY AND PSICHOPHYSICS" Wiley. N.Y.

*HAGEN, J. W. (1967) "The effects of distraction on selective children" *CHILD DEVELOPMENT* 38, 685-694.

*HALPERIN, J. M., WOLF, L. M., PASCUALVACA, D. M. (1988) "Differential assessment of attention and impulsivity in children" *J. AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIATRY* 27. 3, 326-329.

*HALVERSON, C. F., VICTOR, J. B. (1976) "Minor physical anomalies and problems behaviour in elementary school children". *CHILD DEV.* 47, 281-285.

*HARING, N. G., VHELAN, R. J. (1965) "Experimental methods in education and management of emotionally disturbed children" EN W. C. MARSE (Ed) CONFLICT IN THE CLASROOM: THE EDUCATION OF EMOTIONALLY DISTURBED CHILDREN Citado por RAMOS. 1987.

*HARLEY, J. P., RAY, R. S., TOMASI, L. et al (1978) "Hyperkinesis and food additives: testing the Feingold hypothesis". *PEDIATRICS*. 61, 818-828.

*HECHTMAN, L., WEISS, G., FINKLESTEIN, J. et al (1976) "Hyperactive as young adults: a preliminary report". *CANAD. MED. ASS. J.* 115, 625-630.

*HECHTMAN, L., WEISS, G., PERLMAN, T., et al (1984) "Young adult outcome of hyperactive children who recived long-term stimulant treatment" *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY*. 23, 3, 250-260.

*HECHTMAN, L. (1985) "Adolescent outcome of hyperactive children treated with stimulants in childhood: a rewied". *PSYCHOPHARMACOL. BULL.* 178-191.

*HEFFROM, W., MARTIN, C. A. (1984) "Attention deficit disorder in three pairs of monozygotic twins: case report". *J. AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIAT.* 23, 3, 299-301.

*HERTZING, M. (1969) "Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescent, A comparative consideration of sex diffrence". *ARCH. GEN. PSYCHIAT.* 19, 528-537.

*HERTZING, M. (1982) "Stability and change in nonfocal neurological signs". *J. AM. ACAD. CHILD. PSYCHIAT.* 21, 231-236.

*HERTZING, M., BIRCH, H. G. (1966) "Neurologic organization in Psychitrically disturbed adolescent girls" *ARCH. GEN. PSYCHIAT.* 15, 590-598.

*HERTZING, M., BIRCH, H. G. (1968). "Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescents" *ARCH. GEN.PSYCHIATRY*. 66, 43-53.

*HEUYER (1914). Citado por MENDIGUCHIA.1988.

*HISCOCK, M., KINSBOURNE, M., CAPLAN, B. et al (1979) "Auditory attention in hyperactive children: effects of stimulant medications dichotic listening performance". *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*. 88, 27-32.

*HINSWAV, S. P. (1987) "On the distinction between attentional deficit hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology". *PSYCHOLOGICAL BULL.* 101/3, 443-463.

*HOHMAN, L. B. (1922) "Postencephalitic behavior disorders in children" *JOHNS HOPKINS HOSPITAL BULLETIN*. 380, 372-378. Citado por TAYLOR.1986.

*HOPKINS, J., PERLMANT, T., HECHTMAN, L. et al (1979) "Cognitive style in adult originally diagnosed as hyperactives". *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*. 20, 209-216.

*HOWALL, M. L. (1972) "Hyperactivity in children.Types , diagnostisis,drug therapy,approaches to management. *CLINICAL PEDIATRIC*. 11, 30-39.

*HOY, E., WEISS, G., MINDE, K., et al (1978) "The hyperactive child at adolescence:cognitive, emotional, and social functioning". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 67, 311-324.

*IRWING, M., BELUNDIACK. K., McCLOSKER, K. et al (1981) "Tryptophan metabolism in children with attention deficit disorders". *AMER. J. PSYCHIAT.* 138. 1082-1085.

*JABLENSKY, A. (1986) "Epidemiologic surveys of mental health of geographically defined populations of europe".EN :COMMUNITY SURVEYS OF PSYCHIATRIC DISORDERS M. M. WEISSMAN, J. K. MYERS, C. E. ROSS (Ed).New Brunwich: Rutgers U.Press,257-313.Citado por COSTELLO, 1989.

*JACKSON, R. H. (1977) (Ed) CHILDREN ,THE ENVIROMENT AND ACCIDENTS London: Pitman Medical . Citado por TAYLOR.1986.

*JACOBS, R. G., O' LEARY, K. D., ROSENBLAD, C. (1978) "Formal and informal classroom setting:effects on hyperactivity". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*.6, 47-59.

*JACOBSEN, C. F. (1935) "Functions of the frontal association area in primate" *ARCH.OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY*. 33, 558-569. Citado por TAYLOR.1986.

*KAHN, E., COHEN, L. H. (1934) "Organic drivenners a brain-stem syndrome and an experience". *NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*. 5. 748-756.

*KAHN, A. U., DEKIRMEJIAN, H. (1981) "Urinary excretion of catecholamine metabolites in hyperkinetic child syndrome". *AMER. J. PSYCHIAT.* 138, 108-112.

*KAGAN, J., RASHAN, B. L., DAY, D. et al (1964) "Information processing in the child: significance of analitic and reflective attitudes". *PSYCHOLOGICAL MONOGRAPHS*. 78(1).

*KAGAN, J. (1966) "Reflective-impulsivity:the generality and dynamics of conceptual tempo". *JOURNAL OF ANORMAL PSYCHOLOGY*. 71, 17-24.

*KAPLAN,M.I.SADUCK,B.J.(1987)."COMPENDIO DE PSIQUIATRIA".(Ed) Salvat.Barcelona.

*KAVELVOER, F. (1975) "A neurobehavioral study in pre-school children".W.Heineman.London.

*KASHANI, J., CHAPEL, J. L., ELLIS, J. et al (1979) "Hyperactive girls". *J. OPER. PSYCHIAT*. 10, 145-148.

*KENNARD, M. A. (1960) "Value of equivocal signs in neurological diagnosis". *NEUROLOGY*10, 753-764.

*KENNY, T. J., CLEMENTS, R. L., HUDSON, B. W. et al(1971). "Characteristics of children refered because of hyperactivity". *JOURNAL OF PEDIATRICS*, 79, 618-622.

*KESTEMBAUM, C. J., BIRD, H. C. (1978). "A reliability study of the mental health assessment form for school age children". *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY*. 17(2), 338-347.

*KINSBOURNE, M., VANSON, M. (1979) "Models of hyperactivity"En R.L.TRITES(Ed) HYPERACTIVITY IN CHILDREN.Baltimore: University Park Press.

*KLEIN, A. R., YOUNG, R. D. (1979) "Hyperactive boys in their classroom: assesment of teacher and peer perceptions, interactions and classroom behaviors". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 7, 425-442.

*KLORMAN, R., BRUMAGHIM, J. T., SALZMAN, L. F. et al (1988) "Effects of methylphenidate on attention-deficit hyperactivity disorders with and without aggresive-non compliant features". *J. ABNORMAL. PSYCHOLOGY*. 97, 413-422.

*KORIACTH, U., GUALTIERI, T., VAN BOURGONDIEN, M. B. et al (1985) "Construct validity of clinical diagnosis in pediatric psychiatry". *J. AM. ACAD. PSYCHIATRY*. 24, 429-436.

*KUPIEZ, S., BIALER, L., WINSBERG, B. (1972) "A behavior rating scale for assesing improvement in behaviorally deviant children: a preliminary investigation". *AM. JOURNAL. OF PSYCHIATRY*. 128, 116-120.

*LAHEY, B. B., STENPIAK, M., ROBINSON. J. (1978) "Hiperactivity and learning disabilities as independent of child behavior problems". *J. ABNORMAL PSYCHOLOGY*. 87, 333-340.

*LAHEY, B. B., GREEN, K. D., FORENHARD, R., (1980) "on the independence of rating of hyperactivity, conduct problems and attention deficit in children:

a multiple regression analysis "JOURNAL CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGICAL. 48, 566-574.

*LAHEY, B. B., PELHAM. W. E. (1988) "Dimensions and types of attention deficit disorder". J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY. 27,3, 330-335.

*LAMBERT, N. N., SANDOVAL, J., SASSONE, D. (1978) "Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers". AMER. JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY. 48, 446-463.

*LAMBERT, N. N., SANDOVAL, J. (1980) "The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive". JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY. 8, 33-50.

*LAPOUSE R., MONK, M. A. (1958) "An epidemiological study of behavior characteristics in children". AM. JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 48, 1134-1144.

*LAUFER, M. W., DENHOFF, E. (1957) "Hyperkinetic behavior syndrome in children". JOURNAL OF PEDIATRICS. 50, 463-474.

*LAUFER, M. W. (1971) "Long-term management and some follow-up finding on the use of drugs with minimal cerebral syndromes". JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES. 4, 55-58.

*LE MOAL, M., STINUS, L., SIMON, N. et al (1977). "Behavioral effects of a lesion in the ventral mesencephalic tegmentum: evidence for involvement of A10 dopaminergic neurons" EN COSTA, E, GREENGARD, P.(Eds) ADVANCES IN BIOCHEMICAL PSYCHOPHARMACOLOGY vol16, Raven Press .N.Y.Citado por TAYLOR.1986.

*LERER, R. J., LERER, L. (1976) "The effects of methylphenidate in the soft neurological signs of hyperactive children ".PEDIATRICS. 57, 4, 521-525.

*LEVY, F., DUMBRELL, S., HOBBS, G. et al (1978). "Hiperkinesia and diet: a double-blind crossover trial with a tartrazine challenger". MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA. 1, 61-64.

*LOISELLE, D. L., STAMM, J. S., MAITINSKY, S. et al (1980). "Evoked potential and behavioural sign of attention dysfunction in hyperactive boys". PSYCHOPHYSIOLOGY. 17, 193-201.

*LOWEY, J., LANGHONE, J. E., PATERNINE, C. E. (1978) "An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic/minimal brain dysfunction syndrome". JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. 87, 431-441.

*LOWEY, J., KRAMER, J., MILICH, R.(1981) "The hyperkinetic child grows up: predictors of symptoms,delinquency, and achievement at follow-up".EN GADOW, K. D., LOWEY, J. (Ed) PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF DRUGS TREATMENT FOR HYPERACTIVITY .Westview Press,Boulder.

*LOPEZ, R. E (1965) "Hyperactivity in twins".CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATIONS JOURNAL. 10, 421.

*LOU, H. C., HENRISEN, L. (1984) "Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder". *ARCH. NEUROLOG.* 41, 825-829.

*LOU, H. C., HENRIKSEN, L., BRUHN, P. et al (1989) "Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorders". *ARCH. NEUROL.* 46, 48-52.

*LOU, H. C. (1990) "Methylphenidate reversible hypoperfusion of striatal regions in ADHD" . en KINSBOURNE, M., CONNERS, K. (Eds) ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS: ADHD, CLINICAL, EXPERIMENTAL AND DEMOGRAPHIC ISSUES . München:MMV, Medicizin-Verl.

*LUK, S. L., LEUNG, P. W. L (1988) "Conners, teacher rating scale in chinese children in Hong Kong". *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.* Vol 29.nº 2, 165-174.

*LYCKE, E., ROOS, B. F. (1974) "Influence of changes in brain monoamine metabolism on behavior of Herpes simplex-infected mice". *JOURNAL OF THE NEUROLOGICAL SCIENCE.* 22, 277-289.

*LYTTON, G. Y., KNOBEL, M. (1958) "Diagnosis and treatment of behavior disorders in children". *DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM.* 20, 5-11.

*MACCOBY, B. E. (1969) "The development of stimulus selection" EN HILL, J. P. (Ed) Minnesota Symposium on child psychology Vol.3 university of minnesota Press. Minneapolis. Citado por TAYLOR .1986.

*MACCOBY, B. E., JACKLIN, C. N. (1974) PSYCHOLOGY OF SEX DIFFERENCES .Stanford University Press.

*MALE, P. (1934). Citado por MENDIGUCHIA.1988.

*MALMQUIST, B. (1958) "Factor related to reading disabilities in the first grade of the elementary school" Almquist y Wiksell (Ed). Stockholm.1958. Citado por RUTTER.1984.

*MANN, H. B. (1976) "The identification of treatment of adult brain dysfunction" *AM. J. PSYCHIATRY.* 133, 1013-1017.

*MANTEGAZZA, R., RIVA, M. (1963) "Amphetamine-like activity of beta-phenylethylamine after monoamine oxidase in vivo" *JOURNAL OF PHARMACOLOGY.* 15, 472-478.

*MARVIT, S. J., STENNER, A. J. (1972) "Hyperkinesia : delineation of two patterns". *EXCEPT CHILD.* 38, 401-406.

*MATHENY, D. P., DOLAR, A. B. (1980) "Twin study of personality and temperament during middle childhood ". *JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY,* 14, 224-234.

*MATTES, J. A. (1980) "The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesia". *COMPREHENSIVE PSYCHOLOGY.* 21, 358-368.

*MATTES. J. A., GITTELMAN, R. (1981) "Effects of artificial food coloring in children with hyperactive symptoms. A critical review and result of a controlled study". *ARCH. GEN. PSYCHIATRY*. 38/6, 714-718.

*McFARLANE, J. V., ALLEN, L., HONZIK, M. P. (1954) "A DEVELOPMENTAL STUDY OF THE BEHAVIOR PROBLEMS OF NORMAL CHILDREN BETWEEN 21 MONTHS AND 14 YEARS". California University Of California, Press. Berkeley. Citado por MINDE, J.S. (1974).

*McGEE, R., WILLIAMS, S. (1984) "Background characteristics of aggressive, hyperactive, and aggressive-hyperactive boys". *JOURNAL OF ACADEMY OF CHILD PSYCHIAT*. 23,3, 280-284.

*Mc GEE, R., WILLIAMS, S., SILVA, R. A. (1985) "Factor structure and correlates of rating of inattention, hyperactivity and antisocial behavior in a large sample of a year-old children from the general population". *J. CONSULT. CLIN. PSYCHOL*. 53, 480-490.

*Mc GEE, R., WILLIAMS, S., PHIL, A., et al (1987) "A comparison of girls and boys with teacher-identified problems of attention". *J. AM. CHILD ADOLESC. PSYCHIAT*. 26, 5, 711-717.

*Mc GEE, R., SHARE, D. (1988). "Attention deficit disorders-hyperactivity and academic failure: wich comes first and what should be treated?". *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIAT*. 27,3, 318-325.

*Mc KEITH, R. (1975) "L' enfant hyperactif". *REVUE DE NEUROPSYCHIATRIC INFANTILE*. 123(10-11), 689-700.

*McMAHON, S. A., GREENBERG, L. M (1977) "Serial Neurologic Examination of hyperactive children". *PEDIATRICS*. 59. 4.

*MENDICK, S. A. (1970) "Breakdown in individuals at high-risk for schizophrenia; posible predispositional perinatal factors". *MENTAL HYGIENE*. 54, 50-63.

*MENDICK, S. A., SCHULSINGER, F., HIGGINS, B. et al (1974) (ed) GENETICS, ENVIRONMENT AND PSYCHOPATHOLOGY PSYCHOPATHOLOGY .North-holland research series. Amsterdam.

*MENDELSON, V., JOHNSON, H., STEWART, M. A. (1974) "Hyperactive children as teenagers: a following study". *JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*. 153, 273-279.

*MENDIGUCHIA, F. J. (1988) "Concepto y critica del deficit de atención según la D.S.M. III". Transcripcion conferencia Madrid.

*MESSER, S. B. (1976) "Reflection-Impulsivity: A review" .*PSYCHOLOGICAL BULL*. 83, 1026-1052.

*MIKKELSEN, E., LAKE, R., BROWN, G. et al (1981) "The hyperactive child syndrome: peripheral sympathetic nervous system function an the effects on D-amphetamine". *PSYCHIATRY RES*. 4, 157-169.

- *MIKKELSEN, E., BROWN, G., MINICHIELLO, M. et al (1982) "Neurologic status in hyperactive, enuretic, encopretic, and normal boys". *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY* 21,1, 75-81.
- *MILLICHAP, J., JOHNSON, F. (1974) "Methylphenidate in hyperkinetic behavior; relation of response to degree of activity and brain damage". *EN CONNERS, C.K. (Ed) CLINICAL USE OF STIMULANT DRUGS IN CHILDREN EXCERPTA MEDICA. Amsterdam.*
- *MILLICHAP, M. (1982) "The hyperactive child". *TRIANGLE*. 21,2/3.
- *MILICH, R., LONEY, J. (1979) "The role of hyperactive and aggressive symptomatology in predicting adolescent outcome among hyperactive children". *JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY* 4, 93-112.
- *MINDE, K., WEBB, G., SYKES, D. (1968) "Studies on the hyperactive child: prenatal and perinatal factors associated with hyperactivity". *DEV. MED. CHILD. NEUROL.* 10, 355-363.
- *MINDE, K. K., LEVIN, D., WEISS, G. et al (1971) "The hyperactive child in elementary school: a 5-year controlled follow-up". *EXCEPTIONAL CHILDREN*. 38, 215-221.
- *MINDE, K., WEISS, G., MENDELSON, M (1972) "A five-year follow-up study of 91 hyperactive school children". *J. AM. ACAD. CHILD. PSYCHIAT.* 11, 595-610.
- *MILLER, R. G., PALKES, H. S., STEWART, M. (1973) "Hyperactive children in suburban elementary school". *CHILD PSYCHIAT. AN HUMAN DEV.* 121-127.
- *MORRISON, J. (1980) "Adult psychiatric disorder in parent of hyperactive children". *AM. J. PSYCHIAT.* 137/7, 825-827.
- *MORRISON, J. (1980) "Diagnosis of adult psychiatric patients with childhood hyperactivity". *AM. J. PSYCHIAT.* 136, 955-958.
- *MORRISON, J., STEWART, M. A. (1971) "Family study of hyperactive child syndrome". *BIOL. PSYCHIAT* 3, 189-195.
- *MORRISON, J., STEWART, M. A. (1973) "The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children". *ARCH. GEN. PSYCHIAT* 28, 888-891.

*NAKAJIMA, T., KAKIMOTO, SANO, T. (1964) "Formation of beta-phenylethylamine in mammalian tissue and its effects on motor activity in the mouse". *JOURNAL OF PHARMACOLOGY AND EXPERIMENTAL THERAPEUTICS*. 143. 319-325.

*MELIGAN, G. A., KOLVIN, I., SCOTT, D. et al (1976) "Born too soon or born too small" *CLINIC IN DEVELOPMENTAL MEDICINE* nº 61, SIMP. Heineman Medical, London. Citado por SANDBERG, et al. 1980.

*NEEDLEMAN, H. L., GUNNUE, L., LENTON, A. et al (1979) "Deficit in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels" *NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE* 300, 689-695.

*NEWCORD, J., HALPERIN, J. M., HEALY, J. (1987) "Are ADDH and ADHD children the same or different? Annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles. California. Citado LAHEY. 1988.

*NICHAMENS, J. (1972) "Recognizing minimal cerebral dysfunction in the infant and toddler". *CLINICAL PEDIATRICS*. 11, 255-257.

*NICHOLS, P. L., CHEN, T. (1981) "Minimal brain dysfunction: a prospective study". Lawrence Erlbaum. N.Y.

*NURCHTERLEIN, K. H. (1983) "Signal detection in vigilance tasks and behavioral attributes among offspring of schizophrenia mothers and among hyperactive children". *J. ABNORMAL PSYCHOLOGY*. 92, 4-28

*O'DONNELL, J. P., O'NEILL, S., STALEY, A (1979) "Congenital correlates of distractibility". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 7, 465-470.

*O'DONNELL, J. P., VAN TUIJMAN, M. (1979) "Behavior problems of preschool children: dimension and congenital correlates". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 7, 61-76.

*OLLBENDICK, TH., HERSEN, M. (1986) *ESICOPATOLOGIA INFANTIL*. Ed. Martinez Roca. Barcelona.

*O.M.S. (1987) I.C.D.10. Borrador traducción Española.

*OSTERRIETH, P. A. (1945) "Le test de copia d' une figure complex" *ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE* 30, 206-356.

*OUNSTED, C. (1955) "The hyperkinetic syndrome in epileptic children". *LANCET*. 2, 303-311.

*OVEN, F. W., ADAMS, P. A., FORREST, T. et al (1972) "Learning disorders in children: sibling studies". *MONOGRAPHS OF THE SOCIETY FOR RESEARCH IN CHILD DEVELOPMENT* nº 144, 34.

*P.A.H.B.S.S. (MH-9-41) (1985) "Physical and neurological examination for soft signs" *PSYCHOPHARMACOLOGY BULLETIN*. 21, 4, 781-791.

*PASAMANICK, B., KNOBLOCH, H. (1960) "Brain damage and reproductive casualty". *AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*. 30, 298-305.

*PATERMINE, C. E., LONBY, J. (1980) "Childhood hyperkinesis: relationship between symptomatology and home environment". En *WALKER, C. K. HENKER, B. (Ed): HYPERACTIVE CHILDREN: the social ecology of identification and treatment*. Academic Press, N.Y. (105-141).

*PATERMINE, CK., LONBY, L., LANGHORNE, J. E. (1976). "relation between symptomatology and S,E,S, related factors in hyperkinetic/MBD boys". *AN.J.OF ORTHOPSYCHIATRY*. 291-301.

*PAUL, S. M., HULIHAN-GILLIN, B. SKONICK, P. (1982) "+-Amphetamine binding to rat hypothalamus: relation to anorexic potency of phenylethylamines". *SCIENCE*. 218, 487-490.

*PETERS, J. E., DYKMAN, R. A., (1975). "A special neurological examination of children with learning disabilities". *DEV. MED. CHILD. NEUROL*. 17, 63-78.

*PETERS, K. W. (1977). "Selective attention and distractibility in hyperactive and normal children" Tesis doctoral no publicada. Gill University Montreal. Citado por WERRY Y REEVES. 1987.

*PIERS, E. V. (1972) "Parent prediction of children's self-concepts". *J. CONSULT. CLIN. PSYCHOL*. 38, 428-433.

*PLOMIN, R., FOCH. T. (1981) "Hyperactivity and paediatrician diagnoses, parental ratings, specific cognitive abilities and laboratory measures". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 9, 55-64.

*POPE, L. (1970) "Motor activity in brain-injured children". *AMER.J.OF ORTHOPSYCHIAT*. 40, 783-794.

*PORTBUS (1967) *THE PORTEUS MAZE TEST MANUAL*. London.

*PRECHTL, H., STEMMER, C. H. (1962) "the choreiform syndrome in children". *DEV. MED. AND CHILD NEUROL*. 4, 119-127.

*PUIG ANTICH, GITTELMAN, R. (1982) "Depression in adolescent and childhood". 379-392. En B.S. PAYKEL (ed) "*HANDBOOK OF AFFECTIVE DISORDERS*". Churchill Livingstone. N.Y. 1982.

*QUAY, H. C. (1979) "Classification". En QUAY, H. C., WERRY, J. S. (Eds). *PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS OF CHILDHOOD*. Wiley. N.Y.

QUINN, P. O., RAPOPORT, J. L. (1974) "Minor physical anomalies and neurological status in hyperactive boys". *PEDIATRICS*. 53, 742-747.

*RAMOS, M. J. (1987) "Del síndrome de daño cerebral al trastorno de déficit de atención: revisión crítica". *REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQUIATRIA*. vol VII, nº20, 40-71.

- *RAPIN, I. (1982) "Children with brain dysfunction;neurology,cognition,language and behavior".Raven Press.N.Y.Citado por TAYLOR.1986.
- *RAPOPORT, J. L., LOTT, I., ALEXANDER, D. et al (1970) "Urinary noradrenaline and playroom behavior in hyperactive boys".*LANCET*.2, 1141.
- *RAPOPORT, J. L., QUINN, P. O., BRADBARD, G. et al (1974a)."Imipramine and methylphenidate treatment of hyperactive boys".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*.30, 789-793.
- *RAPOPORT, J. L., QUINN, P. O., LAMPRECHT, F. (1974b) "Minor physical anomalies and plasma dopaminebeta-hydroxylase activity in hyperactive boys".*AMER. J. PSYCHIAT*.131, 386-390.
- *RAPOPORT, J. L., PANDONI , C., RENFIELD, M. et al (1977) "Newborn dopamine-B-hydroxylase,minor physical anomalies and infant temperament".*AMER. J. PSYCHIAT*. 134, 676-678.
- *RAPOPORT, J. L., BUSCSBAUM, M., WEINGARTNER, H. et al (1978a)."Dextroamphetamine ;behavioral and cognitive effects in normal prepuberal boys".*SCIENCE*. 199, 560-563.
- *RAPOPORT, J. L., MIKKELSEN, E. J., EBERT, M. H. et al (1978b) "Urinary catecholamine and amphetamine excretion in hyperactive and normal boys".*JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES*.166, 731.
- *RAPOPORT, J. L., BUCHSBAUM, M. S., WEINGARTNER, H. et al (1980) "Dextroamphetamine:cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal adult males".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*. 37, 933-943.
- *REEVES, J. C., WERRY, J. S., ELKIND, G. S. et al(1987) "Attention deficit ,conduct,oppositional and anxiety disorders in children II :clinical characteristics ".*J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*. 26, 144-155.
- *REY ,A.(1942)."L' EXAMEN CLINIQUE EN PSYCHOLOGIE"Paris.1958.
- *RICHMOND, J. R., GROVES, J. E. (1978) "Violent dyscontrol responsive to d-amphetamine".*AMER. JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 135. 365-366.
- *RIDDLE, K. D., RAPOPORT, J. L. (1976) "A year follow-up of 72 hyperactive boys classroom behavior and peer acceptance"*JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*,162, 126-134.
- *RIEDER, R. O., NICHOLS, P. L. (1979) "Offspring of schizophrenics III,hyperactive and neurological soft signs".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*. 36, 665-674.
- *ROBINS, L. W. (1966) "DEVIAANT CHILDREN GROWN UP:A SOCIOLOGICAL AND PSYCHIATRIC STUDY OF SOCIOPATHIC PERSONALITY The Warverly Press,Baltimore.Citado por TAYLOR (1986).

*ROBINS, T. W., SAHAKIAN, B. J. (1979) "Paradoxical effects of psychomotor stimulant drugs in hyperactive children from the stand point of behavioral pharmacology". *NEUROPHARMACOLOGY*.18, 931-950.

*ROCHFORD, J. M., DETRE, T., TUCKER, G. et al (1970) "Neuropsychological impairments in functional psychiatric disease". *ARCH. GEN. PSYCHIAT*.22, 114-119.

*RODRIGUEZ SACRISTAN, J.(1983):"Clasificacion de los trastornos depresivos del niño" Symposium Internacional sobre avances en Depresion Infantil.Sevilla .

*RODRIGUEZ SACRISTAN, J. (1987)"Trastorno de conducta en la infancia y adolescencia" En MANUAL PRACTICO DE PSIQUIATRIA PARA EL MEDICO DE FAMILIA.Organon Española.Barcelona.

*ROFF, M. (1961) "Childhood social interactions and young adult bad conduct". *J. ABNORMAL. SOC. PSYCHOL.* 63, 333-337.

*ROSENTHAL, R. H ., ALLEN, T. V. (1978) "An examination of attention arousal and learning dysfunction of hyperkinetic children". *PSYCHOLOGICAL BULL.* 85, 689-715.

*ROSENBERG , J. B., VELLER, G. M. (1973) "Minor phisical anomalies and academic performance in young school-children" *DEV. MED. CHILD NEUROL.* 15, 131-135.

*ROSVOLDH. E., MIRSKI, A. F., SARASON D. et al (1956) "A continuous Performance Test of brain damage" *J. CONS. PSYCHOL*.20, 343-350.

*ROSS, D. M., ROSS, S. A (1982) HYPERACTIVITY :CURRENT ISSUES,RESEARCH AND THEORY.(2 ed).A.Wiley-Interscience Publication.

*ROUTH, D. K., SCHROEDER, C. S. (1976) "standardized playroom measures as indices of hyperactivity".*J.ABNORMAL CHILD PSYCHOL*.4, 199-207.

*ROYCE (1973) citado por SANCHEZ CANOVAS (1985)"EL MARCO TEORICO DE LA PSICOPATOLOGIA DIFERENCIAL"(Ed)Promolibro, valencia.

*RUTTER, M. (1970b) "Psychological development-prediction from infancy".*JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*.11, 49-62.

*RUTTER, M. (1980a) "Raised lead level and impaired cognitive /behavioral functioning:A review of the evidence".*SUPLEMENT TO DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*.22, 1-26.

*RUTTER,M.(ed)(1984)"DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHIATRY .The Guilford Press.London

*RUTTER, M.(1984) "Behavioral studies: questions and finding on the concept of a distintive syndrome. En RUTTER, M. .1984.

*RUTTER, M., BROWN, G. W. (1966) "The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient". *SOCIAL PSYCHIATRY*.1, 38-53.

*RUTTER, M., GRAHAM, P., YULE, W. (1970a) "A neuropsychiatric study in childhood". *CLINIC IN DEV. MED.* Nos.35/36. S.I.M.P. Heinemann. London.

*RUTTER, M., SHAFFER, D. (1980b) "D.S.M.III: a step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders?". *J. AM. ACAD. CHILD PSYCHIATR.*19, 371-394.

*RUTSCHMANN, J. CORBLATT, B., ERLIENMEYER-KIMLING (1977) "sustained attention in children at risk for schizophrenia". *ARCH GEN. PSYCHIAT.*34, 571-575.

*SABATINO, D., GRAMBLET, H. (1968) "Behavioral sequelae of californian encephalitis virus infection in children". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*.10. 331-337.

*SAFER, D. J. (1973) "A familiar factor in minimal brain dysfunction". *BEHAVIOR GENETICS*.3, 175-186.

*SAFER, D. J., ALLEN, R. P. (1976) "HYPERACTIVE CHILDREN :DIAGNOSIS AND MANAGEMENT". Univ. Park Press. Baltimore.

*SANC DE SANCTIS (1923). Citado por MENDIGUCHIA, F.J. 1988.

*SANDBERG, S., RUTTER, M., TAYLOR, E (1978) "Hiperkinesis disorders in clinic attenders". *DEV. MED. AND CHILD NEUROL.*20, 279-299.

*SANBERG, S. T., WIESELBERG, M., SHAFFER, D. (1980) "Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: some epidemiological considerations". *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.* 21,4, 293-311.

*SANDOVAL, J. (1977) "The measurement of the hyperactive syndrome in children". *REVIEW OF EDUCATIONAL RESEARCH*47, 293-318.

*SANJUAN, J., LEAL, C., AGÜERO, A. et al (1987) "Signos neurológicos menores y síndrome hiperquinético; problemas metodológicos". *REV. NEUR. PSIQ. INF.* nº 9, vol I, 49-60.

*SATTERFIELD, J. H., CANTWELL, D. P., LESSER, L. S. et al (1972) "Physiological studies of the hyperkinetic child". *AMER. JOURNAL OF PSYCHIATRY*.128, 1418-1424.

*SATTERFIELD, J. H., CANTWELL, D. P. SAUL, R. E. et al (1973). "Response to stimulant drug treatment in hyperactive children, prediction from EEG and neurological finding". *JOURNAL OF AUTISM AND CHILD SCHIZOPHRENIA*3, 36-48.

*SATTERFIELD, J. H., CANTWELL, D. P. (1974) "Intelligence, academic achievement, and EEG abnormalities in hyperactive children". *AMER. JOURNAL OF PSYCHIATRY*.131(4), 391-395.

SATTERFIELD, J. H., SCHELL, A. M., NICHOLAS, T. et al (1988) "Topographic study of auditory event-related potentials in normal boys with attention deficit disorders with hyperactivity" *PSYCHOPHYSIOLOGY*. 25,591-606.

*SATTERFIELD, J. H. (1990)"BEAM studies in ADD boys " en ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS:ADHD CLINICAL,EXPERIMENTAL AND DEMOGRAPHIC ISSUES(Ed) M.KINSBOURNE , K.CONNERS (Ed): MMV,Medizin-Verl.Munchen.

*SCHACHAR, R., RUTTER, M., SMITH, A. (1981) "The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children:implications for syndrome definition".*JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*22, 375-392.

*SCHACHAR, R., SANDBERG, S., RUTTER, M. (1986). "Agreement between teacher's rating and observations of hyperactivity inattentiveness and defiance".*J.ABNORMAL. CHILD PSYCHOL.* 14,331-345.

*SCHELEIFER, M., WEISS, G., COHEN, M. et al (1975) "Hyperactivity in preschoolers and the effects of methylphenidate".*AMER. JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*45, 38-50.

*SERBIN, L. A., O' LEARY, K. D., KBMT, R. V. (1973)."A comparison of teacher response to the preacademic and problem behavior of boys and girls".*CHILD DEVELOPMENTAL*44, 796-804.

*SERGEANT, J. A., Van VELTHOVEN, R., VIRGINIA, A (1979) "Hyperactivity ,impulsivity and reflectivity an examination of their relationship and implications for clinical child psychology".*J.CHILD PSYCHOL.PSYCHIAT*20, 47-60.

*SERGEANT, J. A. (1981). "Attentional studies in hyperactivity".Croningen.University. Groningen.

*SERGEANT, J. A., SCHOLTEN, C. A . (1983) "Astages of information approach to hyperactivity".*J. CHILD. PSYCHOL. PSYCHIAT.* 24, 49-60.

*SERGEANT, J. A. (1985) "On data limitations in hyperactivity".*J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT*26, 111-124.

*SHAFFER, R. (1977) *MOTHERING* Harvard University Press.Cambridge.

*SHAFFER, D., GREENHILL, L. (1979) "A critical note on the predictive validity of the hiperkinetic syndrome".*J. CHILD PSYCHOL PSYCHIAT*20, 1, 61-72.

*SHAFFER, D., O' CONNOR, P., SHAFER, S. et al "Neurological soft sign :the origins and significance for behavior" En *RUTTER*(Ed).1984.

*SHAFFER, D. (1985)."Neurological soft signs".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*42, 342-351.

*SHAYVITZ, B. A., YAGER, R. D., KLOPPER, J. H. (1976) "Selective brain dopamine depletion in developing rats:an experimental model of minimal brain dyfunction".*SCIENCE*.191, 305-308.

*SHAYWITZ, B. A., COHEN, D. J., BOWER, M. B. (1977a) "CSF monoamine metabolites in children with minimal brain dysfunction evidence for alteration of brain dopamine". *JOURNAL OF PEDIATRIC*.90, 67-71.

*SHAYWITZ, S. E. COHEN, D.J., SHAYWITZ, B. A. (1977b) "The biochemical basis of minimal brain dysfunction". *JOURNAL OF PEDIATRIC*.92, 179-187.

*SHAYWITZ, S.E., SHAYWITZ, B.A., COHEN, D.J.(1984)"monoamine mechanism in hyperactivity" En RUTTER(Ed) DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHIATRY.The Guilford Press.London.

*SHEKIM, V. O., DEKIRMENJIAR, H., CHAPEL, J. L. (1977) "Urinary catecholamine metabolites in hyperkinetic boys treated with d-amphetamine". *AMER.JOURNAL OF PSYCHIAT*.134, 1276-1279.

*SHEKIM, V. O., DEKIRMENJIAR, H., CHAPEL, J. L. et al (1979) "Norepinephrine metabolism and clinical response to dextroamphetamine in hyperactive boys". *JOURNAL OF PEDIATRIC*.95, 389-394.

*SHEKIM, W. O. (1982) "Dopamine-norepinefrine interaction in hyperactive boys treated with d-amphetamine". *THE JOURNAL PEDIATRIC*.,100, 5, 830-834.

*SHELLY, E. E., RIESTER, A. (1972) ."Syndrome of minimal brain damage in young adults". *DIS.NERV.SYS*33, 335-338.

*SHETTY, T., CHASET, M. (1976) "Central monoamines and hyperkineses of childhood". *NEUROLOGY*.26, 1000-1002.

*SHILDER, P. (1931). "Organic problems in child guidance". *MENTAL HYGIENE*.15.480-486.Citado por TAYLOR.1986.

*SILBERGERD,E.K.(1977)."Neuropharmacology of hyperkineses" EN W.B.ESSMAN,L.VALZELLI(Ed)CURRENT DEVELOPMENT IN PSYCHOPHARMACOLOGY (vol 4) N.Y. Spectrum.

*SIMPSON,R.H.(1944)"The especific meanings of certain term indicating differing degrees of frecuency" *QUARTELY JOURNAL OF SPEECH*.30,328-330. Citado por ROSS 1982.

*SORESON, C. A., VAYER, J. S., GOLDBERG, C. S. (1977) "Amphetamine reduction of motor activity in rats after neonatal administration of 6-hydroxydopamine". *BIOLOGICAL PSYCHIATRY*.12, 133-137.

*SOSTEK, A. J., BUCHS BAUM, M., RAPOPORT, S.(1980) "Effects of amphetamine on vigilance performance in normal and hyperactive children" *J. ABNORMAL. CHILD PSYCHIATRY*.8/4, 491-500.

*SMITH, D. (1970). "Recognizable patterns of human malformation". Philadelphia:W.B.Sanders.Citado por TAYLOR.1986.

*SMITH, D. W., BOSTIAN, K. B. (1964) "Congenital anomalies associated with idiopathic mental retardation". *J. PEDIATR*.65, 189-196.

*SPRAGGUE, R. L., BARNES, K., WERRY, J. S. (1970) "Methylphenidate and thioridazine: learning ,reaction time,activity,and classroom behavior in disturbed children "*AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*.40, 615-628.

*SPRAGUE, R. L., SLEATOR, E. K. (1973)."Effects of psychopharmacological agents on learning disorders".*PEDIAT. CLINS. N. AM*.20, 719-735.

*STEIN, M. A., O' DONWELL, J. P. (1985) "Classification of children problems:clinical and quantitative approaches"*JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*13,269-280.

*STEG,J., RAPOPORT,J. L..(1975)"Minor anomalies in normal,neurotic, learning-disabled,and severely disturbed children".*JOURNAL OF AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA*.5, 299-307.

*STEWART, F. H., CRAIG, A. G., DIERUF, W.(1966)"The hyperactive child Syndrome".*AMER.JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY*.36, 861-867.

*STEWART, M. A.,. OLDS, S. W. (1973) "Raising a hyperactive child".Hasper and Row.N.Y.Citado por ROSS(1982).

*STEWART, M. A., MENDELSON, W. B., JOHNSON, H. E. (1973) "Hyperactive children as adolescents: how they describe themselves"*CHILD PSYCHIATRY AND HUMAN DEVELOPMENT*.4, 3-11..

*STEWART, M. A., CUMMING, C. SINGER, S. et al (1981) "The overlap between hyperactive and unsocialized aggressive children".*JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*22, 35-45.

*STILL, G. F. (1902) "The coulstonian lecture on some abnormal physical conditions in children".*LANCET*.nº 1, 1008-1012.Citado por RAMOS.1987.

*STRAUSS, A. A., LEHTINEN, L. E. (1947) ."Psychopathology and education of the brain-injured child".Grune y Stratton.N.Y.citado por ROSS.1982

*STRECKER, E., EBAUGG, F. (1924) "Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children ".*ARCH.OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY*. 12, 443-453.Citado por TAYLOR .1986.

*SWANSON, J. M., KINSBOURNE, M.(1980) "Food dyes impair performance of hyperactive children on a laboratory learning test".*SCIENCE*.207/4438, 1485-1487.

*SWANSON, L. (1980)"Vigilance deficit in learning disabled children:A signal detection analysis".Association for child Psychology and Psychiatry.Pergamon Press.Oxford.393-399.

*SYKES, D. H., DOUGLAS, V. I. WEISS, G. et al (1971) "Attention in hyperactive children and the effects of methylphenidate".*J.CHILD PSYCHOL.PSYCHIAT*.2, 129-139.

*SYKES, D. H., DOUGLAS, V. (1973) "Sustained attention in hyperactive children".*JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY PSYCHIATRY ALLIED DISCIPLINE*.14(3), 213-220.

*SZATMARI, P., OFFORD, D. R., BOYLE, M. H. (1989a) "Correlates associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders:finding from the Ontario child Health study".*J.CHILD PSYCHOL.PSYCHIAT*.30. 2, 205-217.

*SZATMARI, P., OFFORD, D. R., BOYLE, M. H. (1989b) "Ontario child health study:prevalence of attention deficit disorders with hyperactive".*J. CHILD PSYCHOL.PSYCHIAT*.30, 2, 219-230.

*SZATMARI, P., BOYLE, M., OFFORD, D. (1989c) "ADHD and conduct disorder:degree of diagnostic overlap and differences among correlates".*J. AM. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIAT*28,6, 865-872.

*TARTER, R. E, Mc BRIDE, H., BOURPANE, H. et al (1977) "Differentiation of alcoholics according to childhood history of minimal brain dysfunction family history and drinking pattern".*ARCH. GEN. PSYCHIAT*34, 761-768.

*TAYLOR, E. (1979) "Food additives,allergy and hiperkinesis".*J. CHILD. PSYCHOL. PSYCHIAT*. 20/4, 357-363.

*TAYLOR, E. (1984a) "Diet and behaviour".*ARCH.OF DISEASE IN CHILDHOOD*59, 97-98.

*TAYLOR, E. (1986) "The cause and development of hyperactives behavior" EN TAYLOR. E.THE OVERACTIVE CHILD Clinic in Developmental Med. n° 97.Blackwell.Oxford.

*TAYLOR, E.(1986)" Attention deficits" En TAYLOR E.(Ed) THE OVERACTIVE CHILD Clinic in Developmental.n° 97.Blackwell.Oxford.

*TAYLOR,E.(1986a)"THE OVERACTIVE CHILD"Clinic in Developmetal Med. n° 97 Blackwell .Oxford.

*TAYLOR, E., SANDBERG, S.(1984b)"Hyperactive behavior in english school children:A questionnaire survey".*JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*.12,1, 143-156.

*TAYLOR, E., SCHACHAR, G., THORLEY, G. et al (1986b) "Conduct disorder and hyperactivity:I SEparations of hyperactivity and antisocial conduct in British child Psychiatric patients".*BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*.149,760-767.

*TAYLOR, E., SCHACHAR, G., THORLEY, G. (1986c). "Conduct disorder and hyperactivity:II A cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome".*BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 149, 768-777.

*TAYLOR, E., SCHACHAR, G., THORLEY, G. (1987) "Which boys respond to stimulant medications? A controlled trial of methylphenidate in boys with disruptive behaviour".*PSYCHOLOGICAL MEDICINE*.17, 121-143.

*THORBURN, R. J., LIPSCOMB, A. P. STEWART, A. L. et al (1981) "Prediction of death and mayor handicap in very preterm infants by brain ultrasound".*LANCET*.1, 1119-1121.

- *THORLEY, G. (1984) "Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristic" .*BRIT. J. PSYCHIAT.* 144, 16-24.
- *THORLEY, G ., TAYLOR, E., SCHACHAR, R. (1986)."Test of attention and defiance in child clinic attenders" Manuscrito no publicado.Citado por taylor 1987.
- *TORGESEN, A. M., KRINGLEM, E. (1978) "Genetic aspects of temperamental differences in infants: their causes as shown through twin studies".*J. AMER. ACAD. CHILD. PSYCHIAT.* 17, 433-444.
- *TORO, J. (1985) " Los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia". *SANDORAMA IV*, 16-19.
- *TREDGOLD, A.F. (1914) MENTAL DEFICIENCY (AMENTIA) 2nd Ed:Wood .N.Y.Citado por TAYLOR.1986.
- *TRITES, R. L., DUGAS, E., LYNCH, G. (1979a) "Prevalence of hyperactivity".*J.PEDIATR.PSYCHOL.*4/2, 179-188.
- *TRITES, R. L. (1979b) "Hyperactivity in children.Etiology, measurement and treatment implicatios .Unv.Park Press.Baltimore.
- *TRITES, R. L., LAPRADE, K. (1983) "Evidence for an independent syndrome of hyperactivity".*J.CHILD PSYCHOL.PSYCHIAT.*24. 4, 573-586.
- *ULLMAN, R., BARKLEY, R. A., BROWN, H. W. (1978) "The behavioral symptoms of hyperkinetic children who successfully responded to stimulant drug treatment".*AMER.JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY.* 48, 425-437.
- *VARLEY, C. K. (1984) "Attention deficit disorder(the hyperactivity syndrome): A review of selected issues".*DEVELOPMENTAL AN BEHAVIORAL PEDIATRICS.* 5, 5, 254-258.
- *VELEZ, CH., JOHNSON, J., COHEN, P. (1989) "A longitudinal analises of selected risk factors for childhood psychopathology ".*J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIAT.* 28, 867-864.
- *VELAZCO, R. (1976)EL NIÑO HIPERCINETICO (LOS SINDROMES DE DISFUNCIONES CEREBRALES).Ed. TRILLAS.Mejico.
- *VALDROP, M. F., PETERSON, F. A., BELL, R. Q. (1968) "Minor anomalies and behavioral in preschool children".*CHILD DEV.* 39, 391-400.
- *VALDROP, M. F., GOBRING. J. D. (1971) "Hyperactivity and minor physical anomalies in elementary school children".*AMER. JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY.* 41, 602-607.
- *VALDROP, M. F., BELL, J., Mc LAUGHLING et al (1978)."Newborn minor physical anomalies predict short attention span, peer agression and impulsivity at age 3".*SCIENCE.* 199, 563-565.
- *WALKER, H. (1977) "Incidence of minor physical anomaly in autism".*JOURNAL OF AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA.*7, 165-176.

- *WALLON (1925). Citado por MENDIGUCHIA,F.J.1988.
- *WATSON, G. G. (1977) "Brain damage test in psychiatric settings".INTERNACIONAL NEUROL.SOC.Newsletter.Citado por BENTON.1981.
- *WEISS, G., DOUGLAS, V. I. WERRY, J. M. (1971a) "Studies on the hyperactive child VIII:five year follow-up".ARCH. GEN. PSYCHIAT. 24, 409-414.
- *WEISS, G., HECHTMAN, L. T. (1986).Hyperactive children grown up empirical findings and theoretical considerations.Guilford Press,N.Y.
- *WEISS, G., HECHTMAN, L. (1979a) "The hyperactive child syndrome".SCIENCE.205, 28.
- *WEISS, G., HECHTMAN, L., MILROY, T. et al (1985)"Psychiatric status of hyperactives as adult: a controlled prospective 15 year follow-up of 63 hyperactive children".J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. 24, 211-220.
- *WEISS, G., HECHTMAN, L., PERLMAN, CT. (1979b) "Hyperactives as young adult a controlled prospective ten-year follow-up of 75 children".ARCH. GEN. PSYCHIAT.36/6, 675-681.
- *WEISS, G., MINDE, K., WERRY, J. et al (1971b) "The hyperactive child.Viii.five year follow-up".ARCH. GEN. PSYCHIAT. 24, 409-414.
- *VELNER, Z., VELNER, A., STEWART, M. A. et al (1977) "A controlled study of sibilins of hyperactive children".THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE .165,2,110-117.
- *VENDER, P. H. (1969) "Platelet serotonin level in children with minimal brain dysfunction".LANCET. 2, 1012.
- *VENDER, P. H. (1973) "Some speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction".ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCE. 205, 18-27.
- *VENDER, P. H. (1977) "Food additives and hyperkinesis".AMERICAN JOURNAL OF DISEASES OF CHILDREN. 131, 1204-1206.
- *VENDER, P. H., EPSTEIN, R. S., KOPIN, I. J. et al (1971) "Urinary monoamine metabolites in children with minimal brain dysfunction"AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY.127, 1411-1415.
- *VENDER, P. H., REINHERR, F. V. , WOOD, D. R. (1981) " Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction).A replication study of diagnosis and drug treatment".ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 38, 449-456.
- *VENER, H., STRAUS, A. (1940) "Causal factor in low performance".AMER.J.OF MENTAL DEFICIENCY45, 213-218.
- *VERNER, E. B., BIERMAN, J. M., FRENCH, F. E., et al (1968)."reproductive and enviromental casualites : a report on the 10-year follo-w-up of the children of the Kawai pregnancy study"PEDIATRICS.42, 112-127.

*VERRY, J. S. (1968a) "Developmental hyperactivity". *PEDIATRIC CLINIC OF NORTH AMERICA*. 15, 581-599.

*VERRY, J. S. (1968b) "Studies on the hyperactive child. IV: an empirical analysis of the minimal brain dysfunction syndrome". *ARCH. GEN. PSYCHIATRY*. 19, 9-16.

*VERRY, J. S., AMAN, M. G. (1975) "Methylphenidate and haloperidol in children: effects on attention, memory and activity" *ARCH. GEN. PSYCHIATRY*. 32, 790-795.

*VERRY, J. S., AMAN, M. G. (1976) "The reliability and diagnostic validity of the physical and neurological examination for soft signs (PANESS)" *J. AUT. CHILD. SCHIZO*. 6, 253-263.

*VERRY, J. M., KLAUS, H., GUZMAN, A. (1972) "Studies on the hyperactive child. VI: neurological status compared with neurotic and normal children". *AMR. J. ORTHOPSYCHIATRY*. 42, 441-445.

*VERRY, J. S., SPRAGUE, R. L., COHEN, M. H. (1974) "Conners' teacher rating scale for use in drug studies with children - an empirical study". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 3, 217-229.

*VERRY, J. S., HAWTHORNE, D. (1976b) "Conners teacher questionnaire norms and validity". *DUST. N. Z. J. PSYCHIATRY*. 10, 257-262.

*VERRY, J. S., REEVES, J. C., (1987) "Attention deficit, conduct oppositional and anxiety disorders in children: A review of research on differentiative characteristics". *J. AMER. ACAD. CHILD. ADOLESC. PSYCHIATRY*. 26, 2, 133-143.

*WHALEN, C. K., HENKER, B. (1976) "Psychoestimulants and children: a review and analysis". *PSYCHOL. BULL.* 83, 1113-1130.

*WHALEN, C. K., COLLINS, B. E., HENKER, B. et al (1978) "Behavior observations of hyperactive children and methylphenidate (ritalin) effects in systematically structure classroom environments: now you see them, now you don't" *JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY*. 3, 177-184.

*WHALER, C. K., HENKER, B., DOTEMOTO, S. (1981) "Teacher response to the methylphenidate (ritalin) vs. placebo status of hyperactive boys in the classroom" *CHILD DEVELOPMENTAL*. 52, 1005-1014.

*WHECHSLER (1985) "INTERPRETACION CLINICA DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS (WISC) 6ª". TEA, Madrid.

*WHITE, S. H. (1966) "Age differences in reaction to stimulus variation" EN HARVEY O.J. (ED) "EXPERIENCE, STRUCTURE AND ADAPTABILITY". Springer. N.Y. Citado por TAYLOR, M. (1985).

*WHITE, J. H., OSHAWICK, G. (1977) "Juvenile manic-depressive illness". *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 134, 1035-1036.

- *WIKLER, A., DIXON, J. R., PARKER, J. B. (1970) "Brain function in problem children and controls. Psychometric, neurological and electroencephalographic comparison" *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 127. 634-645.
- *WILLERMAN J. (1973) "Activity level and hyperactivity in twins". *CHILD DEV.* 44, 288-293.
- *WINTERS, K.C., STONE, A.D. (1981) "Cognitive and attentional deficit in children vulnerable to psychopathology ". *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY* 19, 4, 435-453.
- *VOLFF, P. H. (1969). "The natural history of crying and other vocalizations in early infancy" EN B.M. FOSS (Ed) DETERMINANTS OF INFANT BEHAVIOR vol.4: Methuen. London. Citado por ROSS y ROSS .1982.
- *VOLFF, P. H. (1982) "The neuropsychological status of adolescent delinquent". *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.* 23, 267-279.
- *VOLFF, P. H., HURWITZ, Y. (1966). "The choreiform syndrome". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*. 8, 160-165.
- *VOLFF, S., ACTON, V. P. (1968) "Characteristics of parents of disturbed children" *BR. J. PSYCHIAT.* 114, 593-602.
- *VOLFF, S. (1977) "Non delinquent disturbance of conduct". EN CHILD PSYCHIATRY. MODERN APPROACHES (Ed) M. RUTTER, L.A. BOSTON. Blackwell .Oxford.
- *WOHLBERG, G. W., KORNITSKY, C. (1973). " Sustained attention in remitted schizophrenics". *ARCH. GEN. PSYCHIATRY*. 28, 533-537.
- *YU-CUN, A., YU-FENG, W. (1984) "Urinary 3-methoxy-4-hydroxyphenilglycol sulfate excretion in seventy-three school children with minimal brain dysfunction syndrome" *BIOL. PSYCHIATRY*. 19, 861-870.
- *YUN-CUN, S., YU-FENG, W, YIAO-LING, Y. (1985) "An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing" *J. CHILD PSYCHOL. PSYCHIAT.* 26,5, 777-787.
- *YULE, W., TAYLOR, E. (1987). "Clasification of soft signs" EN TURPBR, J. (Ed) SOFT NEUROLOGICAL SIGNS Grune y Stratton. N.Y.
- *ZAMETKIN, A., KAROUM, F., LINNOLA, M. (1984) "Stimulant ,urina catecholamines and indolamines in hyperactivity: A comparison of methylphenidate and dextroamphetamine". *ARCH. GEN. PSYCHIAT.* 42, 251-259.
- *ZENTALL, S. S (1980) "Behavioral comparisons of hyperactive and normally active children in natural setting" *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*. 8, 93-109.

VIII-APENDICE.



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
CATEDRA DE PSIQUIATRIA INFANTIL
PROF. DR. J. RODRIGUEZ - SACRISTAN

CUESTIONARIO DE CONNERS

Nombre

Edad

Sexo

Fecha

Centro

Curso

Nunca = 0

A veces = 1

Frecuentemente = 2

Siempre = 3

MARQUE UNA CRUZ EN LA COLUMNA QUE MEJOR DESCRIBA EL COMPORTAMIENTO DEL ALUMNO/A SIGUIENDO LA VALORACION ARRIBA INDICADA

COMPORTAMIENTO HABITUAL EN CLASE

	0	1	2	3	
1.- Muestra inquietud constante (siempre manipulando cualquier objeto)	—	—	—	—	(1)
2.- Tararea y/o hace ruidos raros con la boca	—	—	—	—	(2)
3.- "Se viene abajo" ante el stress de una evaluación	—	—	—	—	(3)
4.- Presenta pobre coordinación motora	—	—	—	—	(4)
5.- Es inquieto, muy activo	—	—	—	—	(5)
6.- Es excitable e impulsivo	—	—	—	—	(6)
7.- Se distrae con facilidad y tiene dificultad en concentrarse	—	—	—	—	(7)
8.- Las tareas que comienza las abandona sin terminar	—	—	—	—	(8)
9.- Es excesivamente sensible	—	—	—	—	(9)
10.- Es excesivamente serio o triste	—	—	—	—	(10)
11.- Parece estar adormecido todo el día	—	—	—	—	(11)
12.- Se muestra malhumorado y arisco	—	—	—	—	(12)
13.- Grita fácilmente	—	—	—	—	(13)
14.- Perturba a otros niños	—	—	—	—	(14)
15.- Generalmente busca pelea	—	—	—	—	(15)
16.- Cambia de humor rápidamente	—	—	—	—	(16)
17.- En sus conductas denota vivacidad (agudeza)	—	—	—	—	(17)



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
CATEDRA DE PSIQUIATRIA INFANTIL
PROF. DR. J. RODRIGUEZ - SACRISTAN

Nunca = 0
A veces = 1
Frecuentemente = 2
Siempre = 3

	0	1	2	3	7
18.- Es destructivo	—	—	—	—	(18)
19.- Suele realizar pequeños hurtos	—	—	—	—	(19)
20.- Es mentiroso	—	—	—	—	(20)
21.- Temperamento explosivo (conductas imprevisibles)	—	—	—	—	(21)
22.- Se aísla de los demás niños	—	—	—	—	(22)
23.- Parece inaceptado por el grupo	—	—	—	—	(23)
24.- Se presta fácilmente a que sus compañeros lo dirijan	—	—	—	—	(24)
25.- No suele respetar las reglas de los juegos	—	—	—	—	(25)
26.- Carece de mando y liderazgo	—	—	—	—	(26)
27.- No suele estar con niños/as del sexo opuesto	—	—	—	—	(27)
28.- No suele estar con niños/niñas del mismo sexo	—	—	—	—	(28)
29.- Interfiere las actividades de otros niños	—	—	—	—	(29)

ANTE LA AUTORIDAD SE MUESTRA

30.- Sumiso	—	—	—	—	(30)
31.- Desafiante	—	—	—	—	(31)
32.- Descarado	—	—	—	—	(32)
33.- Tímido	—	—	—	—	(33)
34.- Miedoso	—	—	—	—	(34)
35.- Demandando excesiva atención del profesor	—	—	—	—	(35)
36.- Obstinado	—	—	—	—	(36)
37.- Siempre dispuesto a agradecer	—	—	—	—	(37)
38.- No cooperativo	—	—	—	—	(38)
39.- Presenta problemas de asistencia a clase	—	—	—	—	(39)
40.- Otras observaciones	—	—	—	—	(39)



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

CATEDRA DE PSIQUIATRIA INFANTIL

PROF. DR. J. RODRIGUEZ - SACRISTAN

CUESTIONARIO DE CONNERS

Nombre

Edad

Sexo

Fecha

Centro

Curso

Realizado por: Padre _____
Madre _____
Otro familiar _____

Nunca=0
A veces=1
Frecuentemente=2
Siempre=3

MARQUE UNA CRUZ EN LA COLUMNA QUE MEJOR DESCRIBA EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO/A SIGUIENDO LA VALORACION ARRIBA INDICADA.

	0	1	2	3	
1.- Se despierta por la noche.	—	—	—	—	(1)
2.- Tiene miedo ante nuevas situaciones.	—	—	—	—	(2)
3.- Tiene miedo a la gente.	—	—	—	—	(3)
4.- Tiene miedo a estar solo.	—	—	—	—	(4)
5.- Se preocupa por enfermedades y muertes.	—	—	—	—	(5)
6.- Se muestra tenso y rígido.	—	—	—	—	(6)
7.- Presenta sacudidas o espasmos musculares.	—	—	—	—	(7)
8.- Presenta temblores.	—	—	—	—	(8)
9.- Le duele la cabeza.	—	—	—	—	(9)
10.- Le duele el estomago.	—	—	—	—	(10)
11.- Tiene vomitos.	—	—	—	—	(11)
12.- Se queja de molestias y dolores.	—	—	—	—	(12)
13.- Se deja llevar por los otros niños.	—	—	—	—	(13)
14.- Desafía, intimida a los demás.	—	—	—	—	(14)
15.- Es fanfarrón e insolente.	—	—	—	—	(15)
16.- Es descarado con los adultos.	—	—	—	—	(16)
17.- Es tímido con los amigos.	—	—	—	—	(17)

	0	1	2	3
18.- Tema no gustar a sus amigos.	—	—	—	—(18)
19.- No tiene amigos.	—	—	—	—(19)
20.- Es malicioso con sus hermanos.	—	—	—	—(20)
21.- Tiene peleas constantemente.	—	—	—	—(21)
22.- Critica mucho a los demás niños.	—	—	—	—(22)
23.- No aprende en el colegio.	—	—	—	—(23)
24.- No le gusta ir al colegio.	—	—	—	—(24)
25.- Tiene miedo de ir al colegio.	—	—	—	—(25)
26.- Desobedece las normas del colegio	—	—	—	—(26)
27.- Miente, culpando a los demás de sus errores.	—	—	—	—(27)
28.- Realiza hurtos a sus padres.	—	—	—	—(28)
29.- Realiza hurtos en el colegio.	—	—	—	—(29)
30.- Realiza hurtos en tiendas y otros sitios.	—	—	—	—(30)
31.- Tiene problemas con la policia.	—	—	—	—(31)
32.- Pretende hacerlo todo bien.	—	—	—	—(32)
33.- Necesita hacer las cosas siempre de la misma forma.	—	—	—	—(33)
34.- Se pone objetivos muy altos.	—	—	—	—(34)
35.- Se distrae facilmente.	—	—	—	—(35)
36.- Se muestra nervioso e inquieto.	—	—	—	—(36)
37.- No puede quedarse quieto.	—	—	—	—(37)
38.- Se sube por todas partes.	—	—	—	—(38)
39.- Se despierta muy pronto.	—	—	—	—(39)
40.- No para quieto durante las comidas.	—	—	—	—(40)
41.- Si empieza a hacer algo repetitivamente le es imposible parar.	—	—	—	—(41)
42.- Sus actos parece como si estuvieran movidos por un motor.	—	—	—	—(42)

TABLA Nº 1

ANALISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE CONNERS DE PROFESORES

	I	II	III	IV	V	VI	VII
<u>FACTOR I-HIPERACTIVIDAD/CONDUCTA</u>							
(1)Inquietud constante,	,79	,03	-,09	,20	,02	-,11	,16
(2)Tararea/hace ruidos raros,	,79	,07	,07	,19	,05	-,00	,05
(5)Inquieto/activo,	,80	-,00	-,14	-,11	-,03	-,05	,10
(6)Excitable/Impulsivo,	,86	,05	,01	-,02	-,12	,01	,02
(12)Malhumorado y arisco,	,41	,22	,29	,07	-,22	,36	-,00
(13)Grita facilmente,	,78	,00	,25	-,06	-,07	,01	-,06
(14)Perturba a otros,	,81	-,10	,19	,24	-,01	-,04	-,01
(15)busca pelea,	,77	-,06	,33	,08	-,12	,02	-,06
(16)Cambia humor rapidamente,	,57	,34	,29	-,07	-,13	,16	-,02
(18)Destructivo,	,68	-,04	,39	,11	-,01	,05	-,01
(21)Temperamento explosivo,	,75	,01	,23	-,00	-,18	,19	-,02
(31)Desafiante,	,70	,01	,20	-,03	-,28	,23	-,04
(32)Descarado,	,66	-,05	,33	,00	-,21	,17	-,05
(35)Demanda atencion,	,50	,26	,16	-,07	,01	-,06	,24
(36)Obstinado,	,64	,09	,04	-,00	-,16	,25	,18
<u>FACTOR II-EMOCIONAL</u>							
(3)Se viene abajo ante stress,	,11	,67	-,12	,13	-,01	-,05	,11
(9)Excesivamente sensible,	,16	,76	-,03	-,13	,09	-,00	,05
(10)Excesivamente serio o triste,	,11	,56	,19	,16	,21	,40	-,06
(33)Timido,	-,29	,49	,00	,10	,48	,16	-,14
(34)Miedoso,	-,04	,62	,05	,18	,33	,17	-,02
<u>FACTOR III-CONDUCTA ANTISOCIAL</u>							
(19)Suele realizar hurtos,	,26	,00	,60	,06	-,06	,06	-,06
(20)Mentiroso,	,49	,04	,56	,11	-,10	,05	-,02
(38)No cooperativo,	,28	,03	,49	,27	-,01	,17	,12
(39)Falta a clase,	,11	-,05	,52	,16	,17	-,03	,06
<u>FACTOR IV-INATENCION</u>							
(4)incoordinacion motora,	,22	,28	,18	,46	,23	,12	,04
(7)Se distrae con facilidad,	,47	,14	,16	,61	,21	-,00	,11
(8)Abandona las tareas ,	,43	,08	,26	,60	,15	,05	,16
(11)Adormecido todo el dia,	-,03	,29	,22	,57	,14	,26	-,00
(17)Vivacidad, agudeza,	,36	,05	-,11	-,63	-,05	-,00	,07
(37)Dispuesto a agradar,	-,20	,12	,04	-,55	,35	-,22	,21

continuacion TABLA Nº 1

I II III IV V VI VII

FACTOR V-DEPENDENCIA.

(24)Lo dirigen,	-.12	.14	-.04	.15	.70	.11	-.08
(26)Carece de mando,	-.02	.11	.02	.27	.65	.30	.03
(30)Suniso,	-.34	.26	.06	-.20	.62	-.01	.10

FACTOR VI-AISLAMIENTO.

(22)Se aisla de los demas,	.01	.26	.13	.24	.18	.65	.10
(23)Inaceptado por el grupo,	.27	.13	.33	.27	.11	.51	.06
(27)No relacion sexo opuesto,	.09	-.13	-.20	-.02	.33	.57	.18

FACTOR VII-

(25)No respeta reglas,	.29	.03	.40	.10	-.08	-.00	.51
------------------------	-----	-----	-----	-----	------	------	-----

Eigenvalue,	12.4	5.1	2.3	1.4	1.3	1.2	1.0
Porcentaje de Varianza,	30.9	12.8	5.6	3.6	3.2	2.9	2.6

TABLA Nº 2

ANALISIS FACTORIAL CUESTIONARIO CONNERS PADRES

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII

FACTOR I-

(14)	.69	.14	.02	.03	.06	.08	.03	.09	-.09	-.00	-.11	-.08
(15)	.76	.15	-.03	.00	.01	.04	.04	.02	-.04	.16	-.07	-.02
(16)	.70	.16	-.11	.02	-.00	.13	-.07	-.15	-.01	.08	.11	.02
(20)	.60	-.01	-.01	.03	.10	-.06	.12	-.11	.11	.01	.06	.03
(21)	.67	.11	.06	-.02	.04	-.06	.18	.06	.00	-.03	-.03	.06
(22)	.43	.11	.00	.10	.05	-.10	.25	.02	.27	-.07	.32	-.09
(27)	.50	.19	-.02	.12	.12	.02	.11	.08	-.10	-.12	.09	.09
(35)	.32	.31	-.03	.14	.05	-.12	-.01	.09	-.31	.02	.18	.15

FACTOR II-

(36)	.34	.67	-.02	.03	.03	-.02	.04	.02	-.06	.17	.02	-.01
(37)	.15	.70	.07	-.01	-.00	-.14	.00	.12	-.03	-.09	.04	-.14
(38)	.31	.59	.00	-.03	-.01	.11	.13	.02	-.13	-.02	.13	.07
(40)	.07	.62	.08	.14	.03	-.12	-.02	.10	-.04	-.11	.03	.03
(41)	-.01	.54	-.02	.12	.10	.08	.10	-.11	.29	-.00	-.11	.23
(42)	.08	.63	.01	.03	.10	.20	.10	-.08	.08	.26	-.10	-.01

FACTOR III-

(19)	-.01	-.00	.78	-.01	-.04	.02	-.00	.01	-.02	.10	-.06	.03
(23)	-.03	.06	.86	.01	.03	-.00	.05	-.03	.03	-.08	.00	.01
(24)	-.01	.08	.83	-.04	.04	.00	-.03	-.05	.03	.00	.07	.01

FACTOR IV-

(2)	.06	.02	-.02	.57	.08	-.04	.03	.40	.03	-.00	.26	-.00
(3)	.00	.09	-.04	.66	.07	.05	.11	.03	-.07	-.03	-.03	.13
(4)	.13	.02	.05	.38	-.07	.08	.10	.33	-.23	.09	.28	.15
(5)	.07	-.01	.22	.32	.28	.11	.04	.11	.20	.21	.00	-.01
(13)	.31	.08	-.04	.40	-.11	.00	-.16	.21	-.28	.01	.06	.30
(17)	-.05	.08	-.00	.75	.04	.01	-.06	-.16	-.05	.09	-.23	-.05
(18)	.13	.00	-.00	.56	.09	-.09	.16	-.07	.31	.05	.11	-.10

FACTOR V-

(7)	-.00	.03	-.01	.06	.43	-.03	.37	.18	-.07	.34	-.24	.23
(9)	.10	.06	.09	.04	.72	.07	-.01	.02	-.00	-.13	-.04	-.12
(10)	.04	.12	-.08	.01	.62	-.00	-.08	-.10	-.18	.11	.19	.11

continuacion TABLA Nº 2

FACTOR	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
--------	---	----	-----	----	---	----	-----	------	----	---	----	-----

FACTOR VI-

(29)	-.02	.03	.04	-.02	.03	.80	.07	-.12	.00	-.02	.15	.08
(30)	.07	-.07	-.01	.06	.06	.78	.05	.10	-.03	.01	-.16	-.05

FACTOR VII-

(25)	.17	.04	.03	.14	-.05	.09	.76	-.04	.03	.00	.02	-.01
(26)	.32	.18	-.03	.01	.01	.07	.61	.00	-.15	-.08	.11	.03

FACTOR VIII-

(28)	.19	.11	-.05	.00	.08	.24	.08	-.50	.06	-.09	.20	.04
(39)	.03	.28	.08	-.10	-.04	.24	-.07	.37	.18	.07	.04	.05

FACTOR IX-

(32)	-.09	-.09	.31	.07	.00	-.02	-.26	.10	.45	-.17	-.10	.24
(34)	-.01	.01	-.02	-.01	-.07	-.01	-.04	.05	.71	.15	-.01	.15

FACTOR X-

(31)	.00	-.04	.01	.00	-.18	-.01	.01	-.06	.04	.62	.35	-.12
------	-----	------	-----	-----	------	------	-----	------	-----	-----	-----	------

FACTOR XI-

(11)	.00	.04	.01	-.02	.29	.01	.07	-.02	-.09	.10	.64	.06
------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	------	-----	-----	-----

FACTOR XII-

(33)	.02	.03	.06	.02	-.03	.03	.01	-.01	.18	-.08	.07	.78
------	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	------	-----	------	-----	-----

TABLA Nº 3

ANALISIS FACTORIAL CUESTIONARIO CONNERS MADRES

FACTOR I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV

FACT-I

(14) .68 .15 -.04 .02 .01 .02 -.08 .22 .09 .02 .10 -.16 -.02 .09
 (15) .78 .08 -.03 -.00 .02 .08 .04 .08 .07 .07-.00 -.07 -.07 .05
 (16) .65 .16 -.05 .11 -.06 .20 .05 -.04 .12 -.03-.00 .06 .21 .06
 (20) .66 .03 .07 .07 .09 .06 .24 -.11 -.06 .04-.19 .20 .09 -.11
 (21) .63 .19 .05 .14 .01-.04 .00 .05 .12 -.03 .02 .00 .22 -.01

FACT-II

(36) .24 .71 -.02 .03 .07 .09 .01 .00 .19 .01-.07 -.04 -.00 .00
 (37) .05 .77 .06 .06 .07-.00 .00 -.01 .07 -.00 .03 -.09 -.02 -.03
 (38) .22 .66 .03 -.00 -.06 .10 .11 .08 .00 .01-.18 .13 -.03 .07
 (40) -.01 .68 .06 .07 -.00-.16 .05 .00 .07 -.02 .06 .03 .07 .00
 (42) .17 .61 -.07 .04 .06 .17 .06 .08 -.06 .08 .06 .28 .17 -.03

FACT-III

(23) -.01 .07 .86 -.03 .01-.03 -.00 -.03 -.04 .08 .07 .05 .03 .06
 (24) -.01 -.00 .83 .11 -.04-.04 -.02 .09 -.04 -.12 .02 .12 .02 -.01

FACT-IV

(9) .08 .03 .05 .71 .13 .00 .00 .14 -.06 -.08 .01 -.13 .02 -.02
 (10) .02 .14 -.06 .67 .13 .07 -.05 -.13 .04 .17-.06 .09 .05 .01

FACT-V

(5) .14 -.02 .09 .17 .57 .11 .05 -.07 .24 .12 .19 -.03 -.08 .04
 (17) -.13 .02 -.02 .04 .66-.01 .15 .07 .03 -.10 .00 .02 .04 .02
 (18) .11 .11 -.04 .16 .69-.03 .08 .09 -.02 .10-.07 .09 .07 .00

FACT-VI

(8) -.08 .06 .03 .15 -.00 .49 .34 -.02 .16 .10 .08 .10 -.08 .03
 (28) .23 .03 .03 .07 .07 .57 -.07 -.10 -.22 .02-.21 -.01 .00 .00
 (29) .08 .01 -.05 .01 -.04 .78 -.03 .14 .01 -.07-.00 .01 .08 -.00

FACT-VII

(1) .06 .10 -.06 .18 -.14 .00 .56 -.04 .15 -.04 .03 .01 -.10 .39
 (2) .11 .06 -.03 .05 .32 .04 .69 -.03 .03 .02 .03 -.12 .11 -.09
 (3) .04 .04 .02 -.02 .30-.09 .53 .24 -.11 .12-.06 .14 .10 -.04

FACT-VIII

(25) .05 .02 .00 .07 .17-.05 .07 .78 -.01 -.00-.15 .09 -.04 -.01
 (26) .18 .16 -.01 .04 -.05 .27 -.00 .67 .23 .01-.01 -.08 .22 .12

CONTINUACION TABLA Nº 3

FACTOR I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV

FACT-IX

(4) .07 .14 .00 -.09 .25 .27 .35 .11 .36 .06 .20 -.15 .10 .09
 (13) .21 .05 -.07 -.02 .24-.16 .13 .06 .60 -.07-.19 .16 .03 .02
 (35) .21 .27 .05 .05 -.02 .02 -.03 .03 .59 .04-.16 -.01 .10 -.08

FACT-X

(6) .26 .11 -.00 .13 .10 .26 -.02 .17 .34 .43 .13 .18 -.00 -.01
 (7) .01 .07 -.01 .19 -.02-.03 .22 .09 .14 .68-.04 .21 -.01 .04
 (31)-.01 -.05 .00 -.05 .05-.02 -.05 -.09 -.14 .64-.00 -.15 .07 .15

FACT-XI

(32)-.03 -.07 .25 .01 -.10-.08 .01 -.08 -.04 -.20 .68 .06 -.08 -.04
 (34) .01 .02 -.01 -.01 .13-.01 .02 -.08 -.15 .15 .71 .17 -.00 -.01

FACT-XII

(33)-.11 .02 .08 -.00 .01-.03 .02 .04 .08 .10 .19 .64 .13 -.16
 (39) .12 .11 .06 -.03 .06 .10 .03 -.13 .13 -.13 .01 .49 -.39 .35
 (41) .09 .40 .02 -.03 .18 .18 -.15 .14 -.07 -.09 .11 .47 .06 .17

FACT-XIII

(11)-.07 .04 .03 .33 .09 .11 -.01 -.23 .14 -.18-.14 -.03 .40 .30
 (22) .23 .05 .00 .01 .03 .10 .11 .09 .01 .12-.02 .09 .68 .04
 (27) .43 .16 .02 .01 .10-.14 -.00 .03 .22 -.09-.02 .06 .50 .05

FACT-XIV

(30) .06 -.01 -.02 -.02 .06-.00 .01 .09 -.08 .23-.04 -.04 .09 .76

TABLA Nº

MATRIZ FACTORIAL ROTADA (VARIMAX) CUESTIONARIO DE CONNERS DE

PROFESORES EN TRASTORNOS ATENCIONALES (clínicos y escolares)

<u>FACTORES</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>
<u>ITEMS</u>					
1	,66	,37	,08	-,05	,33
2	,69	,15	-,06	,06	-,08
4	,08	,26	-,06	,68	-,01
5	,79	,14	-,16	-,16	,09
6	,76	,16	,21	-,01	-,10
7	,04	,66	,11	,44	,18
8	,05	,65	,17	,45	,23
10	-,16	,27	,04	,71	,07
11	-,35	,00	,32	,66	-,10
13	,79	,16	,24	-,12	-,19
14	,35	,79	,24	-,03	-,14
15	,28	,57	,56	-,12	-,21
16	,60	,07	,59	,13	-,14
18	,25	,62	,42	-,14	-,17
19	-,05	,11	,69	,04	,31
20	,10	,32	,76	,01	,10
21	,67	,33	,32	-,17	-,14
25	,40	,52	-,18	,15	-,01
26	,01	,15	-,17	,77	-,05
29	,35	,77	,27	,00	-,07
31	,55	,22	,54	-,06	-,36
32	,51	,23	,59	-,06	-,36
35	,60	,18	,37	-,06	,14
37	-,05	-,03	,08	-,03	,84

TABLA Nº

MATRIZ FACTORIAL ROTADA (VARIMAX) CUESTIONARIO DE CONNERS DE PADRES
(PADRE) EN TRASTORNOS ATENCIONALES (clínicos y escolares)

FACTORES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
ITEMS										
1	,09	,01	,09	-,01	-,06	,71	-,19	,27	-,07	-,17
3	,05	-,15	,07	-,42	-,15	,01	,51	-,27	,30	,21
4	,04	,30	-,21	,14	,13	,70	,13	-,18	,11	,01
5	-,05	,20	-,17	-,10	-,10	,14	,04	,77	,06	-,11
6	,21	-,00	,02	,06	,35	-,05	-,00	,69	-,09	,08
8	,10	,06	,03	,07	,75	,04	,01	,07	,00	-,05
11	-,10	-,02	,00	,04	,06	-,01	-,07	-,00	,86	-,08
12	,00	,47	-,09	,32	,66	,01	,11	,01	,26	-,11
13	,07	,01	-,05	-,72	-,07	,18	-,19	-,08	-,03	-,01
15	,20	,74	,14	-,04	,20	,04	,09	,16	-,18	,05
17	-,02	-,06	,00	-,02	-,07	-,06	-,04	-,03	-,08	,92
19	-,10	,03	-,02	,21	-,04	,13	,71	-,03	-,08	-,26
21	-,11	,63	,38	,14	,05	,20	,30	,16	-,17	,06
22	,04	,77	,01	-,03	-,03	-,04	-,01	-,07	-,02	-,17
25	,27	,07	-,03	,72	,04	,20	,04	-,17	,12	-,07
26	,24	,24	,71	,07	,07	,12	-,22	-,14	-,08	,05
27	,18	,61	,20	,05	,14	,22	-,08	,28	,19	,17
28	,07	,47	,02	-,51	-,08	-,14	-,05	,04	,13	-,07
30	,09	,09	,76	-,06	-,05	-,14	,10	-,05	,05	-,01
34	,05	,12	,06	,19	,17	-,32	,64	,18	-,16	,15
35	,56	-,13	,21	-,01	-,00	,20	-,25	-,01	,24	,01
36	,68	,18	,16	-,00	,09	-,04	-,03	-,05	-,42	,01
37	,62	,02	,24	-,02	,07	,01	-,40	,02	-,25	-,13
38	,69	,38	-,29	-,05	,15	-,01	,12	-,03	-,11	-,02
39	,17	-,33	,03	-,13	,42	,52	,10	,08	-,10	,19
40	,68	,08	-,04	,19	-,23	,21	,00	,29	,13	,17
41	,59	,00	,36	,12	,26	-,09	,14	,14	,07	-,07
42	,53	,05	,40	-,12	,37	,19	,14	-,01	-,21	-,01

TABLA N°

MATRIZ FACTORIAL ROTADA (VARIMAX) CUESTIONARIO DE CONNERS DE PADRES

(MADRE) EN TRASTORNOS ATENCIONALES (clínicos y escolares)

FACTORES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
ITEMS											
1	,08	,05	,96	-,03	,02	,00	,04	,04	,00	-,02	-,03
3	,01	-,16	,06	,11	,02	,80	,11	,05	-,02	,13	-,10
4	-,37	,07	,23	-,01	,27	,57	-,13	,11	-,15	,02	,42
5	,06	,39	,07	,00	-,05	,07	,23	-,54	-,19	-,05	-,25
6	,06	,16	-,19	-,11	,34	,35	,12	,23	,02	-,01	-,37
12	-,14	,08	,16	-,09	,04	-,03	-,01	,03	-,07	-,75	-,16
13	,06	,32	,32	,05	,09	,08	-,09	,12	,10	,60	-,03
15	-,03	,31	-,08	,54	,16	,00	,40	,38	-,23	,08	-,01
16	-,07	,79	,03	,19	,18	-,13	,00	,04	-,04	,17	-,15
17	,01	,10	-,09	-,10	-,19	,71	-,06	-,20	-,01	-,09	-,01
19	-,17	,01	-,10	-,05	-,04	-,07	,17	,08	,04	,10	,84
20	,18	,54	-,09	,51	,00	,08	,06	-,23	,01	-,34	,11
21	,20	,72	,09	,08	-,10	,08	,26	,15	,16	-,05	,18
25	,07	-,05	,10	-,07	-,06	,23	-,21	,09	,56	-,44	,31
26	,08	,30	,14	-,09	,07	,00	,15	,71	,15	,02	-,02
27	-,14	,46	,02	,57	,13	,05	,04	,01	,25	,03	,01
28	,11	,14	-,05	,80	-,06	-,00	-,01	,00	,00	,14	-,03
30	,03	,20	,02	-,04	-,14	-,17	,18	,10	,76	,21	-,01
32	-,07	,18	,00	,17	-,03	,29	,64	-,02	,00	,01	-,15
33	-,36	,11	-,03	-,08	,52	,18	,11	-,54	,08	,08	-,06
34	-,11	,10	,02	-,10	,12	-,13	,75	,09	,07	-,12	,22
35	,38	,18	-,02	-,55	,07	,07	,24	,23	,06	,01	,05
36	,71	,36	,06	-,06	,20	-,13	-,03	,21	,02	,11	-,13
37	,73	-,06	,09	-,04	,13	-,10	-,14	-,06	,19	,04	-,18
38	,24	,11	,07	,03	,73	-,12	,08	-,10	-,17	-,13	,08
39	,04	-,18	,39	-,20	-,09	-,14	,56	-,21	,13	,24	,19
40	,80	-,01	,08	,05	,15	,13	-,01	,02	-,03	,04	,02
41	,26	-,10	-,10	,31	,45	-,02	,07	,12	,60	,08	-,09
42	,36	-,01	,03	-,02	,75	-,02	-,08	,20	,09	,13	-,12

ITEMS QUE COMPONEN LOS DISTINTOS FACTORES DEL ANALISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE CONNERS (1969):

FACTOR I: Items nº 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 30(-), 31, 32, 36 y 38.

FACTOR II: Items nº 4, 7, 8, 11, 24 y 26.

FACTOR III: Items nº 3, 9, 10, 33, 34, 37 y 39(-).

FACTOR IV: Items nº 1, 2, 5, 6, 14, 29, 35 y 37.

TABLA Nº 8

CORRELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS ÍTEMS DEL P.A.C.S.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	.61**	--												
3	.34*	.64**	--											
4	.39**	.45**	NS	--										
5	NS	NS	NS	NS	--									
6	.35*	NS	NS	NS	.39**	--								
7	NS	NS	NS	NS	NS	NS	--							
8	.42**	NS	NS	.30*	.34*	.32*	.54**	--						
9	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	--					
10	NS	NS	NS	NS	NS	.40**	.36*	NS	NS	--				
11	.38*	.34*	NS	NS	NS	.38*	.42**	.32*	NS	NS	--			
12	.46**	NS	NS	NS	NS	.36*	NS	.48**	NS	NS	NS	--		
13	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	--	
14	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	--
15	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.34*	--

1=atenciónmantenida; 2=distraibilidad; 3=nerviosismo; 4=nivel de actividad

5=mentira; 6=hurtos; 7=rabietas; 8=desobediencia; 9=resistencia;

10=negativismo; 11=roper; 12=agresividad; 13=animo; 14=ansiedad;

15=hipocondria; 16=fobia.

TABLA Nº 9

MATRIZ FACTORIAL (varimax) EN ITEMS DEL P.A.C.S.

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
At.manten.	.62	.27	.38	-.04	-.11
Distraib.	.88	.11	.10	.13	-.14
Nerviosis.	.81	-.21	-.00	.12	.00
Nivel Act.	.59	.16	.28	-.24	.21
Mentira	.05	-.02	.74	.00	-.05
Hurtos.	.15	.12	.71	-.10	.03
Rabietas	.07	.76	.16	.08	.19
Desobedien.	.12	.59	.52	-.03	-.11
Resistencia	.13	.61	-.13	.26	-.20
Negativismo-	.13	.73	.17	-.21	.01
Romper	.34	.40	.32	.09	.06
Agresividad	.16	.20	.64	.18	-.06
Animo	.10	.03	-.09	-.03	.77
Ansiedad	-.15	-.02	.00	.04	.74
Hipocondria-	.06	-.15	.24	.86	.12
Fobia	.20	.32	-.19	.70	-.11
Eigenvalue	3.89	1.87	1.55	1.31	1.24
%VARIANZA	24.4	11.7	9.7	8.2	7.8

Copia(F.R)= Copia figura de Rey.
 Replica(F.R)= Replica figura de Rey.
 Porteus(CT)=Porteus cuantitativo.
 Porteus(CL)=Porteus cualitativo.
 Total SNm=Puntuacion total en signos neurologicos menores.
 Sinerg= Sinergia.
 Grafest= Grafestesia.
 Esterog.=Estereognosis.
 Equilib.=Equilibrio.
 Persist= Persistencia.
 Mov.Rapido.= Movimientos rápidos.
 X RC (B) = Puntuaciones medias en respuestas correctas de BENTON.
 A/S (B) = Aviso/Sugerencia respuestas correctas BENTON.
 X E (B)= Puntuaciones medias en errores de BENTON
 A/S E(B)= aviso/sugerencia errores de BENTON.
 X Santucci = Puntuaciones medias en valoracion de Santucci.
 Alt.Santucci = Alteraciones si/no en valoracion de Santucci.
 X Koppitz = Puntuaciones medias en valoración de Koppitz.
 R.C. (CPT)= Puntuaciones medias en respuestas correctas del C.P.T.
 FS1 (CPT)= Puntuaciones medias en falsos positivos en 1ª parte .
 FS2 (CPT)= " " " " 2ª " .
 Tº R.C. (CPT)= Tiempo de latencia en respuestas correctas.
 Tº FS (CPT)= " " falsos positivos.
 P.A.C.S. (Hiperac)= Puntuaciones medias en subescala Hipercinesia.
 P.A.C.S. (escl)= " " " escolar.
 P.A.C.S. (Cond)= " " " conducta.
 P.A.C.S. (afect)= " " " afectiva.
 I-13(CM)= Item nº 13 del cuestionario de CONNERS de madre.
 I-35(CM)= " " 35 " " "
 I-41(CM)= " " 41 " " "
 I-42(CM)= " " 42 " " "
 Total(CM)=Puntuacion global " " "
 I-1(CP)= Item nº 1 del cuestionario de CONNERS de profesores.
 I-6(CP)= " " 6 " " "
 I-7(CP)= " " 7 " " "
 I-8(CP)= " " 8 " " "
 I-14(CP)= " " 14 " " "
 I-21(CP)= " " 21 " " "
 I-35(CP)= " " 35 " " "
 Total(CP)=Puntuacion Global " " "
 Factores de CONNERS (1969)-- FH(F.hiperactividad); FC(F.Conducta)
 FI-P(F.inatención-Pasividad); FT-A(F.tensión-ansiedad).
 Factores del presente trabajo--FI(S)=F.hipercinesia/conducta;
 FII(S)= F.emocional; FIII(S)=F.antisocial; FIV(S)=F.Inatención;
 FV(S)=F.Dependencia; FVI(S)=F.aislamiento.
 * P<0.01; ** P<0.001

TABLA No 10

CORRELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS FACTORES DEL CUESTIONARIO DE CONNERS

DE PROFESORES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>FH</u>	<u>FC</u>	<u>FI-P</u>	<u>FT-A</u>	<u>FI</u>	<u>FII</u>	<u>FIII</u>	<u>FIV</u>	<u>FV</u>
FC	,69**	---	---	---	---	---	---	---	---
FI-P	NS	NS	---	---	---	---	---	---	---
FT-A	NS	NS	,64**	---	---	---	---	---	---
FI	,83**	,88**	NS	NS	---	---	---	---	---
FII	NS	NS	,59**	,67**	NS	---	---	---	---
FIII	NS	,73**	NS	NS	,45*	NS	---	---	---
FIV	NS	NS	,90**	,78**	NS	,63**	NS	---	---
FV	NS	NS	,83**	NS	NS	,42*	NS	,59**	---
FVI	NS	NS	,60**	,48*	NS	NS	NS	,56**	,43*

TABLA Nº 12

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA SUBESCALA AFECTIVA DEL P.A.C.S.

Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>ANIMO</u>	<u>HIPOCONDRIA</u>	<u>FOBIA</u>
Fobia	NS	,51*	---
Prob. Embarazo	,47*	NS	NS
Tº FS (CPT)	NS	-,44*	NS
PACS (Afect)	NS	,56**	,73**

TARLA Nº 13

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL T.R.V.B. Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico).

	<u>R.C.</u>	<u>A/S R.C.</u>	<u>E.</u>	<u>A/S E.</u>
A/S R.C.	-.75**	---	---	---
E.	-.72**	NS	---	---
A/S E.	-.63**	.51*	.89**	---
Edad	-.54*	.56*	NS	NS
Copia(FR)	NS	NS	-.61**	-.53*
Replica(FR)	NS	NS	-.44*	NS
Sinergia	NS	NS	.51*	NS
X Santucci	NS	NS	-.50*	NS
X Koppitz	NS	NS	.61	NS
FSI (CPT)	NS	NS	.43*	NS
PACS (Esc)	NS	NS	NS	.44*
PACS (Hipert)	NS	NS	.54*	.44*
AT, Mantenida	NS	NS	.53**	NS
Distraib.	NS	NS	.59**	.56**
E.E.G.	-.48*	.60**	NS	NS

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ITEMS DE LA SUBESCALA DE

TRASTORNO DE CONDUCTA (P. A. C. S.) Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO

DE T. ATENCIONALES (Clinicos)

	<u>Mentira</u>	<u>Robo</u>	<u>Rabieta</u>	<u>Desobed, Resist.</u>	<u>Negat.</u>	<u>Romper</u>	<u>Agresiv</u>	
Robo	,56**	---	---	---	---	---	---	
Rabieta	NS	NS	---	---	---	---	---	
Desobed.	NS	NS	,45*	---	---	---	---	
Negat.	NS	NS	NS	,47*	---	---	---	
Romper	NS	NS	,48*	NS	NS	NS	---	
Agresiv.	NS	NS	NS	,58**	NS	NS	NS	
Port(CT)	NS	NS	-,49*	-,53*	NS	NS	NS	
Port(CL)	NS	NS	NS	,65**	NS	NS	NS	
Estereg.	,46*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Persist.	NS	NS	NS	NS	NS	,49*	NS	
FSI(CPT)	NS	NS	NS	NS	NS	,46*	NS	
PACS(Esc)	NS	,45*	NS	,49*	NS	NS	NS	
PACS(Con)	,53*	,59**	,52*	,79**	,42*	,62**	,49*	,71**
Total(CM)	NS	NS	NS	,45*	NS	NS	NS	,47*
Total(CP)	NS	NS	NS	NS	NS	,46*	NS	NS
I-13(CM)	NS	NS	NS	,53*	NS	NS	NS	NS
I-6(CP)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,43*
I-21(CP)	,45*	,50*	NS	NS	NS	NS	NS	,43*
E.E.G.	NS	NS	NS	,50*	NS	NS	NS	NS
FC(C)	,47*	,58**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
FI(S)	NS	,43*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
FI-P(C)	NS	NS	NS	,46*	NS	NS	NS	NS
FIII(S)	,47*	,68**	NS	NS	NS	NS	NS	NS
FIV(S)	NS	NS	NS	,44*	NS	NS	NS	NS
FVI(S)	NS	NS	NS	NS	NS	,44*	NS	NS

TABLA Nº 15

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS SUBESCALAS DEL P.A.C.S. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico).

	<u>Escolar</u>	<u>Afectiva</u>	<u>Hipercinesia</u>	<u>Conducta</u>
PACS(Cond.)	.51*	NS	NS	NS
Porteus(CT)	NS	NS	NS	-.49*
Sinergia	NS	NS	.51*	NS
Persist.	NS	NS	.51*	NS
Mov. Rapido	NS	NS	.44*	NS
Total SNm	NS	NS	.56**	NS
X Santucci	NS	NS	-.59**	NS
X Koppitz	NS	NS	.68**	NS
X Error (B)	NS	NS	.54**	NS
A/S error(B)	.44*	NS	.44*	NS
R.C.(CPT)	NS	.49*	-.53*	NS
FS1(CPT)	NS	NS	.65**	NS
FS2(CPT)	NS	NS	.52*	NS
T2 RC(CPT)	NS	-.44*	.67**	NS
Total (CM)	.51*	NS	NS	.49*
I-13(CM)	NS	NS	NS	.44*
Total(CP)	.54*	NS	NS	.44*
I-1 (CP)	.48*	NS	NS	NS
I-6 (CP)	.43*	NS	NS	NS
I-14 (CP)	.53*	NS	NS	NS
I-21 (CP)	.72**	NS	NS	.50*
I-35 (CP)	.58*	NS	NS	NS

CONTINUACION TABLA Nº

AT, Mantenida	NS	NS	,80**	,43*
Distraib,	NS	NS	,82**	NS
Nerviosis,	NS	NS	,59**	NS
N, Activid,	NS	NS	,70**	,46*
Robo	,45*	NS	NS	,60**
Desobed,	,49*	NS	NS	,79**
Rabietas	NS	NS	NS	,52*
Resist,	NS	NS	NS	,42*
Negat,	NS	NS	NS	,62**
Romper	NS	NS	NS	,49*
Agresiv,	NS	NS	NS	,71**
Hipocond,	NS	,56**	NS	NS
Fobias	NS	,73**	NS	NS
E, E, G,	,54*	NS	NS	,62**
FH(C)	,55**	NS	NS	NS
FC(C)	,60**	NS	NS	,49*
FHC(S)	,66**	NS	NS	NS

P<0,01; P<0,001.

TABLA Nº 16

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ITEMS DE LA SUBESCALA

HIPERCINESIA DEL P.A.C.S. Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE

T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>Atencion Mantenido</u>	<u>Distraibilidad</u>	<u>Nerviosismo</u>	<u>Nivel Actividad</u>
Distraib,	.61**	---	---	---
Nerviosis,	NS	.59*	---	---
N.Activid,	.56*	NS	NS	---
Replica(FR)	-.49*	NS	NS	-.51*
Sinergia	.42*	NS	NS	NS
Persist,	.60*	NS	NS	NS
Mov.Rapido	.51*	NS	NS	.54*
Total SNn	.55*	NS	NS	.60**
X Santucci	-.62**	NS	NS	-.54**
Alt.Santucci	NS	NS	NS	.49*
X Koppitz	.69**	.48*	NS	NS
X Error(B)	.53*	.58*	NS	NS
A/S Error(B)	NS	.56**	NS	NS
R.C.(CPT)	-.57**	NS	NS	NS
FS1 (CPT)	.67**	NS	NS	NS
FS2 (CPT)	.54*	NS	NS	NS
T ₂ RC (CPT)	.64*	NS	NS	.49*
T ₂ FS (CPT)	.46*	NS	NS	NS
PACS (Hiperac)	.80**	.82**	.58**	.70**
PACS (Cond.)	.43*	NS	NS	.46*
I-21(CP)	NS	NS	NS	.48*
Digitos-D	-.46*	NS	NS	NS

TABLA Nº 17

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL C.P.T. Y
DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (clinico).

	<u>R.C.</u>	<u>F.S.1</u>	<u>F.S.2</u>	<u>Tº R.C.</u>	<u>Tº F.S.</u>
F.S.1	-.54*	---	---	---	---
F.S.2	NS	.68**	---	---	---
Tº R.C.	-.64**	.79**	.59**	---	---
Tº F.S.	-.47*	.48*	.56**	.60**	---
Edad	.48*	-.46*	NS	-.61**	NS
Copia(FR)	NS	NS	-.46*	NS	NS
Replica(FR)	NS	NS	.43*	NS	NS
Sinergia	NS	.60**	.46*	.60**	NS
Persist.	NS	.70**	.50*	.46*	NS
Equilibrio	NS	NS	NS	.48*	NS
Mov.Rapido	NS	NS	NS	.53*	NS
Total SNm	NS	.57**	.50*	.63**	NS
X Santucci	.58**	-.63**	-.45*	-.67**	NS
X Koppitz	-.50*	.71**	.43*	.56**	NS
RC(Benton)	NS	.43*	NS	NS	NS
PACS(Afect.)	.49*	NS	NS	-.44*	NS
PACS(Hiperc.)	-.53*	.65**	.52*	.63**	NS
AT.Mantenida.	-.57**	.67**	.54*	.64**	.46*
Nivel Activid.	NS	NS	NS	.49*	NS
Hipocondria	NS	NS	NS	NS	-.44*
Item 13 (C.M)	NS	NS	NS	NS	.45*

TABLA No 13

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS CUESTIONARIOS DE CONNERS DE
PADRES Y PROFESORES Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL(C)

	<u>CONNERS (Madres)</u>	<u>CONNERS (Profesores)</u>
Porteus(CL)	NS	.44*
Prob. Neonatal.	NS	.48*
PACS(esc.)	.51*	.54*
PACS(Cond.)	.48*	.44*
I-13(CM)	.57**	NS
I-6(CP)	NS	.55**
I-7(CP)	NS	.56**
I-8(CP)	NS	.68**
I-14(CP)	.45*	.72**
I-21(CP)	.46*	.70**
I-35(CP)	NS	.60**
Desobed.	.45*	NS
Negat.	NS	.46*
Agresiv.	.47*	NS
E.E.S.	.46*	NS
FH(C)	NS	.67**
FC(C)	NS	.83**
FI-P(C)	NS	.53*
FT-A(C)	NS	.66**
FI(S)	NS	.75**
FIII(S)	NS	.52**
FIV(S)	NS	.71**
FV(S)	NS	.66*

TABLA No 19

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL PANESS Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>Sinerg.</u>	<u>Grafest.</u>	<u>Esterog.</u>	<u>Equilb.</u>	<u>Topog.</u>	<u>Persist.</u>	<u>M.Rapido</u>	<u>TOTAL</u>
Equilb. ,54*	NS	NS	---	---	---	---	---	---
Persist. ,66**	NS	NS	,53*	NS	---	---	---	---
M.Rapido ,49*	NS	NS	NS	NS	NS	---	---	---
TOTAL ,78**	,44*	NS	,77**	NS	,76**	,70**	---	---
Edad -.46*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,52*
Copia -.62**	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.48*
Port(CL) NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,48*
XSantu -.76**	NS	NS	-.54*	NS	-.55**	-.56**	-.66**	-.66**
Alt.Sat. ,63**	NS	NS	,44*	NS	,48*	,49*	,56**	,56**
Koppitz ,70**	NS	NS	,49*	NS	,72**	NS	,62**	,62**
FS1(CPT) ,60**	NS	NS	NS	NS	,70**	NS	,57**	,57**
FS2(CPT) ,45*	NS	NS	NS	NS	,50*	NS	,50*	,50*
TQR.C. ,59**	NS	NS	,48*	NS	,46*	,53*	,63*	,63*
X E(B) ,51*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
PACS(H) ,51*	NS	NS	NS	NS	,51*	,44*	,56**	,56**
I-8(CP) NS	-.46*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
I-14(CP) NS	NS	NS	,49*	NS	,48*	NS	NS	NS
At.Mant. ,42*	NS	NS	NS	NS	,60**	,51*	,55**	,55**
N.Activ. ,49*	NS	NS	NS	NS	NS	,54*	,60**	,60**
Romper NS	NS	NS	NS	NS	,49*	NS	NS	NS
Mentira NS	NS	-.46*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
FH(C) ,54*	NS	NS	NS	NS	,43*	NS	,46*	,46*
FT-A(C) NS	NS	NS	,56**	NS	NS	NS	NS	NS
FII(S) NS	NS	NS	NS	NS	,43*	NS	NS	NS
FVI(S) NS	NS	NS	NS	NS	,46*	NS	NS	,43*

TABLA Nº 20

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE PORTEUS Y DISTINTAS VARIABLES EN EL

GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico).

	<u>PORTEUS Cuantitativo</u>	<u>PORTEUS Cualitativo</u>
Replica(FR)	.43*	NS
Mov. Rapido	NS	.48*
PACS(Cond.)	-.49*	NS
Total (CP)	NS	.44*
I-13(CN)	-.54**	NS
I-8 (CP)	-.50*	NS
I-14(CP)	-.47*	NS
Rabietas	-.49*	NS
Desobed.	-.65**	NS
FI(C)	-.46*	NS
FVI(S)	NS	.43*

TABLA Nº 21

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DE FIGURA DE REY Y
DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	COPIA	REPLICA
Replica	.61**	---
Porteus (CT)	NS	.43*
Sinergia	-.62**	NS
Persist.	-.43*	NS
Mov. Rapido.	-.49*	NS
Total SNm	-.48*	NS
X Santucci	.54*	.45*
Alt. Santucci	-.46*	-.47*
X Koppitz	-.42*	NS
X E (B)	-.61**	-.44*
A/S E (B)	-.53*	NS
FS2 (CPT)	-.46*	-.43*
At. Mantenida	NS	-.49*
N. Activ.	NS	-.51*
Desobed.	NS	-.53*

TABLA Nº 22

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE DIGITOS Y DISTINTAS VARIABLES EN

EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>DIGITOS(directos)</u>	<u>DIGITOS(inversos)</u>
Digitos I	.70**	---
At. Mantenido	-.46*	NS

TABLA Nº 23

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL TEST VISOMOTOR DE
BENDER Y DISTITAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Clinico)

	<u>SANTUCCI</u>	<u>ALT. SANTUCCI</u>	<u>KOPPITZ</u>
Alt. Santucci	-.84**	---	---
Koppitz	-.76**	.63**	---
Edad	.71**	.48*	NS
Copia(FR)	.54*	-.46*	-.42*
Replica(FR)	.45*	-.47*	NS
Sinergia	.80**	.63**	.70**
Equilib.	-.54*	.43*	.49*
Persist.	-.55**	.48*	.72**
Mov. Rapido	-.57**	.49*	NS
Total SNm	-.66**	.56**	.62**
X Error(B)	-.50**	NS	.61**
R.C.(CPT)	.58**	NS	-.50*
FS1(CPT)	-.63**	NS	.71**
FS2(CPT)	-.45*	NS	.43*
T2 RC(CPT)	-.67**	NS	.56**
PACS(Hiperac)	-.59**	NS	.68**
I-14 (CP)	NS	NS	.43*
At. Mantenida	-.62**	NS	.69**
Distraib.	NS	NS	.48*
N. Activid.	-.54**	.49**	NS

TABLA Nº 24

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DISTINTOS FACTORES DE CONNERS

EN EL GRUPO DE T. ATENCIONALES (Escolar)

	<u>FH</u>	<u>FC</u>	<u>FI-P</u>	<u>FT-A</u>	<u>FI</u>	<u>FII</u>	<u>FIII</u>	<u>FIV</u>	<u>FV</u>	<u>FVI</u>
FC	,74**	---	---	---	---	---	---	---	---	---
FI-P	NS	NS	---	---	---	---	---	---	---	---
FT-A	NS	NS	NS	---	---	---	---	---	---	---
FI	,88**	,92**	NS	NS	---	---	---	---	---	---
FII	-,54*	NS	NS	,87**	NS	---	---	---	---	---
FIII	,45*	,65**	NS	NS	,55*	NS	---	---	---	---
FIV	NS	NS	,89**	NS	NS	NS	NS	---	---	---
FV	NS	,43*	,48*	,45*	-,46*	,46*	NS	NS	---	---

TABLA Nº26

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ITEMS DE LA SUBESCALA
(hipercinesia)DEL P.A.C.S Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE
T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>At. Mantenido</u>	<u>Distraibilidad</u>	<u>Nerviosismo</u>	<u>N. Actividad</u>
Distraib.	.51*	---	---	---
Nervios.	NS	.65**	---	---
Porteus(CT)	.43*	NS	NS	NS
Alt. Parto	NS	NS	-.46*	NS
PACS(hiperc)	.51*	.91**	.76**	.59**
F-T/A(C)	NS	-.47*	-.42*	NS
F-II(S)	NS	-.45*	-.45*	NS
F-V(S)	NS	-.51*	-.50*	NS
F-VI(S)	NS	-.49*	-.57*	NS

TABLA No 27

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS SUBESCALAS DEL P.A.C.S. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>Escolar</u>	<u>Afectiva</u>	<u>Hipercinesia</u>	<u>Conducta</u>
X R.C.(B)	NS	NS	NS	-.49*
A/S RC(B)	NS	NS	NS	.45*
X E.(B)	NS	NS	NS	.46*
I-14(CP)	NS	NS	.44*	NS
I-21(CP)	.48*	NS	NS	NS
At.Manten.	NS	NS	.51*	NS
Distraib.	NS	NS	.91**	NS
Nervios.	NS	NS	.76**	NS
N.Activid.	NS	NS	.59**	NS
Mentira	NS	NS	NS	.61**
Rabieta	NS	NS	NS	.71**
Desobed.	NS	NS	NS	.83**
Resist.	NS	NS	NS	.47*
Negat.	NS	NS	NS	.48*
F-T/A(C)	NS	NS	-.45*	NS
F-II(S)	NS	NS	-.46*	NS
F-V(S)	NS	NS	-.54*	NS
F-VI(S)	NS	NS	-.46*	NS

TABLA No 28

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ITEMS DE LA SUBESCALA DE CONDUCTA DEL P.A.C.S. Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>Mentir</u>	<u>Rabieta</u>	<u>Desobed.</u>	<u>Resist.</u>	<u>Negat.</u>	<u>Romper</u>	<u>Agres.</u>
Desobed.	.53*	.56**					
X R.C(B)	NS	-.49*	NS	NS	-.45*	NS	NS
A/S RC	NS	.50*	NS	NS	NS	NS	NS
X E (B)	NS	.47*	NS	NS	NS	NS	NS
TORC(CPT)	NS	NS	-.48*	NS	NS	NS	NS
PACS(Con)	.64**	.71**	.82**	.47*	.48*	NS	NS
I-1(CP)	NS	NS	NS	-.43*	NS	NS	NS
I-8(CP)	NS	NS	NS	NS	NS	-.45*	NS
At.Manten.	NS	NS	.43*	NS	NS	NS	NS
Hipocondria	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.46*
F-I(C)	NS	NS	NS	NS	NS	-.43*	NS

TABLA No 29

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL T.R.V.B Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONALES (Escolar)

	<u>R.C.</u>	<u>A/S R.C.</u>	<u>E.</u>	<u>A/S E.</u>
A/S R.C	-.69**	---	---	---
Error	-.80**	.48*	---	---
A/S E.	-.44*	.49*	.53*	---
Port.(CL)	NS	NS	.49*	.43*
Alt.Sant-	.56**	.45*	NS	NS
PACS(c)	-.49*	.45*	.46*	NS
Rabietas-	.49*	.51*	.48*	NS
Negat.	-.45*	NS	NS	NS

TABLA Nº 30

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL C.P.T. Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONALES (Escolar)

	<u>R.C.</u>	<u>F.S.1</u>	<u>F.S.2</u>	<u>TOR.C.</u>	<u>T2 F.S.</u>
F.S.1	-.52*	---	---	---	---
F.S.2	-.46*	.61**	---	---	---
T2 R.C.	-.59**	NS	NS	---	---
T2 F.S.	NS	NS	NS	.66**	---
Edad	.67**	NS	NS	-.45*	NS
Copia(FR)	NS	-.44*	-.49*	NS	NS
Port.(CT)	.44*	NS	-.48*	NS	NS
Sinergia	-.57**	NS	.42*	NS	NS
Esterog.	-.48*	NS	NS	NS	NS
Persist.	NS	.44*	.53*	NS	NS
Tot.(SNm)	-.51*	.44*	.47*	NS	NS
X Santucci	.47*	.44*	NS	NS	NS
Koppitz	NS	.46*	NS	NS	NS
I-13(CN)	.42*	NS	NS	NS	NS
I-1(CP)	NS	.46*	NS	NS	NS
I-7(CP)	NS	NS	NS	.47*	.46*
I-8(CP)	NS	NS	NS	.64**	.53*
I-14(CP)	NS	.43*	NS	NS	NS
Desobed.	NS	NS	NS	-.48*	NS
F-C(C)	NS	.43*	NS	NS	NS
F-I(S)	NS	NS	NS	.52*	.45*

TABLA Nº 31

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL P. A. N. E. S. S. Y

DISTINTAS VARIABLES DEL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>Sinergia</u>	<u>Esterog.</u>	<u>Equilibr.</u>	<u>Persist.</u>	<u>Mov. Rap.</u>	<u>Total</u>
Equilibr.	,52*	NS	---	---	---	---
Persist.	,54*	NS	NS	---	---	---
Mov. Rapido	,62**	NS	,56*	,53*	---	---
Total (SNm)	,82**	NS	,76**	,64**	,89**	---
X Santucci-	,59**	NS	NS	NS	-,60**	-,54*
R. C. (CPT)	-,57**	-,48*	NS	NS	NS	-,51*
F. S. 1	NS	NS	NS	,44*	NS	,44*
F. S. 2	,42*	NS	NS	,53*	NS	,47*
I-1(CP)	,48*	NS	NS	NS	NS	,46*
I-6(CP)	NS	NS	,51*	NS	NS	NS
I-14(CP)	NS	NS	NS	NS	NS	,44*
I-35(CM)	NS	-,66**	NS	NS	NS	NS
F-H(C)	NS	NS	,53*	NS	NS	NS
F-T/A(C)	NS	NS	NS	-,44*	NS	-,49*
F-I(S)	NS	NS	,48*	NS	NS	NS
F-II(S)	NS	NS	NS	NS	NS	-,48*

TABLA Nº 32

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL TEST VISONOTOR DE

BENDER Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>SANTUCCI</u>	<u>ALT. SANTUCCI</u>	<u>KOPPITZ</u>
Alt. Santuc.	-.74**	---	---
Koppitz	-.82**	.80**	---
Edad	.50*	NS	NS
Copia(FR)	.48*	NS	-.66*
Replica(FR)	NS	NS	-.45*
Porteus(CT)	.58**	NS	NS
Porteus(CL)	-.50*	NS	NS
Sinergia	-.59**	NS	NS
Mov. Rapidos	-.60**	NS	NS
Total(SM)	-.54*	NS	NS
R.C.(CPT)	.47*	NS	NS
F.S.I	-.44*	NS	.46*
X R.C.(B)	NS	-.56**	NS
A/S R.C.(B)	NS	.45*	NS
I-1(CP)	-.49*	NS	NS
Digitos(D)	.45*	NS	NS

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DE PORTEUS Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>Porteus Cuantitativo</u>	<u>Porteus Cualitativo</u>
Porteus (CL)	-.50*	---
Sinergia	-.48*	.44*
Esterognosis	NS	.46*
Mov. Rapidos	-.45*	.51*
total(SNm)	-.52*	.50*
X Santucci	.58**	-.50*
X E(B)	NS	.50*
A/S E(B)	NS	.43*
R.C.(CPT)	.44*	NS
F.S.2	-.48*	NS
At.Mantenida	.43*	NS

TABLA Nº 34

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DE LA FIGURA DE REY Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE T. ATENCIONAL (Escolar)

	<u>COPIA</u>	<u>REPLICA</u>
Replica	.73**	---
X Santucci	.48*	NS
Koppitz	-.66**	-.45*
F.S.1	-.44*	NS
F.S.2	-.49*	NS

TABLA Nº 35

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DISTINTOS FACTORES DEL CONNERS

EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>FH(C)</u>	<u>FC(C)</u>	<u>FI(C)</u>	<u>FT/A(C)</u>	<u>FHC</u>	<u>FE</u>	<u>FA</u>	<u>FI</u>	<u>FV</u>
FC	,58*	---	---	---	---	---	---	---	---
FI	NS	NS	---	---	---	---	---	---	---
FT/A	NS	NS	,68**	---	---	---	---	---	---
FHC	,88**	,79**	NS	NS	---	---	---	---	---
FE	NS	NS	,65**	,69**	NS	---	---	---	---
FA	NS	NS	NS	NS	NS	NS	---	---	---
FI	NS	NS	,75**	NS	,56*	,48*	NS	---	---
FV	NS	NS	,46*	NS	NS	NS	NS	NS	---

TABLA Nº 36

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL
CUESTIONARIO DE CONNERS DE PADRES Y PROFESORES Y DISTINTAS VARIABLES
EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>TOTAL (madre)</u>	<u>TOTAL (profesor)</u>
Total SNm	-,58*	NS
Tº R.C.	-,52*	NS
I-35(CP)	-,47*	NS
F-H(C)	NS	,67**
F-C(C)	NS	,63**
F-I(C)	NS	,53*
F-T/A(C)	NS	,47*
F-HC(S)	NS	,76**
F-I(S)	NS	,64**

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS SUBESCALAS DEL P. A. C. S. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>ESCOLAR</u>	<u>AFECTIVA</u>	<u>HIPERCINESIA</u>	<u>CONDUCTA</u>
Hipercinesia	.55*	NS	---	---
Conducta	.60**	NS	.62**	---
Grafest,	.56*	NS	NS	NS
Topog,	-.55*	NS	NS	NS
FS1	NS	NS	.50*	NS
I-13(CM)	.53*	NS	NS	NS
I-35(CM)	.60**	NS	NS	.55*
I-8(CP)	.53*	NS	NS	NS
I-21(CP)	NS	NS	.49*	NS
At.mantenid,	NS	NS	.86**	NS
Distraib,	.51*	NS	.97**	.66**
Nervios,	NS	NS	.98**	.61**
Mentir	NS	NS	NS	.61**
Robo	NS	NS	NS	.50*
Rabietas	NS	NS	.47*	.57*
Desobedien,	NS	NS	.70**	.74**
Resistenc,	.74**	NS	.65**	.77**
Negativ,	NS	NS	.89**	.61**
Romper	NS	NS	.65**	.77**
Agresivid,	NS	.50*	NS	.80**
Ansiedad	NS	.54*	NS	NS
Fobias	.47*	NS	.47*	.48*
F-H(C)	NS	NS	NS	.78**
F-C(C)	NS	NS	NS	.46*
F-I(C)	.58*	NS	NS	NS
FI (S)	NS	NS	.47*	.72**
FII(S)	.50*	NS	.55*	NS
FIV(S)	.64**	NS	NS	.51*

TABLA Nº 38

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ITEMS DE LA SUBESCALA
HIPERCINESIA DEL P.A.C.S. Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE
TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>AT, MANTENIDA</u>	<u>DISTRAIBILIDAD</u>	<u>NERVIOSISMO</u>	<u>N, ACTIVIDAD</u>
Distraib.	.82**	----	---	---
Nervios.	.85**	.97**	---	---
N,activ.	NS	NS	NS	---
R.C.(CPT)	NS	.47*	.49*	NS
PACS(escl)	NS	.51*	NS	NS
PACS(hiperc)	.86**	.97**	.98**	NS
PACS(condc)	NS	.66**	.61**	NS
I-42(CM)	.52*	NS	NS	NS
I-14(CP)	.50*	.46*	NS	NS
I-21(CP)	.55*	NS	.51*	NS
Rabieta	NS	NS	NS	.49*
Desobed.	.72**	.73**	.72**	NS
Negat.	.91**	.90**	.90**	NS
Resist.	NS	.70**	.63**	NS
Romper	NS	NS	.63**	NS
Fobias	NS	.55*	NS	NS
FH(C)	NS	.46*	NS	NS
F-C(C)	.51*	NS	NS	NS
F-T/A(C)	NS	NS	NS	.51*
FI(S)	.49*	.50*	.48*	NS
F-II(S)	.48*	NS	.48*	.58*
FIV(S)	.58*	.50*	.51*	NS

TARLA No 39

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS EN LOS ITEMS DE LA SUBESCALA CONDUCTA DEL
P. A. C. S. Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>Mentir</u>	<u>Robo</u>	<u>Rabieta</u>	<u>Desobed.</u>	<u>Resist.</u>	<u>Negat.</u>	<u>Romper</u>	<u>Agres.</u>
Desosb.	NS	NS	.47*	---	---	---	---	---
Resist.	NS	NS	NS	.51*	---	---	---	---
Negat.	NS	NS	NS	.83**	.53*	---	---	---
Romper	NS	NS	NS	.51*	1.00**	.53*	---	---
Agresiv.	NS	NS	.56*	.50*	.60**	NS	.60**	---
Port.(CT)	NS	NS	NS	NS	-.56*	NS	-.56*	---
Replita	-.46*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Equilb.	NS	NS	NS	NS	.51*	NS	.51*	NS
PACS(afec)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.50*
PACS(esc)	NS	NS	NS	NS	.74*	NS	.74*	NS
PACS(Hipe)	NS	NS	.47*	.73**	.65**	.89**	.65**	NS
PACS(Cond)	.61**	.50*	.57*	.74**	.77**	.61**	.77**	.80**
I-35(CN)	.49*	NS	NS	NS	.57*	NS	.57*	NS
I-41(CN)	NS	.49*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
I-42(CN)	NS	.47*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
I-6(CP)	NS	NS	NS	.48*	NS	NS	NS	NS
I-7(CP)	NS	NS	.52*	NS	NS	NS	NS	NS
I-8(CP)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.46*
I-14(CP)	NS	NS	NS	.53*	NS	.49*	NS	.47*
I-21(CP)	NS	NS	NS	.53*	NS	.50*	NS	NS
I-35(CP)	NS	NS	.60**	NS	NS	NS	NS	.54*
At.Manten.	NS	NS	NS	.72**	NS	.91**	NS	NS

CONTINUACION TABLA Nº 39

Distraib.	NS	NS	NS	.73**	.70**	.90**	.70**	NS
Nervios.	NS	NS	NS	.72**	.63**	.90**	.63**	NS
N.Activ.	NS	NS	.49*	NS	NS	NS	NS	NS
Fobias.	NS	NS	NS	NS	.68**	NS	.68**	NS
FH(C)	.51*	NS	.46*	.55*	NS	NS	NS	.67**
FC(C)	NS	NS	NS	.67**	NS	.52*	NS	NS
FI(C)	NS	NS	.50*	NS	NS	NS	NS	NS
FI(S)	.49*	NS	NS	.66**	NS	.57*	NS	.57*
FII(S)	NS	NS	.47*	NS	NS	NS	NS	NS
FIII(S)	NS	.49*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
FIV(S)	.46*	NS	.63**	NS	NS	NS	NS	NS

TABLA Nº 40

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA SUBESCALA AFECTIVA DEL P.A.C.S.
Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

	<u>ANSIEDAD</u>	<u>FOBIAS</u>
Equilibrio	NS	.50*
PACS(Escolar)	NS	.47*
PACS(Afectivo)	.54*	NS
PACS(Hipercines)	NS	.47*
PACS(Conducta)	NS	.48*
Distraibilidad	NS	.55*
Resistencia	NS	.68**
Romper	NS	.68**
FH(C)	NS	.47*

TABLA Nº 41

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL C. P. T. Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>R.C.</u>	<u>FS1</u>	<u>FS2</u>	<u>Tº R.C.</u>	<u>Tº F.S.</u>
FS2	-.68**	.76**	---	---	---
Tº R.C.	-.63**	NS	NS	---	---
Copia(FR)	.63**	NS	NS	-.53*	NS
Port.(CL)	NS	NS	.49*	NS	NS
Sinergia	-.49*	NS	NS	.63**	NS
Grafest.	-.46*	NS	.47*	NS	NS
Rapido.	NS	NS	NS	.58*	NS
Total(SNm)	NS	NS	NS	.67**	NS
PACS(Hiper)	NS	.50*	NS	NS	NS
Total(CM)	NS	NS	NS	-.52*	NS
I-8(CP)	NS	NS	NS	NS	.48*
Distraib.	NS	.47*	NS	NS	NS
Nervios.	NS	.49*	NS	NS	NS
F-I(C)	-.51*	.54*	.47*	NS	NS
F-I(S)	-.47*	.68**	.51*	NS	NS

TABLA No 42

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL P.A.N.E.S.S. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>Sinerg.</u>	<u>Grafest.</u>	<u>Esterg.</u>	<u>Equil.</u>	<u>Topog.</u>	<u>Rapido</u>	<u>Total</u>
Grafst.	NS	---	---	---	---	---	---
Esterg.	NS	.55*	---	---	---	---	---
Equil.	NS	NS	NS	---	---	---	---
Topog.	NS	NS	NS	NS	---	---	---
Rapido.	.56*	NS	NS	NS	NS	---	---
Total.	.77**	.63**	NS	.50*	NS	.78**	---
Copia(FR)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.57*
Replica(FR)	NS	NS	.50*	NS	NS	NS	NS
Port.(CL)	.48*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Santucci	-.53*	NS	NS	NS	NS	NS	NS
R.C.(CPT)	-.49*	-.46*	NS	NS	NS	NS	NS
FS2(CPT)	NS	.47*	NS	NS	NS	NS	NS
Tº R.C.	.63**	NS	NS	NS	NS	.58*	.67*
PACS(esc)	NS	.56*	NS	NS	-.55*	NS	NS
Total(CM)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.58*
I-13(CM)	NS	NS	NS	NS	-.51*	NS	NS
I-35(CM)	NS	NS	NS	NS	-.50*	NS	NS
I-41(CM)	NS	NS	NS	NS	-.59*	NS	NS
I-8(CP)	NS	NS	NS	.46*	NS	NS	NS
Resist.	NS	NS	NS	.51*	NS	NS	NS
Romper	NS	NS	NS	.51*	NS	NS	NS
Fobias	NS	NS	NS	.50*	NS	NS	NS
F-I(S)	NS	.52*	NS	NS	NS	NS	NS

TABLA Nº 43

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DE FIGURA DE REY Y
DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>COPIA</u>	<u>REPLICA</u>
Replica(FR)	.56*	
Porteus(CT)	.46*	NS
Estereg.	NS	.50*
Total SNm	-.57*	NS
X Santucci	.47*	NS
X R.C.(B)	NS	.51*
A/S R.C.(B)	NS	-.58*
R.C.(CPT)	.63**	NS
Tº R.C.(CPT)	-.53*	NS
I-21(C,P)	-.49*	NS
Mentir	NS	-.46*
Digitos(D)	.61**	NS

TABLA Nº 44

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL TEST VISOMOTOR DE
BENDER Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>SANTUCCI</u>	<u>ALT, SANTUCCI</u>	<u>KOPPITZ</u>
Alt, Santucci	-.76**	----	---
Koppitz.	-.53*	NS	---
Copia(FR)	.47*	NS	NS
Sinergia	-.53*	NS	NS
F-T/A(C)	NS	NS	-.67**
F-V(S)	NS	NS	-.55*

TABLA Nº 45

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE PORTEUS Y DISTINTAS VARIABLES EN
EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>PORTEUS (Cuantitativo)</u>	<u>PORTEUS (Cualitativo)</u>
Copia(FR)	.46*	NS
Sinergia.	NS	.48*
F.S2(CPT)	NS	.49*
Resistencia.	-.56*	NS
Romper.	-.56*	NS

TABLA Nº 46

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL T. R. V. B. Y
DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>X R.C.</u>	<u>A/S R.C.</u>	<u>X ERROR</u>	<u>A/S E.</u>
A/S RC	-.86**	---	---	---
X E.	-.84**	.59**	---	---
A/S E.	-.63**	.64**	.62**	---
Replica	.51*	-.58*	NS	NS
I-6(CP)	-.47*	NS	NS	NS
F-I(S)	NS	NS	NS	.48*

TABLA Nº 47

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DE DIGITOS Y DISTINTAS
VARIABLES EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

	<u>DIGITOS(Directo)</u>
Copia	.61**
Digitos(I)	.54*

TABLA No 48

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS FACTORES DEL CUESTIONARIO DE

CONNERS DE PROFESORES Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL

	<u>FH</u>	<u>FC</u>	<u>FI-P</u>	<u>FT-A</u>	<u>FI</u>	<u>FII</u>	<u>FIII</u>	<u>FIV</u>	<u>FV</u>	<u>FVI</u>
FC	,57**	---	---	---	---	---	---	---	---	---
F I(S)	,88**	,70**	NS	NS	---	---	---	---	---	---
F II(S)	NS	NS	NS	,87**	NS	---	---	---	---	---
F III(S)	NS	,46*	,69**	NS	NS	NS	---	---	---	---
F IV(S)	NS	NS	,90**	NS	NS	NS	,79**	---	---	---
F V(S)	NS	NS	,73**	,76**	NS	,76**	NS	,47*	---	---
F VI(S)	NS	NS	,48*	NS	NS	NS	,49*	,51*	NS	---
Port(CT)	NS	NS	-,61**	NS	NS	NS	-,62**	-,60**	NS	NS
Port(CL)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,47*	NS
Equilib	NS	NS	,52*	,47*	NS	NS	NS	,53*	,48*	,54*
Tot,SNm	NS	NS	,54*	NS	NS	NS	,47*	,56**	,48*	,55**
X RC(B)	NS	NS	NS	NS	-,42*	NS	NS	NS	NS	NS
R,C(CPT)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-,55**	-,50*	NS	-,45*
Dig.(I)	NS	NS	-,52*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
PACS(Es)	NS	NS	,55**	NS	NS	NS	,56**	,53*	NS	NS
PACS(Af)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,50*
PACS(Hp)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,46*
Tot(CM)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,47*
Tot(CP)	,46*	,73**	,75**	,59**	,56*	,58**	,63**	,65**	,71**	,50*
I-41(CM)	NS	NS	NS	,53*	NS	,54**	,44*	NS	,46*	,74**
I-42(CM)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	,44*
I-1(CP)	,63**	NS	NS	NS	,43*	NS	NS	NS	NS	NS

TABLA No 49

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS SUBESCALAS DEL P.A.C.S. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL

	<u>ESCOLAR</u>	<u>AFECTIVA</u>	<u>HIPERCINESIA</u>	<u>CONDUCTA</u>
Afectiva	NS	---	---	---
Hipercinesia	NS	,55**	---	---
Conducta	NS	NS	,50*	---
Porteus(CT)	-,53*	NS	NS	NS
Persist.	,45*	NS	NS	NS
Digitos(D)	-,43*	NS	NS	NS
Digitos(I)	-,43*	NS	NS	NS
Total (CM)	NS	NS	NS	,44*
I-13 (CM)	NS	,44*	NS	NS
I-42 (CM)	NS	NS	,49*	NS
At.Mantenida	NS	NS	,58**	NS
Nerviosismo	NS	NS	,57**	NS
N.Actividad	NS	,58**	,70**	,61**
Mentira	NS	NS	NS	,61**
Rabietas	NS	,59**	NS	,64**
Agresividad	NS	NS	,47*	,83**
Negativismo	NS	NS	NS	,80**
Animo	NS	,47*	NS	NS
Ansiedad	NS	,61**	NS	NS
F I-P(C)	,55**	NS	NS	NS
F III(S)	,56**	NS	NS	NS
F IV (S)	,53*	NS	NS	NS
F VI (S)	NS	,50*	,46*	NS

TABLA Nº 50

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA ESCALA HIPERCINESIA DEL PACS Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL

	<u>At. MANTENIDA</u>	<u>NERVIOSISMO</u>	<u>NIVEL DE ACTIVIDAD</u>
PACS(Afect)	NS	NS	,58**
PACS(Hiperc)	,58**	,57**	,70**
PACS(Cond.)	NS	NS	,61**
Total (CM)	,45*	NS	,50*
I-13 (CM)	NS	NS	,54*
I-42 (CM)	,61**	NS	NS
I-35(CP)	NS	,47*	NS
Rabietas	NS	NS	,64**
Negat.	NS	NS	,62**
Agresivid.	,51*	NS	NS
Fobia	NS	NS	,47*
F VI (S)	NS	NS	,60**

TABLA Nº 51

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA SUBESCALA DE CONDUCTA DEL PACS

Y DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL.

	<u>Mentiras</u>	<u>Rabietas</u>	<u>Desobed.</u>	<u>Resist.</u>	<u>Negat.</u>	<u>Agresiv.</u>
Resist.	.69**	NS	NS	---	---	---
Negat.	NS	NS	NS	.50*	---	---
Total SNm	NS	.51*	NS	NS	NS	NS
A/S RC(B)	NS	NS	NS	NS	NS	.59**
A/S E(B)	NS	NS	NS	NS	NS	.46*
FS2 (CPT)	NS	NS	.59**	NS	NS	NS
PACS(Afect)	NS	.59**	NS	NS	NS	NS
PACS(Hiper)	NS	NS	NS	.48*	NS	NS
PACS(Cond)	.61**	.64**	NS	.83**	.80**	NS
Total (CM)	NS	.52*	NS	NS	NS	NS
I-13(CM)	NS	.43*	NS	NS	NS	NS
I-41(CM)	NS	.52*	NS	NS	NS	NS
I-1(CP)	NS	NS	NS	.55**	NS	.47*
I-6(CP)	.51*	NS	NS	NS	NS	NS
I-14(CP)	.47*	NS	NS	NS	NS	NS
I-21(CP)	.57**	NS	NS	NS	NS	NS
At. Mant.	NS	NS	NS	NS	NS	.51*
N. Activ.	NS	.64**	NS	NS	.62**	NS
Animo	NS	.55**	NS	NS	NS	NS
Ansiedad	NS	.48*	NS	NS	NS	NS
Fobia	NS	.46*	NS	NS	NS	NS
F I(S)	.48*	NS	NS	NS	NS	NS
F III(S)	NS	.47*	NS	NS	NS	NS
F VI(S)	NS	.57**	NS	NS	NS	NS

TABLA Nº 52

CORRELACIONES ENTRE LA SUBESCALA AFECTIVA DEL P.A.C.S. Y DISTINTAS

VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL

	<u>ANIMO</u>	<u>ANSIEDAD</u>	<u>HIPOCONDRIA</u>	<u>FOBIA</u>
Hipocondria	.42*	NS	---	---
Fobia	.44*	NS	NS	---
Edad	NS	NS	.42*	NS
Porteus(CL)	NS	-.43*	NS	NS
Grafestesia	NS	.59**	NS	NS
Equilib.	.54*	NS	NS	NS
Mov.Rapido	.47*	NS	NS	NS
Total SNm	.62**	NS	NS	NS
R.C.(CPT)	-.46*	NS	NS	NS
FS2(CPT)	NS	-.43*	NS	NS
T2 FS (CPT)	.46*	NS	NS	NS
PACS (Afect)	.47*	.61**	NS	.86**
I-13 (CM)	.60**	NS	NS	NS
I-41(CM)	.66**	NS	NS	NS
I-7 (CP)	.49*	NS	NS	NS
I-8 (CP)	.58**	NS	NS	NS
N.Activid.	NS	NS	NS	.47*
Rabietas	.55**	.48*	NS	.46*
F III(S)	.56**	NS	NS	NS
F IV (S)	.53*	NS	NS	NS
F VI (S)	.69**	NS	NS	.54*

TABLA Nº 53

CORRELACIONES ENTRE SIGNOS NEUROLÓGICOS MENORES Y DISTINTAS VARIABLES

EN EL GRUPO CONTROL

	<u>Sinergia</u>	<u>Grafest.</u>	<u>Equilib.</u>	<u>Persist.</u>	<u>Mov. Rapido</u>	<u>TOTAL</u>
Mov. Rapido	.50*	NS	.44*	NS	---	---
Total	.53*	.47*	.69**	NS	.86**	---
X Santucci	-.50*	-.60**	NS	NS	-.49*	-.63**
X Koppitz	NS	.62**	NS	NS	NS	NS
R.C.(CPT)	NS	NS	NS	NS	-.49*	-.53*
FSI (CPT)	NS	NS	.52*	NS	.44*	.51*
T ₀ FS (CPT)	NS	NS	.63**	NS	NS	.51*
Digitos(D)	NS	NS	NS	NS	-.46*	NS
Prob. Parto	NS	.45*	NS	NS	NS	NS
PACS(Escolar)	NS	NS	NS	.45*	NS	NS
Total (CP)	NS	NS	.53*	NS	NS	.44*
I-13 (CM)	NS	NS	NS	NS	.60**	.61**
I-41(CM)	NS	NS	.42*	NS	NS	.51*
I-7 (CP)	NS	NS	.44*	NS	NS	NS
I-8 (CP)	NS	NS	.45*	NS	.43*	.49*
Rabietas	NS	NS	NS	NS	NS	.51*
Animo	NS	NS	.54*	NS	.47*	.62**
Ansiedad	NS	.59**	NS	NS	NS	NS
F I-P(C)	NS	NS	.52*	NS	NS	NS
F T-A(C)	NS	NS	.47*	NS	NS	NS
F III(S)	NS	NS	NS	NS	NS	.47*
F IV(S)	NS	NS	.55*	NS	NS	.56**
F V (S)	NS	NS	.48*	NS	NS	.49*
F VI(S)	NS	NS	.54*	NS	NS	.55**

TABLA Nº 54

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL T.R.V.B. Y DISTINTAS VARIABLES

EN EL GRUPO CONTROL

	<u>R.C.</u>	<u>A/S R.C.</u>	<u>E.</u>	<u>A/S E</u>
A/S R.C.	-.66**	---	---	---
E.	-.88**	NS	---	---
A/S E.	-.58**	.68**	.81**	---
Edad	-.44*	NS	NS	NS
Copia (FR)	NS	NS	-.43*	-.51*
Alt.Santucci	-.51*	.47*	.64**	.56**
I-6 (CP)	-.49*	.57**	.45*	NS
I-14 (CP)	-.46*	NS	NS	NS
Agresividad	NS	.59**	NS	NS
F I(S)	-.42*	NS	NS	NS

TARLA Nº 55

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIDAS DEL C.P.T. Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL

	R.C.	F.S.1	F.S.2	Tº R.C.	Tº F.S.
Falsos S. 2	NS	,50*	---	---	---
Tº R.C.	NS	,43*	NS	---	---
Tº F.S.	NS	,52*	NS	,62**	---
Equilibrio	NS	,52*	NS	NS	,63**
Mov. Rapido	-,48*	,44*	NS	NS	NS
Total SNm	-,53*	,51*	NS	NS	,51*
X Santucci	NS	NS	NS	NS	-,43*
Digitos(I)	,42*	NS	NS	NS	NS
Total (CM)	NS	NS	NS	NS	,46*
Total (CP)	-,42*	NS	NS	NS	NS
I-13 (CM)	-,63**	NS	NS	NS	NS
I-35(CM)	-,54*	NS	NS	NS	NS
I-41 (CM)	-,51*	NS	NS	NS	NS
I-42 (CM)	NS	NS	,59**	NS	NS
Animo	-,46*	NS	NS	NS	,46*
Ansiedad	NS	NS	-,43*	NS	NS
F III (S)	-,55**	NS	NS	NS	NS
F IV (S)	-,50*	NS	NS	NS	NS
F VI (S)	-,45*	NS	NS	NS	NS

TABLE No. 56

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TEST VISOMOTOR DE BENDER Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL.

	<u>SANTUCCI</u>	<u>ALT. SANTUCCI</u>	<u>KOPPITZ</u>
Alt, Santucci	-.70**	---	---
Koppitz	-.66**	.53*	---
Edad	NS	.43*	NS
Replica(FR)	.59**	-.45*	NS
Porteus(CT)	.45*	-.42*	NS
Sinergia	-.50*	NS	NS
Grafestesia	-.60*	NS	.66**
Mov, Rapido	-.49*	NS	NS
Total SNm	-.63**	NS	NS
X R, C. (B)	NS	-.51*	NS
A/S R, C. (B)	NS	.47*	NS
X E. (B)	NS	.64**	NS
A/S E. (B)	NS	.56**	NS
T ₂ FS (CPT)	-.43*	NS	NS

TABLA Nº 57

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE FIGURA DE REY Y DISTINTAS VARIABLES

EN EL GRUPO CONTROL

	<u>COPIA</u>	<u>REPLICA</u>
Porteus(CT)	NS	,46*
X Santucci	NS	,59**
Alt, Santucci	NS	-,45*
X Error (B)	-,47*	NS
A/S Error (B)	-,51*	NS

TABLA No 58

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE DIGITOS Y DISTINTAS VARIABLES EN EL
GRUPO CONTROL

	DIGITOS(Directos)	DIGITOS(Inversos)
Digitos (inversos)	.58**	---
Porteus (CT)	NS	.47*
Mov.Rapido.	-.45*	NS
R.C.(CPT)	NS	.42*
PACS (Escolar)	-.43*	-.43*
F I-P(C)	NS	-.52*

TABLA Nº 59

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE PORTEUS Y DISTINTAS VARIABLES

EN EL GRUPO CONTROL

	<u>PORTEUS (Cuantitativo)</u>	<u>PORTEUS (Cualitativo)</u>
Replica(FR)	,46*	NS
X Santucci	,45*	NS
Alt. Santucci	-,42*	NS
Digitos (I)	,47*	NS
PACS(Escolar)	-,53*	NS
Total (CP)	-,45*	NS
I-7 (CP)	-,56**	NS
Ansiedad	NS	-,43*
F H (C)	-,61**	NS
F III(S)	-,62**	NS
F IV (S)	-,60**	NS
F V (S)	NS	,47*

TABLA N.º 60

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TEST VISOMOTOR DE BENDER Y

DISTINTAS VARIABLES EN EL GRUPO CONTROL.

	SANTUCCI	ALT, SANTUCCI	KOPPITZ
Alt. Santucci	-.70**	---	---
Koppitz	-.66**	.53*	---
Edad	NS	.43*	NS
Replica(FR)	.59**	-.45*	NS
Porteus(CT)	.45*	-.42*	NS
Sinergia	-.50*	NS	NS
Grafestesia	-.60*	NS	.66**
Mov. Rapido	-.49*	NS	NS
Total SNm	-.63**	NS	NS
X R, C. (B)	NS	-.51*	NS
A/S R, C. (B)	NS	.47*	NS
X E. (B)	NS	.64**	NS
A/S E. (B)	NS	.56**	NS
T2 FS (CPT)	-.43*	NS	NS

Mania solus ^{tractus} ^{emotionalis} ^{et} ^{de} ^{conducta} : Delimitatio
principali ^{Neuropsychica}

per universales Apto cum laude

10

Septembre

90.

Jamieson

