

UN CASO DE HIPERACTIVIDAD

Consuelo Prosper Lopez
Pedagoga
Clinica de Orientacion
Personal y Familiar
(C. O. P. F.)

En este caso se parte de un enfoque multidimensional para el diagnóstico y tratamiento de la hiperactividad.

Se plantea, prioritariamente, reducir los síntomas hiperactivos combinando el tratamiento farmacológico y la terapia conductual. Paralelamente, se intentan resolver las dificultades de aprendizaje, con la convicción, ya expresada en los primeros trabajos de KRASNER y ULLMAN, de que los progresos escolares repercuten de forma positiva en la reducción de la conducta hiperactiva.

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANAMNESIS

Ernesto es el menor de dos hermanos (el mayor tiene quince años), hijos de un matrimonio con un nivel cultural medio-bajo. El padre es guardia jurado, la madre se dedica a las labores del hogar.

Acude su madre a consulta en junio de 1990. El motivo de la misma es que su hijo, de 9 años de edad, ha sido siempre muy nervioso y no puede permanecer quieto ni tranquilo.

Comenta que en el colegio hay quejas continuas de que, en clase, molesta a los demás niños produciendo ruidos desagradables, levantándose constantemente de su asiento y peleándose con sus compañeros.

A nivel de rendimiento escolar, rara vez termina los trabajos y la maestra le ha informado que tiene poca capacidad de atención y escaso interés por las materias escolares.

En el ámbito familiar presenta los mismos rasgos que en el colegio, pero hay que añadir «conductas extrañas» como quemar y cortar los manteles, cortinas y demás más piezas de ropa de la casa. Asimismo, según la madre, ocasionalmente coge dinero que luego gasta con sus compañeros de vecindad.

La madre tuvo que permanecer en reposo durante los cuatro o cinco primeros meses del embarazo debido a hemorragias vaginales. El parto tuvo lugar a los 8 meses de gestación sin problemas. El peso del niño al nacer fue de 3 Kg. 150 gramos.

En el período neonatal tuvo trastornos en la conducta alimenticia. No ingería la leche y la vomitaba, lo que derivó en poca ganancia de peso. Esta pauta se mantuvo hasta la edad de los 3 años en que remitió espontáneamente.

A los 18 meses aproximadamente tuvo un episodio de pérdida de conciencia, desviación de ojos y caída de cabeza (amiotonia), al parecer de naturaleza comicial, crisis que se repitió a la edad de 2 años.

Empezó a andar a los 18 meses. Sus primeras palabras las emitió pasados los catorce meses, estructurando frases simples después de los 3 años con abundantes dislalias.

En el momento de acudir a consulta, el control de esfínteres no está plenamente consolidado, pues aunque inicialmente lo logró a los 2 años, con posterioridad han existido períodos de incontinencia, tanto diurna como nocturna. En la actualidad presenta enuresis mixta secundaria.

Existen antecedentes familiares en ascendentes por vía paterna (hermano del padre) de asistencia a un centro de «Educación Especial» por problemas que la familia no ha sabido especificar. Los únicos datos obtenidos al respecto han sido su retraso en el lenguaje y que no ha aprendido a leer.

El sistema disciplinario seguido por los padres es el siguiente: Utilización de premios y castigos de forma poco coherente y asistemática. Ante sus conductas H. A. se le amenaza, se le riñe, se le castiga o se le ignora. El castigo más frecuente es el de obligarle a permanecer en casa, en gran parte debido a las quejas recibidas de los vecinos y a los informes negativos procedentes del colegio.

La actitud de los padres, en consecuencia, es la de prestarle atención mediante órdenes de tipo disciplinario.

A partir de esta primera entrevista se acepta el caso y se le explica a la madre la necesidad de aportar toda la información disponible sobre la historia escolar del niño, así como la documentación que tenga de otros profesionales. Se le anticipa que hay que realizar una exploración psicológica y se le cita para la siguiente semana.

HIPOTESIS DE TRABAJO

1.^a Determinar si su grado de actividad es excesivo y persistente.

2.^a Delimitar si existen problemas conductuales.

3.^a Especificar si hay dificultades de aprendizaje o de tipo perceptivo-cognitivo.

FASE DE EVALUACION

a) Historial escolar:

Objetivo: Reunir un historial detallado y exacto para obtener pruebas que confirmen su grado de inquietud y falta de atención. Se emplean los siguientes procedimientos de valoración.

- Informes conductuales de profesores anteriores.

- Inventario Conductual (Adaptación de Conners-forma abreviada) como medio de recoger información actual del niño en el colegio. A cumplimentar por su maestra o tutora.

- Escala de Calificación (Adaptación de Conners-forma abreviada). A rellenar por los padres.

Preescolar. De especial interés en este periodo es la realización de una exploración psicológica llevada a cabo por el Gabinete Psicopedagógico Municipal de Masanassa a la edad de 4 años y 6 meses, a causa de problemas a nivel de lenguaje articulatorio, de la que se exponen los resultados a continuación:

El niño presenta un nivel intelectual medio-bajo. Lo que más destaca es su dispersión y su hiperactividad constantes.

Su lenguaje presenta un retraso importante tanto en la estructura como en la articulación. Presenta dislalias de sustitución en los fonemas rr (g); r (l); d (b); z (s), no pronuncia los sinfonos y solamente algunos diptongos, e integra mal los fonemas que domina cuando se comunica espontáneamente (jugar = bubar), aconsejándose el apoyo individualizado de un especialista.

En la etapa inicial de E.G.B. asiste tres veces por semana a un logopeda, desapareciendo los problemas articulatorios, por lo que se suspende el tratamiento al finalizar el primer curso. Las calificaciones escolares son adecuadas, excepto las referentes al comportamiento y al área de la atención.

En tercero de E.G.B. se agudizan sus problemas conductuales y establece malas relaciones con la profesora y sus compañeros. La madre emplea la siguiente frase descriptiva: «sus compañeros dicen que está loco».

De los inventarios de conducta cumplimentados tanto por la profesora como por los padres se obtiene una puntuación significativamente alta en la dimensión que mide la hiperactividad, siendo menor en la de falta de atención, y casi inexistente en la de agresividad.

Dato importante a mencionar de los resultados del I.C. es que suele participar, en general, en las diversas actividades sociales, buscando la compañía de otros niños; sin embargo tiene dificultades en las relaciones interpersonales. Ello se debe, en parte, a que su agitación molesta a los compañeros y que su escasa tolerancia a la frustración y su impulsividad influyen de manera negativa sobre su capacidad de cooperación en los juegos. Asimismo hay que destacar la conducta de mentir exagerando las cosas, tratando con ello de conseguir notoriedad y llamar la atención.

b) Exploración psicológica:

Finalidad: Descubrir si existen defectos de aprendizaje o perceptivo-cognitivos.

1. Inteligencia

- Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (W.I.S.C.).

Se sitúa en general en un nivel medio; sin embargo, el rendimiento obtenido en ambas partes (verbal y manipulativa) no es homogéneo, con un descenso en el área verbal, específicamente en los ítems de «Vocabulario» y «Semejanza».

En la parte manipulativa alcanza un nivel general satisfactorio, excepción hecha de la baja puntuación que obtiene en «Claves» (cuadro I).

2. Aptitudes Específicas

- Test de Memoria (MY): Nivel I.

Sus resultados en esta prueba le sitúan en un nivel bajo en memoria auditiva inmediata de palabras y narraciones.

3. Area Perceptivo-Motora

- Bender.

Un análisis cualitativo de la prueba nos revela una deficiente reproducción de círculos y puntos, dificultad en la realización de los ángulos agudos y distorsiones en la reproducción de sus dibujos. En general, su nivel alcanzado está un año aproximadamente por debajo del correspondiente a su edad, lo que revela una inmadurez en la percepción visomotora (cuadro II).

4. Nivel Académico

Según la estimación de su profesora el ritmo de aprendizaje es algo lento, subrayando la falta de atención e interés por las tareas escolares. La evaluación de los test de rendimiento revela una lectura de codificación lenta, con errores de repetición, rectificación y vacilación en letras, sílabas o palabras, así como lagunas en la comprensión lectora. Su escritura muestra poca coordinación motora y errores ortográficos.

c) Exploración neurológica:

- Electroencefalograma (EEG)

Se indica su realización por la posible sospecha de que presente algún trastorno de tipo convulsivo. Su resultado es el siguiente:

«Trazado con actividad de fondo con parámetros normales para su edad sobre el que se registra actividad theta monomorfa sobre regiones centrales en forma simétrica y sincrónica.» Conclusión: Moderada disfunción subcortical.

CONCLUSION DIAGNOSTICA

a) Por la información procedente del «Historial escolar»:

Desde el nivel preescolar se observa:

- Dificultades en el lenguaje articulatorio.

- Actividad excesiva en situaciones que requieren inhibición motora.

- Impulsividad y falta de atención por su incapacidad de persistencia en la realización de las tareas.

- Problemas de conducta.

Estas características van asociadas a un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Estudios realizados muestran que la mayoría de los hiperactivos presentan un historial preescolar de inquietud y falta de atención (KENNY, CLEMMENS, HUDSON, LENTZ, CICCI y NAIR, 1971).

Los niños hiperkinéticos tienen problemas en la emisión de los fonemas; pueden identificar las letras pero les cuesta pronunciarlas correctamente.

b) Por la evaluación psicológica:

- Dificultades para retener palabras habladas, frases o letras (test MY de memoria auditiva).

- Problemas en la integración visomotora (test de Bender y «Claves» en el WISC).

- Dificultades en la conceptualización del lenguaje (subtest de «Vocabulario» y «Semejanzas» en el WISC).

La asociación estadística entre dificultad de aprendizaje y conducta hiperactiva se ve corroborada por los estudios de LAUFER (1971), quien observó en un estudio de veinte niños H. A. que «la única característica común a todos ellos era el retraso académico, a pesar de su adecuada capacidad intelectual».

Aproximadamente un tercio de los niños hiperactivos presentan deficiencias en el aprendizaje, y el 75% muestran un retraso entre la coordinación del ojo y la mano.

c) Por las pruebas neurológicas:

Presenta un EEG anómalo con «Disfunción Cerebral Mínima» (DCM).

La DCM fue definida por el Comité del Servicio de Salud Pública como:

«Este término, considerado como categoría diagnóstica y descriptiva, se refiere a niños de capacidad intelectual normal, que presentan ciertas dificultades de aprendizaje y/o conductuales que van de ligeras a graves, y que están asociadas a desviaciones funcionales del sistema nervioso central.»

Aproximadamente el 50% de los H.A. presentan un EEG anómalo mientras que sólo entre el 15 y el 20% de los niños no hiperactivos muestran tales irregularidades (VERRY, VEISS, DOUGLAS y MARTIN, 1966).

d) Por la información de la anamnesis:

El historial evolutivo pone de manifiesto cierta lentitud en las primeras pautas del desarrollo (comienza a andar después de los 16 meses, construye frases después de los 3 años). Estos datos proporcionan un apoyo suplementario, aunque no constituyen por sí mismos un diagnóstico.

Como conclusión exponer que todos estos síntomas, considerados en su totalidad, apuntan hacia un «trastorno por déficit de atención con hiperactividad».

Aunque las manifestaciones del síndrome hiperkinético varían mucho de unos autores a otros, recientemente puede observarse una cierta coincidencia entre ellos,

probablemente debida a la construcción y validación de Inventarios de Conducta.

Según el DSM-III son tres los criterios básicos para el diagnóstico:

- A. Falta de atención.
- B. Impulsividad.
- C. Hiperactividad.

TRATAMIENTO

El análisis e interpretación de la evaluación diagnóstica nos plantea diferentes líneas de actuación en el proceso terapéutico; por ello utilizamos técnicas combinadas e integradas que se ocupan de las tres áreas:

1. Hiperactividad y falta de atención.
2. Problemas conductuales.
3. Dificultades de aprendizaje.

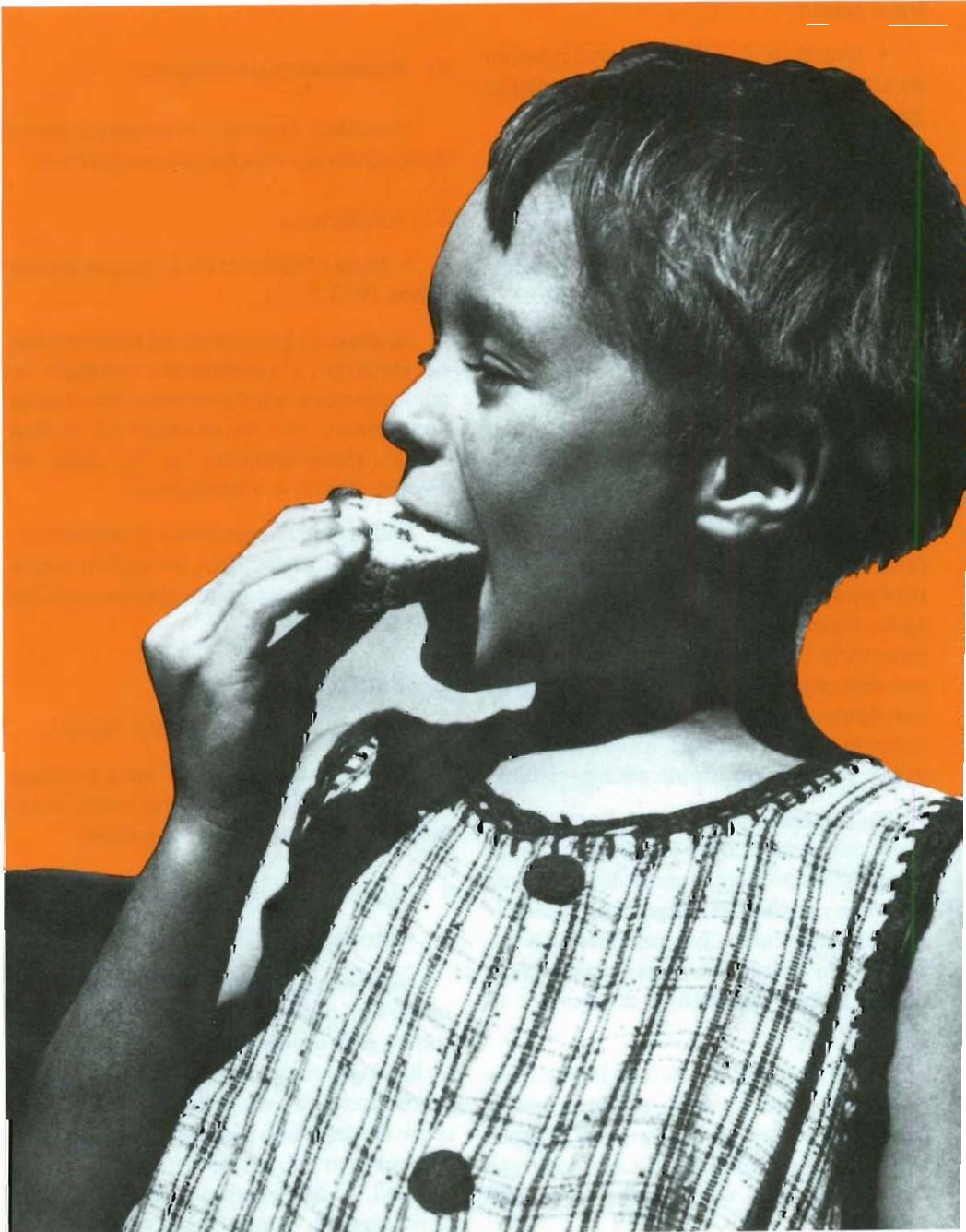
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Los dos primeros puntos se tratarán conjuntamente mediante terapia familiar-conductual y tratamiento farmacológico, y el apartado referente a las dificultades de aprendizaje con tratamiento educativo complementario.

I. Terapia familiar-conductual

Información general del problema y explicación de los procedimientos terapéuticos a utilizar.

Se aconseja a los padres la lectura de un manual abreviado de modificación de conducta, concretamente «Una formulación del texto base» del libro «Terapia Familiar Comunitaria» de V. Pelechano.



a) Consejo conductual directivo:

Explicación de los conceptos básicos del manual de lectura aplicándolo a los niños hiperactivos.

1. Se busca e identifican los refuerzos gratificantes que recompensan la mala conducta de su hijo. Se comprueba que se le presta «atención» por medio de gritos, amenazas y quejas, a la vez que se le enciende la TV y se le entrega maquinitas de juego porque han comprobado que así disminuye su hiperactividad.

2. Se elimina el refuerzo de la «atención», ignorando al niño, y se suprimen los refuerzos positivos que suceden a la conducta hiperactiva (extinción). Se combina la extinción con contingencias positivas (una recompensa social después de un cierto tiempo que el niño lleve sin portarse mal).

3. Se instruye a los padres que los refuerzos sociales se utilizan como estrategia terapéutica para suscitar cambios hacia la conducta deseada, por lo que deberán aprender a no ignorar las conductas adaptativas de su hijo. Además, se les señala que es necesario, por lo menos al principio, que los refuerzos sociales vayan precedidos de recompensas materiales. El refuerzo necesario para mantener buenas conductas tendrá que ser mayor y más persistente para los niños H.A. debido a que tienen un débil control de los impulsos.

Se elabora una lista de refuerzos materiales y sociales determinando las metas conductuales de su uso.

b) Planificación de la disciplina de manera sistemática:

1. Se especifican por escrito las normas más importantes del hogar. Estas normas y las consecuencias de su incumplimiento deben quedar suficientemente claras para el niño.

2. Se establecen metas conductuales. Ejemplo:

El niño no puede jugar a la pelota en casa. Si lo hace se le confiscará la pelota durante algún tiempo.

Si interrumpe frecuentemente o realiza mucho ruido permanecerá 5 minutos en una silla.

En este punto se les recomienda no usar castigos prolongados, ya que son difíciles de cumplir y no son eficaces. Se les explica los procedimientos alternativos al castigo a utilizar: Unión de extinción con contingencias positivas y tiempo de privación con previo aviso.

c) Responsabilidades domésticas estructuradas:

Se especifican los deberes y responsabilidades del niño por periodos semanales.

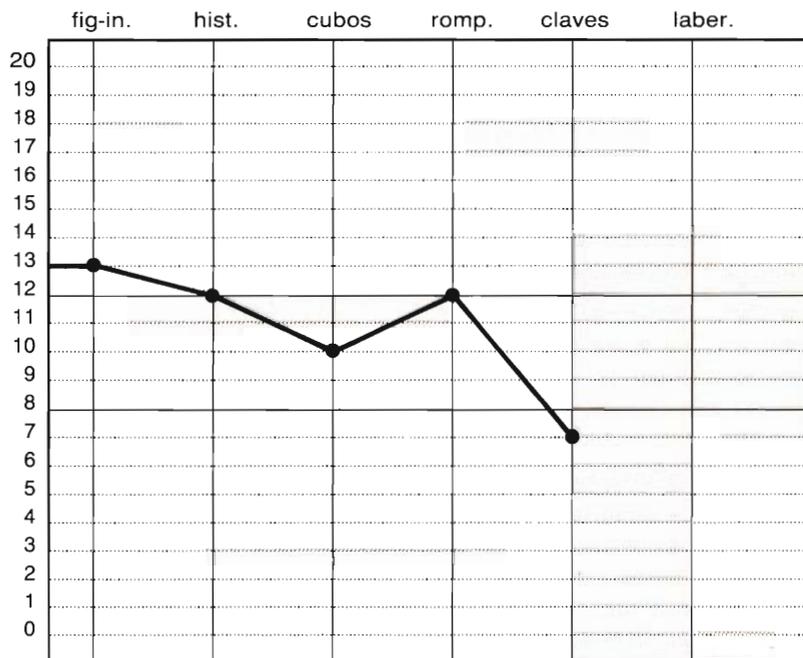
- Recoger su cuarto después de jugar.

- Realizar tareas escolares durante un periodo de media hora.

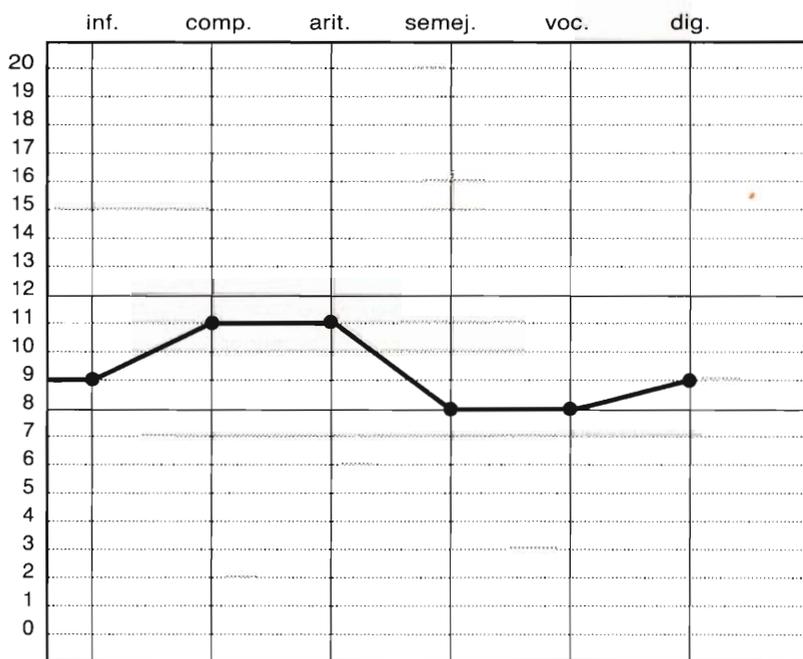
- Recoger y poner la mesa.

A estas tareas se le asignan privilegios por su correcto cumplimiento. Se pone en

CUADRO I
ESCALA WECHSLER
PERFIL GRAFICO
PARTE MANIPULATIVA

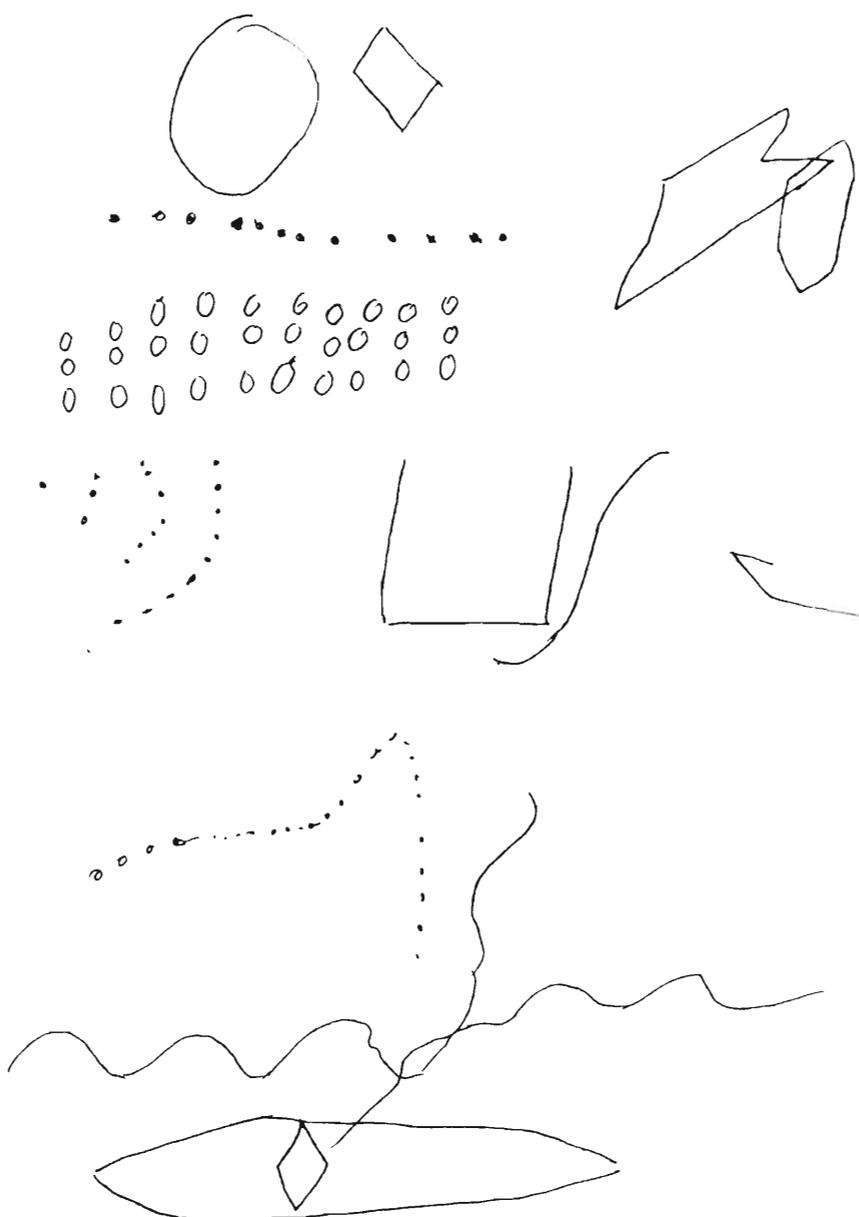


PARTE VERBAL



CUADRO II

BENDER



práctica un procedimiento de costo de respuesta, por lo que se confecciona una lista de multas de privilegios paralela a las responsabilidades.

- Ver televisión.
- Paga semanal.
- Jugar a las maquinitas.

Por último se asesora a los padres en el sentido de que disminuyan sus restriccio-

nes sociales, ya que esto presenta graves inconvenientes y obstaculiza el desarrollo social del niño. En caso de hacerlo, deberá ser temporal (algunas horas).

Debido a que parte de estas retenciones eran debidas a los informes desfavorables de la maestra, se aconsejó al colegio que dejaran de enviar constantes avisos negativos sobre el niño. Durante este período de intervención fueron cuatro las entrevistas mantenidas con los padres.

Una de las razones importantes para elegir el tratamiento conductual en el hogar es el que se desprende de los resultados de los seguimientos de niños hiperactivos. WEISS y cols. (1975) estudiaron algunos de estos niños durante 5 años y observaron que los elementos más importantes a la hora de predecir los resultados eficaces a largo plazo eran los factores domésticos positivos combinados con el tratamiento farmacológico.

Tratamiento farmacológico

La decisión sobre el tratamiento viene determinada por las necesidades del niño. La hiperactividad y su trastorno conductual constituyen en un principio un problema de primer orden y es más grave que el retraso de aprendizaje.

En julio de 1990 se traslada la documentación del niño al médico de nuestro centro, se intercambian opiniones y se decide que es conveniente un tratamiento farmacológico para obtener una respuesta terapéutica óptima.

La medicación estimulante es el tratamiento más empleado y el más eficaz por sí solo para la conducta hiperactiva, pero al presentar un historial médico con crisis de carácter comicial, el neurólogo-pediatra prefiere emplear una droga anticonvulsiva (carbamazol) distinta al fenobarbital (anticonvulsivo comúnmente empleado), ya que éste tiende a agravar los síntomas de la hiperactividad.

Posteriormente se realiza una entrevista con los padres en la que les expone los posibles beneficios de la medicación. Un 80% de los niños presentan una mejoría clara en la conducta hiperactiva y la atención si el ambiente familiar es favorable, pero ésta no supondrá una mejoría en su ritmo de aprendizaje escolar (AMAN, SPRAGUE, 1973 y CONNERS, 1974).

Se acuerda una próxima visita transcurridos 6 meses (enero 1991), a la que se deberá adjuntar nuevos inventarios de conducta cumplimentados por los padres y el colegio con objeto de realizar un seguimiento y comprobar el nivel de eficacia de la medicación.

Tratamiento educativo complementario

Debido a la coincidencia del período vacacional (mes de agosto) se aplaza el tratamiento educativo, iniciándose en el mes

EJEMPLO DE PROGRAMA PSICOLINGÜÍSTICO

OBJETIVO ESPECIFICO

1.2. Capacidad de relatar experiencias en orden secuencial.

OBJETIVO OPERATIVO

1.2.1. El niño relatará, en un orden secuencial, utilizando un mínimo de cuatro frases todo lo realizado en un día.

1.2.2. Relatar de forma secuenciada una actividad nueva aprendida por él.

1.2.3. El niño continuará una historia que el terapeuta ha comenzado, creando una trama con un mínimo de tres intervenciones.

1.2.4. El niño relatará de forma secuenciada los pasos que él seguiría (tres como mínimo) para la resolución de una situación que se le plantea.

MATERIALES

- Magnetófono.
- Viñetas en secuencia que representan acontecimientos de la vida diaria.
- Viñetas con sucesión temporal (levantarse, lavarse, desayunar, ir al colegio...).
- Tebeos.
- Hojas de papel para forrar.
- Chistes o historietas graciosas.

ACTIVIDADES

- Preguntar al niño el día que es y las actividades más importantes que ha hecho, por la mañana, tarde y noche.
- Preguntar al niño el día que es y las actividades más importantes que ha hecho en el colegio.
- Ordenar secuencialmente frases y tarjetas desordenadas sobre la actividad de un día laboral.
- Hacer que forre un libro y explique los pasos que ha seguido.
- Pedirle que dé las instrucciones adecuadas para que el terapeuta aprenda el camino desde su casa al colegio. Grabarlas en el magnetófono. Luego hacer que se escuche.
- Ordenar tarjetas sobre una historieta cómica. Después que las relate.
- Escuchar una historia o un cuento en el magnetófono, y mientras que va escuchando, hacer que adivine el posible final.
- Presentar al niño una historia incompleta que requiera la solución de un problema. Ej. Juan y Francisco estaban cavando entre las rocas buscando la entrada de una cueva. Juan notó un dolor agudo en la pierna, vio una serpiente y se dio cuenta de que le había picado...
- El terapeuta plantea al niño situaciones problemáticas. Por ejemplo: ¿Qué harías si fueras a la Feria y te perdieras?
- El juego de «Qué sucedió». Consiste en completar frases como la siguiente: «Fui a la panadería a comprar pan. Olvidé el dinero. ¿Qué crees que sucedió?»

de octubre. Al comienzo del mismo se mantiene una entrevista con la profesora del niño para explicarle la problemática del mismo y la necesidad de su cooperación en el proceso terapéutico. Se especifican las orientaciones conductuales oportunas y se determinan los próximos contactos telefónicos a mantener para una futura evaluación de los progresos alcanzados, tanto a nivel académico como conductual.

Para este tratamiento educativo complementario se utilizan dos métodos:

a) *Método analítico-conductual:*

Se centra en el proceso educativo escolar. Se elabora un programa individual psicolingüístico con una duración de nueve

meses, determinando los niveles funcionales de aptitud del niño. Los procedimientos de evaluación diagnóstica indican el nivel de comienzo del programa y los contenidos del mismo.

Programa específico para el dominio del lenguaje

Objetivos generales:

1. Desarrollar y aumentar la capacidad de comunicación oral expresiva.
2. Mejorar la capacidad de comunicación escrita comprensiva (lectura).
3. Mejorar la capacidad de comunicación escrita expresiva (escritura).

Objetivos específicos:

- 1.1. Captar los detalles más importantes de un cuento o narración.
- 1.2. Capacidad para relatar experiencias en un orden secuencial.
- 1.3. Capacidad para describir objetos, imágenes y actividades.
- 1.4. Utilización correcta del lenguaje, para deducir del mismo el uso de normas gramaticales.
 - 2.1. Mejorar la exactitud, fluidez y expresividad lectora de la lectura mecánica.
 - 2.2. Adquisición de la lectura comprensiva.

3.1. Mejorar la calidad de su grafía.

3.2. Capacidad de transcribir con corrección ortográfica las palabras o frases dadas (uso de las mayúsculas B-V, uso de la H, (G-J)).

A partir de esta programación general, se planifican los objetivos operativos de forma secuenciada atendiendo tanto a la evolución del niño como a sus dificultades (cuadro III).

b) Método evolutivo:

Tiene como objetivo corregir los déficits perceptivos-cognitivos y con ello contribuir al aprendizaje escolar. Los procedimientos de evaluación psicológica indican las áreas en las que el nivel del niño es deficitario:

• Asociación auditiva o auditivo-vocal:

Se utiliza como medio de adquirir mayor habilidad para relacionar términos verbales de una forma significativa para llegar a una progresiva conceptualización del lenguaje. Se siguen las siguientes pautas:

1. Hacerle preguntas sobre un concepto, motivándole a que nos dé varias respuestas cortas.

2. Aceptar sólo respuestas concretas.

3. Proporcionarle ayudas visuales donde sea posible.

4. Darle preguntas por escrito para que piense sobre ellas, antes de responder a preguntas orales.

• Asociación visual o asociación visomotora:

Su finalidad es desarrollar la aptitud para relacionar símbolos visuales de una forma significativa, como forma de favorecer el proceso lecto-escritor.

• Memoria auditiva de secuencias:

Desarrollar la habilidad de repetir correctamente una secuencia de símbolos como forma de favorecer la memoria auditiva inmediata. Para ello se utilizan las siguientes guías:

• El niño puede usar ayudas visuales.

• Hacerle escribir mientras memoriza.

• Usar frases cortas de un solo concepto.

Se plantean dos sesiones semanales de una hora de duración y se aplican los dos métodos simultáneamente, pero dando preferencia al analítico-conductual, al que se le dedica 45 minutos por sesión. La razón es que en la práctica, a partir de mi expe-

riencia, las dificultades de aprendizaje en los niños hiperactivos de capacidad media se traducen, en general, en un déficit académico inicial, y que cuando el niño domina las técnicas instrumentales (lecto-escritura), su ritmo de progreso escolar aumenta y tiene mayor capacidad para comprender conceptos lingüísticos.

Las tareas escolares se presentan al niño muy estructuradas y en unidades pequeñas para que el éxito se haga más probable.

SEGUIMIENTO

En el mes de enero se efectúa un primer seguimiento con motivo de realizar una estimación global del tratamiento y valorar la evolución de las conductas problema. La información se registra tanto por los Inventarios Conductuales como por las entrevistas mantenidas a lo largo de estos meses con los padres y la profesora.

La comparación de las puntuaciones de los Inventarios Conductuales anteriores al tratamiento con las calificaciones de los actuales, nos proporciona una mejoría de un 44% en el ámbito escolar y de un 50% en el familiar.¹

Al realizar una valoración cualitativa de los ítems, se observan los siguientes resultados:

Hiperactividad:

- Está menos inquieto, activo.
- Permanece más tiempo sentado, aunque ocasionalmente abandona su asiento.
- Sus juegos son más tranquilos.

Conducta:

- No realiza ruidos molestos ni fuertes.
- Desaparición de las «conductas extrañas».
- Adquisición de responsabilidades domésticas.

Atención:

- Cambia con menos frecuencia de actividad.
- Más interés y motivación por las tareas escolares.

Aprendizaje:

- Está preparado para aprender (papel, lápiz).
- Trabaja, atiende y obedece las órdenes de la maestra.

- Persiste más tiempo en las tareas, aunque no siempre consigue terminarla y dar solución correcta a los ejercicios.

Por último, señalar que los éxitos alcanzados no son definitivos, puesto que el niño está todavía en tratamiento. Las evaluaciones globales del curso, junto con el seguimiento que se efectuará en el mes de junio, serán los indicativos a tener en cuenta en el criterio final.

NOTAS

¹ C. CONNERS (1969): Porcentaje de mejoría:
$$\frac{\text{Calificación IC anterior} - \text{Calificación IC durante el tratamiento}}{\text{Calificación IC anterior al tratamiento}} \times 100$$

AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, 1973.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (DSM-III R). Ed. Masson, 1987.

BUSH, V. J., y GILES, M. T.: *Cómo desarrollar las aptitudes psico-lingüísticas*. Ed. Fontanella, 1974.

CAPUTE, A.; NEIDERMEYER, F., y RICHARDSON, F.: «The electroencefalogram in children with minimal cerebral dysfunction». *Pediatría*, 41: 1.104-1.114, 1968.

CONNERS, C.: «A teacher rating scale for use in drugs studies with children». *Am. J. Psychiat*, 126: 884-888, 1969.

GLASSER, A. J., y ZIMMERMAN, I. L.: *Interpretación Clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños*. Ed. Tea, 1972.

KENNY, T.; CLEMENS, R.; HUDSON, B.; LENTZ, G.; CICCIO, R., y NAIR, P.: «Characteristics of children referred because of hyperactivity». *J. Pediat*, 79: 618-622, 1971.

KOPPITZ, E.: *El Test Gestáltico Psicomotor de Bender*. Ed. Guadalupe, 1976.

LAUFER, M.: «Long-term management and some follow-up findings on the use of drugs with minimal cerebral syndromes». *J. Learn. Disabil*, 4: 519-522, 1971.

PELECHANO, V.: *Terapia familiar comunitaria*. Ed. Alfaplus, 1980.

RAPIN, I.: *Disfunción cerebral en la infancia*. Ed. Martínez Roca, 1987.

SAFER, D., y ALLEN, R. P.: *Niños hiperactivos: Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Santillana, 1979.

VERRY, J.; WEISS, G.; DOUGLAS, V., y MARTIN, J.: «Studies on the hyperactive child. III. The effect of chlorpromazine upon behavior and learning ability». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 5: 292-312, 1966.