



7
2ej
01962
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DISFUNCION CEREBRAL MINIMA:
ANALISIS DE CORRELACION EN
UN CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO,
CLINICO Y SOCIAL**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
LIC. MARTHA EUGENIA MORENO PADILLA

SINODALES

DR. LUIS LARA TAPIA
DR. GUSTAVO FERNANDEZ PARDO
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. MA. ELENA MEDINA MORA
MTRA. YOLANDA MARTINEZ Y AGUILAR

México, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO	Págs.
	RESUMEN
I	INTRODUCCION 1
II	ANTECEDENTES 6
	II.a. DESARROLLO MOTOR Y ACTIVIDAD EN LA NIÑEZ 6
	II.b. CUADRO CLINICO DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y SU RELACION CON EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD 20
	II.b.1. Evolución de la nomenclatura 20
	II.b.2. Descripción de síntomas 27
	II.b.3. Divergencia etiológica 47
	II.b.4. Criterios diagnósticos 55
	II.b.5. Enfoques terapéuticos 69
	II.b.6. Pronóstico 85
	II.b.7. Prevalencia e incidencia 89
	II.c. LISTAS DE VERIFICACION CONDUCTUAL 92
	II.c.1. Escala Revisada para Padres 103
	II.c.2. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters 112
	II.c.3. Escala de Evaluación de los Padres 122
III	METODO 131
	III.a. ESTUDIO PRELIMINAR 131
	III.a.1. Planteamiento del problema y formulación de hipótesis 131
	III.a.2. Diseño de investigación 134
	III.a.3. Sujetos 134
	III.a.4. Instrumento 134
	III.a.5. Procedimiento 135
	III.a.6. Resultados 136
	III.a.7. Discusión 154

CAPITULO		Págs.
	III.b. INVESTIGACION	158
	III.b.1. Planteamiento del problema y formulación de hipótesis	158
	III.b.2. Diseño de investigación	160
	III.b.3. Sujetos	161
	III.b.4. Instrumentos	175
	III.b.5. Procedimiento	176
IV	RESULTADOS	177
V	DISCUSION	212
VI	CONCLUSIONES	236

APENDICES

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RESUMEN

La valoración de la hiperactividad está en fase de desarrollo. En este trabajo se presentan los resultados de una investigación y un estudio previo que se realizaron en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, con diferentes grupos de niños considerados clínicamente hiperactivos y bajo distintos objetivos. La investigación constituye el eje de este trabajo y por ello se sintetiza en primer término.

Investigación. Es de tipo correlacional. Se eligieron 90 niños asistentes a la consulta externa, con edad entre los 8 y 13 años y Cociente Intelectual mínimo de 71: 30 cubrieron los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984) y su registro electroencefalográfico fue normal; 30 también presentaron los criterios del síndrome pero su electroencefalograma fue anormal; los otros 30 integraron el grupo control, no cubrieron los criterios del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su EEG fue normal. Se administraron a sus madres tres listas de verificación conductual para objetivar su opinión sobre el comportamiento de sus hijos, estos instrumentos son la Escala Revisada para Padres (K. Conners, R. Ulrich y Ch. Goyette, 1978), la Escala de Evaluación de los Padres (L. Brown, D. Hammill, 1982) y la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (J.S. Werry, 1968). Para definir las características de los sujetos se trataron estadísticamente los datos de su evaluación clínica. Dado que no existe acuerdo sobre las características del comportamiento hiperactivo, se plantearon como objetivos: Conocer conductas de aparición frecuente en niños que con un enfoque psiquiátrico son hiperactivos; saber si entre los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad hay diferencias en su comportamiento atribuibles a anomalía electroencefalográfica; indagar si difiere el comportamiento de los niños sin el síndrome y con EEG normal del declarado en los grupos clínicos; estudiar la validez de criterio y de constructo de los instrumentos. Para someter a prueba las hipótesis se emplearon χ^2 y prueba exacta de Fisher al .05 nivel de significancia; para explorar la validez se analizaron factorialmente los instrumentos en conjunto. Con base en los resultados se concluye: 1) Las escalas utilizadas son útiles para valorar los problemas del niño hiperactivo; la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters por su naturaleza unidimensional posee mayor poder para discriminar la hiperactividad que las otras dos escalas que son multidimensionales; 2) Mediante la administración de instrumentos psicométricos se encuentra un patrón de comportamiento hiperactivo manifiesto indistintamente en niños con y sin alteración electroencefalográfica; 3) La estructura factorial revela una importante conexión entre la hiperactividad y el Negativismo (DSM III); 4) La interacción

inadecuada a nivel familiar contribuye fundamentalmente al - problema. Aprendizaje y motivación son condiciones subyacentes a la hiperactividad.

Estudio Preliminar. Es descriptivo. Se seleccionaron 30 - niños diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima. El objetivo general consistió en indagar en la información contenida en su evaluación clínica si había características biológicas, psicológicas o sociales que identificaran al grupo; un objetivo específico fue saber si con alta frecuencia tenían - los niños antecedentes patológicos en su desarrollo, signos - neurológicos leves y anormalidad electroencefalográfica sobre los que se fundamentara el diagnóstico de alteración neurológica; un objetivo más se dirigió a la obtención de datos referentes a condiciones de adversidad social. En el tratamiento estadístico se empleó la prueba X^2 al .05 nivel de significancia. De acuerdo a los resultados, el grupo no presentó con frecuencia importante las peculiaridades biológicas antes citadas por lo que no se encontró punto de apoyo para el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima. De ocho condiciones de desventaja social reportadas en la literatura especializada, se refirieron cinco: bajo nivel socioeconómico, hogar desorganizado, inestabilidad emocional de la madre, dificultades conyugales entre los progenitores y relaciones conflictivas entre éstos y los hijos. Las madres tuvieron dificultad durante la entrevista para especificar el comportamiento problemático de los niños. Habida cuenta, este trabajo - se realizó para contribuir al estudio en México del comportamiento hiperactivo; es menester continuar la investigación - sobre el problema de fondo: la especificación de sus conductas.

SUMMARY

The evaluation of hyperactivity is in the state of being developed. The results of an investigation and a previous study that are being presented in this work, were made at the Children Psychiatric Hospital of Mexico City, with various groups of children clinically considered hyperactive and under different objectives. The investigation constitutes the main theme of this work and because of that a synthesis of it is made in first place.

Investigation. It is a correlational type. Ninety children attending the hospital as between 8 and 13 years old and with a minimum Intellectual Quotient of 71, were chosen: thirty with Attention deficit disorder with hyperactivity (DSM III, 1984) and their electroencephalograms were normal; thirty also with ADD-H but their electroencephalograms were abnormal; the other thirty formed the control group, without syndrome and their EEG were normal. Their mothers were provided with three behavior checklists to objective their opinion on the manner their children conduct themselves. These tools are the Revised Scale for Parents (K. Conners, R. Ulrich, Ch. Gotte, 1978), the Evaluation Scale for Parents (L. Brown, D. Hammill, 1982) and the Werry-Weiss-Peters Activity Scale (J.S. Werry, 1968). In order to define the characteristics of the subjects, the data of their clinical evaluation were statistically treated. In view of the fact that there is no agreement on the characteristics of the hyperactive behavior, these objectives were put into consideration: to know frequent behaviors in children that under a psychiatric point of view are hyperactive; to know if among the children with Attention deficit disorder with hyperactivity there are differences in their behavior due to an electroencephalographic abnormality; to find out if the behavior of the children without the syndrome and with normal EEG differs from the one reported in the clinical groups; to study the criteria and construct validity of the tools. In order to prove the hypothesis X^2 and Fisher's exact test at significance level of .05 were employed; to explore the validity all the tools as a whole were factorially analyzed. From the results, it is concluded that: 1) The scales used are useful to evaluate the problems of the hyperactive child; the Werry-Weiss-Peters Activity Scale because of its single behavioral dimension nature has more power to discriminate the hyperactive than the other two scales that are multidimensional; 2) through the administration of psychometric tools an hyperactive behavior pattern is found in children with or without electroencephalographic alteration, without distinction; 3) the factorial structure reveals an important connection between the hyperactivity and the Negativism (DSM III); 4) the inadequate interaction at a family level fundamentally contributes to the problem. Learning and motivation are lying beneath hyperactivity.

Preliminar Study. It is descriptive. Thirty children with Minimal Brain Dysfunction were selected. The general objective was to investigate in the information presented in their clinical evaluation, if there were any biological, psychological or social characteristics that identified the group; a specific objective was to know if with a high frequency the children had pathological antecedents in their development, mild neurological signs and electroencephalographic abnormality under which the diagnosis of neurological dysfunction will be based; one more objective was directed to obtain data referring to conditions of social adversity. In the statistical treatment the X^2 test at .05 significance level was used. According to the results, the group did not present the important frequent biological peculiarities mentioned before so there was no basis found for the diagnosis of Minimal Brain Dysfunction. From eight conditions of social disadvantage reported in the specialized literature, five were referred: low social economical level, disorganized home, mother's emotional instability, marital disagreement between the parents and conflictive relations between them and the children. The mothers presented some difficulty during the interview to specify the problematic behavior of the children. Therefore, this work was made to contribute to the study in Mexico of the hyperactive behavior; it is necessary to continue the research on the main problem: the specification of its conducts.

CAPITULO I. INTRODUCCION

Este trabajo se inició en un momento en el que dentro del contexto clínico en México prevalecía el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima en la valoración del niño estimado hiperactivo; en esta etapa inicial se llevó a cabo el estudio preliminar que aquí se presenta, pocos meses después se publicó la versión en español del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1984) y en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México se comenzó a percibir el cambio en los expedientes, sin embargo aún ahora en artículos recientes de difusión mundial, aparecen identificados los sujetos bajo la primera denominación. En este lapso de transición de un diagnóstico neurológico a otro psiquiátrico, se desarrolló la investigación que constituye el tema central de este informe. Se pensó entonces en la posibilidad de modificar el título substituyendo Disfunción Cerebral Mínima por Trastorno por déficit de atención con hiperactividad pero se optó por dejarle como estaba puesto que el primer diagnóstico se continúa aplicando a pesar de la polémica controvertida que ha generado, ambos diagnósticos se han dado a niños declarados hiperactivos, ambos bajo un modelo médico conciben el nivel elevado y disruptivo de energía motora en el niño como enfermedad y se han asociado con frecuencia a la prescripción de fármacos como medida terapéutica.

A la institución llegan niños y adolescentes en quie

-nes se refiere una amplia gama de conductas problemáticas, - entre ellas aparece la hiperactividad como un estímulo importante de estudio. Si bien es cierto que los psicólogos en sus actividades de psicodiagnóstico o terapéuticas en su labor profesional, con frecuencia tratan niños con conductas francamente hiperquinéticas incapaces de permanecer sentados durante un lapso conveniente y hacer una tarea estructurada, hay otros casos en los que padres o profesores se quejan de la inquietud exagerada del niño y sin embargo ésta no se presenta en las sesiones de valoración. Los cuestionamientos sobre las peculiaridades del comportamiento hiperactivo no son pocos, tan es así que hoy día las cifras de prevalencia se apoyan en diferentes criterios. Las investigaciones que abordan el tema representan cuatro vertientes importantes de conocimiento: neurológica, psiquiátrica, psicométrica y conductual, puntos de vista distintos sobre un "modo de vida" de gran complejidad; diversas denominaciones para un comportamiento cuya definición está a nivel mundial bajo estudio. - Aquí en México, en el Hospital Psiquiátrico Infantil el Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística registró que de los 14,494 casos atendidos de primera vez entre 1984 y 1989, en promedio el 10.5% recibió el diagnóstico de Síndrome hiper cinético (ICD-9, Dígito 314, 1978) o el de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ICD-9-CM; DSM-III, 1980, 1984, Dígito 314.01); en los tres primeros meses de 1990 ya se ha registrado el 10.3% de niños. Como puede apreciarse, la cifra promedio es en sí misma importante porque indica la

prevalencia de los dos diagnósticos. Los casos con diagnóstico de DCM fueron clasificados con el Dígito 310 de la ICD-9 (Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo), de haberse integrado estos casos al cómputo, el porcentaje hubiese sido mayor.

Con todo, el denominado indistintamente comportamiento hiperactivo o hiperquinético aún no se ha especificado ni se dispone en México de datos normativos que permitan diferenciar al niño "activo normal" del "hiperactivo".

Es indispensable precisar las conductas, de su delimitación y análisis causal depende el programa terapéutico, - cuando ésto se logre será posible para el clínico discriminar al niño que requiera fármacos del que necesita otro tipo de estimulación.

Por otra parte, en México no se han desarrollado instrumentos que permitan a los adultos que enjuician las conductas del niño objetivar su opinión, situación distinta a la existente en otros países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra en los que se utilizan listas de verificación conductual.

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación con enfoque psicométrico y de tipo correlacional, al igual que los de un estudio anterior de carácter descriptivo, que se llevaron a cabo en el Hospital Psiquiátrico

Infantil con tres grupos de niños considerados clínicamente - hiperactivos.

Se da inicio con una revisión de aspectos concernientes al nexo entre el movimiento y la actividad en la niñez bajo un marco referencial neuroevolutivo que sirve de apoyo para la exposición adjunta de distintas concepciones de hiperactividad. Esta información se presenta en el Capítulo II en el que también aparecen los antecedentes de los instrumentos empleados, tres listas de verificación conductual que fueron administradas a las madres de los niños. El Capítulo III se dedica tanto al análisis del estudio preliminar para el que se eligieron casos con diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima, como de la investigación con menores que cubrieron los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, estos últimos niños se distribuyeron en dos grupos, uno con electroencefalograma normal y otro con electroencefalograma anormal. Por constituir la investigación el eje de este informe, se reservan el Capítulo IV para presentación de los resultados y los Capítulos V y VI respectivamente para la discusión y conclusiones. Posteriormente se incluyen las secciones de Apéndices y Anexos al igual que las referencias bibliográficas que se consultaron.

A nivel práctico los resultados conducen al psicólogo clínico que valora niños diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima o Trastorno por déficit de atención con hiperac

-tividad a conocer aspectos específicos del comportamiento hiperactivo como a ponderar las medidas terapéuticas, no obstante se requiere ampliar la investigación psicométrica en los ámbitos clínico y escolar a fin de establecer secuencias en los estudios, confirmar resultados, y contar con una infraestructura que permita la elaboración de instrumentos que sean útiles en la valoración del niño "hiperactivo".

CAPITULO II. ANTECEDENTES

II.a. DESARROLLO MOTOR Y ACTIVIDAD EN LA NIÑEZ.

El interés por abordar este tema surge por principio de la necesidad de disponer de un esquema conceptual neuro-evolutivo que contemple el nexo entre el movimiento y la actividad, como punto de apoyo para tratar posteriormente problemas relativos a la evaluación del comportamiento hiperactivo.

El término movimiento proviene de la palabra latina "movēre" aunque se le asocia con regularidad a la griega - "kinesis" que posee el mismo significado. Es definido como "el estado de los cuerpos mientras cambian de lugar o posición" (Diccionario de la Lengua Española, 1970, Tomo IV, pág. 906), constituyendo la forma elemental de reacción ante el medio circundante manifiesta en el individuo por la extensión y contracción de diversos grupos musculares que al dominarse hacen posibles la postura, el equilibrio y el desplazamiento que a su vez sustentan la coordinación motora general y con la obtención de ésta las habilidades específicas posteriores (Wallon, 1977; López Antúnez, 1980 y Bucher, - 1985).

El desarrollo motor ha sido definido por Hurlock - - (1983) como "la serie progresiva de cambios cualitativos y cuantitativos ordenados y coherentes que se dan en la activi

-dad coordinada de los centros cerebrales, los nervios y los músculos y cuya finalidad es el control de los movimientos corporales". Este desarrollo que se asienta en las condiciones de maduración neuromuscular propias del organismo, se rige por tres principios evolutivos que Breckenridge y Murphy (1978), Bakwin (1980), McCandless y Trotter (1981) han puntualizado en sus obras respectivas: El primero "céfalo-caudal" indica que la evolución motriz procede de la cabeza al extremo caudal del cuerpo; de ahí que en el lactante se observe el levantamiento de la cabeza sobre la superficie horizontal antes de que sea capaz de elevar el torso para lo que requerirá el desarrollo muscular de brazos, hombros y abdomen; después aparecerá el control de los músculos de las piernas - que le permitirá al niño levantar su cadera sobre la superficie preparándole así para la deambulaci6n. El segundo "pr6ximo-distal" hace alusi6n a la forma como la evoluci6n motriz procede del centro del cuerpo hacia afuera; los grupos musculares cercanos al eje del cuerpo son primero controlados para que m6s adelante se alcance el manejo de los distales. - El tercero "general-específico" señala la presencia del dominio global del cuerpo anterior a la utilizaci6n de los músculos específicos.

Gesell y cols. (1977) definen la maduraci6n como "el proceso de diferenciaci6n de menor a mayor complejidad de una estructura o funci6n".

La motilidad observada en los primeros meses de vida, que se caracteriza por ser globalmente reactiva con insuficiente ajuste entre los movimientos tónico-clónicos (Wallon, 1977), se va modificando al aumentar progresivamente su organización propioceptiva que posibilitará al niño para rodar, sentarse, arrastrarse, caminar, correr y saltar. Al iniciarse la deambulaci3n, el equilibrio adquiere relevancia; Valett (1984) y Bucher (1985) hacen una distinción entre el equilibrio estático y el dinámico concibiendo al primero como la capacidad para mantener durante cierto tiempo la coordinaci3n necesaria de los grupos musculares para alcanzar la inmovilidad y al segundo como la capacidad para coordinar los movimientos de la marcha que incluyen flexibilidad, desenvoltura del pie, balanceo de los brazos y posici3n correcta del eje del cuerpo.

Al ser las áreas motoras de la corteza cerebral las que maduran más rápidamente en el niño pequeño (Munsinger, 1983), éste presenta un gran dinamismo sinérgico en su desplazamiento. Incluso durante los dos primeros años de vida todavía se observan con regularidad descargas reflejas y automatismos (De Ajuriaguerra, 1983 y Wallon, 1984). Wallon (1977) dice "la tendencia del infante a perseverar en un acto motor, denota un cierto grado de inercia mental y la preponderancia de la ejecuci3n sobre la ideaci3n motriz". Mas conforme el niño crece y controla sus movimientos, se incrementa también el interés por el medio que le rodea estable-

-ciendo con él un "contacto activo", en el que la adopción - de una actitud dinámica le lleva a ejercitar su posibilidad - de "acción" sobre objetos y personas mediante conductas per- ceptibles de acercamiento, exploración y utilización. El vín- culo entre el desarrollo motor y el ambiente ha sido pondera- do así por De Ajuriaguerra (1983) "el niño descubre el mundo de los objetos básicamente por el movimiento y la vista, pero este descubrimiento sólo será fructífero cuando sea capaz de asir y dejar y cuando haya adquirido el concepto de distancia entre él y el objeto manipulado".

En la paulatina estructuración que el niño hace de su campo de acción, Luria (1979) y otros clínicos han reconoci- do tres fases: la primera de "organización propioceptiva y tónica" ha sido referida al control de movimientos coordina- dos no sólo para la marcha y el equilibrio sino también para explorar su propio cuerpo. La segunda de "organización del plano motor" se caracteriza por la asociación del movimiento al manejo de los sistemas de referencia perceptivo-gnóstico, - constructivo-espacial y corporal; en ella se da la transfor- mación del potencial operativo del movimiento como reacción - elemental a recurso de actividad exploratoria y de contacto; para autores como Molina (1977), De Ajuriaguerra (1983), -- Hurlock (1983), Valett (1984) y Bucher (1985), en esta fase sobresalen los procesos siguientes: el análisis de las coor- denadas visuoespaciales, en las que se efectúa el movimiento y que incluye la organización espacio-corporal, los movimien-

-tos rítmicos de imitación, la orientación derecha-izquierda, la manipulación visomotora de la forma, la velocidad de aprendizaje visomotor y la imagen corporal; el sistema de señales cinestésicas que indican la posición del aparato locomotor y el tono muscular en la habilidad para ligar secuencias motoras flexibles y rítmicas en la ejecución de acciones; la intencionalidad de la actividad. En la tercera fase de "automatización de lo adquirido" se revela el aprendizaje como mecanismo básico de adaptación.

Si el movimiento concierne a los cambios de postura y desplazamiento, la actividad definida como "la facultad de obrar" (Diccionario de la Lengua Española, Tomo I, pág. 21) alude a la aplicación de los recursos motores a la forma particular con la que el niño establece contacto con los estímulos, a sus acciones de manipulación y uso que de a los mismos. "Las acciones humanas sólo pueden comprenderse si se consideran su punto de partida, su desenvolvimiento y el fin hacia el que van dirigidas" (De Ajuriaguerra, 1983), por lo que el movimiento y la actividad constituyen simultáneamente una forma de expresión y reacción individual. La manifestación de ambos requiere del trabajo de complejas estructuras cerebrales. A continuación se presentará someramente el esquema neurofisiológico de Luria (1979) junto con algunos conceptos emitidos por otros autores.

A nivel encefálico Luria menciona que existen tres -

unidades funcionales que a la vez que tienen una participación integral, se encargan respectivamente de regular el tono cortical y la vigilia; obtener, procesar y almacenar la información que proviene del exterior; y programar, regular y verificar el funcionamiento cerebral. Cada una de estas unidades tiene una estructura jerárquica en una de las tres zonas corticales que simultáneamente se encuentran ensambladas: el área primaria o de proyección que recibe los impulsos de la periferia o los envía a ella y regula las cualidades de la vigilia; el área secundaria o de proyección-asociación en la que se procesa la información; y el área terciaria o de superposición en la que se dan de acuerdo a este autor soviético, las formas más complejas del funcionamiento cerebral.

Con referencia a la primera unidad, Luria advierte que únicamente bajo condiciones adecuadas de alertamiento el individuo puede recibir y analizar la información del exterior así como programar, modificar y mantener su actividad para adaptarse al medio. Ya Morgan (1968) con anterioridad había apuntado que para lograr un nivel óptimo de reactividad cortical es indispensable la integridad de estructuras localizadas en el cerebro posterior y en la porción hipotalámica del diencefalo, entre las que se ha dado importancia especial a una, la formación reticular descrita por Magoun y Moruzzi en 1949. En 1958 Magoun demostró que "la estimulación en la región superior de esta estructura y lateral de la médula, mesencefalo y diencefalo evoca una reacción de alertamiento,

incrementa la excitación, agudiza la sensibilidad y origina -- tensión motriz ante los estímulos" (Magoun, 1980). De la -- corteza cerebral, ganglios basales y cerebelo constantemente llegan señales inhibitorias a una pequeña zona ubicada en la parte ventromedial del bulbo conocida como área inhibitoria - bulbo-reticular, que integran el sistema reticular descendente o inhibidor al que se le reconocen dos funciones, evitar - la sobreactivación del sistema ascendente y subordinar la estimulación diencefálica al control de programas corticales - que requieren la modulación del estado de vigilia para su ejecución (Luria, 1979). Debido al filtro que hace este sistema inhibidor, se favorecen en el niño la concentración y el aprendizaje y con ellos las respuestas diferenciadas a los estímulos del medio (Renshaw, 1980). El control que puede tener el niño sobre sus actos radica en la capacidad de inhibición que le permitirá seleccionarlos y modificarlos (Wallon, 1977).

Todo movimiento se produce en un sistema tridimensional de coordenadas visuoespaciales que sirven como marcos de referencia para la organización del plano motor; dicho sistema se ha conectado a las zonas parieto-occipitales que comprenden las estructuras centrales del funcionamiento vestibular, visual y cinestésico, integrando la segunda unidad funcional del encéfalo.

La tercera unidad funcional está conformada por la -

participación de los lóbulos frontales (Luria, 1979) cuya -
mielinización se logra hacia los tres años de edad continuan-
do su maduración hasta la adolescencia (citado por Thong en
L'Enfant Turbulent. Wallon, 1984). Luria les adjudica tres
funciones: la regulación del tono cortical para que pueda -
darse la atención dirigida a tareas específicas, la formación
de planes e intenciones y la vigilancia ejercida sobre los -
programas de acción mediante su verificación y corrección.

Otras estructuras corticales que intervienen en la -
ejecución de la acción motora son las zonas postcentrales a -
las que se atribuye la función de análisis y síntesis de la -
aferentización cinestésica y las zonas premotoras que filtran
los impulsos aferentes e inhiben la excitación excesivamente
prolongada de los ganglios basales permitiendo la regulación
constante del tono muscular y la transición fluida y rápida -
de un complejo de inervaciones motoras a otro para formar se-
cuencias motoras completas en el estado final del movimiento
intencional.

En forma por demás sintetizada se han comentado algu-
nos puntos concernientes al desarrollo motor tales como sus -
principios evolutivos, fases de organización y participación
conjunta de diversas áreas cerebrales. Dadas las limitacio-
nes de este trabajo no es posible abordar las pautas evoluti-
vas de dicho desarrollo, mas es conveniente hacer hincapié en
la trascendencia que en la niñez tiene el despliegue de acti-

participación de los lóbulos frontales (Luria, 1979) cuya -
mielinización se logra hacia los tres años de edad continuando su maduración hasta la adolescencia (citado por Thong en L'Enfant Turbulent. Wallon, 1984). Luria les adjudica tres funciones: la regulación del tono cortical para que pueda -
darse la atención dirigida a tareas específicas, la formación de planes e intenciones y la vigilancia ejercida sobre los -
programas de acción mediante su verificación y corrección.

Otras estructuras corticales que intervienen en la -
ejecución de la acción motora son las zonas postcentrales a -
las que se atribuye la función de análisis y síntesis de la -
aferentización cinestésica y las zonas premotoras que filtran los impulsos aferentes e inhiben la excitación excesivamente prolongada de los ganglios basales permitiendo la regulación constante del tono muscular y la transición fluida y rápida -
de un complejo de inervaciones motoras a otro para formar secuencias motoras completas en el estado final del movimiento intencional.

En forma por demás sintetizada se han comentado algunos puntos concernientes al desarrollo motor tales como sus -
principios evolutivos, fases de organización y participación conjunta de diversas áreas cerebrales. Dadas las limitaciones de este trabajo no es posible abordar las pautas evolutivas de dicho desarrollo, más es conveniente hacer hincapié en la trascendencia que en la niñez tiene el despliegue de acti-

-vidad motora.

De acuerdo con Breckenridge y Murphy (1978), Gesell y Amatruda (1985) y Bucher (1985) el ser humano tiene un ritmo vital compuesto por ciclos de actividad y reposo que es influenciado por los cambios en la maduración y el medio ambiente.

Ausubel en 1957 refirió que la individualidad en la excitabilidad se manifiesta a partir del nacimiento y que se dan diferencias en el grado de placidez e irritabilidad, nivel y distribución del movimiento; tono, duración e intensidad del llanto y sensibilidad a la estimulación de los diversos sentidos (citado por Breckenridge y Murphy, 1978). Chess en 1963 aseveró "el nivel de actividad se muestra como una tendencia conductual reconocible en la infancia y que persiste en la niñez" (citado por Werry, 1968).

La actividad inicialmente desorganizada del niño, con el mismo desarrollo y las condiciones estimulantes propias del entorno se va haciendo progresivamente adaptativa. No obstante, "todavía a los tres años el niño suele ser negativo y obstinado; a los cuatro es sumamente activo, con una gran energía que le hace parecer incansable y con tendencia a extralimitarse; a los cinco años si bien persiste un elevado nivel de actividad, es capaz de mantener una posición por períodos prolongados y concentrar su atención durante lapsos de

veinte minutos, lo cual le permite trabajar en la escuela y completar sus tareas; de los seis a los ocho años está en continua actividad pero ésta es propositiva y con un buen manejo de la atención por lo que tiene un mayor control de su motilidad en su ajuste al medio circundante" (Gesell y Amatruda, 1985).

La actividad motora organizada del niño compromete dos condiciones: la capacidad para seleccionar los estímulos y la dirección del movimiento hacia un fin adaptativo.

Tratar el tema de la atención requeriría de un amplio espacio no disponible por la restricción propia de este trabajo, pero es necesario mencionar que la clasificación tradicional de la atención como involuntaria y voluntaria se confronta con una nueva distinción sobre la que recientemente han trabajado autores como Zentall (1985), Van der Meere y Sergeant (1988, a,b), quienes diferencian la atención focalizada de la sostenida bajo el análisis de la responsividad del niño a condiciones no distractoras y distractoras. El procesamiento de información relevante en presencia de otra de tipo irrelevante, así como el mantenimiento de esta habilidad selectiva dependen no sólo de las características de la demanda atencional de los estímulos (intensidad, complejidad, significado y novedad) sino también de la disposición del niño a responder y sostener su responsividad; en esta última intervienen tanto los factores biológicos como el motivacional.

Bajo condiciones normales y desde el punto de vista - neurofisiológico, la presentación de una tarea que incrementa la tensión muscular, produce cambios en la reactividad eléctrica del cerebro que Luria (1979) ha llamado "desincronización del ritmo alfa",. éste disminuye mientras que el ritmo - beta (14 a 30 ciclos por segundo) incrementa su amplitud; - de esta forma, a mayor atención mayor frecuencia de ondas rápidas (beta). El electroencefalograma del recién nacido se compone de ondas muy lentas (ritmo delta de 0.5 a 3.5 cps.); al año de edad se empieza a observar el ritmo theta (4 a 7 - cps.) que se estabiliza a los cuatro años. Conforme el niño madura la actividad electroencefalográfica se vuelve más - rápida y de menor voltaje, alcanzándose el nivel adulto con - promedio de ritmo alfa (8 a 13 cps.) alrededor de los 16 - años (Pond, 1963; Hazemann y Masson, 1982; Munsinger, - - 1983). Como consecuencia, la atención sostenida por lapsos de veinte minutos, no puede lograrse en el niño antes de los cinco años de edad (Gesell y cols. 1977). "Si bien en ocasiones su atención es aún inestable, su comportamiento revela un mayor nivel de selección y dirección en comparación con el del infante" (Gesell y Amatruda, 1985).

En cuanto al desarrollo en el niño de su habilidad para dirigir sus movimientos hacia fines de carácter adaptativo, es menester llevar a cabo un estudio profundo de la relación existente entre las diversas formas de expresión de la actividad motora y las diferentes demandas del medio. En la valo-

-ración de la actividad sería esencial analizar "el para qué" de la aplicación del movimiento. Sin embargo, no existen normas con enfoque evolutivo del nivel de motilidad ni del nivel de actividad. Se han hecho esfuerzos por medirles pero las investigaciones se han dirigido a la búsqueda de diferencias entre casos descritos como "hiperactivos" y niños "normales". En la revisión realizada en este trabajo de la literatura al respecto, únicamente se encontraron dos estudios que medían el número de cambios en los contactos que los niños tenían con los estímulos, el de Routh y cols. (1974) y el de Shafto (1977) y ninguno aporta datos bajo el punto de vista evolutivo, aunque cabe aclarar que Routh y su grupo midieron objetivamente un aspecto del nivel de motilidad (salida de un cuadrante y entrada a otro) en niños de tres a nueve años, habiendo encontrado que los niños de tres años tuvieron un número significativamente alto de entradas (en consecuencia, predominio de movimiento ambulatorio) en comparación con los restantes grupos cronológicos.

Sin duda un obstáculo para medir el nivel de motilidad como el de actividad se encuentra en la dificultad para contar con una cantidad considerable de recursos electrónicos, de laboratorio y de observación sistemática que hicieran factible la medida en muestras representativas de diferentes edades. Este tipo de instrumentos se han usado en muestras específicas sobre las que se hablará posteriormente.

Por la inseparabilidad del movimiento y la actividad, en la práctica clínica es común escuchar que cuando se alude a un exceso de energía motora, se emplean como sinónimos los términos hiperquinesia e hiperactividad, aunque de hecho cada uno posee un significado propio y en consecuencia no son equivalentes.

Y aquí, al reflexionar sobre este punto surge un cuestionamiento ¿cómo se ha abordado clínicamente el estudio de la hiperactividad en el niño?. De los criterios seguidos por diversos investigadores para determinar la existencia de esta conducta se entreven tres enfoques: el neurológico con el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima (Werry, 1968; Martín, 1974; Cabrera, 1974; Zaragozi, 1978; Marosi, 1981; Scharbach y Boucard, 1982). El psiquiátrico con los diagnósticos de Reacción hiperquinética (o hipercinética) en la infancia o adolescencia (Chawla y Gupt, 1979) y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Lahay y cols. 1980; Stewart y cols. 1980, 1981; Wender y cols. 1981; McIntyre y cols. 1981; Garfinkel y cols. 1981; Rapport y cols. 1982; King y Young, 1982; Porrino y cols. 1983, a). El psicométrico mediante la administración de listas de verificación conductual a padres y maestros con apoyo en puntajes promedio obtenidos en muestras normativas: una calificación mayor a dos desviaciones por arriba de la media en las escalas para padres de Conners (Cunningham y Barkley, 1979; Barkley y cols. 1983, 1985; Sandberg y cols.

1980), en el Factor IV (Hiperactividad) de la Escala para Maestros de Connors (Weingartner, 1980; Rapoport y cols. - 1980; Porrino y cols. 1983, a,b) o en la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (Cunningham y Barkley, 1979; Prinz y cols. 1980; Barkley y cols. 1983); una calificación superior a 15 puntos en la Escala Abreviada para Padres-Maestros (Forma Maestros) de Connors (Dykman y cols. 1980; Cameron y Robinson, 1980; Brown, 1982; Rapoport y cols. 1982; Ackerman y cols. 1983; O'Leary y cols. 1985) y un puntaje mayor a 1.5 en la recalificación de los ítemes del Factor IV de la Escala para Maestros de Connors (Abikoff y cols. 1977, 1980; McClure y Gordon, 1984).

En los incisos siguientes se hará una revisión de estos tres acercamientos al estudio de la conducta hiperactiva, a los que se ha sujetado su diagnóstico.

II.b. CUADRO CLINICO DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y SU RELACION CON EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

II.b.1. Evolución de la nomenclatura

Con el objeto de ubicar en el tiempo la concepción de la hiperactividad como elemento de un síndrome denominado Disfunción Cerebral Mínima (DCM) y sobre el cual se ha escrito ampliamente durante estos últimos treinta años, es pertinente hacer un análisis retrospectivo de esas primeras observaciones clínicas del comportamiento infantil perturbado.

A partir del siglo XVI en el que el monje benedictino Ponce de León, inició en España los primeros ensayos para la educación de los sordomudos, hasta el inicio del siglo actual, el estudio del niño atípico se desarrolló en un vínculo estrecho con la labor pedagógica; fue así como precursores de la psiquiatría infantil como Itard, Bourneville y Montessori se dedicaron a la tarea de diagnosticar las deficiencias sensoriales y el retraso mental en la infancia, a la par que con pedagogos como Pestalozzi, Froebel, Séquin y Decroly aplicaban diversos métodos psicopedagógicos y se esforzaban por la creación de escuelas para estos niños que requieran una instrucción especializada. (citado por De Ajuriaguerra, 1983).

Fue después, durante la segunda década de este siglo cuando en la apreciación clínica de la conducta infantil

surgió una vertiente diferente a la pedagógica, la neurológica, a partir de los reportes iniciales sobre niños en los que posteriormente al haber padecido encefalitis viral o traumatismo craneoencefálico, se habían percibido cambios conductuales importantes. Así se comenzó a establecer una relación entre el comportamiento alterado y el daño cerebral.

Hohman en 1922 reportó que una vez que habían logrado recuperarse de la fase aguda de un cuadro de encefalitis viral, algunos niños mostraron "cambios profundos en el carácter y en la conducta llegando a ser inquietos, irritables, querellantes, desobedientes, resistentes a la disciplina, emocionalmente inestables y con estado de ánimo variable". A este comportamiento Hohman lo llamó "Desorden conductual postencefálico" (citado por Wender, 1971). En 1932 Bond observó que en este tipo de casos además de las características citadas por Hohman, se presentaban otras "tendencia a mentir, actitud exigente, impulsividad, regreso a hábitos infantiles, temores y afecto hipersensible" (citado por Birch, 1964).

Con referencia a modificaciones conductuales posteriores al sufrimiento de traumatismo cerebral, en 1924 Strecker encontró que el comportamiento era muy semejante al descrito por Hohman en los menores con encefalitis y llamó al cuadro "Impulsividad orgánica" (citado por Kellaway, 1965). Por su parte Blau en 1937 comunicó "la característica esen-

-cial del síndrome era la completa inversión de la personalidad, expresándose antisocial, de difícil manejo y resistente a cualquier tipo de entrenamiento; la hiperquinesia era el síntoma relevante; en casa los niños eran desobedientes e irrespetuosos, emocionalmente inestables, fácilmente irritables, agresivos, destructivos, crueles, mentirosos, temerarios, egocéntricos y con conductas propias de niños de menor edad desposeídos de cualquier forma de entrenamiento social" (citado por Birch, 1964).

Como puede notarse, en los informes de Hohman, Bond, Strecker y Blau hay siete conductas comunes a los tipos de grupos clínicos: hiperquinesia, irritabilidad, desobediencia, inestabilidad emocional, actitud temeraria, resistencia a la disciplina y estado de ánimo variable.

En 1940 Strauss junto con Khepart iniciaron una serie de estudios en otro tipo de casos, niños con retraso mental, detectando primeramente que entre ellos había unos que tenían antecedentes de daño cerebral ocurrido durante o después del parto, así como signos neurológicos leves; al clasificarle este grupo fue "exógeno". Otro grupo formado por niños con retraso mental en quienes no se reportaban antecedentes de daño cerebral fue identificado como "endógeno". Al comparar ambos, Strauss y Khepart se percataron de que los primeros "eran más inquietos, impulsivos, erráticos y agresivos, tenían dificultad para conciliar el sueño y su comporta-

-miento era socialmente inaceptable". Entre 1940 y 1942 - Strauss y Werner afirmaron "estos niños manifiestan gran dificultad para diferenciar la figura del fondo, perseveración y desinhibición motora" (citado por Wender, 1971). Fue - en 1947 cuando Strauss y Lehtinen concluyeron que a pesar de la sobreposición de los síntomas entre los dos grupos, el - exógeno incluía una mayor proporción de niños hiperactivos, emocionalmente lábiles, perceptualmente desordenados, con fallas de atención, impulsivos y perseverantes, aplicando para ellos el término "dañado cerebral" del que se derivó el de "Lesión cerebral infantil" o "Daño cerebral infantil" (ci tado por Wender, 1971).

No obstante lo anterior, también se tenía conoci-- miento de que la ocurrencia de daño cerebral no implicaba necesariamente retraso mental, había niños con trastornos de - las funciones percepto-motoras directamente conectadas al - aprendizaje escolar en quienes sus procesos intelectuales superiores no aparecían afectados; y un hecho más, se aten-- dían niños sin retraso mental que exhibían el mismo comporta miento que los casos con daño cerebral aunque no se tenía en ellos reporte de antecedentes de alteración neurológica. La observación de este último tipo de niños motivó a Strauss a utilizar la acepción "Daño cerebral mínimo" o "Lesión ce- rebbral mínima" (citado por Azcoaga, 1979 y Bravo 1980. Mas en una rectificación, al contemplar la posibilidad de que el comportamiento resultara de una alteración de los procesos -

de maduración y no de una lesión anatómica, Strauss, Khepart y Lehtinen en 1947 empezaron a emplear el término "Disfunción cerebral" (citado por Wender, 1971 y Azcoaga, 1979).

Con la intención de definir como un síndrome, en estos niños de inteligencia normal, el comportamiento estimado semejante al de los casos con daño neurológico, en 1954 Laufer, Denhoff y Solomons en una ponencia en el Instituto Internacional de Psiquiatría Infantil de Toronto, propusieron la denominación "Trastorno del impulso hiperkinético" (citado por Renshaw, 1980).

Pero Knobloch y Pasamanick en la misma línea de pensamiento de Strauss, en 1959 agregaron al concepto de disfunción cerebral el adjetivo "mínima" con el fin de subrayar el que en algunos casos las desviaciones neurológicas eran poco intensas (Knobloch y Pasamanick, 1960). Fue en 1969 cuando Paine describió a los niños con el síndrome "con inteligencia general cercana al promedio, promedio o superior, ciertas dificultades de aprendizaje y/o conductuales que van de leves a severas, las cuales están asociadas a desviaciones de la función del sistema nervioso central. Estas desviaciones pueden manifestarse por combinaciones de desajuste en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, impulsos o función motora. Estas aberraciones pueden surgir de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daños cerebrales perinatales u otras

enfermedades o daños surgidos durante los años críticos para el desarrollo y la maduración del sistema nervioso central o de otras causas orgánicas desconocidas (citado por Coleman, 1976).

Podría pensarse que un año antes de la aseveración de Paine, comenzó a surgir una vertiente distinta a la pedagógica y la neurológica, la psiquiátrica, dado que en 1968 - la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II) definió el síndrome como "Reacción hiperquinética en la infancia o adolescencia", indicando que si los síntomas eran causados por daño orgánico cerebral debería darse el diagnóstico de Síndrome orgánico cerebral -- (DSM II, 1968). Del término Reacción hiperquinética se -- acuñó el de "Síndrome hiperquinético" referido a "una -- constelación de inquietud, impulsividad, lapso corto de atención, problemas de aprendizaje y labilidad emocional" (citado por O'Malley y Eisenberg, 1973).

A pesar de la intervención de la APA, en 1974 Shaffer dió a conocer otra denominación "Síndrome de desorden - conductual" y Sandberg una más "Síndrome de sobreactividad generalizada" (citado por Stewart y cols., 1981).

En 1978 la Organización Mundial de la Salud, a través de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (ICD-9), llamó al cuadro clínico -

"Síndrome hiperkinético de la niñez" pero en 1979 (ICD-9-CM) lo modificó por el de "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad", mismo que fue después integrado a la tercera edición del DSM III (1980), a la primera reimpresión en español (1984) -en la que se describe el síndrome como "un patrón psicológico y conductual, claramente significativo, - que aparece en la infancia y se caracteriza por la presencia de signos de desarrollo inadecuado como la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad"- y a la tercera edición revisada (1987) publicada en español en 1988.

II.b.2 Descripción de síntomas

En la apreciación del síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, el cual Paine (1969) había concretizado como una entidad clínica que se manifestaba en niños sin retraso mental - con problemas de intensidad variable de tipo cognitivo, en el control de impulsos motores y de lenguaje, ha sido un punto de interés la especificación de los síntomas.

En la revisión que en este trabajo se llevó a cabo sobre la información procedente de un grupo de clínicos, apareció una notable discrepancia entre ellos ya que así como algunos destacan tres síntomas, otros valoran 15 ó más; en total este grupo reporta 33 componentes mismos que enseguida se citan textualmente junto con los nombres de quienes les mencionaron. Todos los clínicos exaltaron la hiperactividad y el déficit de atención; las características restantes son:

- Signos neurológicos leves. Coleman (1976), Safer (1976), Arnold y cols. (1976), Bravo (1980), Renshaw (1980) y Velasco (1980). Werry y Champaign en 1968 encontraron que de 103 niños con DCM, el 38% los presentaba.
- Retraso en la coordinación motora general. Conners (1967) Cabrera (1974), Coleman (1976), Safer (1976), Velasco - (1980), Bravo (1980) y Renshaw (1980).
- Problemas de lateralidad. Cabrera (1974), Safer (1976), -

Velasco (1980), Bravo (1980) y Renshaw (1980).

- Disfunciones percepto-motoras. Arnold y cols. (1976), Coleman (1976), Renshaw (1980) y Bravo (1980).
 - . Perseveración, rotación y fracaso en la integración en el Test Bender Gestalt. Connors (1967), Martín (1974), Cabrera (1974), Padilla (1975), Safer (1976), Ortiz & Castañón (1977) y Velasco (1980).
 - . Dificultad para explorar conjuntos y descomponerlos en sus partes así como para establecer relaciones espaciales entre éstas. Cabrera (1974), Zaragoza (1978), Velasco (1980) y Zahn (1980).
- Trastornos del lenguaje. Coleman (1976), Safer (1976), Velasco (1980), Renshaw (1980) y Bravo (1980).
- Trastornos del sueño. Safer (1976), Velasco (1980) y Renshaw (1980).
- Anormalidad electroencefalográfica con trazo globalmente lento sin ondas de carácter paroxístico. Kellaway (1965), Coleman (1976) y Velasco (1980).

No obstante, Marosi (1981) al comparar el electroencefalograma (EEG) entre niños con el síndrome y un grupo normal, no observó diferencia respecto al porcentaje de ondas theta en las regiones frontales, temporales y occi

- pitales. Werry y Champaign (1968) de 103 niños estudiados registraron alteración electroencefalográfica en el 52%.
- Problemas de memoria. Cabrera (1974), Ramírez (1975), Coleman (1976), Velasco (1980) y Bravo (1980).
 - Alteración en el curso del pensamiento. Cabrera (1974), Ramírez (1975), Coleman (1976), Velasco (1980) y Bravo (1980).
 - Deficiente control de impulsos motores. Coleman (1976), Borland y Heckman (1976), Arnold y cols. (1976), Safer (1976), Ortiz y Castañón, (1977), Velasco (1980), Bakwin (1980), Zahn (1980) y Renshaw (1980).
 - Agresividad. Ramírez (1975), Ortiz y Castañón (1977), Renshaw (1980) y Velasco (1980).
 - Resistencia a la disciplina. Arnold y cols. (1976), Ortiz y Castañón (1977), Velasco (1980) y Renshaw (1980).
 - Destructividad. Safer (1976) y Velasco (1980).
 - Obstinación. Cabrera (1974), Ramírez (1975) y Velasco (1980).

- Rabietas. Velasco (1980) y Renshaw (1980).
- Conducta impredecible. Velasco (1980).
- Hurtos. Renshaw (1980).
- Indiferencia al peligro. Renshaw (1980) y Velasco (1980).
- Inconstancia. Safer (1976), Renshaw (1980) y Bakwin (1980).
- Enuresis. Safer (1976) y Velasco (1980). Werry y Campaign (1968) encontraron este problema en el 22% de un grupo de 103 niños.
- Encopresis. Velasco (1980).
- Exceso de alertamiento. Borland y Heckman (1976), Renshaw (1980), Bakwin (1980), Zahn y cols. (1980) apuntan como aspectos asociados la aceleración del ritmo cardíaco, el aumento en la amplitud de respuesta a la conducción dérmica y el incremento en el nivel de esta última.
- Baja tolerancia a la frustración. Safer (1976), Ortiz y Castañón (1977) y Velasco (1980).
- Falta de madurez. Arnold y cols. (1976), Safer (1976) y

- Renshaw (1980).
- Irritabilidad. Velasco (1980).
 - Angustia. Safer (1976), Velasco (1980) y Bravo (1980).
 - Baja autoestima. Safer (1976) y Velasco (1980).
 - Labilidad emocional. Arnold y cols. (1976), Coleman (1976), Velasco (1980), Bravo (1980), Zahn y cols. (1980).
 - Necesidad de supervisión constante. Renshaw (1980).
 - Inadaptación escolar. Safer (1976), Velasco (1980), Bravo (1980) y Renshaw (1980).
 - Bajo rendimiento escolar. Cabrera (1974), Ramírez (1975) y Safer (1976).

La dificultad para delimitar la estructura sintomática del síndrome de DCM, sobresale en esta selección de referencias.

Con respecto al punto de vista psiquiátrico, apoyándose en el DSM II (1968) O'Malley y Eisenberg en 1973 distinguieron en el Síndrome hiperquinético inquietud, impulsividad, lapso corto de atención, problemas de aprendizaje, labilidad emocional, signos neurológicos leves y retraso en la -

coordinación motora general. Años después, Loney (1980) ratificaba los primeros cinco síntomas a los que añadió agresividad, resistencia a la disciplina, obstinación, irritabilidad, destructividad, baja tolerancia a la frustración, disfunciones percepto-motoras y necesidad de supervisión constante, a pesar de que Shaffer y Greenhill poco antes (1979) habían intentado atraer la atención de los clínicos sobre la urgencia de separar el síndrome con sus síntomas claves (hiperactividad, exceso de alertamiento y déficit de atención) de otro tipo de problemas fuesen conductuales, de aprendizaje o emocionales.

En este contexto de polémica, resultaba imprescindible el que un organismo internacional interviniera y tomara a su cargo la tarea de analizar el síndrome. Fue entonces cuando la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría a partir de 1980 han concebido el síndrome como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD-H). Así, en el DSM III (1980, 1984) se precisa que el síndrome en niños de ocho a diez años se caracteriza por tres síntomas "básicos": falta de atención, impulsividad e hiperactividad; para ser indicativos del cuadro clínico deben tener una ocurrencia excesiva no correspondiente a la etapa de desarrollo, haberse iniciado antes de los siete años y mostrar una duración de seis meses cuando menos. En el manual se enlista una serie de conductas para cada síntoma, de las cuales el niño valorado debe exhibir una cantidad de--

-terminada para que el clínico tenga un criterio para aceptar la existencia del síntoma.

Los síntomas básicos con sus conductas se transcriben a continuación:

- Falta de atención (3 ó más)

1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
2. A menudo no parece escuchar.
3. Se distrae con facilidad
4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en las tareas que exigen una atención sostenida.
5. Tiene dificultades para concentrarse en un juego.

- Impulsividad (3 ó más)

1. A menudo actúa antes de pensar.
2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo -- (sin que halla un déficit cognitivo).
4. Necesita supervisión constantemente.
5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.

- Hiperactividad (2 ó más)

1. Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles.
2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente.
3. Le cuesta estar sentado.
4. Se mueve mucho durante el sueño.
5. Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor".

Además de estos síntomas básicos, en el manual se añaden otros que pueden aparecer "asociados": obstinación, negativismo, aumento de labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, bajo nivel de autoestima, deficiente rendimiento escolar, falta de respuesta a la disciplina, signos neurológicos leves, trastornos específicos del desarrollo, disfunciones percepto-motoras y anormalidad electroencefalo-gráfica.

En la revisión del DSM III (DSM III-R, 1987 y 1988) se modifica el criterio, la denominación de los síntomas básicos es la misma pero en vez de proporcionar un análisis más agudo de las conductas implícitas en cada uno de ellos reporta 14 conductas de las que como mínimo tienen que manifestarse ocho para ser diagnosticado el síndrome; dichas conductas son:

- Frecuentemente cuando está sentado mueve sus manos, pies

o se "retuerce".

- Tiene dificultad para permanecer sentado cuando se requiere que lo haga.
- Se distrae fácilmente con estímulos extraños.
- Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o situaciones de grupo.
- Frecuentemente da respuestas precipitadas antes de que las preguntas que se le hacen sean completadas.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones.
- Tiene dificultad para sostener la atención en tareas o juegos.
- Frecuentemente pasa de una actividad incompleta a otra.
- Tiene dificultad para jugar tranquilamente.
- Habla excesivamente con frecuencia.
- Frecuentemente interrumpe a otros.
- Frecuentemente no parece escuchar lo que se le dice.
- Frecuentemente pierde cosas necesarias para tareas o actividades de la casa o escuela.
- Frecuentemente se expone en actividades físicas peligrosas sin considerar las consecuencias posibles.

Se afirma en el DSM III que el síndrome "comienza de forma típica a la edad de tres años" y en el DSM III-R que "en la mitad de los casos el trastorno aparece antes de los cuatro años".

Ambos manuales indican que para definir los síntomas básicos, es suficiente que el niño exhiba un número mínimo de conductas concernientes a ellos, situación que comprende elasticidad en el criterio.

Si se intenta combinar las conductas del síntoma Hiperactividad valoradas por el DSM III con las que a él aluden en el DSM III-R, se tiene que desde el punto de vista psiquiátrico la hiperactividad se manifiesta por: constante movimiento de marcha y de desplazamiento rápido (correr), dificultad para permanecer quieto en un sitio (al estar de pie - mostrar movimiento frecuente de extremidades; al estar sentado presentar constantes movimientos de manos y pies, cambios de posición e incorporaciones), al dormir movimiento excesivo; y con frecuencia hablar excesivamente. En estos términos parecería, que la concepción psiquiátrica de la hiperactividad corresponde más bien a la de hiperquinesia dado que el énfasis se coloca sobre la motilidad exagerada sin alusión a su aplicación a contactos específicos con los estímulos. A pesar de ello debe aclararse, que en este trabajo al comentar las características de los sujetos valorados por los autores, se respeta el término hiperactividad usado por ellos en su -

descripción.

Ahora bien, ¿cómo se ha establecido el nexo entre los enfoques psiquiátrico y psicométrico en la investigación de la hiperactividad?

Existe una serie de estudios en los que la selección de un grupo "hiperactivo" se ha hecho bajo la combinación de los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la obtención de un puntaje mayor a la norma en escalas de verificación conductual para padres y maestros.

Con base en esta unión se ha recurrido al empleo de diversas técnicas para medir diferentes aspectos. Uno de éstos ha sido precisamente el nivel de motilidad; para su cuantificación se han empleado actómetros (Rapoport y cols. 1980; Weingartner, 1980 y Porrino y cols. 1983, a,b), biomotómetros (Shulman y cols. 1978), electromiógrafos (Omizo y Michael, 1982), sillas estabilimétricas (citado por Prout e Ingram, 1982) e incluso instalaciones con celdillas fotoeléctricas y ultrasonido (Johnson, 1972). Este último autor ha ce una revisión crítica de la utilidad de estos recursos incluyendo en su informe resultados de su estudio, mismos de los que concluye que las celdillas fotoeléctricas son más confiables para medir los movimientos que el sistema de ultrasonido y expresa "las máquinas de cómputo no pueden juzgar las

consecuencias sociales o variables contextuales de un movimiento, aunque en algunas situaciones ésto pueda ser una ventaja. ¿Es el niño hiperactivo más activo cuantitativamente o son los aspectos cualitativos y contextuales de sus movimientos lo que hace que se le etiqúete como hiperactivo?".

Porrino y cols. (1983, a) seleccionaron a 12 niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y -- puntuación mayor al promedio en la Escala para Padres de Conners, así como a 12 niños normales. Se contaron sus movimientos en forma constante durante una semana mediante un actómetro que cada niño portaba a la cintura todo el día, incluso mientras dormía y que sólo le era removido a la hora del baño. Los cambios de posición del tronco se registraron por períodos de 60 minutos. Los resultados son interesantes. Dentro de la escuela en la clase de educación física no hubo diferencia entre los grupos con promedio por hora de 2080 movimientos en los niños normales y 2192 en los hiperactivos, -- en tanto que sí se dieron diferencias entre ellos en el tiempo de recreo (1760 vs. 2080), tareas de lectura (1280 vs. 1760) y tareas de matemáticas (1120 vs. 1680). En el hogar después del horario de clases se observó diferencia durante el juego fuera de casa (2240 vs. 2560), juego dentro de casa (1360 vs. 1520), al ver la televisión (720 vs. 960) y al dormir (28 vs. 52). En los fines de semana los grupos no difirieron en la cantidad de movimientos al dormir (35 vs. 41) pero sí en actividades recreativas y deportivas (2400 -

vs. 2880), juego dentro de casa (1360 vs. 1760) y al ver - la televisión (720 vs. 960). Como puede notarse, en las ta - reas de lectura y matemáticas la diferencia entre los niños - hiperactivos y los normales fue altamente significativa y al ver la televisión se registró en estado de vigilia la menor - cantidad de movimientos en ambos grupos. De los resultados obtenidos por los investigadores puede pensarse que la canti - dad de movimientos tiene que ver no sólo con un mayor nivel - de energía motora en los niños hiperactivos sino también con el manejo de la atención sostenida y la motivación.

En otro estudio Cunningham y Barkley (1979) seleccio - naron 40 niños de cinco a 12 años, la mitad de ellos integra - ron el grupo control, los restantes tuvieron calificaciones - elevadas en la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, por lo - que fueron considerados hiperactivos. Se registraron sus mo - vimientos durante un lapso de 30 minutos, 15 de los cuales co - rrespondieron a actividades de juego libre y los otros 15 a - una tarea estructurada. Se usaron actómetros colocados en - el antebrazo y tobillo en los que los niños preferían portar - los. Entre las dos condiciones de examen, en el grupo hiper - activo se registraron en promedio 2345 movimientos del pie y 1982 del antebrazo en tanto que en el grupo control se detec - tó un puntaje promedio de 1008 movimientos del pie y casi la mitad de la cantidad reportada en el antebrazo de los niños - hiperactivos; en consecuencia los grupos difieren respecto - al movimiento de las extremidades. Si se calcula la prueba

X^2 para los movimientos de pie y antebrazo en el grupo hiperactivo se encuentra que la diferencia entre los puntajes es significativa al .001 ($X^2 = 30.62$), siendo considerablemente más alta la motilidad de las extremidades inferiores, hecho que lleva a reflexionar en la posibilidad de que en los niños valorados como hiperactivos en la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, su energía motora se exprese prioritariamente por medio de una conducta ambulatoria.

En otro estudio también referente a conducta motora, Zentall (1985) detectó que 35 niños de ambos sexos, hiperactivos por puntaje alto en la Escala Abreviada para Maestros de Conners, en comparación con un grupo normal exhibieron un número mayor de verbalizaciones.

Sobre la variable sexo, Ackerman y cols. (1983) eligieron nueve niñas y 24 niños hiperactivos por calificación superior a 15 puntos en las Escalas Abreviadas para Maestros y Padres de Conners; encontraron que las puntuaciones dadas a los niños fueron mucho más altas que las de las niñas. Esto fue confirmado un año después por De Haas y Young (1984) quienes emplearon la Escala para Maestros también de Conners, las niñas tuvieron un nivel menor de hiperactividad y daban menos problemas a sus profesores. En 1985 en Italia, O'Leary y cols. estudiaron 158 niñas y 186 niños; a 23 de sus profesores se les administró la Escala para Maestros. El puntaje promedio de los ítemes recalificados del Factor IV (Hiper

-actividad) fue mayor en los varones que en las mujeres. -
 En estos estudios los investigadores concluyen que es necesario disponer de normas por sexo.

Werry (1968) al publicar la Escala de Actividad Werry Weiss-Peters, definió la hiperactividad como "una actividad motora generalizada y diaria que es significativamente mayor a la norma ". La acepción presupone dos aspectos: primero, que la cantidad y tipos de contactos que el niño hiciera pudieran ser medidos en períodos considerables; segundo, que se conociera en cada una de las etapas de desarrollo y en muestras representativas el nivel de actividad normal junto con sus elementos cualitativos de organización, selectividad y dirección a fin de distinguirlo del francamente excesivo.

Con interés sobre los tipos de contactos, Shafto (1977) quien definió la hiperactividad como "el número de cambios de actividad ocurridos en un lapso", distinguió éstos:

- Actividad apropiada con un objeto a actividad apropiada con otro.
- Actividad apropiada con un objeto a conducta errante.
- Actividad apropiada con un objeto a actividad inapropiada con otro.
- Actividad apropiada con un objeto a inactividad.

- Cualquier variación en la secuencia de los cambios anteriores.

Gesell y Amatruda (1985) reservan el diagnóstico de hiperactividad solamente para aquel niño que habiendo dejado los años de infancia "continúa exhibiendo respuestas tangenciales en circunstancias que normalmente provocan un comportamiento organizado". Para ellos "en el niño hiperactivo se observa un contacto impulsivo con el ambiente, inconstancia en el manejo de la atención, excesivo derroche de energía y elevada reactividad emocional que le lleva a mostrar una conducta disruptiva o desorganizada en el contexto situacional". El Grupo para el Progreso de la Psiquiatría (1977) y De Aju-riaguerra (1983) han enfatizado en el niño hiperactivo la desorganización psicomotriz en su actividad propositiva.

No obstante que la hiperactividad desde el punto de vista neurológico, psiquiátrico y psicométrico es tratada como conducta perturbadora, Lara Tapia (1986) la concibe de una manera diferente, para él el niño hiperactivo muestra atención, aprendizaje y dirección adecuada de su actividad, misma que tiene un sentido práctico "aparentemente desorganizan un grupo porque terminan sus labores antes que los demás, siendo éstas bien realizadas en general, de ahí estar caracterizados por sus profesores como de buen rendimiento escolar". Más adelante cuando se describa la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters que fue el instrumento empleado por este investi

-gador se detallarán sus resultados.

Como Sandoval y cols. (1981) han puntualizado, en la valoración objetiva de la hiperactividad, la investigación se encuentra en una fase inicial en la que cuantificar y cualificar la actividad en los niños comenzando por su nivel de motilidad, representa un largo camino que queda por recorrer.

Retomando un poco "la falta de atención" asociada a la hiperactividad, es posible hacer algunos comentarios.

El enfoque psiquiátrico apunta hacia la valoración de la atención focalizada y sostenida.

Con un enfoque psicométrico De Haas y Young (1984) detectaron que un grupo de niñas hiperactivas con puntuación elevada en la Escala para Maestros de Connors cometieron más errores en las tareas que requerían atención sostenida. Van der Meere y Sergeant (1988, a) al estudiar la atención focalizada en niños estimados como hiperactivos en el Cuestionario Groningen de Hiperactividad y compararlos con un grupo normal, no observaron diferencia en la eficiencia ante la tarea bajo una condición de distracción; concluyeron "los hiperactivos no son más distraídos que los controles". En un estudio posterior (1988, b) descubrieron que en los niños hiperactivos existe deficiencia en un componente de la atención sostenida al que han dado el nombre de "sensibilidad perceptual". Zen

-tall (1985) observó que en niños hiperactivos de ambos sexos, que tenían una alta calificación en la Escala Abreviada para Maestros, se normalizaba su atención sostenida añadiendo una característica novedosa (color) a una tarea de copiado, particularmente durante la primera etapa de ejecución, pero una vez que los niños se adaptaban a la tarea, cometían más errores que el grupo control.

De esta forma, para los autores citados, en el niño hiperactivo el problema de atención se presenta en su mantenimiento y no en su capacidad para ignorar información irrelevante y procesar la relevante.

Con respecto a la "impulsividad" igualmente vinculada a la hiperactividad, con el enfoque psiquiátrico se comprende en términos de frecuentes conductas precipitadas que llevan al niño a responder antes de que las preguntas sean completadas, pasar de una actividad no concluida a otra, no tolerar la espera, interrumpir las actividades de otras personas, mostrar desorganización en las tareas y exponerse a actividades físicas peligrosas sin considerar consecuencias. En el DSM III-R se eliminan dos conductas que aparecen en el DSM III y que tienen más que ver con el efecto social del comportamiento: "Necesita supervisión constantemente" y "Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia".

Ackerman y cols. (1983) y Zentall (1985) al elegir ni

-ños hiperactivos por elevada puntuación en la Escala Abreviada para Maestros de Conners, así como McClure y Gordon (1984) aplicando la Escala para Maestros del mismo autor, registraron un tiempo corto de reacción ante tareas específicas e incapacidad para inhibir un alto número de respuestas no recompensadas, en comparación con el desempeño de niños normales. En cuanto a las diferencias por sexo, las niñas hiperactivas tuvieron latencias mayores a las mostradas por los varones. De Haas y Young (1984) al investigar niños de ambos sexos con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y puntaje alto en la Escala para Maestros de Conners concluyeron que las niñas no mostraban un estilo de respuesta impulsivo como se daba en los varones puesto que su tiempo de reacción era mayor.

De los estudios precedentes se deduce que la cualidad de impulsividad aparece asociada a hiperactividad en los niños pero no en las niñas.

Para finalizar en este inciso los comentarios sobre la hiperactividad, es importante no perder de vista que dicho comportamiento primero fue concebido como componente de un síndrome que dentro de la vertiente neurológica fue denominado Disfunción Cerebral Mínima y cuyos síntomas abarcaban una diversidad de aspectos no exclusivamente conductuales. Posteriormente, bajo el análisis psiquiátrico este comportamiento ha integrado uno de tres síntomas que conforman un síndrome,

el de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. - El enfoque psicométrico valora la hiperactividad en términos de una calificación considerablemente mayor a un puntaje promedio en escalas que contienen ítems relativos a la manifestación de tal exceso de energía. Las medidas físicas y las técnicas de observación sistemática son recursos aplicados a un objetivo, delimitar el nivel normal de actividad del excesivo. Así la hiperactividad es elemento de un síndrome como conducta específica. Su medición está en fase temprana; es menester continuar la investigación no nada más porque es un problema de diagnóstico, sino por las consecuencias inmediatas que tiene para el niño que la vive entre las que se han estudiado el rechazo social (Humphries, 1978; Cunningham y Barkley, 1979; King y Young, 1982; Barkley y cols. 1983; Porrino y cols. 1983, b; y Noguez, 1985) como los problemas académicos (Gadow, 1983; Porrino y cols. 1983, a).

II.b.3. Divergencia etiológica

Se iniciará este tema partiendo de la hiperactividad como elemento del síndrome de Disfunción Cerebral Mínima.

Cabrera (1974), Safer (1976), Coleman (1976), Arnold y cols. (1976), Ortiz y Castañón (1977), Velasco (1980) y Renshaw (1980) opinan que la disfunción de la formación reticular es la base biológica de la deficiencia en la atención e hiperactividad con la pérdida consecuente de regulación y selección aferente, en forma tal que la corteza cerebral recibe indiscriminadamente los impulsos nerviosos y su función inhibitoria es insuficiente para moderar la excitabilidad.

Con un punto de vista diferente Puente (1979) y Bravo (1980) advierten que el problema no se encuentra en la formación reticular sino en la disfunción de la propia corteza cerebral, que al no regular el funcionamiento diencefálico ocasiona que se exacerben sus propiedades de reacción. Para Ramírez (1975) en el niño diagnosticado con DCM la corteza funciona con un tono inferior al normal derivándose el predominio de las influencias subcorticales, lo que condiciona la deficiente calidad de la diferenciación sensorial y perceptual.

Una investigación importante fue realizada por Werry y Champaign (1968), dentro del Hospital Infantil de Montreal en 103 niños con inteligencia normal a los que se adjudicó el

diagnóstico de DCM; del análisis factorial de su evaluación clínica se extrajeron nueve factores independientes que se denominaron: Incoordinación motriz, Habilidad para dibujar deficiente, Disgnosia-Dispraxia, Psicopatología-Ambiente adverso, Inmadurez, Inestabilidad electroencefalográfica, Alteración neurológica subcortical, Ejecución cognitiva deficiente y Estado paranatal anormal. Los autores concluyeron que estos factores aluden a heterogeneidad de las alteraciones y en consecuencia a su nexa con diversas condiciones patológicas y no sólo a una causa única "disfunción cerebral".

Ahora, en cuanto a la hiperactividad calificada en escalas para padres y maestros o como componente de un Síndrome llámese hiperquinético o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se ha recurrido a explicar su origen en peculiaridades constitucionales genéticamente determinadas; en dichos términos se ha dado significado a la relación observada entre la hiperactividad de los niños y una conducta semejante durante la niñez en sus progenitores (O'Malley, 1973; Borland y Heckman, 1976), la ocurrencia del síndrome entre los hermanos de los niños afectados (Sandberg y cols. 1980 y DSM III, 1980, 1984), la correlación detectada de hiperactividad entre pares de gemelos (McMahon, 1980) y a la existencia de un temperamento excitable y por lo tanto sobreactivo (Breckenridge y Murphy, 1978; Azcoaga, 1979; Cunningham y Barkley, 1979).

Por su parte Ackerman y cols. (1983) escriben "se piensa que los niños son hiperactivos por tener un nivel alto de testosterona y/o niveles más bajos de mono-amino-oxidasa. Su hiperactividad está más consistentemente ligada a impulsividad, búsqueda de experiencia social y susceptibilidad al aburrimiento en comparación con las niñas".

De la importancia de la motivación hablan los estudios que con técnicas de modificación de conducta han logrado la disminución del comportamiento hiperactivo y que son considerados en este trabajo en el inciso referente a tratamiento.

Azcoaga (1979), Phillips (1980), Freeman y Cornwall (1980) entre otros autores, señalan la posible influencia de factores externos generadores de tensión emocional en el niño.

En un intento por abordar la repercusión que tiene el contexto socio-familiar sobre el comportamiento del niño diagnosticado con el síndrome bajo un enfoque psiquiátrico o psicométrico, es oportuno partir de un hecho fundamental: -- existen niños que presentan hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, que a pesar de su excitabilidad, al desenvolverse en hogares armoniosos de clase media, con padres firmes y racionales, se desarrollan adecuadamente sin mostrar dificultades graves que ameriten la atención especializada (Werry, 1968; Loney, 1980; Stewart, 1980; Sandberg y cols. 1980).

Sin embargo, con regularidad las quejas de los padres que acuden a una clínica psiquiátrica infantil son referentes a desobediencia, inconstancia en las tareas, exabruptos emocionales, demanda continua de atención, necesidad, irritabilidad y agresividad (Escotto, 1983). Ya en 1972 Kupietz había observado al estudiar a 178 niños y comparar sus calificaciones en las escalas para padres y maestros de Connors, que las conductas de agresividad e hiperactividad tenían un puntaje superior en los niños que recibían atención psiquiátrica que en los que asistían a escuela pública y no estaban bajo tratamiento especializado.

Ahora bien, ¿cuáles son los aspectos distintivos del medio familiar y social de los niños que reciben asistencia profesional a nivel institucional y presentan Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y síntomas asociados del tipo citado. Stewart y cols. (1980), Sandberg y cols. (1980), Lara Tapia y Porcayo (1983) encontraron que las familias pertenecen a un bajo nivel socioeconómico y su integración es numerosa (cuatro hijos o más). Escotto (1983) ratificó estos resultados observando también baja escolaridad de los padres. Sandberg y cols. (1980) detectaron otros factores de desventaja social como convivencia en hogares desestructurados por la ausencia voluntaria del padre, hogares caóticos y graves dificultades maritales. Chawla y Gupta (1979) en un estudio realizado en la India reportaron agresividad del padre hacia la madre, hostilidad en la inter-

-acción padres-hijo e inestabilidad emocional en la madre. -
En 1971 Stewart y Morrison sugirieron que existía una rela--
ción causal entre características de personalidad "antiso--
cial" del padre e "histriónicas" de la madre y la presen--
cia del síndrome en el niño; cabe aclarar que los autores -
adoptaron un concepto elástico del cuadro clínico habiendo in--
cluido otras conductas como agresividad, indisciplina y obsti--
nación. Esto fue corroborado por Cantwell en 1972 (citado
por Stewart y cols. 1980). En 1974 Stewart y Morrison hicie--
ron una rectificación: los padres de niños hiperactivos asis--
tentes a clínicas psiquiátricas infantiles sí poseían esos -
atributos de personalidad pero no eran privativos de ellos -
puesto que aparecían, incluso con mayor intensidad en padres
de niños con trastorno de conducta, fuesen o no hiperactivos.
Esta observación fue constatada por Sandberg y cols. (1980),
Stewart y cols. (1980, 1981), Scharbach y Boucard (1982), con
la conclusión de que la psicopatología de los padres de niños
hiperactivos tenía que ver más con indisciplina y agresividad
como síntomas asociados que con la hiperactividad en sí misma.

Humphries y cols. (1978), Cunningham y Barkley (1979)
encontraron que las madres de niños hiperactivos eran imposi--
tivas, normativas, con un estilo personal intrusivo y de con--
trol tanto en actividades de juego e interacción social como
en tareas estructuradas; dichas madres proporcionaban a sus
hijos más ayuda física, asesoría verbal y sugerencias sobre -

su control de impulsos, en comparación con las madres de niños no hiperactivos, quienes les permitían a sus hijos un mayor grado de independencia y autocontrol. Cuando los menores hiperactivos recibieron tratamiento médico a base de estimulantes y se decrementaron los síntomas, sus madres se mostraron menos tensas y tendieron a reforzar la conducta dócil del niño. Los investigadores dedujeron que la actitud materna aparecía como respuesta a la conducta del niño. En un estudio posterior, Barkley (1985) observó en esencia las mismas conductas de las madres hacia sus hijos hiperactivos pero añadió esto: tales conductas se dan también en función de la edad de los niños agudizándose cuando son pequeños.

Noguez (1985) reportó que las madres de menores hiperactivos adoptaban una actitud favorable hacia sus hijos dependiendo de su nivel de escolaridad, escolaridad del niño y disminución de las conductas problemáticas en éste por efecto de tratamiento farmacológico. Noguez apreció que la edad de las madres no afectaba su actitud favorable o desfavorable. El que las madres respondan positivamente ante el niño cuando perciben disminución de la hiperactividad como consecuencia del medicamento es igualmente reportado por Barkley y cols. (1983), Porrino y cols. (1983, b).

Por otra parte, Sandberg y cols. (1980) encontraron una elevada relación entre el reporte de las madres de sus propios problemas de personalidad (en el Índice de Salud de

Cornell) y la calificación alta que daban al nivel de actividad de sus hijos en la Escala para Padres de Conners.

Padres y madres consideran más desobedientes a sus hijos hiperactivos que a sus hijas hiperactivas (Ackerman y cols. 1983). O'Leary y cols. (1985) explicando las diferencias en los perfiles factoriales de la Escala para Maestros de Conners entre niños y niñas dicen "los diferentes patrones de socialización producen distintas conductas en los dos sexos".

Habida cuenta, si se contempla la hiperactividad como parte del síndrome de DCM, su causa es remitida a alteración neurológica. Si la hiperactividad es admitida como síntoma del Síndrome hiperquinético o del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se reporta entonces una variedad de factores a los que se atribuye su origen. En un intento de reflexión, podría considerarse que la hiperactividad, como comportamiento que vincula al niño con su ambiente sería factible de surgir de las propias condiciones biológicas (herencia, funcionamiento endócrino, alteración neurológica) como del proceso de interacción con el medio mediante las peculiaridades del aprendizaje. Respecto a esto último pueden darse casos en los que las actitudes de otras personas refuerzan la hiperactividad del niño; es posible también que en su motivación de escape frente a situaciones desagradables o en la de búsqueda de experiencias cuando la energía motora no ha

encontrado una adecuada dirección, se reconozca al factor causal.

No obstante, tan importante resulta la determinación de este factor como las condiciones que a él coadyuven y los recursos con los que se cuente para intentar el programa terapéutico. Sobre la fase de diagnóstico tratará el siguiente tema.

II.b.4. Criterios diagnósticos

Para iniciar la revisión al respecto, puede citarse a Martín Abreu (1980), quien afirma que el método diagnóstico incluye la especificación del síntoma, la identificación de su combinación con otros en la conformación de un síndrome diferenciado, el análisis de los factores responsables de su aparición y la indicación de los procedimientos adecuados para su tratamiento; de forma tal que según la fase en que se encuentre, se reconocerá como diagnóstico sintomático, sindro mático, etiológico o nosológico.

El instrumento del método diagnóstico es la evaluación clínica, la cual tiene que ser contemplada en un amplio espectro en el que se analicen tanto las condiciones propias del niño como las del ambiente que le rodea. De ahí que sea recomendable el empleo de diferentes técnicas que al complementarse entre sí permitan un conocimiento multidimensional y a la vez específico de los problemas planteados.

En el Anexo 1 se muestra un formato de evaluación clínica en el que se han integrado aspectos indicados por Coleman 1976; Shulman, 1978; Puente, 1979; Velasco, 1980; Renshaw, 1980; Wells (en Hersen y Bellack, 1981); Kendall y cols. (en Kendall y Hollon, 1981); Forehand y McMahon, 1981; Barkley, 1981; Kazdin (en Hersen y Bellack, 1981); Kendall y Hollon, 1981; Matson y Beck (en Hersen y Bellack, 1981); Prout e Ingram, 1982; Porrino y cols., 1983, a, b; Pineda y

cols., 1987.

Dado que son los adultos (padres y maestros) quienes solicitan la atención especializada para la corrección de conductas que perciben en el niño como inadecuadas, es pertinente atender a este proceso de referencia que coloca al clínico en la fase primera de recabación de información.

Wells (en Hersen y Bellack, 1981) menciona que los niños referidos a servicios de consulta externa se clasifican en tres grupos: aquellos que presentan problemas que son percibidos objetivamente por sus padres; los que tienen problemas que sus padres perciben en forma distorsionada por la influencia de su propio desajuste emocional o conyugal; y los niños normales cuyos padres no perciben con objetividad su conducta.

Kashani en 1979, al comparar los expedientes clínicos de 28 niñas y 28 niños de inteligencia normal e hiperactivos, aparejados por clase social, edad y raza, observó que los niños eran referidos por su hiperactividad y manejo difícil, mientras que a las niñas se les refirió por problemas de aprendizaje (citado por Ackerman y cols., 1983). La canalización frecuente de las niñas por bajo rendimiento escolar más que por comportamiento hiperactivo fue reportada también por De Haas y Young (1984).

Dentro de la fase inicial de evaluación es menester

la entrevista a los padres; existe acuerdo general al respecto ya que al vivir el niño bajo las pautas y supervisión de ellos, sus dificultades no pueden ser separadas de su contexto familiar, siendo consecuentemente importante el reporte verbal de sus progenitores. Mas hay un punto a tratar, la opinión de los padres puede ser objetiva o no, clínicos como Roberts, 1980; Forehand y McMahon, 1981; Barkley, 1981; Matson y Beck (en Hersen y Bellack, 1981), han expresado que dicha opinión suele aparecer influenciada por condiciones como: la conducta exhibida por el menor, las expectativas que tienen con relación al comportamiento de su hijo, el nivel de tolerancia que muestran y la cualidad de su propio ajuste emocional y conyugal.

Con el propósito de objetivar de alguna manera las opiniones de los padres, se han elaborado escalas específicas a las que ellos pueden responder. El último inciso de este Capítulo se ha dedicado a la revisión de este tipo de instrumentos.

La conveniencia de evaluar el ajuste personal de los padres es evidente, ya que la presencia de problemas intensos en ellos repercute en su interacción con el niño. En una investigación realizada por Shepherd y cols. en 1971 con 500 casos, se encontró que las madres de niños referidos a clínicas psiquiátricas experimentaban problemas emocionales, estado prolongado de tensión y menor disposición a guiar a sus hijos,

ésto en comparación con las madres de niños no referidos (citado por Wells en Hersen y Bellack, 1981).

Por otra parte, Johnson y Lobitz en 1974 encontraron una correlación significativa entre la insatisfacción marital de los padres y su nivel de indisposición hacia el hijo (citado por Wells en Hersen y Bellack, 1981). A fin de tener información referente al vínculo entre los padres, Wells al igual que Forehand y McMahon (1981), sugieren la administración del Inventario de Ajuste Marital (Locke-Wallace Marital Adjustment Test) elaborado por H. Locke y K. Wallace en 1959.

El niño que asiste a la escuela, en promedio pasa el 25% de su tiempo dentro del plantel. La opinión de los maestros es por demás importante; para ellos se han preparado también escalas para procurar la objetividad de sus opiniones respecto al niño hiperactivo (Anexo 2).

El mismo clínico que observa y enjuicia la conducta del menor puede responder a instrumentos contruidos para su uso específico. Como ejemplo puede mencionarse la lista de verificación de W. Pelham empleada por King y Young (1982); otras escalas se citan en el Anexo 2.

Así, padres, profesores, clínicos conforman un grupo de adultos que juzgan si la conducta del niño es adecuada o no; pero tan relevante es la información que de ellos provie

-ne como la que puede aportar de sí mismo y de su entorno el propio niño. La entrevista con él ha sido recomendada por Barkley, 1981; Forehand y McMahon, 1981; Matson y Beck en Hersen y Bellack, 1981; y Pineda y cols., 1987. En un estudio realizado por Ackerman (1983) con niños hiperactivos de ambos sexos encontró que se percibían de una manera distinta; en tanto que los padres señalaban sus conductas inadecuadas, ellos se describieron cariñosos, "tranquilos" y esforzados en sus tareas. Con referencia a los sexos, las niñas reconocieron de sí mismas ser más intolerantes a los ruidos pero soportar más la espera en comparación con los varones. King y Young (1982) opinan que es necesario investigar la evaluación que el niño hace de sí mismo en diferentes roles y no sólo como una medida global de autoestima.

El registro sistemático de las conductas del niño dentro del hogar, escuela y ambiente clínico, por parte de personal capacitado ha demostrado ser de gran utilidad en la valoración (Werry y Quay, 1969; Kendall y cols., en Kendall y Hollon, 1981; Forehand y McMahon, 1981; Matson y Beck en Hersen y Bellack, 1981; Wells en Hersen y Bellack, 1981; Kazdin en Hersen y Bellack, 1981; Pineda y cols., 1987).

A pesar de que por su costo, en nuestro medio institucional resultan inaccesibles los aparatos requeridos para la medida física del nivel de motilidad, es conveniente referir que en países como Estados Unidos y Canadá su uso es fre-

-cuenta en la evaluación de la conducta motora excesiva.

Dependiendo de las condiciones particulares del niño referido, pueden solicitarse estudios específicos entre los que se cuentan el psicológico y el psicopedagógico, así como los exámenes pediátrico, neurológico, psiquiátrico y de laboratorio, entre otros.

La interacción social del niño hiperactivo también ha captado el interés de los investigadores. La opinión de los compañeros que comparten con él las horas de escuela, puede ser recogida a través de sus respuestas a preguntas específicas que conforman un instrumento denominado Sociograma (Brown y Hammill, 1982). King y Young (1982) administrando un cuestionario de este tipo encontraron que los compañeros de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se expresaron negativamente de ellos. En un estudio anterior (1981), ya habían reportado que los niños con el síndrome, en comparación con un grupo control, presentaban menos relaciones recíprocas con sus condiscípulos y eran menos aceptados por éstos. Pelham en 1980, apreció que los niños hiperactivos tenían calificaciones de rechazo por parte de sus compañeros de juego después de 150 minutos de contacto (citado por King y Young, 1982).

En consecuencia, la hiperactividad no es un comportamiento que pueda determinarse mediante el uso de un solo re-

-curso técnico. Entrevistas, listas de verificación conductual, sociogramas, medidas físicas y observación sistemática revelan la naturaleza multidimensional de la evaluación, lo que compromete la participación multidisciplinaria.

Con respecto al diagnóstico, al no existir invariablemente alteraciones neurológicas en los niños hiperactivos y ante la amplia gama de síntomas contemplados, el diagnóstico de DCM es por demás controvertido. Rutter (1982) expresa tajantemente "el diagnóstico de DCM es una hipótesis incierta, no comprobable en el niño y lo que es peor crea una neuromitología que provee de un manto pretencioso para cubrir la ignorancia".

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, aparece en el DSM III (1980, 1984) clasificado en el Eje I de los Trastornos en la infancia, la niñez o la adolescencia. En dicho manual se estiman la hiperactividad, la falta de atención y la impulsividad como síntomas básicos cuya duración debe ser no menor a seis meses y haberse iniciado antes de los siete años. Se aclara que el síndrome no es debido a esquizofrenia, retraso mental grave o profundo ni a trastornos afectivos.

Como ya fue comentado en el primer inciso de este capítulo, clínicos de diferentes nacionalidades están optando por la combinación de los criterios diagnósticos para el sín-

-drome (DSM III) con la obtención de puntajes elevados en listas de verificación conductual y otro tipo de registros como son los físicos y los conductuales.

Con un enfoque psiquiátrico, en el DSM III se ha intentado diferenciar el síndrome de otros, aceptando la posibilidad de coexistencia con algunos de ellos; bajo esta circunstancia se clasifica como diagnóstico principal si predomina sobre el otro cuadro clínico o como adicional si el síndrome no es prioritario.

A continuación se describirán a grosso modo las condiciones normales y patológicas con las que es posible establecer el diagnóstico diferencial (síndromático).

Sobreactividad adecuada a la edad. En 1968 Werry acuñó el término "Hiperactividad de desarrollo" propuesto por Bakwin en 1966, definiéndola como "una hiperactividad presente desde los primeros meses de vida, que ocurre en ausencia de un desorden conductual reactivo y que es atribuida a la propia inmadurez característica del niño pequeño".

La motilidad excesiva es normal como parte del desarrollo del niño hasta los cinco años, edad en la que es capaz de mantener su atención y permanecer sentado por periodos prolongados (de 20 a 60 minutos). De acuerdo con Renshaw (1980) a los cinco años el niño puede controlar su conducta, medir el tono de su voz y dominar una gran cantidad de movi-

-mientos que le permiten participar en juegos y tareas, seguir instrucciones, reconocer la autoridad y dar respuestas verbales adecuadas. Esta autora afirma que en el niño hiperactivo dichas habilidades no muestran el desarrollo esperado, al grado que a los siete años su comportamiento continúa exhibiendo una cualidad desorganizada.

Reactividad constitucional excesiva. En 1968 Thomas, Chess y Birch, después de quince años de estudios con lactantes describieron tres tipos fundamentales de temperamento: difícil, fácil y lento. Los niños "difíciles" se distinguieron por sus reacciones intensas a todo estímulo, respondiendo así en forma exagerada; sus horarios para dormir y comer eran irregulares y cada cambio requería de períodos prolongados de adaptación (citado por Renshaw, 1980).

Por su parte, Safer (1976), utilizó el término "Pauta temperamental hiperquinética" para describir la motilidad excesiva en los primeros años de vida escolar, que no tenía implicaciones tales como deficiencias cognitivas, trastorno motor o problemas de aprendizaje.

O'Malley y Eisenberg (1973) han advertido que la diferencia entre el niño hiperactivo y el activo normal reside prioritariamente en la cualidad propositiva y adecuada a las circunstancias en este último.

Retraso mental grave o profundo. Entre los niños

con estos grados de limitación intelectual, es tres o cuatro veces mayor la prevalencia de hiperactividad, falta de atención e impulsividad; sin embargo, se detecta en ellos una capacidad intelectual significativamente más baja al promedio general y la cual es equivalente a un Cociente Intelectual de 34 ó menos. En el DSM III se especifica que de aparecer asociado el síndrome a retraso mental, sólo se justifica como diagnóstico adicional si el retraso es leve o moderado (C.I. de 35 a 70).

Síndrome orgánico cerebral postencefálico. En estos casos la hiperactividad del niño es un efecto del daño neurológico derivado de la enfermedad, por lo que de darse el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sería adicional (DSM III).

Síndrome orgánico cerebral postraumático. La hiperactividad surge a consecuencia del daño neurológico provocado por el traumatismo craneoencefálico; de emplearse el diagnóstico del síndrome, sería adicional (DSM III).

Autismo infantil. Puede presentarse hiperactividad; no obstante las áreas básicas del desarrollo psicológico están simultáneamente afectadas de manera grave, reflejando no un retraso cuantitativo del mismo sino su distorsión a través de la aparición de anormalidades cualitativas consistentes en una falta de respuesta ante los demás y deterioro importante de las habilidades de comunicación, con una edad de inicio antes

de los treinta meses (DSM III). En el manual no se reporta asociación del síndrome a este trastorno.

Trastorno profundo del desarrollo de inicio infantil. Los síntomas esenciales consisten en alteraciones profundas - en las relaciones sociales y múltiples dificultades en la conducta, todo ello después de los treinta meses y antes de los doce años. La afectación de los vínculos sociales es permanente, con síntomas como falta de respuesta afectiva apropiada, contactos inadecuados y falta de sociabilidad. La presencia de hiperactividad es frecuente pero son prioritarios - los síntomas ya citados. No se señala asociación del síndrome a este cuadro clínico (DSM IIII).

Trastorno por ansiedad excesiva. La sintomatología básica se manifiesta por preocupación exagerada y conducta de miedo, no determinadas por alguna situación u objeto específicos ni atribuibles a tensión psicosocial reciente. Se dan casos en los que aparece gran motilidad lo cual podría confundir el diagnóstico; a pesar de ello, los niños con el síndrome pueden mostrarse tensos y excitados pero no están preocupados por el futuro. Ambos trastornos pueden coexistir, de manera tal que el diagnóstico se formulará en base a la prioridad de uno sobre el otro (DSM III).

Trastorno de conducta. En virtud de que el sín--drome predispone esta entidad clínica, el diagnóstico diferen

-cial no es fácil de formular. Mas el trastorno de conducta es definido como "un patrón persistente y repetitivo de comportamiento en el que destaca la violación de los derechos fundamentales de los demás o de las normas sociales adecuadas a la edad" (DSM III). De presentarse en el niño el síndrome y el trastorno de conducta, la prioridad de uno sobre el otro será el criterio para diferenciar el diagnóstico principal del adicional. En Estados Unidos, en diversos estudios factoriales con las escalas para padres y maestros de Conners, se ha encontrado que la hiperactividad constituye un factor independiente del trastorno de conducta (Conners, 1969; Goyette y cols., 1978; Arnold y cols., 1981; King y Young, 1982; McClure y Gordon, 1984; y Abikoff, 1977, 1980). En España se ha observado lo mismo (citado por O'Leary y cols., 1985) y en Italia se detectó que en las niñas los dos factores son independientes pero en los niños se combinaron en uno solo (O'Leary y cols., 1985).

Lahey (1980) encontró en un estudio realizado con 109 menores hiperactivos con inteligencia normal, una correlación de .70 entre el Factor de Hiperactividad y el de Problema de conducta en la Escala para Maestros de Conners.

Negativismo. La sintomatología esencial se expresa por un comportamiento de desobediencia, conducta negativista y oposición provocativa ante figuras de autoridad. Este diagnóstico se excluye si se hace el de trastorno de conducta,

pero puede asociarse al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en cuyo caso y dependiendo de la relevancia de alguno de los dos, se distinguirá el principal del adicional - (DSM III).

En los adolescentes se pueden encontrar los síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad en otras entidades clínicas, por lo que es conveniente hacer la distinción.

Trastorno esquizofrénico. Es posible que se manifieste una excitación motora no influida por estímulos externos durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta, que ocurre vinculada a ideas delirantes o alucinaciones, incoherencia, pensamiento ilógico, afectividad inapropiada y deterioro en el autocuidado. En la adolescencia el diagnóstico del síndrome (tipo residual) requiere que los síntomas básicos se hayan iniciado antes de los siete años, no persista la hiperactividad pero sí impulsividad y falta de atención sin periodos de remisión y no incluya la sintomatología esencial del trastorno esquizofrénico (DSM III).

Trastornos afectivos. En algunos adolescentes mayores puede presentarse este padecimiento que incluye tanto un episodio maníaco como uno depresivo, mismos que pueden o no vincularse a síntomas psicóticos; en la fase maníaca de la enfermedad ocurren la hiperactividad, la impulsividad y el detri

-mento de la atención. En el síndrome tipo residual no existen antecedentes ciclotímicos en remisión (DSM III).

En otro orden de cosas, la formulación del diagnóstico etiológico contiene la determinación de las condiciones que han provocado los síntomas. En el caso de la hiperactividad y como ya se ha expuesto son de índole diversa.

En cuanto al diagnóstico nosológico, en el DSM III se reportan Coeficientes Kappa de .58 y .50 en los estudios de confiabilidad interjueces, para la primera y segunda fases de evaluación del diagnóstico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, lo que es estimado en el manual como un bajo nivel de acuerdo entre los evaluadores. En consecuencia, aún bajo su actual denominación, el síndrome no constituye una entidad clínica claramente estructurada.

Si bien ante la presencia de un niño que manifiesta un nivel de motilidad perceptiblemente mayor al de otros niños de su edad, evidentemente el clínico no adopta una actitud pasiva en espera de resultados concluyentes aportados por la investigación internacional, es menester que contemple la evaluación del comportamiento en un espectro amplio dentro del cual son esenciales tanto la participación de padres, maestros, niño y equipo multidisciplinario como la planeación de un "sistema de medida" según concepto de Sandoval (1977) que incluya el empleo de diferentes recursos técnicos.

II.b.5. Enfoques terapéuticos

Es vasta la literatura sobre el empleo de medicamentos en el tratamiento de la hiperactividad, ya que como se recordará durante casi cincuenta años se le atribuyó un origen neurológico. Fue a partir de 1968, que al valorarse la influencia de otros factores, las opciones terapéuticas han aumentado. A continuación se les revisará someramente.

Farmacoterapia

La clasificación que aquí se expone fue extraída de una publicación intitulada Coloquio interdisciplinario sobre los neurolépticos (1972). Existen sustancias que deprimen el funcionamiento cerebral disminuyendo el alertamiento, a las que se conoce como psicolépticos; a dicho grupo pertenecen los hipnosedantes, anticomiciales, tranquilizantes menores y tranquilizantes mayores. Entre los hipnosedantes se encuentran los barbitúricos. Estos han sido usados en aquellos casos en los que el niño presenta un exceso de recepción sensorial y alertamiento de la conducta (Ramírez, 1975 y Renshaw, 1980), bajo el argumento de que estos fármacos tienden a establecer el equilibrio sináptico entre los procesos de excitación e inhibición a nivel diencefálico. (Gutiérrez, 1974).

Los anticomiciales, como las hidantoinas (Epamín), se han utilizado para controlar las crisis de gran mal o en casos en los que la excitabilidad y la motilidad excesiva se relacionan a fenómenos paroxísticos en el electroencefalograma.

-ma, aún cuando clínicamente no se haya formulado el diagnóstico de epilepsia (Puente, 1979); la carbamazepina (Tegretol) o la primidona (Mysoline), se emplean para el control de las crisis psicomotoras (Renshaw, 1980). En 1977 Ortiz y Castañón seleccionaron a 78 niños de cinco a 13 años diagnosticados con DCM, asistentes al Hospital Infantil de la Ciudad de México, con el objeto de evaluar tres formas de tratamiento: carbamazepina sola, carbamazepina con terapia familiar y terapia familiar. Las autoras reportaron que la mejora de los niños que recibieron el fármaco en las dos condiciones fue significativamente mayor que en los pacientes tratados exclusivamente con terapia familiar, detectándose disminución de "la conducta agresiva, impulsividad e hiperactividad". En este estudio el 11% de los niños que tomaron el medicamento presentó efectos colaterales.

Los tranquilizantes menores también conocidos como ansiolíticos son la difenhidramina (Benadryl) y los derivados de la benzodiazepina (Valium, Bonare, Paxate, Ativán). El Benadryl se ha usado en niños hiperactivos con antecedentes de alergia, en dosis de 50 a 200 mgs. diarios, observándose un efecto positivo (Renshaw, 1980). Por su parte Coleman (1976) advierte que el letargo podría ser un efecto secundario de los tranquilizantes menores.

Los tranquilizantes mayores o neurolépticos son los derivados de la fenotiacina como la clorpromacina (Largac--

-til), Sinogán, Trilafón, Stelazine, Majeptil, Melleril y Neuleptil; y el haloperidol (Haldol). De acuerdo con Werry (1968) estos fármacos por lo regular no se emplean en el tratamiento de la hiperactividad.

Los psicoanalépticos son sustancias que estimulan la actividad cerebral y se subdividen en dos grupos: los antidepresores (Marsilid, Marplán, Nardil, Tofranil, Pertofrán, Anafranil, Surmontil, Tryptanol, Avantyl) y los estimulantes como la anfetamina (Bencedrina), la dextroanfetamina (Dexedrina) y el metilfenidato (Ritalin). Es precisamente este último grupo el que se cita en un gran número de estudios con niños valorados como hiperactivos, estimándose una prevalencia de su uso en Estados Unidos del 2 al 4% (Weiss, 1981).

En 1962 Magoun aseveró que las anfetaminas actuaban sobre el sistema reticular activador estimulando las fibras inhibitorias, las cuales filtraban y disminuían las respuestas a los estímulos externos que no debían penetrar en la corteza a los centros cerebrales superiores de la conciencia y la intención (citado por Werry, 1968). Por lo que según Renshaw (1980), McIntyre y cols. (1981) el niño hiperactivo que recibe estimulantes es capaz de ignorar el flujo de estímulos y concentrarse en una sola tarea, ya que al decrecer la transmisión a las áreas motoras corticales también disminuye el movimiento corporal.

Para Connors (1969), Gittelman y Klein (1976) las anfetaminas son un buen recurso terapéutico en función de que - reducen la motilidad exagerada y favorecen la atención en un corto período. Renshaw (1980) refiere que son metabolizadas rápidamente en un lapso de tres o cuatro horas. O'Malley y Eisenberg (1973) opinan que no causan habituación. A pesar de esto, Renshaw aclara que en la pubertad o adolescencia, - los niños hiperactivos pueden mostrar un cambio en su buena - responsividad a las anfetaminas dado que comienzan a aparecer los efectos habituales en los adultos (insomnio, pérdida de apetito y peso, elevación del ritmo cardíaco y disminución de la temperatura de la piel); la autora sugiere que en estos - casos se suspenda el medicamento paulatinamente en un lapso - de dos a tres semanas.

Lo anterior conduce a citar la respuesta paradójica del niño a los estimulantes. Según afirman Zahn y cols. - - (1980) como Rapoport y cols. (1980), el efecto paradójico es el decremento en la amplitud de respuesta a la conducción dérmica y en su nivel de conducción, atribuible a la influencia de estos fármacos sobre la reactividad sináptica.

Rapoport y su grupo (1980) estudiaron en 15 niños valorados como hiperactivos por elevada puntuación en la Escala para Padres de Connors y 14 normales su nivel de actividad motora, conducción dérmica y atención sostenida, bajo dos condiciones de examen, una de placebo y otra con ingestión de dex-

-troanfetamina. En ambos grupos se observó diferencia significativa entre dichas condiciones, observándose que la cantidad de movimientos disminuyó y mejoró la eficiencia en la tarea de atención. Weingartner y cols. (1980) en 14 niños normales y 15 hiperactivos por puntaje alto en la Escala para Padres de Conners, investigaron la habilidad para recordar información auditiva (palabras con significado semejante y palabras acústicamente relacionadas), bajo condiciones de placebo y tratamiento con anfetamina. Los resultados mostraron que el fármaco incrementó el desempeño de ambos grupos en esta tarea de memoria. Rapoport y Weingartner con sus equipos de trabajo concluyeron que no existe diferencia biológica entre los niños normales y los hiperactivos a la respuesta a los estimulantes, si bien ésta es específicamente paradójica dadas la quietud conductual y la reducción en la reactividad autónoma.

Porrino y cols. (1983, b), llevaron a cabo un interesante estudio con 12 niños hiperactivos aparejados con 12 normales. El nivel de motilidad se registró por medio de un actómetro usado por cada niño las 24 horas del día durante cuatro semanas (672 horas consecutivas). Las condiciones de examen fueron de placebo y tratamiento con dextroanfetamina (15 mgs.) en una sola dosis diaria, en semanas alternas. Los autores detectaron que el fármaco así administrado, tenía un efecto bifásico sobre el nivel de motilidad de los niños hiperactivos: ésta disminuía notablemente en las primeras ocho

horas después de haber tomado el medicamento, manifestando - los niños un nivel motor igual al de los normales con los que se aparejaron, "pero no los hizo hipoactivos". Después de este decremento, apareció un efecto de "rebote" durante el cual estaban más inquietos que cuando tomaban el placebo. - Este efecto persistió hasta que se administraba otra vez la dextroanfetamina (por la mañana del día siguiente). Dicho patrón fue claro entre semana como en los fines de semana aun que en éstos no fue tan agudo ya que la magnitud del efecto - del fármaco fue menor y empezó más tarde, observándose que la motilidad disminuía sólo en situaciones que excluyeran el juego, por lo que el decremento provocado por la dextroanfetamina no ocurrió en todos los contextos. Los niños hiperactivos mostraron reducción del número de movimientos entre las diez de la mañana y las cinco de la tarde, tiempo durante el cual - asistían a la escuela; la motilidad no disminuyó en la clase de educación física, hecho que fue interpretado por los autores como un incremento provocado por mejoría en la habilidad de atención y/o efectos motivacionales y de antifatiga. Por otra parte, el que el nivel de motilidad disminuyera más entre semana que en los fines de semana, podía estar vinculado a una menor restricción de la conducta del niño en estos últimos. En lo que respecta al fenómeno de rebote, los autores analizaron la posibilidad de que pudiera asociarse a los reportes clínicos de insatisfacción de los padres cuando sus hijos vuelven a presentar las conductas inaceptables debido al "efecto parcial" del medicamento; por ello, Porrino y sus -

colaboradores señalan que en el caso de que sea prescrito el medicamento citado, no es conveniente administrarlo en una única dosis al día.

En 1972 Safer estudió el efecto de diferentes fármacos en 1000 niños con diagnóstico de DCM y encontró que el 69% de ellos había respondido favorablemente a la dextroanfetamina, con dosis diarias de 15 mgs. durante un año, pero en algunos casos se apreciaron efectos negativos como reducción de peso y estatura (Safer, 1976).

En 1973 Allen valoró a 63 niños hiperactivos corroborando la pérdida de peso por efecto del fármaco, más Beck y cols. en 1975 no detectaron lo mismo administrando anfetaminas ni Ritalín (citado por Coleman, 1976).

Sobre la aplicación comparativa de levoanfetamina y dextroanfetamina, Arnold y cols. (1976) al investigar su efecto sobre 31 niños diagnosticados con DCM llegaron a las siguientes conclusiones: la hiperactividad disminuye con ambos estimulantes; hay peligro de adicción con la levoanfetamina; el peso promedio de los niños al final del tratamiento con levoanfetamina no difirió del que se registró en los niños que tomaron dextroanfetamina, pero en ambos grupos el peso fue significativamente inferior al que tuvieron al terminar la condición de placebo.

Con referencia al metilfenidato, pueden reportarse -

estos datos.

Ramírez (1975) estudió a 34 niños con diagnóstico de DCM divididos en dos grupos, a uno se le dió metilfenidato y al otro placebo. El fármaco afectó positivamente al 90% de los casos al mejorar su adaptación escolar y familiar, con dosis diarias de 10 mgs., bajo la condición de placebo en el 78% de los niños no se apreció mejoría alguna.

Dykman y cols. (1980) detectaron en 43 menores hiperactivos, que el metilfenidato tuvo un efecto positivo sobre el control inhibitorio ante tareas de atención sostenida y memoria a corto plazo.

Whalen y cols. (1981) encontraron que la conducta escolar de menores hiperactivos que ingerían este fármaco era más adecuada y sus profesores respondían positivamente a este cambio.

Barkley y cols. (1983) observaron que el número de expresiones verbales, significativamente mayor en niños hiperactivos en comparación con la cantidad registrada en un grupo control, disminuyó por efecto de la ingestión de metilfenidato.

Por su parte Coleman (1976) refirió como efectos secundarios de este medicamento reducción del apetito, apatía, cefaleas e insomnio. Wulbert y Dries (1977) reportaron que

el metilfenidato disminuía la conducta agresiva pero incrementaba la hiperactividad. El efecto negativo de dosis altas - del fármaco manifiesto por disminución de la productividad - académica y aumento en la latencia ante tareas de aritmética ha sido comentado por Gadow (1983) con base a su revisión de una serie de estudios.

Sobre el uso de cafeína, Garfinkel y cols. (1981) reportaron que sólo dosis bajas (158 mgs.) atenuaban la motilidad excesiva, pero ésta se incrementaba si la dosis era mayor.

Con referencia a los antidepresores, en 1970 Huessy y Wright administraron Tofranil en una dosis de 50 mgs. diarios a 52 niños hiperactivos, reportando mejoría conductual - en el 67% de los casos, sin observar efectos secundarios (citado por Renshaw, 1980).

A pesar de que el tratamiento farmacológico, principalmente a base de estimulantes, ha sido referido como un recurso efectivo para disminuir la energía motora excesiva, Grannell (1982) asevera "el uso de medicamentos tiene las desventajas siguientes: pueden producir efectos secundarios, no producen cambios duraderos y no son eficaces en todos los casos".

Contra el empleo de la terapia farmacológica como - única opción para corregir los problemas del niño hiperactivo, Sandoval (1981) afirma "el tratamiento no debe ser sólo far-

-macológico ya que éste con frecuencia decrementa la motivación de médicos, padres y maestros para buscar intervenciones adicionales dirigidas a todas las necesidades del niño" y Gadow (1983) expresa "el darle fármacos a un niño puede - hacerle creer que él desempeña un rol menor en la corrección de sus propias dificultades académicas y conductuales".

Terapia conductual

Es posible controlar la conducta hiperactiva en diferentes contextos mediante el manejo apropiado de contingencias ambientales mediante programas específicos de reforzamiento. Esto ha sido afirmado por autores como Werry (1968), Yates (1977) y Loney (1980) entre otros, cuyos resultados se mencionan a continuación.

En 1982 Granell aplicó dentro de la escuela, a cuatro niños hiperactivos, un programa de reforzamiento de respuestas socialmente aceptadas, asociado a extinción de las perturbadoras, detectando cambios positivos en el comportamiento de los niños. En este mismo año, Rapport y colaboradores observaron que el empleo durante dos años de un programa de reforzamiento dentro del salón de clases, incrementó considerablemente la atención y el rendimiento académico de niños hiperactivos.

Shafto (1977) analizó que una manera de decrementar el número de cambios en la actividad de un niño de cuatro -

años hiperactivo sería mediante el reforzamiento dado por el maestro, ante una tarea incompatible que estaría compuesta - por lapsos prolongados de juego apropiado. Este programa de crementó más la hiperactividad que la ingestión sola de metilfenidato y la combinación de fármaco e intervención del profesor.

Carden y Fowler (1984) encontraron que la participación de los compañeros de clase de niños con conductas perturbadoras, fue un recurso muy útil para provocar cambios positivos. Los compañeros manejaron un programa de economía de fichas, los resultados indicaron que en los niños con problemas se incrementaron sus contactos sociales y establecieron relaciones recíprocas.

Alvarez (1983) detectó cambios positivos en el comportamiento de niños hiperactivos cuando los padres participaron en la modificación de conductas dentro del hogar.

En un contexto extrafamiliar y escolar, Greene y cols. (1981) aplicaron un programa de reforzamiento para disminuir las conductas perturbadoras de 44 estudiantes que viajaban en la ruta diaria de un autobús escolar y que incluían entre otras, el levantarse constantemente de su asiento. El reforzador fue escuchar música que ellos preferían durante - cada viaje. El ruido disruptivo y levantarse de su asiento disminuyeron notablemente, modificándose también la actitud -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

del mismo conductor al disminuir su número de intervenciones para calmar al grupo.

Entrenamiento de auto-instrucción

Bornstein y Quevillón (1976) dieron a conocer un estudio realizado en niños preescolares hiperactivos a quienes el maestro instruyó para que practicaran su auto-instrucción; en el entrenamiento sobresalen dos aspectos: los niños tenían que verbalizar en qué consistía la tarea en la que se requería de ellos atención; y cuál sería su estrategia para realizarla. Entre el desempeño ante la tarea detectado en la línea base y el observado después del entrenamiento, la ganancia conductual se transfirió al salón de clases y se mantuvo durante un lapso considerable. Sandoval (1981) señala la importancia de este recurso técnico.

Para Shulman y cols. (1978) la retroalimentación permite al niño controlar su propia conducta. En un estudio realizado por ellos para aumentar el nivel de motilidad en un niño hipoactivo y disminuirlo en uno hiperactivo, encontraron que la retroalimentación proporcionada por las señales (beep) de un biomotómetro combinada con un programa de reforzamiento, modificó en forma esperada los niveles de movimiento en los niños.

Cameron y Robinson (1980) mediante un programa auto-instruccional aplicado en clase, en niños hiperactivos de 7 y

8 años, detectaron que en comparación con la línea base hubo un incremento en tareas académicas específicas que se generó al mejorar el rendimiento en otras actividades y modificar positivamente la conducta dentro del salón de clases.

Entrenamiento de relajación

Omizo y Michael (1982) compararon la efectividad de la relajación sobre tareas que exigían atención, entre 32 niños hiperactivos y 32 controles. Se observó diferencia significativa entre el test y el retest con respecto al tiempo de reacción del grupo hiperactivo disminuyendo la impulsividad y el número de errores en la tarea. A los niños hiperactivos se le instruyó para que ellos mismos controlaran su estado de relajación mediante la percepción de señales auditivas de un electromiógrafo portátil.

Psicoterapia

La atención individualizada de este tipo para ayudar al menor hiperactivo a comprender su problema, disminuir su tensión y organizar su experiencia, ha sido sugerida por clínicos como O'Malley y Eisenberg (1973), Ramírez (1975), Freeman & Cornwall (1980) y Renshaw (1980).

Terapia psicopedagógica

Es considerada por Werry (1968), Coleman (1976), -- Puente (1979), Renshaw (1980), Bravo (1980) y Sandoval (1981)

cuando aparecen asociados al comportamiento hiperactivo problemas específicos de aprendizaje escolar.

Terapia de grupo

Coleman (1976) y Puente (1979) proponen esta alternativa terapéutica como un recurso para apoyar al niño hiperactivo a mejorar sus relaciones interpersonales fuera del contexto familiar.

Orientación a padres

En términos generales, se citarán enseguida algunos puntos a los que aluden O'Malley y Eisenberg (1973), Puente (1979) y Renshaw (1980): crear un ambiente familiar acogedor y tranquilo en el que puedan participar de ser posible todos sus miembros; la estabilidad emocional de los padres es indispensable para responder de manera adecuada a la conducta difícil del niño; atender a las señales que anuncian crisis procurando intervenir con calma para evitarla; establecer una rutina clara de actividades; evitar exceso de estímulos en el área que el niño considere propia; reconocer y responder a sus conductas positivas; estimularle para que se valga por sí mismo valorando las situaciones para no exponerlo a riesgos innecesarios; darle órdenes sencillas y una a la vez; ser consistentes en las reglas de disciplina; evitar castigos físicos y medidas correctivas que menoscaben su dignidad como la adopción de actitudes sobreprotectoras, permisivas, -

incomprensivas o rígidas; conferirle responsabilidad haciéndole participar en labores del hogar que de acuerdo a su capacidad pueda desempeñar; demostrarle tareas nuevas utilizando la acción acompañada por explicaciones cortas, claras y tranquilas, repitiéndole la demostración hasta que aprenda y sea capaz de realizar la actividad por sí mismo; hacerle participar en actividades organizadas; y estar en contacto con los maestros a fin de valorar con un criterio más amplio el comportamiento del niño.

Formación de grupos para padres

A nivel institucional, Puente (1979) ha recomendado la integración de estos grupos, dado que así los padres podrían compartir las experiencias de manejo y bajo la supervisión del médico psiquiatra o el psicólogo, poner en práctica medidas que favorezcan un mayor control de la conducta hiperactiva de sus hijos.

En estos términos, en la labor clínica se dispone de recursos terapéuticos enfocados a la corrección de diversos fenómenos, unos que generados en el organismo individual repercuten en el ambiente y otros que son ocasionados por éste y afectan el desarrollo del niño. Las dificultades del menor hiperactivo deben analizarse en una perspectiva amplia en la que se valoren tanto los factores internos como externos. El enfoque terapéutico tiene que ser integral y basado en el

estudio exhaustivo de las conductas perturbadoras, su causa y condiciones que a ésta coadyuven a fin de determinar las medidas terapéuticas pertinentes en cuya aplicación, y como ya se expresó con anterioridad, la participación de padres, maestros, niño y equipo multidisciplinario es imprescindible.

II.b.6. Pronóstico

Evidentemente la carencia de información al respecto es enorme. Se sabe de la utilidad de los estudios retrospectivos y de seguimiento para valorar el curso de una condición, pero en el caso de la conducta hiperactiva no ha sido posible determinar su evolución como un cauce único definido y distinguible. Sin embargo, se han contemplado tres opciones:

- El comportamiento hiperactivo desaparece al iniciarse la adolescencia.

Su punto de apoyo se ubica dentro del enfoque neuro-evolutivo (comentado ya en el primer inciso de este capítulo) y en estudios psicométricos que revelan decremento de las puntuaciones del nivel de actividad en niños mayores en comparación con las de niños pequeños (Routh y cols. 1974; Goyette y cols. 1978; Barkley y cols. 1985).

- La hiperactividad desaparece mas persisten las dificultades de atención e impulsividad.

Weiss y su grupo (1971) reportaron en un estudio de 64 niños hiperactivos entre seis y 13 años, con inteligencia normal, que fueron valorados longitudinalmente después de cinco años, que respecto a la evaluación inicial en la final la hiperactividad habfa disminuído aunque mostraban movimientos excesivos al estar sentados, con persistencia de excitabili--

-dad y fallas de atención.

Con base en estudios retrospectivos, se ha referido que adolescentes con inteligencia normal que fueron hiperactivos durante su niñez, con regularidad exhiben dificultad para hacer un ajuste satisfactorio en las relaciones sociales y su desempeño académico suele ser deficiente (Weiss y cols. 1971; Coleman, 1976). En el DSM III se especifica que en los adolescentes que presentan Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo residual, se observa detrimento en la actividad social o laboral.

Loney (1980) expresa "si una muestra de niños incluye niños agresivos, los estudios de seguimiento en la adolescencia encontrarán que la muestra es frecuentemente agresiva, delincuente y con bajo nivel de autoestima, pero estas características no serían atribuidas propiamente a la hiperactividad del grupo".

Tales consecuencias del vínculo entre hiperactividad y agresividad han sido mencionadas también por otros autores (Werry, 1968; Weiss y cols. 1971; Coleman, 1976; Borland y Heckman, 1976; DSM III-R, 1988).

- El síndrome perdura en la edad adulta.

Su punto de apoyo reside en estudios de tipo retrospectivo.

En 1967 Menkes estudió a 18 sujetos después de 25 años de que habían sido diagnosticados como hiperactivos; en contró que la mayor parte del grupo continuaba siendo dependiente económicamente de su familia de origen (citado por Weiss y cols. 1971).

Borland y Heckman (1976) valoraron a 20 varones con edad promedio de 30 años que fueron diagnosticados con DCM cuando eran niños. Se detectó que la mitad de ellos exhibía en su adultez "nerviosismo, estado de ánimo variable, dificultad para concentrarse, tabaquismo considerable, inestabilidad laboral (cambiaban frecuentemente de trabajo y se empleaban tiempo extra como un medio para no sentirse intranquilos) y grado académico inferior al de sus hermanos". Sólo una minoría (5%) exhibía conducta antisocial. Por otra parte se observó que sus hijos tenían más problemas de conducta que los hijos de sus hermanos. Los autores concluyeron que la presencia de hiperactividad durante la niñez no determinaba trastornos graves en la socialización o de tipo psiquiátrico.

Weiss en 1976 a la cabeza del Grupo Montreal, realizó un estudio en 66 adultos que de niños fueron hiperactivos. Se les aparejó en edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel in telectual con 46 voluntarios que no tenían antecedentes de di ficultades conductuales ni fracaso académico. Los sujetos con edades entre los 17 y 24 años habían tenido un mayor número de accidentes automovilísticos, su desempeño académico -

era inferior al del grupo control y la mayoría manifestó inquietud y ansiedad durante la entrevista; no obstante, no presentaban problemas de comportamiento antisocial (citado por Shaffer y Greenhill, 1979).

Consecuentemente, el pronóstico depende de diversos factores: la valoración objetiva de las manifestaciones conductuales como verdaderos elementos de un desarrollo inadecuado, la definición de las condiciones etiopatogénicas, la consideración de la influencia de los procesos de maduración y aprendizaje del niño, el conocimiento de las expectativas sociales del medio que le rodea y las circunstancias particulares de vida familiar y social. Por la variabilidad con la que concurren, el pronóstico del comportamiento hiperactivo no constituye un punto de la valoración clínica fácil de determinar.

II.b.7. Prevalencia e incidencia

Las tasas al respecto no se derivan del ajuste a un criterio uniforme, por lo que es pertinente considerar bajo qué concepción de la hiperactividad se han obtenido los datos.

Con enfoque neurológico, en un estudio epidemiológico efectuado por Lara Tapia y Ramírez (1975) en la Clínica de Neurología y Psiquiatría "Juárez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Ciudad de México, los autores detectaron que de 1074 pacientes de primera vez asistentes en el lapso de un año, el .66% de los niños entre uno y diez años fueron diagnosticados con Daño cerebral mínimo.

En la Primera Conferencia Nacional de Salud de la Federación Mexicana de Asociaciones de Egresados de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, realizada en 1979, Barriga reportó que de 12,458 escolares el 8.3% presentaba el síndrome de disfunción cerebral; este investigador realizó el muestreo en zonas escolares dependientes de la Dirección de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública, no encontrando diferencias entre el nivel socioeconómico de las familias de los educandos (citado por Puente, 1979).

Con enfoque psiquiátrico, Rutter en 1970 informó que en la Isla Wight, de la población de niños entre diez y once

años asistentes a escuelas oficiales, sólo el 1% tenía el Síndrome hiperquinético, aunque cabe hacer notar que los maestros identificaron al 13% con hiperactividad selectiva y al 32% con concentración deficiente (citado por O'Malley, 1973 y Phillips, 1980). Diez años después Schachar (1980) llevó a cabo una revaloración en el mismo lugar y detectó que los niños con el síndrome integraban el 2% de la población escolar total, pero los casos con hiperactividad selectiva constituían un porcentaje mayor (citado por Sandberg y cols. 1980).

Empleando el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III), en Estados Unidos se reportó prevalencia del síndrome en el 12% de menores en edad escolar (King y Young, 1982) con incidencia sobre el 6% del sexo femenino (De Haas y Young, 1984). En el DSM III-R (1987, 1988) se cita que el 3% de niños en edad escolar presenta el cuadro clínico.

Con enfoque psicométrico, O'Leary y cols. (1985) aluden a la difusión de la Escala Abreviada para Padres-Maestros (Forma Maestros) de Connors en estudios de prevalencia e incidencia. Los autores mencionan que con este instrumento y utilizando 1.5 de calificación por ítem como punto de corte, en Estados Unidos se dan cifras referentes a la prevalencia de hiperactividad entre el 11% (Langsdorf, 1979) y el 17% (Ullman, 1983), en Alemania del 12% en niños y 5% en niñas (Sprague, 1977), en Nueva Zelanda del 22% en niños y 9% en ni

-ñas, en España del 22% en niños y 10% en niñas (Arias y O'Leary, 1983) y en Italia del 7.5% en niños y 1.3% en niñas.

O'Leary y su grupo también informan que usando como punto de corte 1.5 en el Factor de Hiperactividad de la Escala para Maestros de Conners, se conoce que en Canadá el 21% de niños y el 8% niñas son hiperactivos (Trites y cols. 1979), en tanto que en Italia detectaron que el 29% de los niños y el 4% de las niñas en edad escolar exhiben comportamiento hiperactivo.

Si bien, para dar significado a las tasas de prevalencia e incidencia a nivel mundial, se requiere de un acuerdo entre los investigadores sobre la homogeneidad de las medidas objetivas de la hiperactividad, por hoy éstas se encuentran aún en fase de desarrollo.

II.c. LISTAS DE VERIFICACION CONDUCTUAL

Por principio se comentarán sus características generales, para considerar posteriormente aquellas cuyo uso se ha difundido a nivel mundial como recurso para evaluar el comportamiento hiperactivo y finalmente describir las peculiaridades de las que fueron empleadas en este estudio.

Se les conoce también bajo el nombre de escalas de calificación conductual y debido a sus ventajas, su aplicación tanto en el ámbito escolar como en el clínico se ha incrementado paulatinamente como un recurso para objetivar la opinión de los adultos sobre la conducta del niño, mediante la medida de sus percepciones.

Las listas de verificación conductual son cuestionarios e inventarios que contienen ítemes alusivos a uno o más rasgos o conductas posibles de manifestación en el niño. Las respuestas son escaladas numéricamente, de forma tal, que el adulto asigna una calificación a cada conducta.

De acuerdo con Wells (en Hersen y Bellack, 1981) estos instrumentos varían en función de los siguientes aspectos. El primero de ellos referente al número de conductas o rasgos incluidos; así, existen listas de verificación unidimensionales elaboradas para la detección de una cualidad particular del comportamiento y otras llamadas multidimensionales, integradas por ítemes alusivos a diversos atributos del mismo.

El segundo tiene que ver con el número de ítemes; a diferencia de las unidimensionales que por lo regular contienen pocos (mínimo 7), las multidimensionales incluyen un número mayor, siendo actualmente 600 la cantidad máxima reportada en una escala para valorar la conducta infantil. El tercero concierne a la especificidad de los ítemes; algunas listas de verificación están compuestas por ítemes que indican conductas específicas, mientras que otras llegan a incluir unos que permiten inferencia o juicio por parte del calificador. El último punto está en función de la persona que responde a la escala; se han diseñado listas para ser administradas exclusivamente a maestros, otras a padres, algunas pueden ser contestadas por ambos y existen también escalas para clínicos. En el Anexo 2 se presenta una relación de instrumentos de este tipo citados en la literatura especializada.

En países como Estados Unidos y Canadá, con frecuencia se utilizan en la fase de diagnóstico sintomático y más adelante para medir la validez social del programa de tratamiento.

Wells resume las ventajas de su administración dentro de la evaluación clínica, subrayando que además de ser económicas como de fácil aplicación y calificación, resultan de utilidad para la identificación descriptiva de las conductas perturbadoras del niño. Las escalas multidimensionales al abarcar un amplio rango de conductas o rasgos, hacen posi-

-ble detectar áreas problemáticas que de otra manera podrían ser omitidas en la entrevista; por otra parte, se cuenta con listas sensibles a efectos del tratamiento que ayudan a evaluar la evolución terapéutica; y algunas proporcionan datos normativos.

En otro orden de cosas, Wells también comenta sus deficiencias: no aportan información sobre el análisis funcional de las conductas puesto que no examinan las condiciones antecedentes y consecuentes que provocan y mantienen los problemas claves; la mayoría de estas escalas al enfocarse sobre el comportamiento perturbado, no poseen ítems de conducta pro-social; pueden presentar inestabilidad temporal de las calificaciones así como restringida confiabilidad inter-jueces; las respuestas de los adultos al estar sujetas a factores situacionales y percepciones potencialmente subjetivas, no garantizan ser un reflejo exacto del comportamiento del niño, por lo que los errores apreciados en el informe verbal son igualmente prevalentes en las listas de verificación aunque se ocultan en la apariencia de los puntajes dados a las respuestas.

Ante la advertencia de tales limitaciones, Barkley (1981) marca los requisitos que debe cubrir la elaboración de una escala de esta naturaleza: "Estar compuesta por un número suficiente de ítems concernientes al constructo en estudio, aunque no demasiados como para consumir más tiempo del -

ordinario y generar malestar en quienes van a responder; los ítemes deben describir conductas específicas a fin de minimizar la posibilidad de inferencia del calificador y estar redactados de manera tal que sean comprendidos fácilmente por la mayoría de los adultos que completen la escala; el patrón de respuesta tiene que indicar el grado del problema y no sólo mostrar las categorías "sí" y "no"; la escala debe tener validez de criterio y de constructo al igual que confiabilidad aceptable, datos normativos y utilidad prescriptiva".

Las listas de verificación conductual más utilizadas en diferentes culturas para explorar el comportamiento hiperactivo han sido, sin lugar a duda, las de un autor norteamericano, K. Conners, maestro de Psicología de la Escuela de Medicina de Harvard. A continuación se comentarán someramente, añadiéndose nombres de algunos investigadores que las han manejado en sus estudios.

Escala para Maestros (1969). Contiene 39 ítemes, de los cuales 34 integraron en el estudio de Conners cuatro factores: 1. Problema de conducta, 2. Inatención, 3. Ansiedad y 4. Hiperactividad. En 1981 Arnold y sus colaboradores detectaron los factores: 1. Hiperquinesia, 2. Timidez-Ineptitud, 3. Rebeldía no socializada y 4. Antisocial-Inmadurez. En 1985 O'Leary y su grupo apreciaron estos factores: 1. Hiperactividad-Problema de conducta, 2. Problemas interpersonales, 3. Depresión, 4. Ansiedad-Pasividad, 5. Inaten

-ción y 6. Delincuencia. Entre otros clínicos que la han incluido en sus valoraciones se cuentan a Kupietz y cols. (1972), Milich y cols. (1979), Lahey y cols. (1980), Sandberg y cols. (1980), McIntyre y cols. (1981), Garfinkel y cols. (1981), King y Young (1982), Porrino y cols. (1983, a,b), De Haas y Young (1984), McClure y Gordon (1984), O'Leary y cols. (1985).

Escala Revisada para Maestros (1978). El instrumento anterior fue modificado por Goyette, Conners y Ulrich. Quedó integrado por 28 ítemes que conformaron tres factores: 1. Problema de conducta, 2. Hiperactividad y 3. Inatención-Pasividad. Barkley (1981) hace observaciones respecto a su empleo.

Escala para Padres (1970). Se publicó bajo la denominación Parent Symptom Questionnaire, aunque también se le reconoce como Parent Rating Scale. Es una lista con 93 ítemes distribuidos en 24 categorías de comportamiento (Anexo 3) que fue analizada factorialmente sobre los registros de 316 casos clínicos (entre seis y 14 años) y 367 controles de la misma edad. Se detectaron 62 ítemes con carga mayor a .35 (Anexo 4) repartidos en ocho factores; de dichos reactivos, Conners eligió los que consideró más convenientes para intintular los factores: 1. Problema de conducta (# 47, 51, 39, 48, 69, 41, 40), 2. Ansiedad (# 9, 8, 64, 42, 43, 11, 10), 3. Impulsividad-Hiperactividad (# 90, 84, 89, 82, 81 y 83 a los

que el investigador añadió dos que no fueron factorializados), 4. Problema de aprendizaje (#62, 67, 63, 45), 5. Psicossomático (# 22, 24, 21, 23, 6), 6. Perfeccionismo (# 76, 77, 78), 7. Antisocial (# 73, 72, 71, 75) y 8. Tensión muscular (# 36, 13, 14, 12). Connors (1973) reporta en cuanto a la validez de criterio, que la escala permitió discriminar al 83% de los sujetos controles y al 70% de los casos clínicos; de estos últimos identificó al 74% de niños hiperquinéticos; dado su poder de discriminación, ha sido referida en muchos estudios entre los que pueden citarse los de Kupietz y cols. (1972), Rapoport y cols. (1980), McIntyre y cols. (1981), Ackerman y cols. (1983), Barkley y cols. (1983). En cuanto a su validez concurrente, Cunningham y Barkley (1979), Sandberg y cols. (1980), Weingartner (1980), Zahn y cols. (1980), Porrino y cols. (1983, a,b) han observado elevada relación con medidas físicas del nivel de motilidad y calificaciones dadas por los maestros.

Escala Revisada para Padres (1978). Goyette, Connors y Ulrich modificaron la versión original. La nueva escala quedó compuesta por 48 ítems. Más adelante se detallará su descripción.

Escala Abreviada para Padres-Maestros (Índice de Hiperquinesia o Cuestionario Abreviado de Síntomas, 1973). Es una pequeña escala con 10 ítems (Anexo 5) que fueron extraídos entre los que tuvieron cargas altas en los Factores 1,

2 y 3 de la Escala para Padres; en el anexo aparecen los ítemes así como su número correspondiente en las escalas revisadas para padres y maestros. La han administrado Dykman y cols. (1980), Zahn y cols. (1980), Wender y cols. (1981), Whalen y cols. (1981), Omizo y Michael (1982), Brown (1982), Ackerman y cols. (1983), Zentall (1985), O'Leary y cols. (1985), Ullman y cols. (1985).

En los cinco instrumentos de Conners las categorías de respuesta son cuatro: "Nada", "Poco", "Mucho" y "Muchísimo", con pesos numéricos de 0, 1, 2 y 3 respectivamente.

En el Anexo 6 se presenta un cuadro con los ítemes de las escalas de Conners que han aparecido dentro del factor asociado a comportamiento hiperquinético/hiperactivo en diversos estudios.

Alrededor de la administración de estas listas de Conners es menester subrayar algunos puntos. Hay unas que han recibido más de una denominación y esto puede confundir al investigador, como es el caso de Milich y cols. (1980) quienes escriben en el título de su estudio "Índice de Hiperactividad" y los resultados se obtuvieron de la administración del Factor 4 (Hiperactividad) de la Escala para Maestros. Este problema es puntualizado por Ullman y su equipo (1985) quienes de igual manera atraen la atención sobre otro, se ha extendido el criterio de considerar una calificación mayor a 15 puntos como indicativa de hiperactividad. Este puntaje fue

propuesto por Werry y cols. en 1975 para la Escala para Maestros y no para las otras. Ullman y su grupo proponen que la Escala Abreviada para Padres-Maestros (en la Forma Maestros) sea calificada con otros puntos de corte, 26 para niños y 24 para niñas, aclarando que estos puntajes equivalen a dos desviaciones por arriba de la media. La confiabilidad test-retest (lapso un mes) que detectaron fue significativa al .001 y la reportada por Milich y cols. (1980) para el Factor 4 de la Escala para Maestros (lapso una semana) fue de .91. Otro aspecto que amerita comentarse es que en varios estudios se toma como punto de corte 1.5 para la recalificación por ítem de la Escala Abreviada para Padres-Maestros, pero en otros igualmente se emplea para el Factor 4 (Hiperactividad) de la Escala para Maestros o Factor 3 (Impulsividad-Hiperactividad) de la Escala para Padres.

En la Gráfica 1 del Anexo 6 se presenta lo siguiente: se tomaron datos de siete estudios realizados con niños hiperactivos (Sprague y cols. 1974; Abikoff y cols. 1977, 1980; King y Young, 1981, 1982; McClure y Gordon, 1984; O'Leary y cols. 1985) en los que se especificó 1.5 como punto de corte para el Factor 4 de la Escala para Maestros. En cada una de las investigaciones, al recalificar los ítemes - con carga en los cuatro factores (1. Problema de conducta, 2. Inatención, 3. Ansiedad y 4. Hiperactividad) se reportó para cada factor un puntaje promedio obtenido por su muestra; en el caso del Factor 4 los puntajes promedio fueron -

1.75, 2.10, 2.30, 2.36, 2.30, 2.29 y 1.92 respectivamente. - Para elaborar la gráfica se calcularon promedio y desviación estándar de las calificaciones proporcionadas por los estudios (Factor 1, 1.04, .22; Factor 2, 1.55, .24; Factor 3, .60, .21; Factor 4, 2.15, .23).

Como puede observarse, la puntuación para el Factor 4 comprendió, estimando una desviación (.23) de 1.92 a 2.38. El mismo procedimiento se siguió en la revisión de seis estudios con niños normales (Kupietz y cols. 1972; Sprague y cols. 1974; Abikoff y cols. 1977, 1980; King y Young, 1982; McClure y Gordon, 1984), los puntajes promedio para el Factor 4 dados en los estudios fueron .75, 1.19, .46, .44, .75 y .40. El promedio calculado sobre las calificaciones proporcionadas fue de .67 con desviación de .30; en consecuencia, la puntuación para el Factor 4 varía de .37 a .97. Obsérvese que este puntaje promedio es menor al de los grupos hiperactivos y que su desviación es mayor a la de dichos grupos. - En la Gráfica 2 del Anexo 6 están otros datos. Se recabaron los promedios de calificación por ítem en la Escala Abreviada para Padres-Maestros (Forma Padres) obtenidos por ocho muestras de niños, las cuatro primeras estuvieron formadas por hiperactivos del sexo masculino valorados por Zahn y cols. - - (1980), Porrino y cols. (1983), Ackerman y cols. (1983); una la constituyeron sólo niñas consideradas hiperactivas (Ackerman y cols. 1983) y las tres restantes las integraron varones no hiperactivos (Zahn y cols. 1980; Rapoport y cols. 1980;

Porrino y cols. 1983). Entre los menores hiperactivos las calificaciones de los varones fueron superiores al 1.5 de corte, en comparación con la muestra de niñas hiperactivas y los grupos controles, con excepción del segundo estudio en el que la puntuación no alcanzó el punto de corte; al analizar las características de esta muestra, se encontró que los niños habían sido canalizados a terapia farmacológica por sus maestros, quienes los reportaron como hiperactivos, la conducta fue así valorada por sus profesores pero como puede verse no por sus padres.

Las tasas recientes de prevalencia e incidencia del comportamiento hiperactivo tienden a apoyarse en la administración, dentro del ámbito escolar, de la Escala para Maestros y la Escala Abreviada para Padres-Maestros (Forma Maestros) de K. Conners.

Puede añadirse que al comparar las 16 conductas de los síntomas básicos del Trastorno por déficit de atención - con hiperactividad (DSM III, 1980, 1984) con ítemes presentes en las escalas de Conners (1969 a 1978) se tienen diez de ellas (Anexo 7) cuya redacción esencialmente es la misma. Como ejemplos pueden mencionarse estas tres:

- Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor" (DSM III).
- Actúa como si estuviera manejado por un motor (Escala para Padres).

- A menudo no puede acabar las cosas que empieza (DSM III).

Falla para terminar las cosas que empieza (Escala para Padres, Escala Abreviada para Padres-Maestros, Escala Revisada para Padres).

- Le cuesta estar sentado (DSM III) se mueve constantemente cuando está sentado (Escala para Padres, Escala Abreviada para Padres-Maestros, Escala Revisada para Padres, Escala Revisada para Maestros).

Otra lista de verificación conductual administrada a los padres, que con frecuencia es citada en la labor clínica con niños hiperactivos es la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, que se describirá después de hacer lo mismo con la Escala Revisada para Padres.

En tanto que Arnold y cols. (1976) opinan que los padres son más objetivos al identificar el trastorno de conducta que la hiperactividad, Goyette y cols. (1978) afirman que los padres son consistentes al evaluar la hiperactividad de sus hijos, apoyando su observación en los resultados que obtuvieron al estandarizar la Escala Revisada para Padres.

II.c.1. Escala Revisada para Padres

Charles H. Goyette, C. Keith Connors y Richard F. Ulrich (1978) publicaron este instrumento como Revised Parent - Rating Scale.

Es una lista de verificación conductual, con ítemes concernientes a problemas diversos factibles de aparición en el comportamiento de los niños, siendo para los autores su objetivo primordial proporcionar un registro que permitiera la evaluación del tratamiento, ésto mediante el informe de los padres sobre cambios en la frecuencia de aparición de los problemas inicialmente reportados.

Descripción

Se presenta como un formato impreso (Apéndice A) que contiene datos generales, instrucciones, enlistado de 48 ítemes descriptivos de las conductas y rasgos a evaluar y cuatro columnas correspondientes a las categorías de respuesta; al implicar estas últimas un continuo de aparición, la escala es de tipo ordinal. Su enfoque es multidimensional.

Construcción

De la escala original integrada por 93 ítemes, se conservaron 38 que resultaron con carga mayor a .30 en el análisis factorial realizado por Connors en 1970; de los diez que faltarían, 5 fueron ítemes que resultaron de la com

-binación de varios cuya redacción era semejante (# 13, 17, 18, 35 y 40); los otros 5 (# 8, 9, 11, 31 y 39) no se factorializaron en dicho estudio pero formaron parte de esta versión revisada. En el mismo Anexo 4 pueden observarse los números de los ítemes que se retuvieron de la Escala para Padres, la que fue así reducida de 93 a 48 ítemes.

En cuanto a su redacción, 46 son enunciados afirmativos y los dos restantes (# 34 y 36) son negativos; 24 se refieren a conductas específicas, 12 (#2, 4, 8, 12, 14, 16, 21, 23, 29, 30, 39 y 46) tienen adjetivos y 8 (# 5, 9, 10, 17, 20, 26, 37 y 45) dan pauta a la inferencia de quien califica. Los ítemes # 3, 19, 31 y 34 incluyen cada uno de ellos dos conductas.

Cada reactivo es registrado en cuatro categorías de respuesta "Nada", "Poco", "Mucho" y "Muchísimo", a las que se les asignan pesos numéricos de 0, 1, 2 y 3 respectivamente.

Estandarización

Las calificaciones para las conductas y rasgos de los sujetos que formaron la muestra normativa, fueron obtenidas de padres y madres residentes en Pittsburgh. Se seleccionaron al azar las familias empleando para ello el directorio de la ciudad; aquellos casos en los que la familia estaba ausente, no tenía hijos entre los 3 y 17 años o se rehusaba a participar en la investigación, fueron tratados recurriendo

a las familias vecinas a fin de contar con sujetos factibles de elección.

Se instruyó a los calificadores para que completaran un formato con datos demográficos y contestaran la escala. - Se les solicitó su autorización para contactar con el maestro de su hijo y obtener sus respuestas a la misma escala. La participación de los calificadores fue voluntaria y sin remuneración.

Así se obtuvo información sobre 570 sujetos representativos de 277 familias. Los datos generales de la muestra son éstos: edad promedio 9 años; varones 55%, mujeres 45%; de raza blanca 98%, negra 1% y asiática menos del 1%; el 90% de los casos no tenía antecedentes de reprobación escolar; - el 4% había recibido medicamentos, orientación psicológica o evaluación con pruebas psicológicas por presentar trastorno de conducta; al 5% se le proporcionó atención especializada por sus problemas de aprendizaje y al 11% por haber experimentado la separación o divorcio de sus progenitores.

El 88% de las madres y el 81% de los padres completaron sus estudios de secundaria. No se reportaron decesos entre las madres pero sí de siete de los padres. Respecto a la religión de la familia fue en el 60% protestante, 20% católica, 10% judía y en el 10% que resta las familias no practicaban alguna o tenían una diferente a las anteriores.

Confiabilidad y validez

El análisis de las calificaciones totales aparejadas de 362 sujetos, reveló una correlación producto-momento de .59 entre las calificaciones de los padres y las de las madres.

Las correlaciones relativas a los ítemes individuales variaron de .13 para el # 44 a .65 para el # 6, con un promedio de .41; todas las correlaciones alcanzaron un nivel de significancia al .01. En los reactivos # 2, 16, 24, 37 y 45 se detectaron diferencias significativas entre las calificaciones de los padres y las de las madres (p menor a .01), siendo éstas quienes reportaron más problemas.

De 518 registros obtenidos de las madres, se sometieron los datos a un análisis factorial apareciendo 30 ítemes con carga de .40 ó más en uno de seis factores (Anexo 8). De acuerdo a los autores, los Factores 1 y 5 (Problema de conducta I y II) reflejan conducta desafiante o agresiva; el Factor 2 (Problema de aprendizaje) parece indicar déficit de atención; el Factor 3 (Psicosomático) se asocia a molestias físicas no derivadas de algún padecimiento detectado en la valoración médica de los sujetos; el Factor 4 (Impulsividad-Hiperactividad) revela inquietud, excitabilidad y conducta inadecuada, pero carece de los componentes agresivos de los Factores 1 y 5; el Factor 6 (Ansiedad) sugiere timidez y aislamiento.

De 373 registros de los padres, se extrajeron seis factores compuestos por 27 ítemes con carga de .40 ó más (Anexo 9). Dado que la estructura factorial es similar a la obtenida de las madres, se utilizó la misma denominación para ambos conjuntos de factores. Posteriormente, se efectuó un análisis factorial global, seleccionando únicamente aquellos ítemes que formaban factores idénticos y se combinaron los Factores 1 y 5 en virtud de su grado de superposición. Como resultado, se obtuvieron cinco factores: Problema de conducta, Problema de aprendizaje, Psicossomático, Impulsividad-Hiperactividad y Ansiedad, integrados por 22 ítemes (Anexo 10).

Se analizaron los puntajes factoriales de los 362 sujetos de quienes se disponía de las calificaciones de los padres y las madres, con el objeto de determinar las correlaciones producto-momento; éstas variaron de .46 para el Factor Psicossomático a .57 para el Factor Problema de conducta, resultando significativas al .001; no se observaron diferencias entre las calificaciones dadas por los dos grupos.

También se computó una correlación interjueces para el Índice de Hiperquinesia (Anexo 5) cuyo valor fue de .55 (p menor a .001), sin diferencia significativa entre las calificaciones de los dos grupos. No se detectó influencia de la clase social sobre las calificaciones. La correlación para el Índice de Hiperquinesia entre la Escala Revisada para Padres y la Escala Revisada para Maestros fue de .49.

Se llevó a cabo un análisis de la validez de constructo comparando la estructura factorial de la escala original con la de esta escala revisada. Se calcularon los coeficientes de congruencia para 40 ítems idénticos, con el objeto de determinar el grado de acuerdo entre los factores de la escala revisada y los encontrados por Connors en 1970. Los coeficientes para los cinco factores de la escala revisada fueron los siguientes: Problema de conducta .94, Problema de aprendizaje .63, Psicossomático .91, Impulsividad-Hiperactividad .70 y Ansiedad .90.

El análisis de varianza de los puntajes factoriales reveló efecto significativo del sexo sobre los Factores Problema de conducta y Problema de aprendizaje, siendo los varones los que presentaron mayor dificultad en cada caso. La edad fue importante en los Factores Psicossomático e Impulsividad-Hiperactividad, apreciándose que los niños pequeños tenían más problema vinculado a este último. La edad y el sexo tuvieron efecto significativo sobre el Índice de Hiperquinesia.

Los datos normativos por edad y sexo (Anexo 11), se obtuvieron de una muestra de 529 niños y adolescentes calificados de menos por uno de sus padres; en los casos en los que se dispuso de las calificaciones de ambos, se consideró el puntaje promedio para cada ítem con carga sobre algún factor representativo para las normas.

Sobre su validez concurrente, la Escala Revisada para Padres ha sido correlacionada con otra elaborada por los mismos autores, especial para Maestros (Revised Teacher Rating Scale, 1978) habiéndose encontrado valores significativos: Problema de conducta .33, Problema de aprendizaje vs. Inatención-Pasividad .45, Impulsividad-Hiperactividad vs. Hiperactividad .36.

Administración

La Escala Revisada para Padres se administra a personas adultas que viven con el niño, le conocen bien y están en condiciones de observar en forma cotidiana su comportamiento. En el caso de ausencia definitiva de los padres, puede ser aplicada a figuras substitutas.

La administración es individual, con las instrucciones siguientes: "Abajo encontrará una serie de afirmaciones referentes a conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea con cuidado cada una de ellas y decida qué tanto su niño ha estado afectado por estos problemas durante el último mes. Indique su opinión colocando una marca (X) en la columna apropiada a la derecha de cada afirmación. Con--teste a todas".

Calificación

Por principio, se suman las marcas de cada columna

por separado para obtener los puntajes parciales, éstos se multiplican por su peso correspondiente y los productos se suman para tener el puntaje total de la escala, el cual se relaciona, de acuerdo a los autores, al grado de severidad de los problemas reportados en el niño; sin embargo, a fin de llevar a cabo un mejor análisis de los resultados con base en los datos normativos es necesario sumar las calificaciones de los ítemes con carga en cada uno de los cinco factores y dividir el total entre el número de ítemes del factor correspondiente para obtener un puntaje promedio para dicho factor, siendo posible entonces compararle con el establecido por la muestra representativa.

Interpretación

En particular la edad y el sexo del sujeto valorado deben ser considerados al interpretar los resultados de la escala cuando es utilizada con fines de diagnóstico. La obtención, en los ítemes que integran un factor determinado de promedios y desviación estándar, permite comparar la conducta del niño con el nivel esperado a su sexo y edad, por lo que es factible detectar un comportamiento atípico si su puntaje es mayor al establecido.

Limitaciones

Este tipo de escala es inestable a través del tiempo ya que al calificarse la severidad de los síntomas que presen

-ta el niño en un momento dado, el efecto del lapso entre una valoración y las subsecuentes será de gran importancia; por otra parte, los cambios en el comportamiento atribuibles al efecto de los programas terapéuticos, determinará el que no puedan esperarse resultados similares de la valoración inicial a las siguientes. Los autores sugieren que dentro de lo posible, los mismos adultos que califiquen la conducta del niño en la primera ocasión, lo hagan en las posteriores con el objeto de establecer un criterio de comparación. Es pertinente aclarar que las normas proporcionadas, tienen uso exclusivo para la primera evaluación.

Otras limitaciones propias de su naturaleza, fueron señaladas previamente al estimar las características generales de este tipo de escalas.

II.c.2. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters

John S. Werry (1968), dió a conocer este instrumento bajo la denominación Werry-Weiss-Peters Activity Scale. Es una lista de verificación conductual cuyo enfoque sobre el nivel de actividad del niño, manifiesto en diferentes contextos, ayuda a la identificación del comportamiento hiperactivo en ambientes específicos, siendo útil también para evaluar la efectividad del tratamiento a través del reporte de cambios en la frecuencia de aparición observados por los adultos que completan la escala.

La versión original fue diseñada para ser completada por profesionales de la salud mental durante una entrevista realizada a los padres del niño. Usando este método, Werry y cols. en 1966 demostraron una confiabilidad intercalificado-res de .90 (Sandoval, 1977). Posteriormente han sido los padres quienes directamente responden a ella y existen incluso algunas adaptaciones para extender su uso a profesores.

Descripción

Se presenta como un formato impreso (Apéndice B), que contiene datos generales, instrucciones, enlistado de 31 ítems y columnas para las tres categorías de respuesta, mismas que al implicar un continuo de aparición, hacen de este instrumento una escala de tipo ordinal.

Construcción

Para su elaboración el autor empleó un formato semejante al utilizado por H. Quay y D. Peterson en 1967 en su Lista de Verificación de Problema Conductual; en ésta se presentaba una relación de 55 síntomas que podían observarse en los niños y que al ser aplicada a muestras clínicas y normales reportó cuatro factores: Problema de conducta, Problema de personalidad, Inadecuación-Inmadurez y Delincuencia socializada (citado por Arnold y cols. 1981).

Se seleccionaron ítemes de dicha escala que tenían que ver con un nivel excesivo de motilidad y se estructuró una lista con mayor especificidad de las conductas, considerando diversos ambientes en los que podían manifestarse. Así, el instrumento quedó integrado por 31 ítemes repartidos en tres entornos: Hogar, Fuera del hogar no en la escuela y Escuela; de éstos, el primero fue subdividido en cinco situaciones distintas: Durante las comidas, Mientras ve la televisión, Haciendo las tareas escolares, Durante el juego y Al dormir. De los 31 ítemes, 23 componen el primer entorno, cuatro el segundo y cuatro el tercero. Respecto a su redacción, 30 son enunciados afirmativos y uno (# 16) es negativo; 26 se refieren a conductas específicas y cinco permiten la inferencia del adulto que responde a la escala; dos de los ítemes (#15 y 30) incluyen cada uno de ellos dos conductas.

Son tres las categorías de respuesta "No", "Algo" y "Mucho", a las que el autor da los correspondientes pesos numéricos de 0, 1 y 2.

Estandarización

No se dispuso de información referente a la selección por parte de Werry de una muestra representativa, de la que se hubiesen extraído datos normativos. A pesar de ello, es una escala que además de ser citada con frecuencia en la literatura clínica, ha captado el interés de algunos investigadores quienes han empleado parte de sus ítemes para evaluar la hiperactividad o bien han ofrecido versiones modificadas.

Ellingson (1969) escogió ítemes de esta escala y - - otros de la lista de Quay y Peterson, para elaborar una lista aplicable a padres y maestros de niños con problemas de aprendizaje que recibirían terapia psicopedagógica, con el objeto de que se pudieran identificar con rapidez algunos elementos descriptivos del comportamiento de los niños. Esta escala presenta 64 ítemes con tres categorías de respuesta "Nunca", "Ocasional" y "Frecuente".

Routh, Schroeder y O'Tuama (1974) aplicaron la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, en forma de cuestionario, en un estudio de 140 niños normales residentes del área de Carolina del Norte (Estados Unidos), cuyas edades variaban de los 3 a los 9 años. Se formaron siete grupos cronológicos,

integrado cada uno de ellos por 10 niños y 10 niñas. El - status social de las familias se ubicó en promedio en el lími te inferior de la clase alta; la escolaridad media de los pa dres fue nivel universitario y la de las madres preparatoria. El análisis estadístico llevado a cabo por estos clínicos se concentró en 22 de los 31 ítemes originales, habiendo descartado los asociados a la escuela y tareas escolares debido a - que con frecuencia no eran calificados. Los resultados reve laron que con base en las calificaciones, el nivel de activi dad no escolar tendía a decrementarse en función de la edad; el efecto del sexo sobre las puntuaciones de los padres no - fue significativo; no se detectó diferencia entre las califi caciones de los padres y las de las madres. Al analizar fac torialmente la escala, aparecieron siete factores independien tes, hecho particularmente importante en virtud de que señala la naturaleza "multidimensional" del nivel de actividad en niños normales; estos factores fueron denominados: 1. Con-- ducta al ver la televisión, 2. Hábitos al acostarse y dormir, 3. Conducta al comer, 4. Conducta para llamar la atención, - 5. Conducta hiperverbal, 6. Inquietud general y 7. Conducta al jugar. En el Anexo 12 se presenta la estructura facto-- rial de la escala y en el Anexo 13 se muestran las normas por edad cronológica para esta adaptación de la escala original.

Por su parte Velasco (1980), incluye en su obra un - formato con 30 ítemes (Anexo 14) que difiere del publicado por Werry en 1968. En el entorno Hogar: Durante el juego -

cita cuatro ítemes más "Muestra agresividad", "No mide el peligro", "Muestra impulsividad" y "Muestra perseveración"; no menciona los referentes a las tareas escolares. En el entorno Escuela no aparecen "Interrumpe excesivamente al maestro o a otros niños" y "Constantemente trata de llamar la atención del maestro" y añade "No se concentra en el trabajo". En el entorno Fuera del hogar no en la escuela agrega "Desobediencia constante". Las categorías de respuesta, pesos numéricos y procedimiento de calificación son los mismos de la escala original. Si bien Velasco estima que una puntuación superior a 15 tiene valor diagnóstico para considerar el comportamiento del niño como hiperactivo, no menciona datos normativos obtenidos de una muestra representativa.

Granell (1982) en Venezuela, modificó la versión original y propone dos adaptaciones, una para ser contestada por los padres (Anexo 15) que contiene 29 ítemes y otra para los maestros. En lo que respecta a la primera, al comparar el formato elaborado por la autora con el publicado por Werry en 1968, se encuentra que en el entorno Hogar: Durante las comidas, Durante el juego y Al dormir los ítemes son los mismos pero en la situación Mientras ve la televisión integra en uno solo los # 6 y 7 y agrega "Se distrae con facilidad"; en la situación Haciendo las tareas escolares, redacta en uno solo los ítemes # 11 y 12 y añade "Dificultades para mantenerse concentrado" y "Se distrae con facilidad". Para el entorno Fuera del hogar no en la escuela, conserva los íte

-mes de la escala original y omite los relativos en ésta al entorno Escuela.

En esta escala modificada, Granell aumenta a cuatro las categorías de respuesta "No", "Un poco", "Bastante" y "Mucho", con pesos numéricos de 0, 1, 2 y 3. La autora proporciona puntajes promedio y desviación estándar para tres muestras de niños hiperactivos con déficit de atención, en función de las calificaciones dadas por sus maestros a la versión preparada para ellos; sin embargo, no cita en su obra datos sobre las calificaciones dadas por los padres.

Lara Tapia (1986), llevó a cabo una adaptación del instrumento con apoyo en la presentada por Velasco en 1980, integrando en uno solo los ítems "Muestra impulsividad" y "Muestra perseveración" en el entorno Hogar, Durante el juego; en dicho contexto se redacta el # 17 como "Mide el peligro", hecho seguramente debido a error de mecanografía. En total presenta 29 ítems calificables en las tres categorías de respuesta "Nunca", "Algo" y "Mucho" y con los pesos numéricos de 0, 1 y 2. Al igual que Velasco, Lara Tapia estima una puntuación mayor a 15 indicativa de motilidad excesiva en el niño. Este investigador encontró un puntaje promedio de 21.96 y desviación estándar de 12.32 en niños con problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, en contraposición a los de 11.65 y 7.62 respectivamente obtenidos por un grupo del mismo nivel social (bajo) y escolar, con buen de-

-sempño académico. Al primero lo consideró hiperquinético y al segundo, por puntuación, hiperactivo. En su estudio el autor detectó diferencia estadística respecto al sexo de los niños predominando el masculino, en tanto que la edad no difirió entre el grupo control (8.78) y el grupo problema (9.51).

Confiabilidad y validez

En la revisión de la bibliografía concerniente a la escala original, no se encontró información sobre estudios de confiabilidad test-retest.

Routh, Schroeder y O'Tuama (1974), detectaron correlaciones intercalificadores (padres-madres) para los 22 meses seleccionados entre .16 y .58 con correlación promedio de .33.

En cuanto a su validez concurrente, Cunningham y Barkley (1979), obtuvieron correlación entre las puntuaciones proporcionadas por las madres y la cantidad de movimientos registrados por actómetros colocados en 20 niños hiperactivos y 20 normales, entre los 5 y 12 años. Por otra parte, Prinz (1980) administró la escala a madres de 28 niños hiperactivos y 26 normales, de 4 a 7 años; el autor reporta una correlación de .49 (p menor a .001) entre las calificaciones de ellas y las del personal capacitado que observó filmaciones de los niños en un salón de juegos.

De acuerdo con Barkley (1981), la escala modificada por Routh, Schroeder y O'Tuama discrimina entre niños normales e hiperactivos y es sensible a los efectos del tratamiento farmacológico y entrenamiento a padres, añadiendo que los niños que puntúan alto en la escala tienden a responder mejor a la farmacoterapia con estimulantes, que aquellos que obtienen una baja calificación.

Administración

Se aplica a personas adultas que tienen contacto estrecho con el niño y pueden valorar cotidianamente su comportamiento. Así, la escala puede ser contestada por ambos padres o por uno de ellos; en caso de su ausencia definitiva, se administra a figuras substitutas.

La aplicación del instrumento es individual, presentándosele a la persona el formato que contiene los ítemes. Si bien el autor no especifica las instrucciones, con apoyo en las ofrecidas por Routh, Schroeder y O'Tuama, se propone se formulen en los términos siguientes: "A continuación encontrará una serie de conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea con cuidado cada una de las afirmaciones y decida qué tanto se presentan en su niño colocando una marca (X) en la columna apropiada. Conteste a todas".

Calificación

Según pauta de Werry (1968), se calcula el puntaje -

parcial de cada columna sumando las marcas, se multiplica el resultado por su peso correspondiente y se suman los productos para tener el total relacionado a la severidad de los problemas reportados en el niño. Sin embargo, aunque la escala tiene la ventaja de evaluar la conducta en diferentes ambientes, Werry no tomó esto en cuenta para la calificación.

Interpretación

La calificación dada por los padres revela la apreciación personal que tienen del nivel de actividad del niño, siendo conveniente llevar a cabo un análisis cualitativo de las situaciones comprometidas en los ítemes en los que se asignó al menor una calificación elevada. No obstante que algunos clínicos valoran una puntuación total de más de 15 como índice de hiperactividad, es necesario disponer de datos normativos por niveles cronológicos y bajo un análisis discriminativo de ítemes. Dadas las diferentes modificaciones que se han hecho a la escala original, es imprescindible que el clínicó identifique el instrumento que ha administrado.

Limitaciones

Al ser esta escala una lista de verificación conductual, puede mostrar inestabilidad en el tiempo ya que entre la primera aplicación y las subsecuentes los cambios en la conducta derivados del crecimiento, es factible que afecten las calificaciones dadas por los padres. A este hecho se

asocia la influencia que entre una evaluación y otra tuviesen las medidas terapéuticas sobre la actividad del niño.

Werry sugiere que además de ser administrada esta escala a los padres, se aplique también a los maestros a fin de disponer de una mayor información referente a la presencia y cualidad de la conducta hiperactiva; a pesar de esta recomendación del autor del instrumento, es pertinente observar que la mayoría de los ítemes aluden a conductas manifiestas en el hogar en virtud de lo cual sería menester en el caso de los maestros administrar la versión propuesta por Granell.

II.c.3. Escala de Evaluación de los Padres

Es una lista de verificación conductual que forma parte de una batería conocida como Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC), que fue publicado por L. Brown y D. Ham mill en 1982 con el objetivo de proporcionar una evaluación del comportamiento de niños entre 8 y 13 años en diferentes contextos y bajo distintos puntos de vista. Su enfoque es multidimensional.

El PEC está integrado por seis componentes independientes: cinco listas de verificación conductual y el Sociograma, mismos que pueden administrarse en forma selectiva o en conjunto. Tres de las listas hacen la Escala de Evaluación del Estudiante (Hogar, Escuela, Compañeros) que el niño completa por sí mismo; otra es la Escala de Evaluación del Maestro y la restante es la Escala de Evaluación de los Padres. Los autores emplearon una técnica más, el Sociograma para medir las percepciones que los compañeros tienen del niño valorado.

Descripción

Las tres escalas se presentan por separado en formatos impresos; cada uno posee espacio para datos generales, instrucciones, enlistado de ítems y columnas para las categorías de respuesta. Se añade una hoja en la que por un lado se resumen los resultados y se traza el perfil, en tanto que

por el otro aparece una serie de preguntas sobre la forma de administración.

La Escala de Evaluación de los Padres (Apéndice C) es de tipo ordinal y contiene 30 ítemes de los cuales 22 son enunciados afirmativos y ocho son negativos; 18 indican conductas específicas, cuatro manejan adjetivos y ocho dan cabida a la inferencia de quien contesta la escala. En el formato se muestran cuatro columnas para los tipos de respuesta - mismos que forman un continuo de aparición de las conductas; sin embargo, es necesario aclarar que en las instrucciones dadas a los padres los autores sólo hacen alusión a tres categorías de respuesta "Muy parecido", "Poco parecido" y "Nada parecido", omitiendo la de "Algo parecido", por lo que en el formato que se presenta en el Apéndice C dicha categoría se ha excluido.

La Escala de Evaluación del Estudiante está compuesta por 60 ítemes; cada una de sus listas tiene 20. La Escala del Maestro contiene 30 ítemes. Respecto al Sociograma, los autores consideran siete preguntas aparejadas, el maestro elige una o varias en función de las áreas que se requiere valorar, la pregunta elegida se duplica y distribuye al grupo dentro del que se encuentra el menor referido y se les pide que contesten escribiendo el nombre de tres niños de su clase en el año en curso; sus opiniones son posteriormente tratadas a nivel estadístico a fin de determinar el número de acep

-taciones y rechazos que los niños anotados reciben, entre los que puede estar el caso valorado.

Construcción

Las escalas fueron por principio desarrolladas en inglés; previamente a la redacción de los ítemes, se revisaron la Lista de Verificación de Problema Conductual de H. Quay y D. Peterson (1967), la Escala Devereux de Calificación Conductual para Escuela Elemental (1964) y la Lista de Verificación de Problema Conductual de H. Walker (1970). Posterior a esto, se solicitó a 41 padres de niños con trastornos emocionales, a 56 padres de niños con dificultades de aprendizaje y a 6 maestros de menores con problemas emocionales, que describieran por escrito las conductas particulares que les parecían características. De esta manera, la información derivada del análisis de los instrumentos y los comentarios anecdóticos sirvieron de apoyo a la elaboración de las tres escalas que en conjunto tenían 306 ítemes. Según señalamiento de los autores, se procedió a eliminar los duplicados, los incorrectamente redactados y los que no ofrecían información discerniente.

Estandarización

Las escalas fueron administradas a 154 niños que asistían a una escuela privada de Austin, Texas, a siete de sus profesores y a 86 de sus padres. Los ítemes se reduje-

-ron de 306 a 120 al estimar su poder discriminativo por el método de correlación biserial de punto, integrándose la versión en inglés denominada Behavior Rating Profile (Brown y Hammill, 1978).

En 1981 el PEC fue traducido al español y estandarizado en muestras mexicanas formadas por 1207 estudiantes, 253 maestros y 83 padres residentes en los estados de Coahuila, Jalisco, México y Yucatán así como en el Distrito Federal. En el Anexo 16 se reportan las características demográficas de estas muestras; cabe la observación de que existe un error en los porcentajes relativos al sexo de los padres ya que al sumar los puntajes no se obtiene el 100%.

En cuanto a los datos normativos, los resultados se presentan en términos de puntajes estándar derivados de la frecuencia acumulada de la distribución de los puntajes crudos para las clasificaciones de los padres, niños y maestros; el promedio de dichos puntajes es 10 y su desviación 3. Para los datos de los padres se computaron en cada grado escolar, de primero a sexto, los promedios y desviaciones de las calificaciones de los padres y de las madres dadas en forma independiente, aunque se combinaron para las normas puesto que no se detectó diferencia entre sus evaluaciones (Anexo 17).

Confiabilidad y validez

Se estudió la consistencia interna empleando el coeficiente Alfa aplicado a 76 registros de los padres, detectándose un puntaje promedio de 63.7, desviación estándar 11.9, error estándar 5.0 y correlación .80.

La validez de contenido se contempló al elaborar ítems derivados de registros anecdóticos de padres de niños con problemas emocionales y de aprendizaje, así como de diversas listas de verificación conductual. En el Anexo 18 se muestran las correlaciones entre la Escala de Evaluación de los Padres y la Escala de Evaluación del Estudiante, que varían de .57 a .94; estos valores fueron detectados cuando se administró la versión en inglés a cuatro muestras de niños: normales, institucionalizados con problemas emocionales y en escuelas públicas dos grupos, uno con dificultades de aprendizaje y otro con trastornos emocionales.

Para la validez concurrente, se correlacionó la versión en inglés con la Lista de Verificación de Problema Conductual de H. Quay y D. Peterson, la Escala Vineland de Madurez Social de E. Doll y la Lista de Verificación de Problema Conductual de H. Walker. Todas las correlaciones fueron significativas (Anexo 19). Este análisis se efectuó en las mismas cuatro muestras citadas anteriormente.

En cuanto a la validez de criterio del PEC para dis-

-criminar entre niños normales y con problema, se computaron los promedios de los puntajes estándar para las cuatro muestras y se determinó la diferencia significativa con la prueba "t". Los resultados revelaron que: los niños normales - exhibieron de manera considerable menos problemas de comportamiento en todos los ambientes (Hogar, Escuela, Compañeros) - que los niños con problemas; los niños institucionalizados - con trastorno emocional manifestaron más conductas perturbadas en todos los ambientes que los niños con problema emocional que asistían a escuela pública; los menores con dificultades de aprendizaje consideraron que su comportamiento era mejor en el hogar que en la escuela, en cambio los que tenían problemática emocional reportaron que su conducta era mejor en la escuela que en el hogar. En las cuatro muestras, los maestros dieron puntuaciones más altas que las proporcionadas por los padres pero a su vez las calificaciones de los niños fueron mayores que las de los maestros.

Otro análisis de la validez diagnóstica fue repetido por Reinsberg, Fudell y Hudson (1982) con resultados parecidos. Se valoraron 15 niños de 8 a 12 años con edad promedio de 10 años que presentaban problemas moderados de conducta, se administró el PEC a padres, profesores y niños. Las calificaciones más altas fueron las de los niños, después se ubicaron las de los maestros y las más bajas correspondieron a los padres; los promedios de puntuación normalizada fueron: niños 9.27 (Hogar), 9.33 (Compañeros) y 10.00 (Escuela);

maestros 6.87 y padres 6.28.

Administración

Al ser cada uno de los seis componentes del PEC una medida independiente con sus normas, validez y confiabilidad, pueden ser usados en forma selectiva o conjuntamente, no existiendo un orden particular en su administración global.

Se recomienda que se soliciten exclusivamente las respuestas de personas que conocen bien al niño en el ambiente bajo estudio.

En función del objetivo de este trabajo, únicamente se detallará la aplicación de la Escala de Evaluación de los Padres. Esta escala se administra individualmente; si ambos padres responden no deben consultarse entre sí. Es necesario obtener el consentimiento previo de ellos para su participación en la evaluación del niño, siendo las instrucciones: "Este perfil consiste en una serie de frases descriptivas. Algunas se parecen a su hijo (a); otras no. Lo que se busca es saber cuáles de estos comportamientos le preocupan a usted en este momento y hasta qué punto le parecen ser problemas. Por ejemplo, la segunda frase dice 'No obedece las reglas establecidas por sus padres'. Si su hijo (a) nunca obedece las reglas y las desobedece a propósito, usted marcará el cuadro de la columna que dice 'Muy parecido'. Si su hijo (a) desobedece a menudo, pero no siempre, usted marca

-rá el cuadro de la columna 'Poco parecido' y si nunca le desobedece a propósito, marcará la columna 'Nada parecido'. Usted debe marcar lo que usted mismo crea, sin discutirlo ni comentar con su esposo (a) u otro adulto responsable".

Calificación

Se suma el número de respuestas en cada una de las categorías y se multiplican por su valor correspondiente; de la adición de estos productos se obtiene el puntaje total (crudo) que posteriormente es convertido a puntaje estándar, mismo que se anota en la hoja del perfil para el trazo de los resultados.

Interpretación

Los puntajes estándar que se dan en una escala del 1 al 20 tienen un promedio de 10 y desviación de 3, por lo que las puntuaciones fuera de la norma aluden a un comportamiento desviado estadísticamente; los puntajes bajos se asocian a la percepción de conductas conflictivas y al igual que los elevados que podrían indicar un muy buen nivel de adaptación, deben analizarse con mucho cuidado en virtud de que la Escala para Padres del PEC, al ser una lista de verificación conductual, posee las restricciones inherentes a dicho tipo de instrumentos.

Limitaciones

Los autores del PEC ponderan las siguientes: en los ítemes no se han presentado todos los comportamientos posibles; no se debe clasificar a un niño como "perturbado" o "trastornado" en función del resultado exclusivo de las escalas. Es necesario emplear otros instrumentos para confirmar los resultados antes del diagnóstico y planeación de programas terapéuticos; un puntaje significativamente bajo no es forzosamente el resultado de problemas emocionales en el niño; finalmente, el PEC provee un índice relativo del comportamiento de los niños pero no pretende identificar las causas de los problemas de conducta.

CAPITULO III. METODO

III.a. ESTUDIO PRELIMINAR

III.a.1. Planteamiento del problema y formulación de hipótesis

Se ha mencionado con anterioridad que el instrumento del método diagnóstico es la evaluación clínica, la que al integrar la información procedente de diversas fuentes de conocimiento, permite al clínico valorar los problemas del niño en un espectro amplio y multidimensional. Dicho recurso ha sido analizado con un enfoque epidemiológico por investigadores interesados en el diagnóstico de la hiperactividad. Evidentemente es elevada la cantidad de variables que pueden aparecer en un expediente clínico, Werry y Champaign (1968) registraron 150, transcribir íntegramente los resultados por ellos obtenidos sería excesivo para los fines de este trabajo; sin embargo, se recordará que estudiaron a 103 niños canadienses, de ambos sexos, diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima y que al someter los datos de la evaluación clínica a un análisis factorial detectaron nueve factores independientes: Incoordinación motriz, Habilidad para dibujar deficiente, Disgnosia-Dispraxia, Psicopatología-Ambiente adverso, Inmadurez, Inestabilidad electroencefalográfica, Alteración neurológica subcortical, Ejecución cognitiva deficiente y Estado perinatal anormal.

Doce años después, en Inglaterra, Sandberg, Wiesel-

-berg y Shaffer (1980), al tener los resultados de la evaluación clínica de 226 niños londinenses del sexo masculino, seleccionados de 19 escuelas públicas, observaron que tanto el bajo nivel socioeconómico como el hogar desintegrado y problemas de personalidad de la madre se asociaban a la hiperactividad de los niños medida a través de las escalas de Conners para padres y maestros; a la vez, los autores no encontraron una relación directa entre la presencia de alteraciones neuroevolutivas y la conducta hiperactiva. Es pertinente añadir, que si se integran estos resultados a los proporcionados por O'Malley y Eisenberg (1973), Chawla y Gupt (1979), Stewart y cols. (1980, 1981), Scharbach y Boucard (1982), Lara Tapia y Porcayo (1983) se han citado ocho condiciones de desventaja social vinculadas a comportamiento hiperactivo: bajo status socioeconómico, familia desintegrada, hogar desorganizado, familia numerosa, dificultades conyugales entre los progenitores, alcoholismo del padre, inestabilidad emocional de la madre y relaciones conflictivas entre ambos padres y los hijos.

La importancia de estos datos y la posibilidad de acceso a los expedientes clínicos de niños asistentes al Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, estimularon la realización de este estudio, cuyo objetivo es describir las características biológicas y psicosociales de una muestra de niños diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima detectadas en la revisión de su evaluación clínica.

Se formularon tres hipótesis de nulidad:

Ho. 1. En la muestra de niños diagnosticados con -
Disfunción Cerebral Mínima no habrá diferencia en la frecuencia de aparición de cada una de las conductas especificadas -
por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Men
tales (DSM III, 1984) para los síntomas básicos del Trastoro
no por déficit de atención con hiperactividad.

Ho. 2. No se encontrará diferencia entre los niños de la muestra respecto a la frecuencia de aparición de las si
guientes características: signos neurológicos leves, anormalidad electroencefalográfica y antecedentes patológicos en su desarrollo.

Ho. 3. No diferirá en los niños la frecuencia de -
aparición de las siguientes condiciones de adversidad social: bajo status socioeconómico, familia desintegrada, hogar desorg
ganizado, familia numerosa, dificultades conyugales entre los progenitores, alcoholismo del padre, inestabilidad emocional de la madre y relaciones conflictivas entre ambos padres y -
los hijos.

III.a.2. Diseño de investigación

Se trata de un estudio descriptivo en una muestra no probabilística definida por la asignación de un diagnóstico - psiquiátrico. Si bien la mayoría de los datos incluidos en la evaluación clínica pueden considerarse nominales, otros como la edad, el nivel intelectual y el tiempo de tratamiento - son de tipo intervalar. Se registraron las distribuciones - de frecuencias para las diferentes clases de categorías calculándose los porcentajes correspondientes; ya en dependencia a la naturaleza de los datos, se emplearon media aritmética, mediana y X^2 . Para la aceptación o rechazo de las hipótesis nulas se utilizó la prueba X^2 en base al principio de indiferencia, que asigna probabilidades iguales de aparición a cada una de las categorías, habiéndose establecido como nivel de - significancia (alfa) .05 de probabilidad.

III.a.3. Sujetos

Se seleccionaron inicialmente 55 niños asistentes al servicio de consulta externa que fueron diagnosticados por - los médicos psiquiatras con DCM. Se descartaron 25 casos de - bido a que sus expedientes carecían de algún estudio o de - notas de evolución, quedando integrada la muestra por los 30 ca - sos restantes.

III.a.4. Instrumento

Se empleó la Historia Clínica Psiquiátrica cuyo for-

-mato, de uso regular en la institución, presenta los siguientes incisos: Datos generales, Ficha de identificación, Motivo de consulta, Padecimiento actual, Antecedentes heredo-familiares, Antecedentes personales patológicos y no patológicos, Desarrollo psicobiológico, Dinámica familiar, Relaciones interpersonales, Estudios de laboratorio y gabinete, Examen mental, Exploración física y neurológica, Impresión diagnóstica, Tratamiento y Notas de evolución. El interrogatorio efectuado por el psiquiatra se ajusta a un tipo de entrevista semiestandarizada, ya que a la vez que sigue un orden en la indagación de la información, da margen a la reformulación de las preguntas y a la profundización en algunas áreas.

III.a.5. Procedimiento

Se solicitó la cooperación de los psicólogos de la sección de psicodiagnóstico, a fin de que reportaran nombre y número de expediente de los casos que en el lapso de un año hubieran atendido con el diagnóstico del síndrome. Posteriormente, dichos historiales fueron facilitados por el departamento de archivo clínico procediéndose a desglosar la información para lo cual se emplearon cuadros de concentración de frecuencias. Un problema que se presentó en la revisión fue la variabilidad en la redacción de la entrevista, aspecto que determinó una considerable inversión de tiempo para el vaciado del contenido.

Se llevó a cabo el tratamiento estadístico de los datos y los resultados se detallan a continuación.

III.a.6. Resultados

Las distribuciones de frecuencias para todas las categorías junto con sus respectivos porcentajes se concentraron en 32 cuadros, mismos que pueden observarse en el Apéndice D.

Informante y responsable del caso (Cuadro 1). Fueron las madres quienes en la mayoría de los casos acudieron con sus hijos a las citas dadas en el hospital y proporcionaron la información requerida tanto por el médico psiquiatra como por el personal paramédico ($X^2=49.19$, 3 gl, p menor a .01).

Referencia (Cuadro 2). En cuanto a las fuentes de canalización de los niños, fue prioritariamente la familia la que por iniciativa propia recurrió a solicitar la atención profesional ($X^2=10.32$, 4 gl, p menor a .05).

Residencia (Cuadro 3). Con frecuencia importante las familias de los niños se habían establecido en el Distrito Federal. ($X^2=13.32$, 1 gl, p menor a .01).

Religión. Se reportó la católica en todas las familias.

Fecha de primera consulta (Cuadro 4). No difirió el número de niños que asistió en el período de Enero a Junio de aquel que se registró de Julio a Diciembre ($X^2=3.32$, 1 gl, no significativa).

Lugar de nacimiento (Cuadro 5). A excepción de un caso, los menores eran originarios del Distrito Federal.

Sexo (Cuadro 6). No hubo diferencia entre las frecuencias para cada categoría ($\chi^2=3.32$, 1 gl, no significativa).

Edad (Cuadro 7). El rango cubrió de los 2 años 4 meses a los 10 años 6 meses; la mayor parte de los sujetos tuvo edades comprendidas entre los 4 y 7 años ($\chi^2=14.30$, 4 - gl, p menor a .01), siendo la edad media de 6 años (6.65).

Escolaridad (Cuadro 8). Se registró desde su ausencia referida en un niño con edad menor a los tres años, hasta el 4° de primaria. No se detectó diferencia entre el número de casos inscrito en preescolar y el que cursaba el nivel escolar ($\chi^2=1.68$, 1 gl, no significativa).

Motivo de consulta (Cuadro 9). Inicialmente las madres declararon 14 conductas. Más de dos terceras partes aludieron a la inquietud de sus niños como el problema principal. El bajo rendimiento escolar y la conducta agresiva fueron subrayados por más de la tercera parte. La distracción y desobediencia en casa fueron señaladas como motivo de consulta - por una tercera parte del grupo. Más de la cuarta parte consideró la actitud exigente como causa de asistencia al hospital. Con frecuencia mínima se citaron otros problemas: enuresis, irritabilidad, onicofagia, obstinación, destructividad,

mitomanía, terrores nocturnos y crueldad hacia los animales.

Padecimiento actual (Cuadro 10). Se encontró en los expedientes clínicos de los sujetos de la muestra un conjunto de 41 conductas. Bajo el interrogatorio del médico, todas las madres indicaron que sus hijos mostraban inquietud exagerada lo cual ocasionaba conflictos en el hogar. La mayoría mencionó distracción ($\chi^2=6.52$, 1 gl, p menor a .01) y desobediencia en casa ($\chi^2=22.54$, 1 gl, p menor a .01), así como inquietud excesiva en el salón de clases ($\chi^2=9.96$, 1 gl, p menor a .01). La mitad del grupo habló de agresividad hacia los hermanos, bajo rendimiento académico, obstinación, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. Más de la tercera parte mencionó su preocupación por la conducta impulsiva de los niños, distracción en la escuela y desobediencia con los profesores. La tercera parte citó agresividad hacia los padres, destructividad y estado de ánimo variable. Más de la cuarta parte percibía actitud exigente. Se deriva al lector al Cuadro 10, a fin de que pueda percatarse de la extensa gama de problemas (#18 al 41) referida por menos de la cuarta parte de las madres.

Con frecuencia elevada el comportamiento difícil de los niños se inició antes de los siete años ($\chi^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01), cuando tenían una edad promedio de cuatro años (4.29). Su duración no menor de seis meses ($\chi^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01) se manifestó con un lapso promedio de -

22 meses (22.3) a la fecha en que los niños llegaron a su primera consulta.

Se cotejó la información del padecimiento actual con el criterio sintomático del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984). En el Cuadro 11 se presentan las frecuencias para cada conducta, los porcentajes que representan en el grupo y los valores de χ^2 que con 1 gl reportaron diferencia significativa al .05. Sólo se indicaron con regularidad del síntoma Falta de atención "Se distrae con facilidad", del síntoma Impulsividad "Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia" y del síntoma Hiperactividad "Está siempre en 'marcha' o actúa como si lo moviese un motor" y "Le cuesta estar sentado". De acuerdo al DSM III es suficiente que se presenten dos conductas para determinar este último síntoma, pero al no existir la cantidad mínima de conductas relativas a Falta de atención e Impulsividad, los sujetos no cubrieron el criterio sintomático estipulado por dicho manual para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Respecto a los síntomas asociados, con alta frecuencia se reportaron Falta de respuesta a la disciplina y Disfunciones percepto-motoras.

Número de embarazos (Cuadro 12). Casi la mitad de las madres experimentó tres embarazos, poco menos de la cuarta parte dos, la sexta parte del grupo cuatro y con escasa frecuencia se registró a las madres que vivieron un embarazo

o más de cuatro.

Número de hijos (Cuadro 13). En promedio fueron tres hijos ($\bar{X} = 3.43$).

Lugar del paciente (Cuadro 14). Una tercera parte de los casos era de primogénitos, otra más estuvo formada por los niños que ocupaban el segundo lugar, una sexta parte nació en tercer término y pocos casos ocuparon lugares subsiguientes. Se obtuvo diferencia entre las frecuencias acumulándose la mayor parte de ellas en los dos primeros lugares ($\chi^2=16.80$, 5 gl, p menor a .01).

Número de hermanos (Cuadro 15). Los niños de la muestra tenían en promedio un hermano y una hermana.

Condiciones del embarazo (Cuadro 16). En relación a la actitud de los progenitores frente al embarazo, la mayoría había deseado el nacimiento del niño ($\chi^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01). En dos terceras partes de los casos no hubo complicaciones durante el embarazo y en la tercera parte restante fue necesario el uso de medicamentos por infecciones o amenaza de aborto; no obstante, no hubo diferencia entre las frecuencias referentes a presencia y ausencia de problemas ($\chi^2=3.32$, 1 gl, no significativa). La gestación a término se mencionó en el 96.7% de los sujetos.

Condiciones del parto (Cuadro 17). Mayoritariamente

-te la atención fue hospitalaria ($\chi^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01) y el parto normal ($\chi^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01). No existió diferencia entre el número de madres en las que se empleó anestesia y aquel en las que no se utilizó ($\chi^2=.12$, 1 gl, no significativa). En un bajo porcentaje se realizó cesárea y en tres casos (10%) se usaron fórceps.

Desarrollo psicobiológico (Cuadro 18). De los historiales en los que apareció el dato, el peso promedio al nacer fue de 3.000 kgs. con rango de 2.000 a 4.800 kgs. A los niños se les alimentó al seno materno en promedio hasta los cinco meses ($\bar{X} = 5.47$) con rango de uno a 18 meses. La mayor parte recibió alimentación en cantidad suficiente ($\chi^2= 6.52$, 1 gl, p menor a .05), pero la calidad de la misma no se reportó con frecuencia relevante ($\chi^2=3.32$, 1 gl, no significativa). En casi todos los niños su desarrollo psicomotor temprano fue considerado normal ($\chi^2=13.32$, 1 gl, p menor a .01) salvo en cinco sujetos (16.7%) en quienes la marcha y el lenguaje aparecieron tardíamente. Antes de iniciarse el comportamiento problemático señalado por las madres, la mayor parte de los menores había logrado controlar sus esfínteres, su sueño era tranquilo y no presentaba problemas para su alimentación.

Antecedentes personales patológicos (Cuadro 19). - El 83.3% recibió un esquema de vacunación completo. Más de la mitad padeció constantes enfermedades respiratorias, una -

tercera parte sufrió traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia a una edad promedio de tres años (3.26), en más de la cuarta parte se citaron amigdalitis y problemas gastrointestinales frecuentes y pocos casos tuvieron otros problemas de salud anotados en el Cuadro 19.

Datos en relación con la escuela (Cuadro 20). Los 11 niños inscritos en nivel preescolar tenían una edad promedio de cuatro años (4.12) cuando ingresaron al mismo. Las maestras de más de la mitad del grupo se quejaban de su inquietud y agresividad. En la cuarta parte se refirió bajo aprendizaje escolar y advertencia de expulsión; un porcentaje mínimo exhibía resistencia a asistir a la escuela.

Los 18 casos inscritos en primaria tuvieron en promedio seis años (6.11) al ingresar a ella. En la mayoría se describió inquietud exagerada ($X^2=10.88$, 1 gl, p menor a .01); en más de dos terceras partes se señalaron distractibilidad y bajo aprovechamiento escolar ($X^2=3.54$, 1 gl, no significativa); en más de la mitad desobediencia, en una tercera parte reprobación de algún grado y en una cuarta parte agresividad y amenaza de expulsión del plantel escolar.

Antecedentes heredo-familiares I, II, III (Cuadros 21, 22 y 23). En el Cuadro 21 aparecen los datos relativos al padre y familiares por rama paterna. No se reportaron con frecuencia alta alcoholismo, agresividad ni excitabilidad

en los padres ($\chi^2=.02$ respectivamente, 1 gl, no significativa). De los 26 parientes por rama paterna en más de la cuarta parte se refirió diabetes, en más de la sexta parte epilepsia y en la novena parte retraso mental. Otros problemas señalados en pocos casos se encuentran también en el cuadro.

Sobre los datos de la madre y parientes por rama materna, con frecuencia importante las madres se describieron a sí mismas como personas excitables ($\chi^2=5.82$, 1 gl, p menor a .05); una tercera parte reconoció su agresividad dentro del hogar y la cuarta parte depresión. De los 14 familiares, en una sexta parte se indicaron depresión y tratamiento psiquiátrico. En el Cuadro 22 se localizan las frecuencias.

Respecto a los hermanos de los sujetos (Cuadro 23) de un total de 31 varones, la quinta parte fue considerada con problemas de conducta mientras que de las 42 mujeres éstos se citaron en el 7.1%.

Datos generales del padre (Cuadro 24).

Edad. Su rango fue de 25 a 60 años y la mediana de 37 años.

Escolaridad. En el Cuadro 24 se muestran los diversos niveles académicos con sus frecuencias y porcentajes. No hubo diferencia entre las frecuencias para los cuatro niveles ($\chi^2=6.43$, 3 gl, no significativa).

Ocupación. Existió diferencia puesto que las frecuencias se

repartieron entre las ocupaciones de obrero, empleado y profesional y sólo un padre se dedicaba a las labores del campo. - ($\chi^2=7.83$, 3 gl, p menor a .05).

Datos generales de la madre (Cuadro 25).

Edad. Con rango de 23 a 53 años la mediana fue de 30 años.

Escolaridad. Las frecuencias se acumularon en los niveles de primaria y secundaria constituyendo un bajo porcentaje las madres que alcanzaron estudios de preparatoria y universidad ($\chi^2=14.84$, 3 gl, p menor a .01).

Ocupación. Atendían el hogar pero más de la mitad trabajaba para el sostén de la familia, no difiriendo su tipo de actividad laboral ($\chi^2=6.55$, 3 gl, no significativa).

Estructura familiar (Cuadro 26). No se detectó diferencia entre el número de familias integradas y el de desintegradas ($\chi^2=2.12$, 1 gl, no significativa); de estas últimas su condición fue atribuible a defunción de alguno de los progenitores en el 18.2% de los casos y a la separación voluntaria del padre en el 81.8%.

De acuerdo al informe de trabajo social, la mayoría de las familias carecían de un buen nivel de organización ya que había problemática en el desempeño de roles y en el establecimiento de normas ($\chi^2=6.52$, 1 gl, p menor a .05).

Los vínculos entre los miembros de las familias, ma-

-yoritariamente fueron conflictivos ($X^2=22.52$, 1 gl, p menor a .01); era difícil la relación entre los padres ($X^2=10.80$, 1 gl, p menor a .01), como la existente entre ellos y los hijos ($X^2=22.52$, 1 gl, p menor a .01). Las dificultades entre hermanos no se declararon con frecuencia alta ($X^2=2.52$, 1 gl, no significativa).

Con referencia al sostén económico, fueron ambos progenitores o el padre solo los que fungieron como proveedores regularmente ($X^2=20.64$, 4 gl, p menor a .01).

Con frecuencia relevante el ingreso mensual correspondió a salario mínimo ($X^2=22.52$, 1 gl, p menor a .01), con promedio de \$37,161.00, cantidad que se ubica en el rango del salario mínimo (\$31,800 a \$37,500) establecido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para el Distrito Federal en el año de 1985.

Exploración física y neurológica. Respecto al examen físico, tres niños (10%) padecían estrabismo. El examen neurológico fue reportado como normal en todos los casos con excepción de uno en el que se observó incapacidad para ejecutar rápidamente movimientos sucesivos y antagónicos de ambas extremidades (adiadococinesia), ($X^2=26.12$, 1 gl, p menor a .01).

Examen mental (Cuadro 27). El grupo completo fue considerado por los médicos con una edad aparente semejante a

la cronológica, cuerpo íntegro y bien conformado. Con frecuencia elevada se reportó inquietud excesiva ($\chi^2=4.80$, 1 gl, p menor a .05). En poco más de la mitad de la muestra se mencionó problema de atención; otros aspectos estimados en menor proporción se presentan también en el cuadro. Los psiquiatras estimaron el nivel intelectual de los casos como normal ($\chi^2=15.20$, 2 gl, p menor a .01).

Análisis de laboratorio (Cuadro 28). Los resultados fueron interpretados por el personal capacitado como cifras normales en la biometría hemática y química sanguínea. La mitad de los niños padecía parasitosis.

Electroencefalograma (Cuadro 29). No hubo diferencia entre el número de casos cuyos registros fueron valorados como normales y el de los niños que presentaron alteraciones electrocorticales ($\chi^2=.12$, 1 gl, no significativa). En el cuadro se especifican las características de los registros, edad de los sujetos, frecuencias y porcentajes.

Estudio psicométrico (Cuadro 30). Se recabaron los datos de los informes psicométricos. Los porcentajes relativos al Test Bender Gestalt fueron calculados sobre 29 casos dado que no se dispuso del registro de un niño cuya edad era inferior a los tres años. De los registros el 79.3% se interpretó como anormal y el 20.7% como normal, existiendo diferencia entre estas dos categorías ($\chi^2=9.96$, 1 gl, p menor

a .01). Con referencia al nivel intelectual, a la mayoría - les fue administrada la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler y a nueve se les aplicó la Escala de Inteligencia - Stanford-Binet Forma LM. Los resultados del cociente inte- lectual de estos últimos se manejaron conjuntamente con los - obtenidos del Cociente Global en el WISC, detectándose así un cociente promedio de 102.16 con rango de 77 a 136. La media aritmética del Cociente Verbal fue de 98.61 con rango de 75 a 129 y la del Cociente de Ejecución fue de 99.76 con rango de 74 a 129. Los promedios corresponden a un diagnóstico de - normalidad.

Tratamiento. Al 90% de los niños se les prescribie- ron medicamentos, siendo el promedio de dos fármacos; se en- contró una relación de diez fármacos citados en los expedien- tes clínicos (Cuadro 31). La ingestión fue regular en el - 77.8% de los casos, en tanto que en el 22.2% fue inconstante. La terapia psicopedagógica se administró al 3.3% de los niños, sucediendo lo mismo con la psicoterapia individual y la tera- pia conductual; la terapia familiar se llevó a cabo en el - 6.7%. Con referencia a la orientación a padres, se efectuó en todos los casos, centrándose en el manejo educacional; me- diante este recurso se abordaban los problemas del niño en - los diferentes contextos y se registraba en las notas de evo- lución el cambio apreciado en su comportamiento. En las per- tenecientes a la muestra en estudio, se reportó mejoría en el 50% de los casos (con desaparición del 75% ó más de los sín-

-tomas del padecimiento actual se registró el 13.3% y con desaparición del 50 al 74% se encontró al 36.7% del grupo); el 50% restante se repartió entre un 30% de casos en los que no se observó cambio alguno en la conducta después del tratamiento y un 20% formado por casos en los que se añadieron otros problemas (falta de apetito, agresividad) o bien dejaron de asistir a la institución.

Tiempo de tratamiento (Cuadro 32). Con un rango de uno a 45 meses, el lapso promedio de tratamiento en la institución fue de ocho meses; el cálculo del mismo se basó en 29 casos ya que uno de los niños recibió atención durante 95 meses.

Enseguida se integran los resultados obtenidos con el fin de describir en forma unitaria las características de esta muestra de niños diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima.

Con elevada frecuencia fueron las madres quienes acudieron por iniciativa propia a solicitar atención especializada a los problemas de sus hijos. Los niños nacieron y residían en el Distrito Federal. Sus edades se encontraban mayoritariamente entre los 4 y 7 años y no difirió el número de los que cursaban el nivel preescolar del que estaba inscrito en los primeros cuatro grados de la escuela primaria; tampoco hubo diferencia en su distribución por sexo.

Las madres mencionaron como motivo de consulta 14 - problemas diversos de los cuales uno fue citado por la mayoría, la inquietud exagerada de sus niños; mas al ser cuestionadas por el médico psiquiatra con el objeto de obtener una - descripción precisa de las conductas perturbadoras, señalaron 41 conductas entre las que además de la inquietud excesiva de clararon con alta frecuencia distracción, desobediencia y actitud conflictiva en el hogar al igual que inquietud excesiva en el salón de clases. Este comportamiento se inició a una edad promedio de cuatro años y su duración media fue de 22 meses hasta el momento que llegaron al hospital a su primera - consulta.

Los niños tenían en promedio un hermano y una hermana y ocupaban entre éstos el primero o segundo lugar.

En cuanto a sus antecedentes, fueron producto de un embarazo deseado y a término. El parto fue atendido en medio hospitalario y referido como normal. Su desarrollo psicomotor temprano fue adecuado, habiendo recibido un esquema - completo de vacunación.

Respecto a las características de sus progenitores, la mediana de edad de los padres fue de 37 años y no prevaleció entre ellos un determinado nivel de escolaridad ni tipo de ocupación. La mediana de edad de las madres fue de 30 años, su nivel escolar fue inferior a la preparatoria, aten-

-dían el hogar y se consideraron a sí mismas personas excitables.

Las familias de los niños no estuvieron con frecuencia elevada integradas ni tenían un buen nivel de organización; los vínculos entre los padres como entre ellos y los hijos se describieron como conflictivos. Los ingresos mensuales correspondían al salario mínimo.

Al ser valorados los niños dentro de la institución, los psiquiatras observaron en ellos inquietud exagerada y estimaron la exploración física y neurológica al igual que el nivel intelectual como normales. El análisis de laboratorio fue interpretado como normal. El estudio psicométrico reportó trastornos percepto-motores en sus registros del Test Bender Gestalt y los promedios de los cocientes obtenidos en la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler correspondieron a un diagnóstico de normalidad. No se detectó en los niños con frecuencia estadísticamente relevante, alteración electroencefalográfica.

Respecto a su tratamiento, predominan la orientación a padres y la prescripción de fármacos cuya ingestión fue regular durante un lapso promedio de ocho meses.

Ahora bien, sobre el planteamiento de las hipótesis de nulidad se tiene lo siguiente:

Ho 1. De las 16 conductas que integran los sínto-

-mas básicos, se rechaza para ocho en las que hubo diferencia significativa al .05 de probabilidad entre las frecuencias esperada y observada. Cuatro de dichas conductas tuvieron una mínima aparición en el grupo:

- A menudo no puede acabar las cosas que empieza (Falta de atención).
- Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (Impulsividad).
- Necesita supervisión constantemente (Impulsividad).
- Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales (Impulsividad).

Las otras cuatro conductas se reportaron con frecuencia en el grupo:

- Se distrae con facilidad (Falta de atención).
- Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia (Impulsividad).
- Le cuesta estar sentado (Hiperactividad).
- Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor" (Hiperactividad).

Se acepta la hipótesis de nulidad para tres conduc--

-tas:

- Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida (Falta de atención).
- A menudo actúa antes de pensar (Impulsividad).
- Se mueve mucho durante el sueño (Hiperactividad).

En la evaluación clínica no se reportaron en el inciso de padecimiento actual las cinco conductas restantes:

- A menudo no parece escuchar (Falta de atención).
- Tiene dificultades para concentrarse en un juego (Falta de atención).
- Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra (Impulsividad).
- Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles (Hiperactividad).
- Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente (Hiperactividad).

En consecuencia, este grupo de niños diagnosticados con DCM no cubrió con frecuencia relevante el criterio sintomático para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984).

Ho 2. Se acepta para anormalidad electroencefalográfica y problemas durante el embarazo puesto que no existió diferencia significativa al .05 entre el número de casos que los presentaron y el de aquellos en quienes no se reportaron.

Se rechaza para signos neurológicos leves ya que su aparición fue mínima. En cuanto a los antecedentes patológicos en el desarrollo, la hipótesis se rechaza en virtud de que en la mayoría de los niños el parto y el desarrollo psicomotor temprano fueron considerados normales.

En estos términos, el grupo estudiado no presentó con alta frecuencia signos neurológicos leves, alteración electroencefalográfica ni antecedentes patológicos.

Ho 3. De las ocho condiciones de adversidad social, se acepta la hipótesis nula para tres: familia desintegrada, alcoholismo del padre y familia numerosa.

Se rechaza la hipótesis, al observarse diferencia atribuible a elevada aparición en el grupo, para las condiciones restantes: bajo status socio-económico, hogar desorganizado, dificultades conyugales entre los progenitores, relaciones conflictivas entre ambos padres y los hijos e inestabilidad emocional de la madre.

Cinco de ocho condiciones de desventaja social estuvieron presentes en el medio familiar de los niños estudiados.

III.a.7. Discusión

Sin dejar de considerar la naturaleza descriptiva de este estudio y el reducido número de sujetos que integraron la muestra, los resultados estimulan la reflexión sobre algunos puntos.

La asistencia de un niño a un servicio de consulta externa de una institución psiquiátrica no implica forzosamente la existencia de comportamiento perturbado. La entrevista con los adultos que le acompañan constituye el primer acercamiento del clínico al conocimiento del niño. En la recabación de datos tan importante es lo que se dice sobre el niño como quien lo dice. En este estudio preliminar la información fue proporcionada por la madre, hecho que lleva a la obtención de un reporte verbal parcial. Por otra parte como características de las madres: se consideraban personas - - excitables, su nivel de escolaridad era bajo y tenían una familia en la que prevalecían las carencias económicas, desorganización y dificultades con el cónyuge así como entre ambos progenitores y los hijos. Si bien su apreciación de problemas en sus niños pudo haber sido objetiva, también es posible que las condiciones personales y familiares hubieran influenciado su opinión. Con frecuencia importante la queja inicial dada, sin mayor especificación fue la inquietud excesiva de sus hijos, por ésta les llevaron a consulta; con el interrogatorio del psiquiatra delimitaron algunas peculiaridades

de la conducta citada, mas le dieron importancia a otras que no declararon desde un principio. Al respecto surgen varios cuestionamientos ¿estas conductas no eran para ellas suficiente motivo de preocupación como para señalarlas en primer término?, ¿fue la confianza con el médico lo que las condujo a ampliar su descripción? o tal vez ¿la dirección del interrogatorio influyó en su reporte?

Las conductas perturbadoras de los niños, en el hogar, según la opinión de las madres fueron inquietud exagerada, distracción y desobediencia, mismas que motivaban el llamarles la atención constantemente. Fuera de la casa se comentó inquietud exagerada en el salón de clases. En cuanto a la observación del comportamiento de los niños por parte de los médicos psiquiatras, reportaron inquietud excesiva ratificándose así la opinión de las madres al respecto.

En los casos estudiados no se detectaron con elevada frecuencia signos neurológicos leves ni anormalidad electroencefalográfica; tampoco se encontraron antecedentes personales patológicos en su desarrollo. La descripción hecha por Paine en 1969 de los niños con el síndrome de DCM no se ajusta a las características de los niños cuyas valoraciones clínicas fueron analizadas en esta ocasión, ¿en qué condiciones se sustentó entonces el diagnóstico de DCM?. La carencia en el síndrome de una estructura nosográfica definida ha sido subrayada por autores como Azcoaga (1979), Phillips (1980),

Sandberg y cols. (1980), Rutter (1982) y Kinsbourne (1983) entre otros.

El argumento sobre la génesis neurológica del nivel elevado de motilidad en el niño, propuesto por clínicos como Cabrera (1974), Safer (1976), Arnold y cols. (1976), Ortiz y Castañón (1977), Puente (1979), Velasco (1980), Loney (1980) y Renshaw (1980) entre algunos más, no fue apoyado por los resultados de este estudio.

Los niños de la muestra no cubrieron el criterio sintomático para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado por el DSM III (1984) en el cotejo retrospectivo que se realizó.

Es pertinente recordar que las conductas problemáticas de los niños, que fueron referidas por sus madres se iniciaron a los cuatro años, edad en la que Gesell describe al niño como "sumamente activo, con una gran energía que le hace parecer incansable y con tendencia a extralimitarse" y edad también en la que en los niños de la muestra se inició el proceso de adaptación a un nuevo contexto, el escolar.

Respecto a factores de desventaja social que los investigadores han asociado a comportamiento hiperactivo, los resultados indican bajo nivel socioeconómico (O'Malley, Eisenberg, 1973; Stewart y cols. 1980; Sandberg y cols. 1980), baja escolaridad de la madre (Escotto, 1983; Noguez, 1985);

hogar desorganizado, relaciones conflictivas entre ambos padres como entre ellos y los hijos (Chawla y Gupt, 1979; Sandberg y cols. 1980). Es posible que estas condiciones adversas al aprendizaje y desarrollo del niño desempeñen un papel importante como generadores de tensión y conducta de escape.

Los resultados de esta investigación preliminar remiten así, por principio, a la necesidad de conocer las conductas del niño no sólo a través del informe verbal de la madre sino también por medio de diferentes recursos clínicos que con anterioridad fueron considerados en el inciso relativo al diagnóstico del comportamiento hiperactivo. Entre ellos es menester objetivar la opinión de ambos padres mediante la administración de listas de verificación conductual.

Se requieren datos normativos en poblaciones en las que sea posible controlar en los niños el nivel cronológico, condiciones neurológicas y psicosociales a fin de poder valorar tanto cuantitativamente como cualitativamente el nivel excesivo de motilidad y cambios en la actividad del niño. El énfasis, por principio, tiene que ponerse en el análisis discriminativo de las conductas bajo condiciones contextuales específicas y no en la etiología como sucede en el caso del diagnóstico de "Disfunción Cerebral Mínima".

III.b. INVESTIGACION

III.b.1. Planteamiento del problema y formulación de hipótesis

En los resultados obtenidos en el estudio preliminar reportado en este trabajo, se detectó dificultad en las madres para especificar las conductas problemáticas de sus hijos cuando se empleó como recurso clínico la entrevista; así mismo en el análisis retrospectivo que se realizó se observó que los niños diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima no presentaron con frecuencia relevante el criterio sintomático del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - (DSM III, 1984), antecedentes personales patológicos, signos neurológicos leves ni anormalidad electroencefalográfica, en tanto que se reportaron con regularidad algunas condiciones de desventaja social.

Dados los resultados del estudio preliminar, se planeó esta investigación a realizar también dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil. Fueron cuatro sus objetivos:

- Conocer el patrón de comportamiento de niños con - - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, declarado por sus madres, en sus respuestas a la Escala Revisada para Padres de K. Connors, la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters y la Escala de Evaluación de los Padres de D. Hammill y L. Brown.

- Indagar si existían diferencias en el patrón de comportamiento, a través de las respuestas a las tres escalas, entre los niños con el síndrome en función de su registro electroencefalográfico: normal o anormal.
- Determinar si el patrón de comportamiento de los niños con el síndrome difería del declarado en un grupo sin el síndrome y con electroencefalograma normal.
- Estudiar la validez de criterio y de constructo de las tres escalas que se administraron.

Los tres primeros objetivos se contemplaron en conjunto bajo la formulación de esta hipótesis de nulidad:

- Ho 1. No existe diferencia entre los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y EEG normal (Grupo 1), los niños con el síndrome y EEG anormal (Grupo 3) y los niños sin el síndrome y EEG normal (Grupo 2) respecto a la aparición frecuente de la conducta señalada por cada uno de los 109 ítemes, tal como informaron las madres.

Podrá notarse en el Capítulo IV concerniente a los resultados de este estudio, que fueron formuladas dos hipótesis nulas más, que por la naturaleza de los datos se requirieron para efectuar un análisis estadístico más completo condu-

-cente a la verificación de los resultados:

- Ho 2. Existe independencia entre el grupo de procedencia y el tipo de clasificación que las madres hicieron de los niños.
- Ho 3. En los Grupos 1 y 3 la distribución de las frecuencias en las categorías ausente y ocasional es azarosa.

III.b.2. Diseño de investigación

Este es un estudio correlacional en el que se seleccionaron los grupos de sujetos en base a dos variables clasificatorias: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984) y registro electroencefalográfico - anormal que determinaron la derivación de los sujetos a su grupo de pertenencia, habiéndose controlado su edad y nivel intelectual.

El tratamiento estadístico incluyó básicamente prueba χ^2 , prueba exacta de Fisher y análisis factorial.

III.b.3. Sujetos

Los psicólogos remitieron a 120 niños procedentes de la consulta externa, de ambos sexos, con edad entre los 8 y 13 años, Cociente Intelectual Global como mínimo de 71 en la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler y registro electroencefalográfico disponible, que habían recibido el diagnóstico inicial de Disfunción Cerebral Mínima o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad según la denominación dada por cada médico en particular.

Se realizó una entrevista con sus madres sobre los síntomas básicos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984), edad de inicio y duración, habiéndoseles aclarado que se trataba de conocer cómo era el comportamiento de su hijo (a) hasta el día en que se le abrió expediente clínico en la institución.

Con base en la información que proporcionaron sobre los síntomas básicos del cuadro clínico como del resultado electroencefalográfico, se eligieron 90 casos, de los cuales 60 cubrían los criterios diagnósticos del síndrome y que se consideraron hiperactivos y 30 que no presentaron el mínimo de conductas establecido en el manual para determinar los síntomas básicos y que integraron el grupo no hiperactivo (Grupo 2). De los 60 niños hiperactivos, 30 tenían EEG normal (Grupo 1) y los otros 30 anormal (Grupo 3). El registro electroencefalográfico de los niños no hiperactivos fue repor

-tado como normal.

En el Apéndice E se presentan los cuadros correspondientes a las características de los sujetos de esta investigación.

En el Cuadro 33 se encuentran las frecuencias y porcentajes, en cada uno de los grupos, de las conductas que conforman los síntomas básicos, mismas que se iniciaron en el Grupo 1 a una edad promedio de 4.80 años y en el Grupo 3 a los 4.76 años.

En el Cuadro 34 pueden observarse los intervalos de duración, siendo las medias de 62.86 meses (Grupo 1) y 61.90 meses (Grupo 3).

Sexo (Cuadro 35). Los dos grupos hiperactivos estuvieron integrados mayoritariamente por varones en contraste al grupo no hiperactivo en el que el número de hombres y mujeres fue semejante ($\chi^2=30.12$, 2 gl, p menor a .01).

Edad (Cuadro 36). Los promedios fueron de 10.03 años (Grupo 1), 10.56 (Grupo 2) y 9.92 (Grupo 3). Al computar la prueba de rangos de Duncan no se obtuvieron diferencias entre las medias (en meses) puesto que las discrepancias no alcanzaron los valores críticos de $R_{p3}(13.15)$ y $R_{p2}(12.64)$ con 87 gl (p no significativa).

Estudio psicométrico. Nivel intelectual (Cuadro 37). Los cocientes promedio obtenidos por los grupos en la escala de Wechsler (WISC) correspondieron a un diagnóstico de normalidad. Se empleó la prueba de Rangos de Duncan, no resultando significativa ninguna de las diferencias entre las medias que fueron las siguientes:

Cociente Verbal: 94.53 (Grupo 1), 92.03 (Grupo 2) y 96.20 (Grupo 3). $Rp_3(9.92)$ y $Rp_2(9.54)$.

Cociente de Ejecución: 95.90 (Grupo 1), 96.66 (Grupo 2) y 96.26 (Grupo 3). $Rp_3(9.75)$ y $Rp_2(9.36)$.

Cociente Global: 94.76 (Grupo 1), 93.63 (Grupo 2) y 95.80 (Grupo 3). $Rp_3(9.45)$ y $Rp_2(9.08)$.

Electroencefalograma (Cuadros 38 y 39). Los registros del Grupo 3 fueron interpretados como anormales por especialistas de la institución. Los diagnósticos se transcriben al Cuadro 38.

En el Cuadro 39 aparecen frecuencias y porcentajes concernientes a datos interesantes obtenidos de los registros, al analizar dicha información se encontró que con frecuencia alta el EEG de los niños hiperactivos del Grupo 3 fue realizado bajo sueño inducido ($\chi^2=14.60$, 2 gl, p menor a .01); no hubo diferencia entre el número de niños que sus madres reportaron ingerían algún medicamento y el de aquellos que no se sujetaron a un tratamiento farmacológico ($\chi^2=.52$, 1 gl, no -

significativa); los niños fueron mayoritariamente diestros - ($X^2=16.14$, 1 gl y p menor a .01) y con ritmo de base alfa de 9 a 10 ciclos por segundo ($X^2=13.72$, 3 gl p menor a .01). La alteración en los ritmos que más se presentó en el grupo - estuvo constituida por potenciales agudos ($X^2=28.64$, 4 gl, p menor a .01). Sólo dos casos mostraron desaceleración difusa.

En cuanto a los grupos con EEG normal, tanto el hiperactivo (Grupo 1) como el control (Grupo 2) se tiene lo siguiente. Mientras que entre los niños hiperactivos no difirió el número de los que tomaban algún fármaco del que sí lo hacía, la mayoría de los menores del grupo hiperactivo no ingería medicamentos prescritos por el médico psiquiatra al momento de ser llevado a cabo el EEG ($X^2=6.64$, 1 gl, p menor a .02); los niños eran en su gran mayoría diestros ($X^2=48.64$, 1 gl, p menor a .01); su ritmo de base predominante fue alfa de 9 a 10 ciclos por segundo ($X^2=60.80$, 2 gl, p menor a .01).

Con el propósito de complementar la información sobre los sujetos de la muestra, enseguida se añaden otros datos recabados de su evaluación clínica.

Referencia (Cuadro 40). Los niños hiperactivos con EEG anormal (Grupo 3) fueron canalizados a la institución prioritariamente por sus profesores ($X^2=39.84$, 6 gl, p menor a .01).

Residencia (Cuadro 41). Con frecuencia elevada - los niños de los tres grupos radicaban en el Distrito Federal ($X^2=54.52$, 2 gl, p menor a .01).

Lugar de nacimiento (Cuadro 42). La mayoría de - los casos eran originarios del Distrito Federal ($X^2=294.94$, 8 gl, p menor a .01).

Escolaridad (Cuadro 43). Se combinaron las fre-- cuencias de escuela especial y secundaria para compararlas - con la de primaria, detectándose diferencia entre ellas - - ($X^2=58.36$, 2 gl, p menor a .01), registrándose el número ma-- yor de casos en primaria. Posteriormente, se compararon las frecuencias de este nivel acumuladas por pares de grados en - cada grupo no obteniéndose diferencia entre el número de ni-- ños que cursaban 1° ó 2°, 3° ó 4° ni 5° ó 6° ($X^2=4.81$, 4 gl, no significativa).

Número de hijos (Cuadro 44). Los promedios fueron: 3.83 (Grupo 1), 3.90 (Grupo 2) y 3.23 (Grupo 3).

Lugar del paciente (Cuadro 45). En los tres gru-- pos las frecuencias se acumularon en el primero y segundo lugares. Se calculó la X^2 de las distribuciones de estos dos entre los tres grupos no existiendo diferencia ($X^2=5.08$, - - 2 gl, no significativa). Se combinaron las frecuencias de - estos lugares y se compararon con la acumulada de los restan-- tes (3° a 9°) difiriendo entre ellas ($X^2=10.24$, 2 gl, p me--

-nor a .01).

Número de hermanos (Cuadro 46). No difirió el número de hermanos y hermanas entre los tres grupos ($\chi^2=2.90$, 2 gl, no significativa), siendo los promedios de varones 1.30 (Grupo 1), 1.26 (Grupo 2) y 1.23 (Grupo 3); los de mujeres fueron 1.53 (Grupo 1), 1.66 (Grupo 2) y 1.00 (Grupo 3).

Condiciones del embarazo (Cuadro 47). Sobre la actitud de los progenitores frente al embarazo, los grupos difirieron en la expectativa alrededor del nacimiento del hijo ($\chi^2=11.18$, 2 gl, p menor a .01) ya que la mayoría de los niños del Grupo 2 fueron deseados en tanto que en los Grupos 1 y 3 no hubo diferencia entre el número de hijos deseados y el de los no deseados.

La gestación a término se citó mayoritariamente en los tres grupos.

Si bien no se dispuso en todos los casos de información relativa a la presencia de problemas durante el embarazo, en el Cuadro 47 se muestran algunos datos.

Condiciones del parto (Cuadro 48). Casi todos los niños de los tres grupos nacieron en medio hospitalario y con frecuencia significativa el parto fue referido como normal ($\chi^2=27.66$, 2 gl p menor a .01).

Desarrollo psicobiológico. El peso promedio al nacer fue de 3.091 Kgs. en el Grupo 1 (rango 2.500 a 4.000 - - Kgs.), 3.154 Kgs. en el Grupo 2 (rango 2.000 a 5.000 Kgs.) y 2.967 Kgs. en el Grupo 3 (rango 1.900 a 4.500 Kgs.).

Se reportó desarrollo temprano normal en el 86.7% - del Grupo 1, 96.7% del Grupo 2 y 73.3% del Grupo 3, detectándose diferencia entre los tres grupos ($\chi^2=48.76$, 2 gl, p menor a .01) ya que en los Grupos 1 y 2 predominó el desarrollo normal y en el Grupo 3 no difirió el número de niños que lo presentaron del de aquellos en los que se declaró retardo en el inicio de la deambulaci3n y lenguaje.

Antecedentes personales patol3gicos (Cuadro 49). - Recibi3 un esquema completo de vacunaci3n el Grupo 1 y el - 86.7% de los Grupos 2 y 3. La mitad de los ni3os de los Grupos 1 y 3 padeci3 amigdalitis y traumatismo craneoencef3lico; la mitad de los Grupos 2 y 3 haba presentado con regularidad infecciones respiratorias y parasitosis. En el cuadro puede observarse la relaci3n de problemas de salud que se se3alaron en la muestra.

Al ser valorados los casos dentro de la instituci3n, se encontr3 que tena parasitosis el 36.8% de 19 sujetos del Grupo 1, el 20.8% de 24 del Grupo 2 y el 23.8% de 21 del Grupo 3.

Por otra parte, cabe agregar que los psicólogos detectaron trastornos percepto-motores en el Test Bender Gestalt del 80% del Grupo 1, 43.3% del Grupo 2 y 66.7% del Grupo 3.

Datos en relación con la escuela (Cuadro 50). Con referencia a medidas de castigo por parte de la dirección del plantel escolar (suspensión temporal y advertencia de expulsión), hubo diferencia entre los grupos puesto que en los niños del Grupo 2 casi no se mencionaron, mientras que en los niños de los Grupos 1 y 3 se citaron en más de la mitad de los casos ($\chi^2=19.44$, 2 gl, \underline{p} menor a .01).

En cuanto a la reprobación de grados académicos, no existió diferencia entre los grupos ($\chi^2=.76$, 2 gl, no significativa), la mitad de los sujetos de cada grupo tenía antecedentes al respecto.

Antecedentes heredo-familiares I, II y III (Cuadros 51, 52 y 53). En el Cuadro 51 aparecen los datos de los padres y familiares por rama paterna. Con frecuencia significativa se refirió excitabilidad e irritabilidad en los padres del Grupo 3, en quienes se citaron como características de más de dos terceras partes de los casos, a diferencia de los padres de los Grupos 1 y 2 en los que se declararon en más de la mitad de ellos ($\chi^2=9.88$, 2 gl y \underline{p} menor a .01). La tercera parte de los padres de cada grupo fueron descritos como alcohólicos.

De los parientes por rama paterna la cuarta parte - del Grupo 3 tenía problema de alcoholismo.

En el Cuadro 52 aparecen los datos de las madres y familiares por rama materna. Existió diferencia entre el número de madres que se consideraban excitables e irritables en el Grupo 1 y el de aquellas que se describían con dichas características en los Grupos 2 y 3 siendo mayor la frecuencia en el Grupo 1 ($\chi^2=7.78$, 2 gl, p menor a .05). Se reportó depresión en más de la tercera parte de los Grupos 1 y 2 así como en la cuarta parte del Grupo 3.

Más de la tercera parte de los parientes del Grupo 3 eran alcohólicos, según el reporte de las madres.

En el Cuadro 53 se presenta la información alusiva a los hermanos; en los tres grupos fueron pocos los casos con algún tipo de problema.

Datos generales del padre (Cuadro 54). Edad. La mediana fue de 36 años en el Grupo 1 (rango 28 a 54), 38 en el Grupo 2 (rango 31 a 63) y 37 en el Grupo 3 (rango 24 a 56). Escolaridad. Difieró significativamente dado que los padres del Grupo 1 habían cursado primordialmente niveles de primaria o secundaria, en cambio en los Grupos 2 y 3 las frecuencias para los diversos niveles académicos tuvieron una distribución parecida ($\chi^2=33.47$, 6 gl, p menor a .01). Debido a la semejanza sociocultural entre los dos grupos hiperactivos,

se esperaba una correlación alta entre el nivel de escolaridad de los padres del Grupo 1 y el del Grupo 3; para ello se planteó como hipótesis nula: No existe relación entre el nivel de escolaridad de los padres de los dos grupos al .80. Se empleó la correlación de Spearman obteniéndose un valor de .54 por lo que la hipótesis se acepta. Al no haber relación entre los grupos, se avala la diferencia entre ellos.

Ocupación. Para su comparación y a fin de abreviar la información, se establecieron cuatro categorías: oficio independiente, obrero, comerciante en pequeño y empleado de oficina; hubo diferencia entre los grupos ya que los padres del Grupo 1 trabajaban con frecuencia relevante en algún oficio independiente, en tanto que en los Grupos 2 y 3 no difirió su distribución de frecuencias para los diversos tipos de actividad la boral ($\chi^2=20.99$, 6 gl, p menor a .01).

Datos generales de la madre (Cuadro 55). Edad. - La mediana fue de 33 años en el Grupo 1 (rango 26 a 56), 35 en el Grupo 2 (rango 26 a 57) y 32 en el Grupo 3 (25 a 46). Escolaridad. Con frecuencia significativa las madres en los tres grupos cursaron solamente la primaria ($\chi^2=106.63$, 6 gl, p menor a .01).

Ocupación. Las madres que trabajaban para el sostén de la familia fueron el 40% en el Grupo 1, 27.6% en el Grupo 2 y 48.3% en el Grupo 3. En el Cuadro 55 puede apreciarse la distribución de frecuencias para los diversos tipos de ocupación con los porcentajes correspondientes.

Estructura familiar (Cuadro 56). No se detectó diferencia entre el número de familias completas y el de las incompletas en los tres grupos ($\chi^2=5.96$, 2 gl, no significativa).

Las relaciones entre los miembros de la familia fueron mayoritariamente conflictivas en los tres grupos ($\chi^2=71.16$, 2 gl, p menor a .01). Las dificultades conyugales se reportaron con mayor frecuencia en los Grupos 1 y 3 ($\chi^2=22.64$ 2 gl, p menor a .01). Los problemas entre los progenitores y los hijos se refirieron más en el Grupo 1 ($\chi^2=10.92$, 2 gl, p menor a .01).

Con respecto al estado civil de los progenitores, en los tres grupos la mitad había contraído matrimonio legalizado y religioso, una tercera parte vivía en unión libre y aproximadamente la octava parte contrajo sólo matrimonio por la ley civil.

Todas las familias a excepción de una en cada grupo tenían religión católica.

Sobre el sostén económico del hogar fue el padre en la mitad del Grupo 1, dos terceras partes del Grupo 2 y casi la mitad del Grupo 3. La madre sola fue en la quinta parte de cada grupo. El resto de las frecuencias se distribuyeron entre el sostén a cargo de alguno de los abuelos, tíos y hermana así como de ambos progenitores. No fue posible calcu--

-lar el ingreso mensual promedio de las familias dado que no se dispuso de información actualizada al momento de dar término a la selección de la muestra.

El número promedio de personas que vivían en los hogares de los niños fue 5 en los Grupos 1 y 3 y 6 en el Grupo 2.

Condiciones de la vivienda (Cuadro 57). Una mínima cantidad de familias se establecieron en zona rural ($\chi^2=33.00$, 4 gl, p menor a .01), no existiendo diferencia entre las de zona suburbana y urbana ($\chi^2=3.58$, 2 gl, no significativa). La mayoría de las colonias tenían servicios de drenaje y electricidad; la pavimentación de las calles se reportó en dos terceras partes del Grupo 1, más de la mitad del Grupo 2 y en más de dos terceras partes del Grupo 3; la línea telefónica en la colonia existía en la mitad de los Grupos 1 y 2 como en más de dos terceras partes del Grupo 3.

Con respecto al tipo de vivienda, casi la mitad de las familias del Grupo 1, la mitad del Grupo 2 y la tercera parte del Grupo 3, habitaba en casa o condominio. El resto de las frecuencias se distribuyeron entre departamento, cuarto de vecindad, cuarto de azotea y cuartos en construcción; en estos tres últimos tipos de vivienda se encontraban el 49.9% de las familias del Grupo 1, 30% de las del Grupo 2 y 36.7% de las del Grupo 3.

En la mayoría de los casos en los tres grupos se contaba con aparato de televisión ($\chi^2=39.04$, 2 gl, p menor a .01).

Tratamiento (Cuadro 58). La prescripción de medicamentos junto con la orientación a padres, entre otros recursos, fueron las medidas mayoritariamente registradas en los tres grupos.

Terapia farmacológica (Cuadro 59). Se indicó la ingestión de un fármaco a dos terceras partes del Grupo 1, más de tres cuartas partes del Grupo 2 y más de una cuarta parte del Grupo 3. Se les prescribieron dos medicamentos a más de una cuarta parte del Grupo 1, quinta parte del Grupo 2 y más de dos terceras partes del Grupo 3.

Entre los medicamentos indicados por los médicos psiquiatras las frecuencias mayores correspondieron al Tegretol y Neuleptil en los Grupos 1 y 3 y al Tegretol y Tofranil en el Grupo 2.

Evolución. Lapso un año (Cuadro 60). Un año después de haber sido administradas las escalas a las madres, se revisaron las notas de evolución que habían sido escritas durante ese lapso, con el fin de conocer qué había sucedido con los niños hiperactivos. Su asistencia había sido regular ($\chi^2=57.88$, 2 gl, p menor a .01) e ingerían sus medicamentos en forma constante ($\chi^2=33.28$, 2 gl, p menor a .01). No hubo

diferencia en el Grupo 1 entre el número de casos en el que se observó un cambio positivo importante, el de aquellos en los que el cambio era mínimo y el de los niños en quienes no se reportó mejoría alguna ($\chi^2=1.40$, 2 gl, no significativa); lo mismo se detectó en el Grupo 3 ($\chi^2=2.40$, 2 gl, no significativa).

III.b.4. Instrumentos

Se seleccionaron tres listas de verificación conductual: la Escala Revisada para Padres (Ch. H. Goyette, K. - Connors y R.F. Ulrich, 1978), la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (J.S. Werry, 1968) y la Escala de Evaluación de los Padres (L. Brown y D. Hammill, 1982). Como ya fue expuesto en el Capítulo II (inciso II.c.), las dos primeras son ampliamente utilizadas en Estados Unidos y Canadá, dentro del ámbito clínico, para valorar el comportamiento hiperactivo; la tercera lista se escogió por aportar datos normativos extraídos de su estandarización en muestras de escolares mexicanos.

En virtud de que en las tres escalas, las instrucciones indican al adulto que responde que exprese su opinión sobre las conductas del niño mediante una marca que refleje la frecuencia de aparición de la conducta señalada por cada ítem, para su administración se integraron los tres instrumentos en un solo formato con 109 ítems y el siguiente orden: 48 de la Escala Revisada para Padres, 31 de la Escala de Actividad y 30 de la Escala de Evaluación de los Padres.

Se homogeneizaron las categorías de respuesta quedando tres bajo los rubros "Nunca", "Ocasional" y "Frecuente", así como la instrucción que se redactó en estos términos: "Abajo encontrará una serie de afirmaciones referentes a conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea -

con cuidado cada una de ellas y decida qué tanto se presentan en su niño colocando una marca (X) en la columna apropiada a la derecha de cada afirmación. Si su hijo presenta una conducta o problema todos los días usted marcará la columna 'Frecuente', si la conducta o problema aparece rara vez marcará la columna 'Ocasional' y si su hijo no presenta la conducta o problema marcará la columna 'Nunca'.

El formato fue administrado a las madres de los sujetos seleccionados, previa explicación a cada una de que el objetivo era conocer cómo era el comportamiento de su hijo (a) hasta el día en que se le abrió expediente clínico en la institución.

III.b.5 Procedimiento

Una vez definida la pertenencia de los niños al grupo que les correspondía, se administró a sus madres el formato que contenía las tres listas de verificación conductual; en promedio requirieron de una hora para responder al mismo.

Posteriormente se desglosó la información de la evaluación clínica y se efectuó su tratamiento estadístico para conformar el inciso referente a características de los sujetos. Para los datos vertidos por las clasificaciones que las madres hicieron de los niños, se sometieron a prueba las hipótesis de nulidad. Los resultados se describen a continuación.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Los datos de las pruebas virtieron un cuadro de concentración de 109 ítemes por cada sujeto, en tres grupos diferentes.

En virtud de que la Escala Revisada para Padres como la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters no han sido trabajadas psicométricamente en México y de que la Escala de Evaluación de los Padres no incluye en su estandarización muestras de niños diagnosticados con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, parecería una estrategia equivocada administrarlas y sacar conclusiones del puntaje total, por lo que en este trabajo el tratamiento de los resultados se realizó en dos etapas, la primera concerniente a la validez de criterio de los instrumentos y la segunda a su validez de construcción.

1. Poder discriminativo de los ítemes.

- Primer análisis. Ho 1. No existe diferencia entre los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y EEG normal (Grupo 1), los niños con el síndrome y EEG anormal (Grupo 3) y los niños sin el síndrome y EEG normal (Grupo 2) respecto a la aparición frecuente de la conducta señalada por cada uno de los 109 ítemes, tal como informaron las madres.

Para contrastar esta hipótesis se utilizó la prueba χ^2 , estableciéndose como nivel de significancia - - (alfa) .05 de probabilidad, que con 2 gl tiene valor de 5.99.

Se acepta la hipótesis de nulidad para 48 ítemes en los que no se detectó diferencia estadísticamente significativa en su grado de aparición entre los tres grupos. En el Cuadro 61 se muestra el contenido de estos ítemes que aquí sólo se enumeran:

Escala Revisada para Padres (27): Frecuente # 10, 26, 31, 36, 45; Infrecuente # 1, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 18, 19, 24, 29, 32, 33, 39, 40, 41, 43, 44, 46 y 47.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (5): Frecuente # 15; Infrecuente # 7, 8, 18 y 22.

Escala de Evaluación de los Padres (16): Frecuente # 8; Infrecuente # 1, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 25, 28, 29 y 30.

Estos ítemes no mostraron poder de discriminación entre los niños con el síndrome (hiperactivos) y los niños no hiperactivos con EEG normal. Es de notarse que de los 48 ítemes que integran la Escala Revisada para Padres, 27 que equivalen al 56% no diferenciaron el comportamiento hiperactivo; algo parecido sucedió

Cuadro 61

Items sin diferencia significativa y su relación a factores extraídos en estudios previos

Item	Aparición Infrec. Frec.	Escala	Factor	Investigador
Escala revisada para Padres				
1. 32	X	E.P. E.R.P.	5. Psicossomático 3. Psicossomático	Connors, 1970 Goyette, 1978
2. 41	X	E.P. E.R.P.	5. Psicossomático 3. Psicossomático	Connors, 1970 Goyette, 1978
3. 43	X	E.P. E.R.P.	5. Psicossomático 3. Psicossomático	Connors, 1970 Goyette, 1978
4. 44	X	E.P. E.R.P.	5. Psicossomático 3. Psicossomático	Connors, 1970 Goyette, 1978
5. 10	X	E.P. E.R.P.	4. Prob. Apzaje. 2. Prob. Apzaje.	Connors, 1970 Goyette, 1978
6. 3	X	E.P.	4. Prob. Apzaje.	Connors, 1970
7. 31	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M.	3. Imp-Hiperact. 2. Prob. Apzaje. 1. Hiperquinesia 2. Inatención 5. Inatención	Connors, 1970 Goyette, 1978 Arnold, 1981 Connors, 1969 O'Leary, 1985

Cont. Cuadro 61

#	Item	Aparición Infrec. Frec.	Escala	Factor	Investigador	
8.	33	Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	X	E.P. E.R.P.	3. Imp-Hiperact. 5. Prob. de cond. (Madres)	Conners, 1970 Goyette, 1978
9.	47	Permite que otros niños lo molesten o lo humillen	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M.	2. Ansiedad 6. Ansiedad (Madres) 3. Ansiedad 3. Depresión	Conners, 1970 Goyette, 1978 Conners, 1969 O'Leary, 1985
10.	26	Es fácil herir sus sentimientos	X	E.P. E.M.	2. Ansiedad 2. Timidez-Inept.	Conners, 1970 Arnold, 1981
11.	16	Es tímido	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M. E.M.	2. Ansiedad 5. Ansiedad 2. Timidez-Inept. 3. Ansiedad 4. Ansiedad-Pasiv.	Conners, 1970 Goyette, 1978 Arnold, 1981 Conners, 1969 O'Leary, 1985
12.	12	Es temeroso (de nuevas situaciones, gente, lugares o escuela)	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M. E.M.	2. Ansiedad 5. Ansiedad 2. Timidez-Inept. 3. Ansiedad 4. Ansiedad-Pasiv.	Conners, 1970 Goyette, 1978 Arnold, 1981 Conners, 1969 O'Leary, 1985
13.	7	Llora con facilidad o frecuentemente	X	E.P.	2. Ansiedad	Conners, 1970

Cont. Cuadro 61

#	Item	Aparición Infrec. Frec.	Escala	Factor	Investigador	
14.	24	Se preocupa más que otros niños (por estar solo; enfermedades o muerte)	X	E.P. E.R.P.	2. Ansiedad 6. Ansiedad (Madres)	Conners, 1970 Goyette, 1978
15.	8	Parece agobiado por problemas	X	E.P. E.R.P.	1. Prob.de cond. 1. Prob.de cond.	Conners, 1970 Goyette, 1978
16.	15	Cuenta historias que no son ciertas	X	E.P.	1. Prob.de cond.	Conners, 1970
17.	19	Niega sus errores o culpa a otros por ellos	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M. E.M.	1. Prob.de cond. 1. Prob.de cond. 4. Antisocial- Inmadurez 1. Prob.de cond. 2. Prob.interper.	Conners, 1970 Goyette, 1978 Arnold, 1981 Conners, 1970 O'Leary, 1985
18.	29	Es cruel	X	E.P. E.M. E.M. E.M.	1. Prob.de cond. 3. Rebeldía no socializada 1. Prob.de cond. 1. Hiperact-Prob. de cond.	Conners, 1970 Arnold, 1981 Conners, 1969 O'Leary, 1985
19.	36	No se lleva bien con sus hermanos	X	E.P. E.R.P.	1. Prob.de cond. 1. Prob.de cond. (Padres)	Conners, 1970 Goyette, 1978

Cont. Cuadro 61

#	Item	Aparición Infrec. Frec.	Escala	Factor	Investigador	
20.	45	Se siente poco apreciado en su círculo familiar	X	E.P. E.R.P.	1. Prob.de cond. 5. Prob.de cond. (Padres)	Conners, 1970 Goyette, 1978
21.	46	Es jactancioso o presumido	X	E.P.	1. Prob.de cond.	Conners, 1970
22.	1	Se muerde las uñas (cabello, dedos, ropa)	X	E.P.	8. Tensión musc.	Conners, 1970
23.	6	Se chupa el pulgar (ropa o tela)	X	E.P.	8. Tensión musc.	Conners, 1970
24.	39	Es un niño triste	X	E.P. E.R.P. E.M. E.M. E.M.	No se factorializó 1. Prob.de cond. 2. Timidez-Inept. 3. Ansiedad 3. Depresión	Conners, 1970 Goyette, 1978 Arnold, 1981 Conners, 1969 O'Leary, 1985
25.	9	Tiene demasiadas fantasías	X	E.P. E.M. E.M.	No se factorializó 2. Timidez-Inept. 2. Inatención	Conners, 1970 Arnold, 1981 Conners, 1969
26.	18	Habla de manera diferente a otros niños de la misma edad (como niño "chiquito", tartamudez o no se da a entender)	X	E.P.	No se factorializó	Conners, 1970
27.	40	Presenta problemas para comer (apetito deficiente, come a pausas)	X	E.P.	Sin carga mayor a .30	Conners, 1970

Cont. Cuadro 61

#	Item	Aparición Infrec. Frec.	Escala	Factor	Investigador
Escala de Actividad W-W-P					
28.	7			1. Conducta al ver la televisión	Routh, 1974
		X			
29.	8			1. Conducta al ver la televisión	
		X			
30.	15		X	No se factorializó	
31.	18			4. Conducta para llamar la atención	
		X			
32.	22			2. Hábitos al acostarse y dormir	
		X			
Escala de Evaluación de los Padres					
33.	1				
		X			./..

Cont. Cuadro 61

Item		Aparición Infrec. Prec.	Factor
34.	6	Miente para evitar castigos o responsabilidades	X
35.	8	No es líder	X
36.	9	Es egoísta piensa sólo en lo suyo	X
37.	10	Es tímido, muy apegado a sus padres	X
38.	12	No tiene actividades especiales regularmente con sus padres, como salir de compras, jugar a la pelota, etc.	X
39.	13	Se lastima a sí mismo; se arranca el pelo, se rasguña hasta sacarse sangre, etc.	X
40.	14	Busca alabanzas de sus padres ansiosamente	X
41.	17	Tiene demasiadas fantasías	X
42.	19	Es sumamente sensible a las bromas	X
43.	20	Demanda gratificación inmediata; por ejemplo, quiere una bicicleta en este momento, no puede esperar	X

No se factorializaron

Cont. Cuadro 61

#	Item	Aparición Infrec. Frec.	Factor
44.	21 Habla muy poco, no es verbal	X	No se factorializaron
45.	25 No parece que le gustan las actividades de recreo de la familia	X	
46.	28 No pone atención cuando sus padres le hablan	X	
47.	29 Exige demasiada atención de sus padres	X	
48.	30 Llora excesivamente	X	

El criterio para considerar el ítem como frecuente fue su aparición en más del 50% de los sujetos en los tres grupos.

con la Escala de Evaluación de los Padres, de sus 30 ítemes 16 (53%) no distinguieron dicho comportamiento. Como se recordará ambos instrumentos fueron elaborados con un enfoque multidimensional por lo que no es de extrañar la obtención de tal cantidad de ítemes no útiles para su validez de criterio. Una situación distinta se dió con la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters -- que es de tipo unidimensional; de sus 31 ítemes sólo 5 (16%) no fueron discriminativos, de lo que se deduce que esta escala posee una mayor validez de criterio que las dos multidimensionales.

Se rechaza la primera hipótesis nula para 61 ítemes. En el Cuadro 62 se localizan su contenido, el porcentaje que representa en cada grupo y el valor de X^2 que compara la distribución de frecuencias para la categoría de respuesta Frecuente; obsérvese que en los niños no hiperactivos con EEG normal (Grupo 2) los porcentajes fueron mucho más bajos que los de los niños hiperactivos con EEG normal (Grupo 1) e hiperactivos con EEG anormal (Grupo 3). Tales ítemes son:

Escala Revisada para Padres (21): # 2, 4, 5, 11, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 34, 35, 37, 38, 42 y 48.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (26): # 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31.

Cuadro 62

Items con diferencia significativa entre los tres grupos

#	Item	G1		G2		G3		x ²
		f	%	f	%	f	%	
Escala Revisada para Padres								
1.	2	12	40.0	1	3.3	10	33.3	8.95*
2.	4	22	73.3	1	3.3	17	56.7	18.05**
3.	5	15	50.0	3	10.0	4	13.3	12.09**
4.	11	30	100.0	8	26.7	26	86.7	12.87**
5.	13	26	86.7	1	3.3	25	83.3	23.12**
6.	14	14	46.7	2	6.7	12	40.0	8.86*
7.	17	19	63.3	1	3.3	13	43.3	15.17**
8.	20	18	60.0	0	0.0	13	43.3	16.71**
9.	21	20	66.7	6	20.0	21	70.0	8.98*
10.	22	8	26.7	0	0.0	4	13.3	8.00*
11.	23	18	60.0	1	3.3	14	46.7	14.36**
12.	25	29	96.7	13	43.3	27	90.0	6.61*

Cont. Cuadro 62

#	Item	G1 H-EEGN		G2 NH-EEGN		G3 H-EEGA		X ²	
		f	%	f	%	f	%		
13.	27	Escoje a otros niños para molestar les frecuentemente	8	26.7	0	0.0	3	10.0	8.91*
14.	28	Es incapaz de detener una activi- dad repetitiva	10	33.3	0	0.0	7	23.3	9.29*
15.	30	Es inmaduro (quiere ayuda que no necesita, es dependiente o deman- da apoyo constantemente)	21	70.0	5	16.7	8	26.7	12.76**
16.	34	No le gustan o no sigue reglas o restricciones	26	86.7	8	26.7	21	70.0	9.42**
17.	35	Se pelea a golpes constantemente	16	53.3	1	3.3	12	40.0	12.48**
18.	37	Se frustra fácilmente en sus es- fuerzos	22	73.3	8	26.7	25	83.3	8.98**
19.	38	Interfiere o interrumpe las acti- vidades de otros niños	25	83.3	5	16.7	25	83.3	14.55**
20.	42	Tiene problemas para dormir (le cuesta trabajo quedarse dormido, se despierta en la noche, se le- vanta demasiado temprano)	21	70.0	7	23.3	22	73.3	8.44*
21.	48	Presenta problemas intestinales (estreñimiento, diarreas o hábi- tos irregulares)	6	20.0	1	3.3	9	30.0	6.13*

Cont. Cuadro 62

#	Item	G1		G2		G3		X ²		
		f	%	f	%	f	%			
	Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters									
22.	1	En el hogar: Durante las comidas, sube y baja de las sillas		23	76.7	0	0.0	6	20.0	29.45**
23.	2	En el hogar: Durante las comidas, interrumpe la comida sin razón		23	76.7	0	0.0	6	20.0	29.45**
24.	3	En el hogar: Durante las comidas, se mueve constantemente en su asiento		21	70.0	3	10.0	20	66.7	13.95**
25.	4	En el hogar: Durante las comidas, manosea las cosas		12	40.0	2	6.7	8	26.7	6.91*
26.	5	En el hogar: Durante las comidas, habla excesivamente		17	56.7	5	16.7	16	53.3	7.00*
27.	6	En el hogar: Mientras ve la televisión, se levanta y se sienta constantemente		13	43.3	0	0.0	11	36.7	12.25**
28.	9	En el hogar: Mientras ve la televisión, habla incesantemente		10	33.3	1	3.3	8	26.7	7.05*
29.	10	En el hogar: Mientras ve la televisión, interrumpe a los demás		13	43.3	1	3.3	11	36.7	9.92**
30.	11	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, se levanta y se sienta sin motivo		28	93.3	2	6.7	22	73.3	21.38**

Cont. Cuadro 62

			G1		G2		G3		X ²
			H-EEGN	%	NH-EEGN	%	H-EEGA	%	
31.	12	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, se mueve constantemente en su asiento	25	83.3	3	10.0	23	76.7	17.41**
32.	13	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, manipula objetos o su propio cuerpo	22	73.3	3	10.0	16	53.3	13.80**
33.	14	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, habla incesantemente	18	60.0	1	3.3	7	23.3	17.15**
34.	16	En el hogar: Durante el juego, - no se mantiene quieto	19	63.3	1	3.3	19	63.3	16.61**
35.	17	En el hogar: Durante el juego, cambia de actividad constantemente	15	50.0	0	0.0	12	40.0	14.00**
36.	19	En el hogar: Durante el juego, habla excesivamente	21	70.0	7	23.3	22	73.3	8.44*
37.	20	En el hogar: Durante el juego, interfiere con el juego de otros	11	36.7	0	0.0	13	43.3	12.25**
38.	21	En el hogar: Al dormir, dificultad para iniciar el sueño	7	23.3	1	3.3	10	33.3	7.00*
39.	23	En el hogar: Al dormir, inquietud mientras duerme	15	50.0	6	20.0	20	66.7	7.37*
40.	24	Fuera del hogar no en la escuela, inquietud en los vehículos	8	26.7	0	0.0	7	23.7	7.60*

Cont. Cuadro 62

#	Item	G1 H-EEGN		G2 NH-EEGN		G3 H-EEGA		X ²	
		f	%	f	%	f	%		
41.	25	Fuera del hogar no en la escuela, inquietud durante las compras	10	33.3	0	0.0	9	30.0	9.58**
42.	26	Fuera del hogar no en la escuela, inquietud en espectáculos	13	43.3	0	0.0	6	20.0	13.37**
43.	27	Fuera del hogar no en la escuela, inquietud durante las visitas	15	50.0	0	0.0	9	30.0	14.25**
44.	28	En la escuela, sube y baja de su asiento	25	83.3	7	23.3	19	63.3	9.88**
45.	29	En la escuela, molesta a los compañeros	19	63.3	0	0.0	9	30.0	19.36**
46.	30	En la escuela, interrumpe excesivamente al maestro o a otros niños	27	90.0	5	16.7	23	76.7	14.98**
47.	31	En la escuela, constantemente trata de llamar la atención del maestro	24	80.0	4	13.3	2	6.7	29.60**
Escala de Evaluación de los Padres									
48.	2	No obedece las reglas establecidas por sus padres	18	60.0	1	3.3	14	46.7	14.36**
49.	3	Come demasiado, está muy gordo	2	6.7	2	6.7	9	30.0	7.54*
50.	4	Se queja de las tareas del hogar que debe cumplir	24	80.0	10	33.3	22	73.3	6.14*
									./..
									161

Cont. Cuadro 62

			G1 H-EEGN		G2 KH-EEGN		G3 H-EEGA		X ²
			f	%	f	%	f	%	
51.	5	No sigue instrucciones	18	60.0	1	3.3	14	46.7	14.36**
52.	7	Tiene compañeros que los padres (yo) no aprobamos	8	26.7	0	0.0	5	16.7	7.54*
53.	11	Es flojo	28	93.3	10	33.3	17	56.7	8.98*
54.	15	No se preocupa por su higiene personal, como cepillarse los dientes, bañarse, peinarse	22	73.3	4	13.3	20	66.7	12.70**
55.	16	Duerme mal; tiene pesadillas, insomnio	21	70.0	7	23.3	22	73.3	8.44*
56.	18	Obedece a sus padres de mala gana	26	86.7	8	26.7	21	70.0	9.42**
57.	22	No se le puede confiar dinero; - compra compulsivamente	7	23.3	0	0.0	9	30.0	8.38*
58.	23	Chismosea sobre otros niños	15	50.0	3	10.0	4	13.3	12.09**
59.	24	No regresa a casa a la hora en que debe	11	36.7	2	6.7	10	33.3	6.35*
60.	26	Dice cosas malas de sí mismo, se critica mucho	9	30.0	2	6.7	3	30.0	6.14*
61.	27	No comparte sus pertenencias voluntariamente	13	43.3	3	10.0	14	46.7	7.40*

* p menor a .05
 ** p menor a .01

Escala de Evaluación de los Padres (14): # 2, 3, 4, 5, 7, 11, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 26 y 27.

- Segundo análisis. No obstante que estos 61 ítemes diferenciaron estadísticamente a los grupos, con el objeto de detectar entre ellos los que discriminaban mejor a los niños hiperactivos de los no hiperactivos, se empleó un criterio exigente de buena discriminación por cruzamiento doble de frecuencias que requería que la aparición frecuente se diera en más del 50% en los niños hiperactivos (Grupos 1 y 3) y en menos del 50% en los niños no hiperactivos (Grupo 2). Este análisis por cruzamiento se ejemplifica en el ítem 13 "Está moviéndose constantemente de un lugar a otro" de la Escala Revisada para Padres:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Hiperactivo con EEG normal	No hiperactivo con EEG normal	Hiperactivo con EEG anormal
fo	26 (86.7%)	1 (3.3%)	25 (83.3%)
fe	17.33	17.33	17.33

Como resultado de la aplicación de este criterio se seleccionaron 23 ítemes que pueden ser considerados los mejores de las tres escalas para detectar hiperactividad:

Escala Revisada para Padres (9): # 4, 11, 13, 21, 25, 34, 37, 38 y 42.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (9): # 3, 5, 11,

12, 13, 16, 19, 28 y 30.

Escala de Evaluación de los Padres (5): # 4, 11, 15, -
16 y 18.

- Tercer análisis. Para verificar esta selección se estimó pertinente comparar los grupos por pares formulándose esta hipótesis de nulidad: $H_0 2$. Existe independencia entre el grupo de procedencia y el tipo de clasificación que las madres hicieron de los niños.

Para contrastarla se aplicó la prueba χ^2 con la fórmula de Yates para la corrección por continuidad; se estableció como nivel de significancia (alfa) .05 de probabilidad que con 1 gl tiene un valor de 3.84. Para cada ítem se elaboró una tabla de contingencia 2 x 2 que contenía las frecuencias en los grupos para la categoría de respuesta Frecuente y las correspondientes a una clasificación que combinaba las categorías Ausente y Ocasional. Como en la comparación de los Grupos 1 y 3 se dió el caso de que en algunos ítems más del 20% de las celdillas tenían una frecuencia esperada inferior a 5, ante esta condición se planteó como hipótesis nula: $H_0 3$. En los grupos 1 y 3 la distribución de las frecuencias en las categorías ausente y ocasional es azarosa. Para su comprobación se recurrió a la prueba exacta de Fisher, al .05 de probabilidad.

En el Cuadro 63 aparecen los 23 ítemes verificados junto con los valores de X^2 o de probabilidad exacta resultantes de la comparación entre los grupos por pares.

Con respecto a la segunda hipótesis de nulidad, se rechaza para los 23 ítemes en la comparación de los niños hiperactivos con EEG normal (Grupo 1) y los menores no hiperactivos (Grupo 2) puesto que tuvieron una aparición relevantemente frecuente entre los primeros. Se rechaza la hipótesis para todos los ítemes con excepción del # 11 "Es flojo" (Escala de Evaluación de los Padres) al comparar al grupo hiperactivo con EEG anormal (Grupo 3) y el Grupo 2. En cuanto a la comparación de los grupos hiperactivos se acepta la hipótesis para estos ítemes:

• Escala Revisada para Padres: # 4, 21, 34, 37, 38 y 42.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters: # 3, 5, 11, 12, 13, 16, 19, 28 y 30.

Escala de Evaluación de los Padres: # 4, 15, 16 y 18.

Se rechaza para el ítem # 11 "Es flojo" (Escala de Evaluación de los Padres) por haberse reportado con mayor frecuencia en el Grupo 1.

La tercera hipótesis de nulidad se acepta para los ítemes # 11, 13 y 25 de la Escala Revisada para Padres en la comparación de los grupos hiperactivos dado que -

Cuadro 63

Items con diferencia significativa y cruzamiento doble. Verificación entre pares de grupos

# Item	G1 - G2		G2 - G3	G1 - G3
	H-EEGN - NH-EEGN	NH-EEGN - H-EEGA	H-EEGN - H-EEGA	H-EEGN - H-EEGA
	χ^2		χ^2	χ^2
1. 4	Escala Revisada para Padres			
	Es excitable, impulsivo			
	28.20**		17.85**	1.17
2. 11	Se mueve constantemente cuando está sentado			
	31.65**		19.15**	.06 (p exacta)
3. 13	Está moviéndose constantemente de un lugar a otro			
	38.78**		35.90**	.26 (p exacta)
4. 21	Es caprichoso y malhumorado			
	11.47**		13.20**	.00
5. 25	Falla para terminar las cosas			
	17.85**		12.67**	.24 (p exacta)
6. 34	No le gustan o no sigue reglas o restricciones			
	19.61**		9.61**	1.57
7. 37	Se frustra fácilmente en sus esfuerzos			
	11.27**		17.24**	.39
8. 38	Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños			
	24.07**		24.07**	.00
9. 42	Tiene problemas para dormir (le cuesta trabajo quedarse dormido, se despierta en la noche, se levanta demasiado temprano)			
	11.32**		13.08**	.00

Cont. Cuadro 63

Item	G1 - G2		G2 - G3		G1 - G3	
	H-EEGN	NH-EEGN	NH-EEGN	H-EEGN	H-EEGN	H-EEGN
	X2		X2		X2	
	Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters					
10.	3	En el hogar: Durante las comidas, se mueve constantemente en su asiento	20.06**	18.04**	.00	
11.	5	En el hogar: Durante las comidas, habla exccsivamente	8.68**	7.33**	.00	
12.	11	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, se levanta y se sienta sin motivo	41.66**	25.06**	3.00	
13.	12	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, se mueve constantemente en su asiento	29.53**	24.50**	.10	
14.	13	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, manipula objetos o su propio cuerpo	22.21**	11.09**	1.79	
15.	16	En el hogar: Durante el juego, no se mantiene quieto	21.67**	21.67**	.00	
16.	19	En el hogar: Durante el juego, habla excesivamente	11.32**	13.08**	.00	
17.	28	En la escuela, sube y baja de su asiento	19.35**	8.21**	2.13	

Cont. Cuadro 63

#	Item	G1 - G2	G2 - G3	G1 - G3
		H-EEGN - NH-EEGN x2	NH-EEGN-H-EEGA x2	H-EEGN - H-EEGA x2
18.	30			
		En la escuela, interrumpe excesivamente al maestro o a otros niños		
		29.53**	19.35**	1.08
		Escala de Evaluación de los Padres		
19.	4			
		Se queja de las tareas del hogar que debe de cumplir		
		11.47**	8.10**	.09
20.	11			
		Es flojo		
		20.74**	2.42	8.88**
21.	15			
		No se preocupa por su higiene personal, como cepillarse los dientes, bañarse, peinarse		
		19.61**	15.62**	.08
22.	16			
		Duerme mal; tiene pesadillas, insomnio		
		11.32**	13.08**	.00
23.	18			
		Obedece a sus padres de mala gana		
		19.61**	9.61**	1.57

* p menor a .05

** p menor a .01

los valores de la prueba exacta fueron mayores al .05 de probabilidad.

Consecuentemente, de los 23 ítemes verificados en la comparación de los grupos por pares, 22 discriminaron a los niños hiperactivos con y sin electroencefalograma normal de los niños no hiperactivos y sólo el ítem # 11 de la Escala de Evaluación de los Padres diferenció a los niños hiperactivos por haberse declarado con mayor frecuencia en el Grupo con EEG normal.

- Cuarto análisis. Entre los primeros 61 ítemes en los que se observó diferencia al comparar la categoría Frecuente entre los tres grupos, se encontraron 16 que aparecieron en el 50% ó más del Grupo 1 y en menos de este porcentaje en los Grupos 2 y 3. Para ellos también se aplicó el criterio de verificación comparando los grupos de dos en dos; dependiendo de la naturaleza de los datos se empleó la prueba χ^2 con la fórmula de Yates o la prueba exacta de Fisher al .05 de probabilidad. Estos ítemes junto con los valores de χ^2 o probabilidad exacta se pueden ver en el Cuadro 64.

En la columna que compara los Grupos 1 y 2 (primera) como la que confronta los Grupos 2 y 3 (segunda) pueden observarse ocho ítemes que discriminaron a los niños hiperactivos de los no hiperactivos:

Cuadro 64

Ítemes con diferencia significativa (50% ó más del Grupo 1, menos de 50% en Grupos 2 y 3)

#	Item	G1 - G2 H-EEGN - NH-EEGN x ²	G2 - G3 NH-EEGN - H-EEGA x ²	G1 - G3 H-EEGN-H-EEGA x ²
	Escala Revisada para Padres			
1.	5	Chismosea sobre otros niños	9.60**	7.70**
2.	17	Se mete en más problemas que otros niños de su misma edad	21.67**	11.27**
3.	20	Le gusta provocar pleitos o riñas	22.93**	14.14**
4.	23	Es desobediente	19.71**	12.80**
5.	30	Es inmaduro (quiere ayuda que no necesita, es dependiente o demanda apoyo constantemente)	15.27**	9.61**
6.	35	Se pelea a golpes constantemente	16.08**	9.81**
	Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters			
7.	1	En el hogar: Durante las comidas, sube y baja de las sillas	34.12**	17.08**
8.	2	En el hogar: Durante las comidas, interrumpe la comida sin razón	34.12**	17.08**
9.	14	En el hogar: Haciendo las tareas escolares, habla incesantemente	19.71**	6.86**
				./.

Escala Revisada para Padres: # 17, 20, 23 y 35.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters: # 17 y 27.

Escala de Evaluación de los Padres: # 2 y 5.

El ítem # 29 de la Escala de Actividad que reportó diferencia en las tres comparaciones de los grupos, junto con los restantes:

Escala Revisada para Padres: # 5 y 30.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters: # 1, 2, 14 y 3.

Escala de Evaluación de los Padres: # 23, que aparecen en la tercera columna (Grupo 1 vs. Grupo 3) se estimaron como ítems que distinguían a los niños hiperactivos con EEG normal (Grupo 1) de los no hiperactivos - - (Grupo 2) e hiperactivos con EEG anormal (Grupo 3). -
Puede notarse que el ítem #23 de la Escala de Evaluación de los Padres tiene contenido idéntico al # 5 de la Escala Revisada para Padres, por lo que de hecho en este análisis serían siete ítems (tercera columna) - los que diferencian el comportamiento hiperactivo en -- función del resultado electroencefalográfico, siendo la aparición considerablemente frecuente en los niños con EEG normal.

A manera de síntesis, en el Esquema 1 se muestran 39 ítems que del total de 109 mostraron poder de discriminación entre los niños hiperactivos como entre - -

Escala Revisada para Padres: # 17, 20, 23 y 35.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters: # 17 y 27.

Escala de Evaluación de los Padres: # 2 y 5.

El ítem # 29 de la Escala de Actividad que reportó diferencia en las tres comparaciones de los grupos, junto con los restantes:

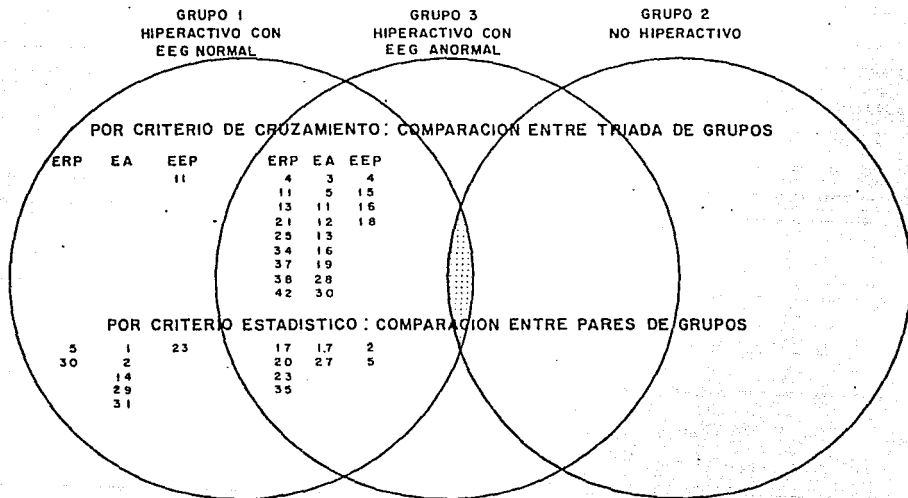
Escala Revisada para Padres: # 5 y 30.

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters: # 1, 2, 14 y 3.

Escala de Evaluación de los Padres: # 23, que aparecen en la tercera columna (Grupo 1 vs. Grupo 3) se estimaron como ítems que distinguían a los niños hiperactivos con EEG normal (Grupo 1) de los no hiperactivos - (Grupo 2) e hiperactivos con EEG anormal (Grupo 3). - Puede notarse que el ítem #23 de la Escala de Evaluación de los Padres tiene contenido idéntico al # 5 de la Escala Revisada para Padres, por lo que de hecho en este análisis serían siete ítems (tercera columna) - los que diferencian el comportamiento hiperactivo en -- función del resultado electroencefalográfico, siendo la aparición considerablemente frecuente en los niños con EEG normal.

A manera de síntesis, en el Esquema 1 se muestran 39 ítems que del total de 109 mostraron poder de discriminación entre los niños hiperactivos como entre - -

ESQUEMA I. ÍTEMES QUE DISCRIMINARON EL COMPORTAMIENTO HIPERACTIVO CON Y SIN
 PATOLOGÍA ELECTROENCEFALOGRAFICA DEL COMPORTAMIENTO NO HIPERACTIVO.



ERP - ESCALA REVISADA PARA PADRES
 EA - ESCALA DE ACTIVIDAD
 EEP - ESCALA DE EVALUACION DE LOS PADRES

ellos y los no hiperactivos. Puede observarse que las conductas reveladas por estos 39 ítemes no tuvieron una aparición frecuente en los menores no hiperactivos. En la mitad superior del esquema están los 23 ítemes resultantes del cruzamiento doble al comparar la categoría - Frecuente entre los tres grupos con el requisito de que dicha categoría apareciera en más del 50% en los niños hiperactivos (Grupos 1 y 3) y en menos de este porcentaje en el grupo control (Grupo 2); en la mitad inferior se encuentran los 16 ítemes que por criterio estadístico discriminaron a los grupos en la comparación -- por pares, con el requisito de que la categoría Frecuente apareciera en el 50% ó más de los niños hiperactivos con EEG normal (Grupo 1) y en menos de este porcentaje en los menores hiperactivos con EEG anormal (Grupo 3) y en los no hiperactivos (Grupo 2).

2. Análisis factorial (ANFAC).

Para someter a prueba la validez de constructo de las tres listas de verificación conductual administradas en esta investigación, se analizaron factorialmente 44 ítemes: los 39 cuyo poder de discriminación se derivó de los criterios de cruzamiento doble en la comparación de la tríada de grupos y estadístico en la comparación de los grupos por pares con control del porcentaje de frecuencias; se añadieron cinco ítemes que en el cruzamiento doble de frecuencias para

la categoría Frecuente tenían como mínimo 30% en los grupos hiperactivos y 3.3% como máximo en el grupo control, con valor de X^2 significativo al .02 ó .01. No fue posible efectuar un análisis factorial independiente para cada una de las escalas debido al reducido número de casos.

Puesto que la naturaleza de los instrumentos no va más allá de ser de tipo ordinal, para hacer el análisis factorial conjunto se elaboró por principio una matriz de correlación phi; cabe la observación de que aunque ésta se deriva directamente de la "r" de Pearson, no es de uso frecuente en el ANFAC y hay hasta quien se opone a su uso.

Se efectuaron cinco análisis factoriales: uno con rotación ortogonal y cuatro con rotación oblicua (valores Delta .2, .4, .6 y .8). Los resultados mostraron una mejor estructura factorial con el análisis ortogonal. La rotación oblicua (Delta .2) en esencia virtió la misma conformación, con variaciones ínfimas en las cargas que integraron los factores, no habiéndose detectado estructura factorial con los valores Delta restantes. Por lo ya expuesto, se decidió aceptar los resultados obtenidos con la rotación ortogonal.

En el Cuadro 65 se muestran los 12 factores extraídos junto con su valor del Eje (Eigen Value), porcentaje de la varianza común y porcentaje acumulado de la varianza. En el cuadro sólo aparecen 34 ítemes cuyas cargas fueron ma-

Cont. Cuadro 65

# Item	E s c a l a		Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	ERP	EA EEP													
30	X			.77											
29	X				.72										
16	X							.63							
17	X							.63							
27	X							.59							
5	X									.81					
19	X									.71					
1	X										.86				
2	X										.86				
10	X														.61
4		X				.75									
11		X				.53									
18		X				.87									
2		X					.89								
5		X					.89								
16		X							.94						
23		X										.96			

* Con carga mayor a .50

† Ninguno de los ítemes tuvo carga mayor a la establecida.

Cuadro 66

Estructura Factorial (ANFAC, 20, 4)*

#	Item	Escala		Carga
			Factor 1. (63.0%), 9.40 Eje. Hiperactividad	
11	(EA)		En el hogar, haciendo las tareas escolares: Se levanta y se sienta sin motivo	.82
38	(ERP)		Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	.78
11	(ERP)		Se mueve constantemente cuando está sentado	.78
30	(EA)		En la escuela: Interrumpe excesivamente al maestro o a otros niños	.77
12	(EA)		En el hogar, haciendo las tareas escolares: Se mueve constantemente en su asiento	.75
13	(EA)		En el hogar, haciendo las tareas escolares: Manipula objetos o su propio cuerpo	.71
28	(EA)		En la escuela: Sube y baja de su asiento	.67
13	(ERP)		Está moviéndose constantemente de un lugar a otro.	.60
25	(ERP)		Falla para terminar las cosas	.58
			Factor 2. (17.8%), 2.65 Eje. Conducta social agresiva	
35	(ERP)		Se pelea a golpes constantemente	.90
20	(ERP)		Le gusta provocar pleitos o riñas	.87
17	(ERP)		Se mete en más problemas que otros niños de su misma edad	.84
				./.

Cont. Cuadro 66

Item	Escala		Carga
29	(EA)	En la escuela: Molesta a los compañeros	.72
		Factor 3. (11.1%), 1.66 Eje. Resistencia a la disciplina	
34	(ERP)	No le gustan o no sigue reglas o restricciones	.93
18	(EEP)	Obedece a sus padres de mala gana	.93
4	(EEP)	Se queja de las tareas del hogar que tiene que cumplir	.75
11	(EEP)	Es flojo	.52
		Factor 4. (8.0%), 1.20 Eje. Negativismo	
23	(ERP)	Es desobediente	.91
2	(EEP)	No obedece las reglas establecidas por sus padres	.91
5	(EEP)	No sigue instrucciones	.91

* Con carga mayor a .51

-yores a .50. Como puede notarse, el 72.2% de la varianza es explicado por los cuatro primeros factores en los que se condensa la estructura psicológica, razón por la cual se estableció como punto de corte el valor del Eje 2.37, estimándose así el Factor 1 como principal y los Factores 2, 3 y 4 probablemente como residuales. Cabe llamar la atención sobre la diferencia existente entre el valor del Eje del Factor 1 que explica el 47.4% de la varianza total y los valores de los tres factores siguientes.

Finalmente, con el propósito de definir aún más la estructura factorial, los 20 ítemes que tuvieron una elevada correlación con los Factores 1, 2, 3 y 4 fueron sometidos a un análisis ortogonal. Los resultados que se localizan en el Cuadro 66 muestran la estructura factorial de las listas de verificación conductual administradas. La diferencia entre el Factor 1 y los restantes es notable, dado que dicho factor explica el 63% de la varianza de los 20 ítemes, mientras que los Factores 2, 3 y 4 explican el 37% entre los tres.

Es importante mencionar que los ítemes que integran cada uno de los Factores 1, 2, 3 y 4 en este análisis, son exactamente los mismos que conformaron uno por uno los primeros cuatro factores del ANFAC, 44, 12. En conclusión, existe una clara estructura factorial con cuatro factores a los que en esta investigación se les ha dado la siguiente denominación:

- Factor 1. Hiperactividad
- Factor 2. Conducta social agresiva
- Factor 3. Resistencia a la disciplina
- Factor 4. Negativismo

CAPITULO V. DISCUSION

Dentro de las vertientes de conocimiento que han -
abordado el estudio de la hiperactividad, la psicometría ha
adquirido reconocimiento especial en los ámbitos clínico y es
colar por las ventajas que han demostrado tener los instrumen
tos psicométricos en la valoración del comportamiento hiperac
tivo y las aportaciones al registro de tasas de prevalencia -
en diversos países.

La investigación que aquí se presenta está en esta
vertiente.

Se eligieron 90 niños asistentes al Hospital Psi--
quiátrico Infantil: 30 con Trastorno por déficit de atención
con hiperactividad y electroencefalograma normal, 30 con el -
síndrome también pero con anormalidad electroencefalográfica
y 30 niños no hiperactivos con electroencefalograma normal. -
Se requirió de los tres grupos que tuviesen una edad compren
dida entre los 8 y los 13 años y tuviesen un Cociente Intelec
tual como mínimo de 71. Estos aspectos fueron controlados -
al momento de la elección, pero es importante saber que de -
acuerdo a los datos de su evaluación clínica, los grupos tu--
vieron en común otras características: en promedio tenían 10
años de edad, nivel intelectual normal y eran diestros; más
del 70% tenía en cada grupo bajo rendimiento escolar; fueron
producto de una gestación a término, se describió el parto co

-mo normal y atendido en medio hospitalario, durante sus primeros años recibieron un esquema completo de vacunación, provenían de familias residentes en el Distrito Federal y católicas, el nivel de estudios de sus madres fue elemental, tenían un hermano y una hermana con quienes no mantenían buena relación, entre ellos ocupaban el primero o segundo lugar y en su vivienda a pesar de las limitaciones económicas no se carecía de aparato de televisión.

Se administraron a sus madres tres listas de verificación conductual: la Escala Revisada para Padres, la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters y la Escala de Evaluación de los Padres con el propósito de conocer, a través de su opinión objetivada, el grado de aparición de las conductas problemáticas señaladas por su total de 109 ítemes. Las categorías de respuesta fueron tres: "Nunca", "Ocasional" y "Frecuente" con pesos numéricos de 0, 1 y 2 respectivamente. La petición a las madres para que respondieran a las escalas se basó en estos hechos observados en el estudio preliminar, con frecuencia solicitaron la atención especializada para sus hijos, durante la entrevista tuvieron dificultad para especificar las conductas perturbadoras y fungieron como informantes ante la institución.

Se detectaron 48 ítemes carentes de capacidad discriminativa; de ellos, 7 se reportaron con aparición frecuente en los tres grupos y aluden a distracción, problemas en el - -

aprendizaje escolar, requerir la presencia o supervisión de - adultos al hacer tareas escolares en el hogar, sentirse poco apreciado en su círculo familiar, mostrarse fácilmente lastimado en sus sentimientos, tener difícil relación con los hermanos y no ser líder en los vínculos con pares.

Las conductas de los otros 41 ítemes fueron infrecuentes en los tres grupos. Los pertenecientes a la Escala Revisada para Padres se encuentran entre los que forman los Factores Psicossomático, Ansiedad, Tensión muscular, Timidez - Ineptitud y Problema de conducta que Connors (1969, 1970), Goyette y cols. (1978), Arnold (1981), O'Leary y cols. (1985) extrajeron al aplicar las escalas para padres y maestros de K. -- Connors a poblaciones escolares. En cuanto a las conductas del Factor Psicossomático, es posible que no haya existido diferencia entre los grupos por la presencia de un padecimiento común, parasitosis, esta situación es distinta a la que se dió en los sujetos estudiados en 1978 por Goyette, Connors y Ulrich, puesto que a ellos los valoró un equipo médico previamente a la administración de la Escala Revisada para Padres y les había declarado sanos, por lo que las quejas de malestares y dolores no se derivaron de un problema físico. Del Factor Problema de -- conducta cuyos ítemes se asocian a dos síndromes, el de Negativismo y el de Trastorno de conducta socializado no agresivo -- (DSM III, 1984), las madres no calificaron como frecuentes ítemes de la Escala Revisada para Padres y de la Escala de Evaluación de los Padres que señalan crueldad, agresión verbal --

hacia progenitores, empleo de la mentira para evitar castigos o responsabilidades ni actitud de excesiva demanda. Con referencia a los otros factores, a los niños de la muestra no se les describe como más infantiles de lo esperado a su edad, dependientes en exceso de los padres, tendientes a llorar con facilidad, callados, tímidos, tristes, que permiten ser molestados o humillados por sus coetáneos, autoagresivos, indispuestos a compartir actividades recreativas con la familia ni con cambios bruscos en su estado de ánimo. De la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, los niños hiperactivos y no hiperactivos, como si hiciesen un solo grupo no se mueven constantemente en el asiento ni manipulan objetos o su propio cuerpo cuando ven la televisión.

El hecho de que se hayan encontrado 48 ítemes que no discriminan a los niños hiperactivos y que en su mayoría pertenezcan a la Escala Revisada para Padres y la Escala de Evaluación de los Padres que son listas de verificación conductual multidimensionales, lleva a reflexionar en dos puntos: o las diferencias entre los grupos se concentran en un comportamiento específico y por ello no se refieren otras áreas de conflicto o las respuestas de las madres no son objetivas porque la estructura de los ítemes no es la adecuada; como se recordará hay algunos que usan adjetivos o interpretan la conducta del niño. Mientras que Hammill y Brown (1982) como Reinsberg y cols. (1982) han encontrado que las madres ven más problemas en sus hijos que los padres y profesores, en es

-te estudio las madres no consideran problemáticas 41 conductas, lo que conduce a pensar que no obstante la corrección que tendrfa que hacerse a algunos ítemes, las respuestas de las madres delimitan un comportamiento.

Al comparar los tres grupos se registraron 61 ítemes en los que se observó diferencia entre los niños: los que están ausentes en el grupo control y se reportan con frecuencia en los niños con el síndrome tengan o no alteración electroencefalográfica, los que están ausentes en el grupo control y se declaran en algunos niños hiperactivos, los que se dan frecuentemente en un grupo hiperactivo pero no en el otro ni en los sujetos controles. En los tres casos, es fundamental el peso de la ausencia de conductas problemáticas en los niños no hiperactivos. Entre los 61 ítemes unos tienen mayor capacidad de diferenciación que otros.

Es importante recordar que en tanto que los grupos hiperactivos estuvieron formados por varones, el grupo control tuvo la misma proporción de hombres y mujeres.

Los ítemes que están propiamente ausentes en el grupo no hiperactivo y que se reportan en algunos niños hiperactivos señalan estos problemas: En las comidas manosear las cosas, comer demasiado, en el juego cambiar constantemente de actividad, ser incapaz de detener una actividad repetitiva e interferir con el juego de otros; tener dificultad para quedar-

-se dormido; fuera de casa no en la escuela ser inquieto en los vehículos, al ir de compras, en espectáculos y visitas; con los padres se insolente o burlón; tener amigos que los padres no aprueban; ser destructivo; escoger a otros niños para molestarlos; hurtar; al ver la televisión hablar incesantemente, interrumpir a los demás, levantarse y sentarse constantemente. Estas conductas, dado los valores de X^2 obtenidos en la comparación de los grupos, son infrecuentes en los niños hiperactivos, la diferencia estriba en que es casi nula la probabilidad de ocurrencia en los menores que no tienen hiperactividad.

Antes de comentar las conductas que sí tienen una aparición constante en los grupos con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se discutirán algunos puntos.

Por principio es importante resaltar este hecho, en los niños hiperactivos y no hiperactivos sus madres no observaron con regularidad dificultad para controlar sus movimientos excesivos y mantener su atención cuando veían programas de televisión; ante éstos podían permanecer tranquilos durante lapsos, que en otros contextos se requieren para hacer tareas estructuradas; los cinco ítemes que componen el Factor 1. Conducta al ver la televisión encontrado por Routh y cols. (1974) no se dieron como frecuentes en la muestra. Si a esto se añade que no mostraron tampoco hiperactividad fuera del hogar no en la escuela (Factor 6. Inquietud general, Routh y cols.) y

que su exceso de verbalización (Factor 5. Hiperverbal, Routh y cols.) no se dió en todos los contextos, se tiene que estos resultados sugieren dos condiciones: la capacidad para atender en forma selectiva y sostenida y la importancia que la motivación tiene en el control que los niños hiperactivos pueden ejercer sobre su motilidad.

Hace tiempo, J.S. Werry (1968) autor de la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters mencionó que la hiperactividad era una actividad motora excesiva, diaria y generalizada. Routh y su equipo en 1974 detectaron al estandarizar en Estados Unidos la escala que la hiperactividad era un comportamiento selectivo. Los resultados obtenidos en esta investigación están en esta última línea de pensamiento.

En cuanto a la motivación, Ackerman y cols. (1983) como Porrino (1983, a) señalan el nexo entre el interés que los niños hiperactivos tienen en algunas actividades y la adecuación de sus acciones a éstas. El efecto de la motivación sobre la adquisición y mantenimiento de conductas positivas ha sido apreciado en niños hiperactivos a los que se ha estudiado con un enfoque conductista (Greene, 1981; Granell, 1982; Carden y Fowler, 1984) y cognoscitivista (Bornstein y Quevillón, 1976; Shulman, 1978; Cameron y Robinson, 1980; Omizo y Michael, 1982).

Por supuesto existe la posibilidad de que clínicos con enfoque neurológico o aún psiquiátrico refutaran la impor-

-tancia de la motivación en el comportamiento del niño hiperactivo en estos términos: no es que en la hiperactividad halla motivación subyacente, lo que sucede es que existe una alteración a nivel subcortical no detectada por el electroencefalograma. Mientras no se cuente con un instrumento capaz de diferenciar la hiperactividad con base en un registro del funcionamiento diencefálico, no resulta apropiado el diagnóstico de alteración neurológica como factor "causal" de la hiperactividad del niño.

Hasta este momento los resultados indican que en estos niños, a pesar de las quejas de sus madres, existe la capacidad de atender y controlar su movimiento si hay interés de por medio. Más adelante, al hablar sobre las semejanzas y diferencias de los grupos hiperactivos se comentarán datos de la evaluación clínica que permiten tener una idea de las características de su ambiente sociofamiliar, pero podemos ahora decir que no es un medio que estimule positivamente a los niños.

Se sabe que el contacto con el ambiente incluye conductas de acercamiento, exploración y utilización, que en la dirección del movimiento con fines adaptativos es importante la relación entre las demandas del medio y el tipo de movimiento y que la actividad motora organizada compromete tanto la atención selectiva como la dirección del movimiento.

Los niños hiperactivos que aquí se estudiaron son

capaces de mantener su atención si la actividad o el estímulo les interesa. El vínculo entre atención y motivación ha sido observado en niños hiperactivos por Van der Meere y Sergeant (1988, a, b) y Zentall (1985).

Por otra parte, en el contacto con el medio hay dos opciones de movimiento de acción, de acción sobre los estímulos: la aproximación que permite la exploración y utilización; y la evitación. De acuerdo a los resultados, los niños hiperactivos no buscan experiencias sociales ni tratan con sus conductas llamar la atención; si así fuera se hubiera declarado en ellos el Factor 4. Conducta para llamar la atención que Routh y cols. (1974) encontraron con la Escala de Actividad. El interés que muestran ante el juego y la televisión, se contrapone a su indisposición frente a las tareas académicas. Su comportamiento inadecuado y con motilidad excesiva refleja evitación de situaciones aversivas y el movimiento así manifiesto produce satisfacción a pesar de la respuesta desaprobatoria de los adultos.

O'Malley y Eisenberg (1973), GAP (1977) y De Ajuariaguerra (1983) han apuntado que la diferencia entre el niño hiperactivo y el activo normal reside prioritariamente en la cualidad propositiva y adecuada a las circunstancias en este último. En los niños estudiados más que la búsqueda de satisfactores externos lo que predomina es la evitación de experiencias displacenteras, si la hiperactividad es un comporta-

-miento de escape, es de esperarse que la energía motora de -
estos niños no se aplique a cambios positivos sobre el medio.
Así motivación y aprendizaje son condiciones subyacentes a la
hiperactividad.

Ahora bien y regresando a los ítemes, hay unos que
están ausentes en el grupo control y se refieren con frecuen-
cia en los grupos hiperactivos, son 23 ítemes con un alto va-
lor predictivo, conforman un "patrón de comportamiento" en
el que hay conductas de distintos tipos: desplazamiento fre-
cuente, movimientos innecesarios y constantes al estar senta-
do en determinadas situaciones, estado de ánimo irritable, -
conducta disruptiva en el salón de clase y resistencia a la -
disciplina.

Puesto que más de la mitad de estos ítemes se encon-
trarán después en la estructura factorial, sería repetitivo -
describirlos en detalle ahora para hacerlo también después, -
por ello sólo se han citado en forma general.

Se han comentado a grandes rasgos las semejanzas y
diferencias detectadas entre el comportamiento de los niños -
hiperactivos y el de los niños controles.

Como se recordará, esta investigación se realizó -
contemplando cuatro objetivos. El primero, conocer el pa-
trón de comportamiento con niños con Trastorno por déficit de
atención con hiperactividad, declarado por sus madres, en sus

respuestas a la Escala Revisada para Padres de K. Connors, la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters y al Escala de Evaluación de los Padres de D. Hammill y L. Brown. En efecto, si hay un patrón de comportamiento frecuente en estos niños y éste no se reporta en el grupo no hiperactivo. Habida cuenta, el primer objetivo se alcanza al igual que el tercero que fue determinar si el patrón de comportamiento de los niños con el síndrome difería del declarado en el grupo sin el síndrome y con electroencefalograma normal.

Entre el modo de actuar de los niños no hiperactivos y los niños con el síndrome hay importantes diferencias referentes a la cualidad de las conductas o a su duración. Hay conductas literalmente ausentes en los niños sin hiperactividad, pero hay otras "tipo hiperactivo" que no se consideran como tales ni causan problemas en el entorno porque su ocurrencia es esporádica. El comportamiento de los niños no hiperactivos no ocasiona problemas a quienes conviven con ellos; en cambio, el de los niños con hiperactividad sí sobre todo si incluye indisciplina y agresión.

El segundo objetivo fue indagar si el patrón de comportamiento de los niños con Trastorno por déficit de atención y registro electroencefalográfico normal era diferente al de niños con el síndrome y anomalía electroencefalográfica.

Entre los grupos no hubo diferencia en estas varia-

-bles: duración de los síntomas básicos del síndrome (62-61 meses), edad de inicio (4 años), sexo (masculino), edad al momento de valorarles (10-9 años), castigos escolares (frecuentes), edad de la madre (33-32 años), edad del padre (36-37 años) relación conyugal entre los progenitores (conflictiva), religión (católica), número de personas que viven en casa (5) y nivel socioeconómico (bajo). Si a estas características se añaden otras que ya se mencionaron antes como presentar conductas propias del Factor 2. Problema de aprendizaje (Goyette y cols. 1978), requerir la presencia o supervisión de adultos al hacer tareas escolares en el hogar, sentirse poco apreciado en su círculo familiar, mostrarse fácilmente lastimado en sus sentimientos, tener relación conflictiva con los hermanos y no tener ascendencia en los vínculos con pares, puede tenerse una imagen de estos niños y su medio sociofamiliar en el que además de existir carencias económicas, las relaciones humanas no proporcionan un aprendizaje social positivo. Este ambiente dista mucho de parecerse a esos "hogares armoniosos de clase media, con padres firmes y racionales en los que hay niños hiperactivos que se desarrollan adecuadamente y no muestran dificultades graves que ameriten atención especializada" según refieren Werry (1968), Loney (1980), Stewart (1980) y Sandberg (1980).

El resultado obtenido es por demás interesante, los niños con electroencefalograma normal además del patrón de comportamiento ya reportado, tienen más conductas hiperacti-

-vas y unas de tipo agresivo que están francamente ausentes - en los niños no hiperactivos y son infrecuentes en los hiperactivos con electroencefalograma anormal. Esto hace que su comportamiento sea más problemático tanto en la casa como en la escuela.

La diferencia entre los grupos hiperactivos no puede atribuirse a un cerebro sano, ya que los casos no hiperactivos también lo tenían; es más, en otro estudio que se está haciendo aparte de los dos que integran este trabajo, se tienen ya los registros de 15 niños no hiperactivos cuyo EEG es anormal y con características semejantes a las reportadas en los registros de los niños con el síndrome y electroencefalograma anormal. Tener un electroencefalograma anormal no es indicativo de hiperactividad, ésta puede o no aparecer asociada.

Es posible que alguien llamara la atención sobre el dato de la presencia de alteraciones percepto motoras en el registro de Bender del 80% de los niños hiperactivos con electroencefalograma normal. Como no se dispuso de un criterio uniforme para la calificación de los registros y el diagnóstico de "anormalidad" es cuestionable, no se aplicó la prueba χ^2 . Es más, como hipótesis a comprobarse en otro estudio podría formularse que las características de los registros de estos niños tienen que ver con la calidad del trazo y no con deficiencia en la capacidad de diferenciación, orientación o

integración, lo cual corroboraría el dato de Werry y Champaign (1968) en el sentido de que la habilidad para dibujar deficiente es independiente de la inestabilidad electroencefalográfica.

La diferencia entre los dos grupos hiperactivos parece remitirse a otras condiciones. Se distinguieron por estas variables de su evaluación clínica: referencia, tipo de relación con los padres, escolaridad, ocupación y estado de ánimo de los padres.

Los niños del grupo con EEG anormal fueron canalizados al hospital por sus profesores, no prevaleció en ellos un vínculo conflictivo con sus progenitores, la escolaridad - como la ocupación del padre no correspondieron a un nivel particular y éste con frecuencia fue reportado como una persona tensa e irritable.

Dado que de los dos grupos hiperactivos el que tiene electroencefalograma normal tiene el comportamiento más problemático, dentro de un marco descriptivo se relatarán sus atributos. Empezaron a ser percibidos como hiperactivos - cuando tenían cuatro años, edad en la que Gesell y Amatruda (1985) aseveran "es sumamente activo, con una gran energía - que le hace parecer incansable y con tendencia a extralimitarse", ingresan a la escuela y las demandas de aprovechamiento académico y buen comportamiento se vuelven cotidianas; en casa la situación se sostiene durante un lapso promedio de seis años y es entonces cuando ante los problemas en el aprendiza-

-je escolar, de disciplina e interacción con los demás las madres acuden a la institución psiquiátrica para que se atienda a sus hijos. Si las madres observaron en los niños un comportamiento que les pareció inadecuado desde que tenían cuatro años ¿por qué esperaron tanto tiempo para solicitar ayuda profesional?, es posible que como Sandberg y cols. (1980) y Escotto (1983) observaron, la solicitud obedezca más a los problemas de disciplina y agresión que a la hiperactividad. En su hogar los vínculos conyugales, filiales y fraternales son difíciles, el padre tiene bajo nivel escolar y laboral y la madre es una persona tensa e irritable. Ante los problemas que viven en su hogar y escuela estos niños no lloran, no se les ve tristes, no muestran temores, tampoco son tímidos ni excesivamente dependientes de sus padres. Tienen inteligencia normal, un cerebro sano y un entorno que no los estimula positivamente, ante el que muestran hiperactividad selectiva, indisciplina y determinado tipo de conductas sociales agresivas, éstas no tienen el grado de patología social que marca el Factor Problema de conducta observado en niños de otras culturas: Estados Unidos (Conners, 1969; Arnold, 1981), Italia (O'Leary y cols. 1985) e Inglaterra (Sandberg y cols. 1980), este factor incluye conductas del Trastorno de conducta socializado no agresivo (DSM III, 1984) que no está presente en la muestra, mas ¿cómo será el desarrollo de estos niños en plena adolescencia?

La diferencia entre el comportamiento de los niños

hiperactivos con EEG normal y el de los niños hiperactivos con EEG anormal se asocia al aprendizaje de conductas negativas - dentro y fuera de su círculo familiar. Si bien las distintas condiciones de adversidad social fungen en la investigación como variables extrañas reveladas por la evaluación clínica, que no fueron intencionalmente controladas porque se pensó por principio en la necesidad de controlar la variable electroencefalograma, su importancia en los resultados es indiscutible - aunque ahora lo que se requiere es investigar a fondo la relación.

El cuarto objetivo fue estudiar la validez de criterio y de constructo de las tres listas de verificación conductual que se administraron.

Sobre el análisis del poder discriminativo de los 109 ítems, 61 distinguieron a los niños hiperactivos de los no hiperactivos: 21 de 48 ítems (44%) de la Escala Revisada para Padres, 14 de los 30 ítems (47%) de la Escala de Evaluación de los Padres y 26 de los 31 (84%) de la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters.

Dada su naturaleza "unidimensional" y contextual, - la Escala de Actividad posee mayor valor diagnóstico para conductas hiperactivas exclusivamente. Las conductas de agresión social son detectadas por los instrumentos multidimensionales.

No se calificaron los registros con la idea de obtener un puntaje total en cada uno de ellos porque es menester valorar los ítemes bajo un análisis de frecuencias en niños mexicanos y al respecto no se encontró información. Por otra parte, los instrumentos no siguen un tratamiento estadístico uniforme para la obtención de datos normativos: recalificación de ítemes con carga factorial alta (Escala Revisada para Padres), promedio y desviación estándar (Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters) y puntaje estándar (Escala de Evaluación de los Padres).

Los niños hiperactivos presentan las mismas conductas del Factor 2. Problema de aprendizaje observado por Goyette y cols. en 1978 al administrar la Escala Revisada para Padres en su estudio de estandarización con niños norteamericanos; también presentan el 70% de los ítemes del Índice de Hiperquinesia (Conners, 1970; Goyette, 1978) y el 80% de los ítemes del índice presentado en la Escala Revisada para Maestros (Goyette y cols. 1978) y muestran conductas correspondientes al 75% de los ítemes del Factor 4. Impulsividad-Hiperactividad (Goyette y cols. 1978-madres). En tanto que en las normas, los autores especifican una calificación media de .87 y desviación de .59 para niños de 9 a 11 años, lo que daría una calificación máxima de 1.46, los niños hiperactivos mexicanos tienen una puntuación de 2 bajo sólo tres categorías de respuesta en el instrumento. Los hiperactivos con EEG normal tienen además el 50% de ítemes del Factor 1. Problema

de conducta I (Goyette y cols. 1978-madres).

En cuanto a la Escala de Actividad, ya se mencionó su alto poder discriminativo; no se obtuvo media ni desviación estándar pero los niños hiperactivos presentan con frecuencia 26 de 31 ítemes si a estos 26 se les calificara con un peso aritmético de 2 puntos se tendría una calificación considerablemente más alta a la señalada por Velasco (1980) que escribe en su libro publicado en México "cualquier puntuación superior a 15 puede considerarse significativa (de hiperquinesia)"; este punto de corte es muy cuestionable ya que un niño no hiperactivo puede tener más de 15 puntos con sólo señalarse en él las conductas con aparición ocasional y por otra parte hay ítemes que no son discriminativos: el empleo de dicho punto de corte conduce a confusión. Los escolares con buen aprovechamiento escolar que Lara Tapia (1986) considera hiperactivos por tener una calificación superior a 15 ($\bar{x} = 11.65$; D.E. = 7.62), desde nuestro punto de vista son niños activos. En el estudio de Routh y cols. (1974) los autores reportan un puntaje promedio de 15.20 para niños de 3 años pero dan también las cifras para la calificación que considera una desviación estándar (20.96) o dos desviaciones estándar (26.72), la variabilidad de las calificaciones dadas al grupo con el que se va a comparar al niño es importante y más si se trata de "diagnosticar" en él un comportamiento que excede la norma, la calificación entonces tendría que ser superior a la que marcan dos desviaciones por arriba

de la media, según un criterio riguroso recomendado por investigadores como Cunningham y Barkley (1979), Barkley y cols. (1983, 1985), Sandberg y cols. (1980).

Los instrumentos empleados en este estudio son útiles porque permiten objetivar la opinión de las madres sobre el comportamiento de sus hijos hiperactivos, pero tienen también limitaciones ya tratadas en el inciso referente a las listas de verificación conductual que deben tomarse en consideración.

De este estudio no pueden extraerse datos normativos porque se necesitan resultados de grupos escolares no clínicos y comprobar los obtenidos en esta ocasión. No obstante es conveniente advertir el riesgo de dar un significado erróneo a los datos si se usa la puntuación total en cada una de las escalas sin el análisis discriminativo de ítemes que le debe anteceder. Los resultados de este estudio presentan una señal de alerta: de las tres escalas no todos los ítemes discriminan hiperactividad.

Con referencia a la validez de constructo, no fue posible analizar factorialmente los instrumentos por separado en virtud del reducido número de sujetos en cada grupo. Se seleccionaron 44 ítemes de las tres escalas y se analizaron factorialmente, habiéndose manejado a los tres grupos como si fuesen uno solo.

Se extrajeron cuatro factores denominados 1. Hiperactividad, 2. Conducta social agresiva, 3. Resistencia a la disciplina y 4. Negativismo.

Factor 1. Hiperactividad. Por ser mucho más grande de su valor propio al correspondiente a cada uno de los factores siguientes, se deduce que el comportamiento hiperactivo está formado por un grupo compacto de conductas que tienen que ver con la energía motora y puede ser descrito como un comportamiento ambulatorio frecuente que se hace problemático cuando se espera que el niño permanezca sentado un lapso considerable y realice tareas que exigen responsabilidad, disciplina y esfuerzo personal, éstas son las escolares. Lo mismo en el hogar que en la escuela el niño hiperactivo se levanta con frecuencia del asiento y cuando está sentado su cuerpo continúa en movimiento persistente ya sea cambiando de postura, manipulando objetos o su propio cuerpo o moviendo sus piernas; en la escuela interrumpe con frecuencia al maestro o a otros niños cuando éstos realizan una actividad que evidentemente él no ejecuta y es inconstante en tareas académicas.

A este comportamiento hiperactivo se asocian conductas de otra índole que forman los tres factores restantes. Recuérdese que los niños hiperactivos que viven en un medio familiar adverso en el que las relaciones humanas no son positivas, son quienes más probabilidad tienen de presentar este bloque de tres factores.

Factor 2. Conducta social agresiva. La actuación de los niños hiperactivos tiende a ser agresiva en la interacción con coetáneos, se muestra hostil en sus relaciones, molesta a sus compañeros de escuela, se mete en más problemas - que otros niños de su edad y se pelea a golpes con frecuencia.

Factor 3. Resistencia a la disciplina. Señala un comportamiento en el que las normas y órdenes dadas por figuras de autoridad son acatadas por los niños pero con indisposición, lentitud o apatía, obedecen sí pero con inconformidad, a regañadientes.

Factor 4. Negativismo. Indica franca desobediencia frente a la autoridad.

Hace algunos años King y Young (1982) señalaron - "si la meta es proporcionar datos a ser usados en el contexto clínico, se debe ser responsivo al sistema de clasificación - usado por los profesionales de dicho contexto".

Esta investigación es útil porque sus resultados - son una aportación al estudio de las conductas del niño hiperactivo, establecen un punto de enlace entre los enfoques psiquiátrico y psicométrico en la valoración de la hiperactividad en niños mexicanos y confirman la observación de Goyette y cols. (1978) en el sentido de que las madres son consistentes al evaluar la hiperactividad de sus hijos. El factor 1. Hiperactividad valida el síntoma Hiperactividad del Trastorno

por déficit de atención con hiperactividad (DSM III, 1984), - pero es mucho más específico. En la obtención de los factores, la distinción del Factor 1. Hiperactividad, de los - - otros tres, está de acuerdo a los resultados reportados por - Connors (1969), Goyette y cols. (1978), Arnold y cols. (1981), King y Young (1982), Mc Clure y Gordon (1984), Abikoff (1977, 1980) en los que se señala que la hiperactividad es un factor independiente del Factor Problema de conducta que ya se mencionó abarca conductas tanto del Negativismo como del Trastorno de conducta socializado no agresivo. En los niños valorados en esta investigación las conductas de este último - síndrome no son declaradas por las madres.

Los resultados llevan al psicólogo clínico que - atiende niños hiperactivos a los que se ha dado un diagnóstico neurológico (Disfunción Cerebral Mínima) o uno psiquiátrico (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) a conocer aspectos específicos de dicho comportamiento y analizar las opciones terapéuticas. Si en los niños hiperactivos, dentro de su complejo conductual, motivación y aprendizaje están comprometidos, con ellos entonces se tiene que trabajar.

Con referencia a sugerencias para la investigación a futuro, es necesario administrar la Escala Revisada para Padres (K. Connors, Ch. Goyette y R. Ulrich, 1978), la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (J.S.Werry, 1968) y la Escala

de Evaluación de los Padres (D. Hammill y L. Brown, 1982) a las madres de niños escolares con control de sexo y edad a fin de disponer de datos normativos. Replicar la investigación para corroborar resultados. Realizar estudios de tipo psicométrico que aborden aspectos como la relación entre el niño y sus padres, impacto de la clase social sobre el comportamiento hiperactivo, ajuste conyugal de sus progenitores, características de su sistema familiar como de la personalidad de sus padres, grado de información sobre el nivel excesivo de energía motora y expectativas de comportamiento social. Es importante conocer la opinión que el niño tiene sobre su comportamiento y su ambiente, claro está si no es demasiado pequeño; posiblemente alguien piense que el juicio de los adultos es más objetivo que el del niño y que no tiene valor cuestionarle porque no comprende lo que se le pregunta, porque es incapaz de juzgar sus acciones, porque tiende a "negar" sus conductas problemáticas o por otros argumentos similares, sin embargo, las respuestas de los niños son tan importantes como las de las grandes figuras, los adultos, que enjuician su comportamiento, en un informe posterior se presentarán los resultados de las respuestas de los 90 niños estudiados a la Escala de Evaluación del Estudiante de Brown y Hammill (1982). Es necesario que en estudios de doble ciego, profesionistas en electroencefalografía puedan diferenciar entre registros electroencefalográficos anormales cuáles pertenecen a niños hiperactivos y cuales no, puesto que se dan casos con registro anormal que no presentan hiperactividad. Se requiere de

estudios de observación sistemática sobre los cambios de actividad lo que permitiría hacer una distinción entre hiperquinesia e hiperactividad y conocer la forma como el niño utiliza sus recursos motores e intelectuales al actuar sobre los estímulos. Un aspecto fundamental es el estudio en el niño hiperactivo de conducta pro-social.

La investigación sobre el comportamiento hiperactivo a nivel mundial está en fase de desarrollo. Las tasas de prevalencia son altas en diferentes países, miles de niños de distintas culturas con un problema común "hiperactividad". - En México 10.5% de los niños asistentes por primera vez al Hospital Psiquiátrico Infantil, por ellos y por los que el día de mañana acudirán, debe continuarse investigando.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

A manera de síntesis se extraen estos puntos:

1. La Escala Revisada para Padres, la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters y la Escala de Evaluación de los Padres son tres listas de verificación conductual útiles en la valoración de los problemas del niño hiperactivo; la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters posee un amplio poder discriminativo, ésto la hace mejor instrumento para detectar hiperactividad que las otras dos escalas, pero éstas por su naturaleza multidimensional permiten un acercamiento a la valoración de conductas en las que el aprendizaje social está comprometido.
2. Mediante la administración de instrumentos psicométricos se encuentra un patrón de comportamiento hiperactivo manifiesto indistintamente en niños con y sin alteración electroencefalográfica.
3. La estructura factorial revela una importante conexión entre la hiperactividad y el Negativismo (DSM III).
4. La interacción inadecuada a nivel familiar contribuye fundamentalmente al problema. Aprendizaje y motivación son condiciones subyacentes a la hiperactividad.

APENDICES

- A. Escala Revisada para Padres
- B. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters
- C. Escala de Evaluación de los Padres
- D. Cuadros del Estudio Preliminar
- E. Cuadros de características de los sujetos

Apéndice A

Escala Revisada para Padres
(K. Conners, C. Goyette, R. Ulrich, 1978)

Nombre del niño _____ Fecha _____

Informante _____ Parentesco _____

Instrucciones: Abajo encontrará una serie de afirmaciones referentes a conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea con cuidado cada una de ellas y decida qué tanto su niño ha estado afectado por estos problemas durante el último mes. Indique su opinión colocando una marca (X) en la columna apropiada a la derecha de cada afirmación. Conteste a todas.

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
1. Se muerde las uñas (cabello, dedos, ropa)	_____	_____	_____	_____
2. Es insolente o burlón	_____	_____	_____	_____
3. Tiene problemas para iniciar o sostener amistades	_____	_____	_____	_____
4. Es excitable, impulsivo	_____	_____	_____	_____
5. Chismosea sobre otros niños	_____	_____	_____	_____
6. Se chupa el pulgar (ropa, tela)	_____	_____	_____	_____
7. Llora con facilidad o frecuentemente	_____	_____	_____	_____

Cont. Apéndice A

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
8. Parece agobiado por problemas	_____	_____	_____	_____
9. Tiene demasiadas fantasías	_____	_____	_____	_____
10. Muestra dificultad para aprender en la escuela	_____	_____	_____	_____
11. Se mueve constantemente cuando está sentado	_____	_____	_____	_____
12. Es temeroso (de nuevas situaciones, gente, lugares o escuela)	_____	_____	_____	_____
13. Está moviéndose constantemente de un lugar a otro	_____	_____	_____	_____
14. Es destructivo	_____	_____	_____	_____
15. Cuenta historias que no son ciertas	_____	_____	_____	_____
16. Es tímido	_____	_____	_____	_____
17. Se mete en más problemas que otros niños de su misma edad	_____	_____	_____	_____
18. Habla de manera diferente a otros niños de la misma edad (como niño "chiquito", tartamudez o no se da a entender)	_____	_____	_____	_____
19. Niega sus errores o culpa a otros por ellos	_____	_____	_____	_____
20. Le gusta provocar pleitos o riñas	_____	_____	_____	_____
21. Es caprichoso y malhumorado	_____	_____	_____	_____
22. Ha hurtado cosas (de la casa, escuela u otros lugares)	_____	_____	_____	_____

Cont. Apéndice A

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
23. Es desobediente	_____	_____	_____	_____
24. Se preocupa más que otros niños (por estar solo, enfermedades o muerte)	_____	_____	_____	_____
25. Falla para terminar las cosas	_____	_____	_____	_____
26. Es fácil herir sus sentimientos	_____	_____	_____	_____
27. Escoge a otros niños para molestarlos insistentemente	_____	_____	_____	_____
28. Es incapaz de detener una actividad repetitiva	_____	_____	_____	_____
29. Es cruel	_____	_____	_____	_____
30. Es inmaduro (quiere ayuda que no necesita, es dependiente o demanda apoyo constantemente)	_____	_____	_____	_____
31. Es distraído o su lapso de atención es corto	_____	_____	_____	_____
32. Presenta dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____
33. Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	_____	_____	_____	_____
34. No le gustan o no sigue reglas o restricciones	_____	_____	_____	_____
35. Se pelea a golpes constantemente	_____	_____	_____	_____
36. No se lleva bien con sus hermanos	_____	_____	_____	_____
37. Se frustra fácilmente en sus esfuerzos	_____	_____	_____	_____

Cont. Apéndice A

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
38. Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	_____	_____	_____	_____
39. Es un niño triste	_____	_____	_____	_____
40. Presenta problemas para comer (apetito deficiente, come a pausas)	_____	_____	_____	_____
41. Presenta dolores de estómago	_____	_____	_____	_____
42. Tiene problemas para dormir (le cuesta trabajo quedarse dormido, se despierta - en la noche, se levanta demasiado temprano)	_____	_____	_____	_____
43. Presenta dolores en otras partes del cuerpo	_____	_____	_____	_____
44. Presenta vómito o náuseas	_____	_____	_____	_____
45. Se siente poco apreciado en su círculo familiar	_____	_____	_____	_____
46. Es jactancioso o presumido	_____	_____	_____	_____
47. Permite que otros niños lo molesten o lo humillen	_____	_____	_____	_____
48. Presenta problemas intestinales (estreñimiento, diarreas o hábitos irregulares)	_____	_____	_____	_____

Apéndice B

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters

(J. Werry, 1968)

Nombre del niño _____ Fecha _____

Informante _____ Parentesco _____

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea con cuidado cada una de ellas y decida qué tanto se presentan en su niño, colocando una marca (X) en la columna apropiada. Conteste a todas.

Items	No	Algo	Mucho
I. En el hogar			
A. Durante las comidas			
1. Sube y baja de las sillas	_____	_____	_____
2. Interrumpe la comida sin razón	_____	_____	_____
3. Se mueve constantemente en su asiento	_____	_____	_____
4. Manosea las cosas	_____	_____	_____
5. Habla excesivamente	_____	_____	_____
B. Mientras ve la televisión			
6. Se levanta y se sienta constantemente	_____	_____	_____
7. Se mueve constantemente en su asiento	_____	_____	_____

Cont. Apéndice B

Items	No	Algo	Mucho
8. Manipula objetos o su propio cuerpo	_____	_____	_____
9. Habla incesantemente	_____	_____	_____
10. Interrumpe a los demás	_____	_____	_____
C. Haciendo las tareas escolares			
11. Se levanta y se sienta sin motivo	_____	_____	_____
12. Se mueve constantemente en su asiento	_____	_____	_____
13. Manipula objetos o su propio cuerpo	_____	_____	_____
14. Habla incesantemente	_____	_____	_____
15. Requiere la presencia o supervisión de adultos	_____	_____	_____
D. Durante el juego			
16. No se mantiene quieto	_____	_____	_____
17. Cambia de actividad constantemente	_____	_____	_____
18. Busca la atención de los padres	_____	_____	_____
19. Habla excesivamente	_____	_____	_____
20. Interfiere con el juego de otros	_____	_____	_____
E. Al dormir			
21. Dificultad para iniciar el sueño	_____	_____	_____
22. Sueño insuficiente	_____	_____	_____
23. Inquietud mientras duerme	_____	_____	_____

Apéndice C

Escala de Evaluación de los Padres
(D. Hammill, L. Brown, 1982)

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Informante _____ Parentesco _____

Instrucciones: Este perfil consiste en una serie de frases descriptivas. Algunas se parecen a su hijo (a); otras no. Lo que se busca es saber cuáles de estos comportamientos le preocupan a usted en este momento y hasta qué punto le parecen ser problemas. Por ejemplo, la segunda frase dice "No obedece las reglas establecidas por sus padres". Si su hijo (a) nunca obedece las reglas y las desobedece a propósito, usted marcará el cuadro de la columna que dice "Muy parecido". Si su hijo (a) desobedece a menudo, pero no siempre, usted marcará el cuadro de la columna "Poco parecido" y si nunca le desobedece a propósito, marcará la columna "Nada parecido". Usted debe marcar lo que usted mismo (a) crea, sin discutirlo ni comentar con su esposo (a) u otro adulto responsable.

Ítemes

	Muy Parecido	Poco Parecido	Nada Parecido
1. Es verbalmente agresivo con sus padres	_____	_____	_____
2. No obedece las reglas establecidas por sus padres	_____	_____	_____

Cont. Apéndice C

Items	Muy Parecido	Poco Parecido	Nada Parecido
3. Come demasiado, está muy gordo	_____	_____	_____
4. Se queja de las tareas del hogar que tiene que cumplir	_____	_____	_____
5. No sigue instrucciones	_____	_____	_____
6. Miente para evitar castigos o responsabilidades	_____	_____	_____
7. Tiene compañeros que los padres (yo) no aprobamos	_____	_____	_____
8. No es líder entre sus compañeros	_____	_____	_____
9. Es egoísta, piensa sólo en lo suyo	_____	_____	_____
10. Es tímido, muy apegado a sus padres	_____	_____	_____
11. Es flojo	_____	_____	_____
12. No tiene actividades especiales regularmente con sus padres, como salir de compras, jugar a la pelota, etc.	_____	_____	_____
13. Se lastima a sí mismo; se arranca el pelo, se rasguña hasta sacarse sangre, etc.	_____	_____	_____
14. Busca alabanzas de sus padres ansiosamente	_____	_____	_____
15. No se preocupa por su higiene personal, como cepillarse los dientes, bañarse, peinarse, etc.	_____	_____	_____

Cont. Apéndice C

Items	Muy Parecido	Poco Parecido	Nada Parecido
16. Duerme mal; tiene pesadillas, insomnio	_____	_____	_____
17. Tiene demasiadas fantasías	_____	_____	_____
18. Obedece a sus padres de mala gana	_____	_____	_____
19. Es sumamente sensible a las bromas	_____	_____	_____
20. Demanda gratificación inmediata; por ejemplo, quiere una bicicleta en este momento, no puede esperar.	_____	_____	_____
21. Habla muy poco, no es verbal	_____	_____	_____
22. No se le puede confiar dinero; compra compulsivamente	_____	_____	_____
23. Chismosea sobre otros niños	_____	_____	_____
24. No regresa a casa a la hora en que debe	_____	_____	_____
25. No parece que le gustan las actividades de recreo de la familia	_____	_____	_____
26. Dice cosas malas de sí mismo, se critica mucho	_____	_____	_____
27. No comparte sus pertenencias voluntariamente	_____	_____	_____
28. No pone atención cuando sus padres le hablan	_____	_____	_____
29. Exige demasiada atención de sus padres	_____	_____	_____

Cont. Apéndice C

Items	Muy Parecido	Poco Parecido	Nada Parecido
30. Lloro excesivamente	_____	_____	_____
Total marcado en cada columna:	_____	_____	_____
Multiplique el total:	x1	x2	x3
Sume los productos:	_____	+	_____
		+	_____

Apéndice D

Cuadros el Estudio Preliminar

	Cuadro
Informante y responsable del caso	1
Referencia	2
Residencia	3
Fecha de primera consulta	4
Lugar de nacimiento	5
Sexo	6
Edad	7
Escolaridad	8
Motivo de consulta	9
Padecimiento actual	10
Síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	11
Número de embarazos	12
Número de hijos	13
Lugar del paciente	14
Número de hermanos	15
Condiciones del embarazo	16
Condiciones del parto	17
Desarrollo psicobiológico	18
Antecedentes personales patológicos	19
Datos en relación con la escuela	20
Antecedentes heredo-familiares	
I. Padre y rama paterna	21

Cont. Apéndice D

	Cuadro
II. Madre y rama materna	22
III. Hermanos	23
Datos generales del padre	24
Datos generales de la madre	25
Estructura familiar	26
Examen mental	27
Examen de laboratorio	28
Electroencefalograma	29
Estudio psicométrico	30
Tratamiento	31
Tiempo de tratamiento	32

Cuadro 1
 Informante y responsable del caso

	f	%
Madre	24	80.0
Padre	1	3.3
Ambos progenitores	4	13.3
Hermana	1	3.3
T o t a l	30	99.9

Cuadro 2
 Referencia

	f	%
Iniciativa de la familia	12	40.0
Centro asistencial	6	20.0
Escuela	7	23.3
Médico particular	2	6.7
Amistad (con familiar atendido en la institución)	3	10.0
T o t a l	30	100.0

Cuadro 3
Residencia

	f	%	ac.
Distrito Federal	25	83.3	
Tabasco	1	3.3	16.6
Hidalgo	1	3.3	
Estado de México	3	10.0	
T o t a l	30	99.9	

Cuadro 4
Fecha de primera consulta

	f	%
Enero a Junio	20	66.7
Julio a Diciembre	10	33.3
T o t a l	30	100.0

Cuadro 5
Lugar de nacimiento

	f	%
Distrito Federal	29	96.7
Estado de México	1	3.3
T o t a l	30	100.0

Cuadro 6

Sexo

	f	%
Masculino	20	66.7
Femenino	10	33.3
T o t a l	30	100.0

Cuadro 7

Edad

Intervalo	f	%	% ac.	% ac.
2 - 3	1	3.3		
4 - 5	10	33.3	66.6	93.3
6 - 7	10	33.3		
8 - 9	8	26.7		
10 - 11	1	3.3		
T o t a l	30	99.9		

Cuadro 8
Escolaridad

	f	%	% ac.
Nula	1	3.3	
Preescolar			
1°	6	20.0	36.7
2°	2	6.7	
3°	3	10.0	
Primaria			
1°	5	16.6	60.0
2°	6	20.0	
3°	5	16.7	
4°	2	6.7	
T o t a l	30	100.0	

Cuadro 9

Motivo de consulta

	f	%
1. Inquietud excesiva	22	73.3
2. Bajo rendimiento escolar	12	40.0
3. Agresividad	11	36.7
4. Distractibilidad	10	33.3
5. Desobediencia	10	33.3
6. Actitud exigente	9	30.0
7. Enuresis	4	13.3
8. Irritabilidad	3	10.0
9. Onicofagia	2	6.7
10. Obstinación	2	6.7
11. Destructividad	2	6.7
12. Mitomanía	1	3.3
13. Crueldad hacia animales	1	3.3
14. Terrores nocturnos	1	3.3

Cuadro 10
Padecimiento actual

	f	%
1. Actitud conflictiva en el hogar	30	100.0
2. Inquietud excesiva en el hogar	30	100.0
3. Desobediencia con padres	28	93.3
4. Inquietud excesiva en el salón de clases	23	76.7
5. Distractibilidad en el hogar	22	73.3
6. Irritabilidad	18	60.0
7. Obstinación	17	56.7
8. Agresividad hacia hermanos	17	56.7
9. Bajo rendimiento escolar	16	53.3
10. Baja tolerancia a la frustración	15	50.0
11. Distractibilidad en la escuela	13	43.3
12. Impulsividad	12	40.0
13. Desobediencia con maestros	11	36.7
14. Agresividad hacia padres	10	33.3
15. Destructividad	10	33.3
16. Labilidad emocional	10	33.3
17. Actitud exigente	9	30.0
18. Agresividad hacia maestros	7	23.3
19. Inconstancia	7	23.3
20. Necesidad de supervisión	7	23.3
21. Onicofagia	5	16.7
22. Terrores nocturnos	5	16.7
23. Agresividad hacia compañeros	4	13.3
		./.

Cont. Cuadro 10

	f	%
24. Masturbación	4	13.3
25. Grita para hablar	4	13.3
26. Resistencia a ir a dormir	4	13.3
27. Enuresis nocturna esporádica	4	13.3
28. Noctilalia	4	13.3
29. Hurtos	3	10.0
30. Encopresis	3	10.0
31. Mitomanfa	3	10.0
32. Incoordinación motriz	2	6.7
33. Insomnio	2	6.7
34. Conductas peligrosas	2	6.7
35. Temor a la obscuridad	2	6.7
36. Temor a estar solo	2	6.7
37. Enuresis diurna diaria	2	6.7
38. Enuresis diurna esporádica	2	6.7
39. Chupeteo de labios	2	6.7
40. Crueldad hacia animales	1	3.3
41. Resistencia a ir a la escuela	1	3.3

Cuadro 11

Síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Básicos:	f	%	χ^2
Falta de atención (3 ó +):			
1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza	7	23.3	8.52**
2. A menudo no parece escuchar	-	-	-
3. Se distrae con facilidad	22	73.3	6.52*
4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida	13	43.3	-
5. Tiene dificultades para concentrarse en un juego	-	-	-
Impulsividad (3 ó +):			
1. A menudo actúa antes de pensar	12	40.0	-
2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra	-	-	-
3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo	7	23.3	8.52**
4. Necesita supervisión constantemente	7	23.3	8.52**
5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia	30	100.0	-
6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales	9	30.0	4.80*
Hiperactividad (2 ó +):			
1. Corre de un lado para otro en exceso o se sube a los muebles	-	-	-

Cont. Cuadro 11

Básicos	f	%	χ^2
2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente	-	-	-
3. Le cuesta estar sentado	23	76.7	8.54**
4. Se mueve mucho durante el sueño	11	36.7	-
5. Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor"	30	100.0	-
Asociados:			
Obstinación	17	56.7	-
Aumento de labilidad emocional	10	33.3	-
Baja tolerancia a la frustración	15	50.0	-
Bajo nivel de autoestima	-	-	-
Deficiente rendimiento escolar	16	53.3	-
Falta de respuesta a la disciplina	28	93.3	22.54**
Signos neurológicos leves	1	3.3	-
Disfunciones percepto-motoras	23	79.3	9.96**
Anormalidades electroencefalográficas	16	53.3	-

* p menor a .05

** p menor a .01

Cuadro 12

Número de embarazos

	f	%
1	1	3.3
2	7	23.3
3	13	43.3
4	4	13.3
5	3	10.0
6	1	3.3
10	1	3.3
Total	30	99.8

Cuadro 13

Número de hijos

	f	%
Varones (20 de la muestra + 31 hermanos)	51	49.5
Mujeres (10 de la muestra + 42 hermanas)	52	50.5
T o t a l	103	100.0

Cuadro 14
Lugar del paciente

	f	%	% ac.
1°	10	33.3	66.6
2°	10	33.3	
3°	5	16.7	
4°	2	6.7	
5°	2	6.7	
10°	1	3.3	
Total	30	100.0	

Cuadro 15
Número de hermanos

	f	%	\bar{x}
Varones	31	42.5	1.03
Mujeres	42	57.5	1.40
Total	73	100.0	

Cuadro 16
Condiciones del embarazo

	f	%	% ac.
Expectativa:			
Hijo deseado	24	80.0	
Hijo no deseado	6	20.0	
Intercurrencias:			
Ninguna	20	66.7	
Infecciones	3	10.0	33.3
Amenaza de aborto	7	23.3	
Uso de medicamentos	10	33.3	
Gestación:			
Completa	29	96.7	
Incompleta (32 semanas)	1	3.3	

Cuadro 17
Condiciones del parto

	f	%	% ac.
Atención:			
Hospitalaria	28	93.3	
Por médico particular	2	6.7	
Aplicación de anestesia:			
General	8	26.7	46.7
Bloqueo epidural	6	20.0	
Medios quirúrgicos:			
Cesárea	4	13.3	
Fórceps	3	10.0	
Parto:			
Normal	24	80.0	
Anormal (anoxia neonatal)	6	20.0	

Cuadro 18
Desarrollo psicobiológico

	f	%
Alimentación en cantidad suficiente	22	73.3
Alimentación en calidad suficiente	20	66.7
Desarrollo psicomotor normal	25	83.3
Control de esfínteres antes del inicio del padecimiento	21	70.0
Adecuado hábito alimenticio antes del inicio del padecimiento	30	100.0
Adecuado hábito de sueño antes del padecimiento	24	80.0

Cuadro 19

Antecedentes personales patológicos

	f	%
Infecciones de las vías respiratorias	16	53.3
Traumatismo craneoencefálico	10	33.3
Amigdalitis	9	30.0
Infecciones gastrointestinales	9	30.0
Intervenciones quirúrgicas	7	23.3
Sarampión	6	20.0
Varicela	5	16.7
Rubeola	4	13.3
Alergias	3	10.0
Estrabismo	3	10.0
Crisis convulsivas por hipertermia	1	3.3
Parotiditis	1	3.3
Quemaduras de 3°	1	3.3

Cuadro 20

Datos en relación con la escuela

	f	%
Niños inscritos en preescolar (n=11)		
Inquietud excesiva	7	63.6
Agresividad	6	54.5
Advertencia de expulsión	3	27.3
Bajo aprovechamiento escolar	3	27.3
Resistencia a ir a la escuela	1	9.1
Niños inscritos en primaria (n=18)		
Inquietud excesiva	16	88.9
Distractibilidad	13	72.2
Bajo aprovechamiento escolar	13	72.2
Desobediencia	11	61.1
Reprobación escolar	6	33.3
Agresividad	5	27.8
Advertencia de expulsión	5	27.8

Cuadro 21

Antecedentes heredo-familiares (I)

Rama paterna (n=26 parientes referidos)

	Bisabuelo	Abuelos	Tíos	Total	%	Padre*	
	f	f	f			f	%
Diabetes	2	6	0	8	30.8	0	0.0
Cáncer	1	0	1	2	7.7	0	0.0
Excitabilidad	0	0	0	0	0.0	14	48.3
Agresividad	0	0	1	1	3.8	15	51.7
Alcoholismo	0	1	0	1	3.8	15	51.7
Retraso mental	0	0	3	3	11.5	0	0.0
Epilepsia	0	1	4	5	19.5	0	0.0
Depresión	0	0	1	1	3.8	0	0.0
Tratamiento Psiquiá- trico	0	1	1	2	7.7	0	0.0
Asma	0	1	0	1	3.8	0	0.0
Sordomudez	0	0	1	1	3.8	0	0.0
Uso de marihuana	0	1	0	1	3.8	2	6.9
T o t a l	3	11	12	26			

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 por mortalidad experimental.

Cuadro 22

Antecedentes heredo-familiares (II)

Rama materna (n=14 parientes referidos)

	Bisabuela	Abuelos	Tfos	Total	%	Madre*	%
	f	f	f			f	
Diabetes	1	0	0	1	7.1	0	0.0
Excitabilidad	0	0	2	2	14.3	21	72.4
Agresividad	0	0	1	1	7.1	10	34.5
Alcoholismo	0	0	1	1	7.1	3	10.3
Retraso mental	0	0	1	1	7.1	0	0.0
Epilepsia	0	0	1	1	7.1	0	0.0
Depresión	0	2	1	3	21.4	9	31.0
Tratamiento Psiquiátrico	0	2	1	3	21.4	7	24.1
Enfermedad hepática	0	1	0	1	7.1		

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 por mortalidad experimental.

Cuadro 23

Antecedentes heredo-familiares (III)

	Hermanos*		Hermanas**	
	f	%	f	%
Depresión	1	3.2	0	0.0
Problemas de conducta	6	19.4	3	7.1
Epilepsia	1	3.2	0	0.0
Uso de marihuana	1	3.2	0	0.0
Parálisis Cerebral Infantil	0	0.0	2	4.8
T o t a l	9	29.0	5	11.9

* n = 31

** n = 42

Cuadro 24
Datos generales del padre

	f	%	% ac.
Escolaridad:			
Primaria completa	6	20.7	41.4
Primaria incompleta	6	20.7	
Secundaria completa (o equivalente)	4	13.8	27.6
Secundaria incompleta (o equivalente)	0	0.0	
Preparatoria completa	2	6.9	
Preparatoria incompleta	2	6.9	
Universidad completa	1	3.4	31.0
Universidad incompleta	8	27.6	
T o t a l	29*	100.0	
Ocupación:			
Campesino	1	3.4	
Obrero	11	37.9	
Empleado	9	31.0	
Profesional	8	27.6	
T o t a l	29*	99.9	

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 por mortalidad experimental.

Cuadro 25

Datos generales de la madre

	f	%	% ac.
Escolaridad:			
Nula	1	3.4	
Primaria completa	5	17.2	44.8
Primaria incompleta	8	27.6	
Secundaria completa (o equivalente)	11	37.9	41.3
Secundaria incompleta (o equivalente)	0	0.0	
Preparatoria completa	0	0.0	
Preparatoria incompleta	1	3.4	
Universidad completa	3	10.3	10.3
Universidad incompleta	0	0.0	
T o t a l	29*	99.8	
Ocupación:			
CampeSina	1	3.4	
Obrera	4	13.8	55.1
Empleada	8	27.6	
Profesional	3	10.3	

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 por mortalidad experimental.

Cuadro 26
Estructura familiar

	f	%	% ac.
1. Integración:			
Familia completa	19	63.3	
Familia incompleta	11	36.7	
T o t a l	30	100.0	
Familia incompleta por:			
Defunción del padre	1	9.1	18.2
Defunción de la madre	1	9.1	
Abandono del padre	4	36.3	81.8
Demanda de divorcio por parte del padre	5	45.5	
T o t a l	11	100.0	
2. Organización:			
Adecuada	8	26.7	
Inadecuada	22	73.3	
T o t a l	30	100.0	
3. Relaciones:			
Positivas	2	6.7	
Conflictivas	28	93.3	
T o t a l	30	100.0	
Relaciones conflictivas entre:			
Progenitores	24	80.0	
Progenitores e hijos	28	93.3	
Hermanos	17	56.7	
4. Sostén económico a cargo de:			
Padre	13	43.3	
Madre	3	10.0	
Ambos padres	11	36.7	
Madre e hijos	2	6.7	
Hijos	1	3.3	
T o t a l	30	100.0	

Cuadro 27

Examen mental

	F	%
1. Apariencia física:		
Edad aparente semejante a la real	30	100.0
Cuerpo íntegro y bien conformado	30	100.0
Adecuadas condiciones de aseo y aliño personal	26	86.7
2. Actitud:		
Inquietud excesiva	21	70.0
Resistencia a cooperar	6	20.0
Ansiedad	9	30.0
Inhibición	4	13.3
Depresión	2	6.7
3. Desarrollo:		
Dificultad en la articulación del lenguaje	1	3.3
Déficit de atención	17	56.7
Zurdería	1	3.3
Inteligencia subnormal	6	20.0
Inteligencia normal	20	66.7
Inteligencia superior	4	13.3

Cuadro 28

Análisis de laboratorio

	f	%	% ac.	\bar{x}	Rango
Albúmina negativo	30	100.0			
Mucina negativo	30	100.0			
Hemoglobina negativo	30	100.0			
Glucosa negativo	30	100.0			
Fenilacetona negativo	30	100.0			
Cantidad de hemoglobina				14.45	13.1 - 15.5
Valor globular				34.14	31 - 38
Hematocrito				41.42	36 - 49
Leucocitos por mm ³				8111.57	4500 - 11600
Linfocitos				48.14	28 - 64
Monocitos				2.35	1 - 5
Eosinófilos				1.14	1 - 5
Segmentados				49.00	38 - 69
Hymenolepis nana	3	10.0			
Entamoeba coli	3	10.0	50.0		
Giardia (quistes)	9	30.0			

Cuadro 29

Electroencefalograma

	Rango de edad	f	%	% ac.
Anormal por descargas paroxísticas subclínicas de iniciación focal en lóbulo temporal izquierdo secundariamente generalizadas.	4 - 10	6	20.0	53.3
Anormal por alteración bioeléctrica inespecífica.	5 - 8	4	13.3	
Anormal por retraso en la maduración bioeléctrica general.	4 - 8	6	20.0	
Normal con gradiente bioeléctrico y reactividad correctos.	2 - 9	14	46.7	
T o t a l		30	100.0	

Cuadro 30
Estudio psicométrico. Nivel intelectual

Intervalo/CI	Global		Verbal		Ejecución	
	f	%	f	%	f	%
70 - 79	2	6.7	1	4.8	4	19.0
80 - 89	5	16.7	5	23.8	3	14.3
90 - 109	13	43.3	9	42.8	9	42.9
110 - 119	5	16.7	5	23.8	2	9.5
120 - 129	4	13.3	1	4.8	3	14.3
130 - ---	1	3.3	0	0.0	0	0.0
T o t a l	30	100.0	21*	100.0	21*	100.0

* A 9 de los 30 casos se les administró la Escala de Inteligencia Stanford-Binet Forma LM.

Cuadro 31
Medicamentos prescritos

	f*	%
Haldol	1	3.7
Epamfn	1	3.7
Melleril	10	37.0
Tegretol	19	70.4
Neuleptil	9	33.3
Tofranil	6	22.2
Ritalfn	6	22.2
Trilaf6n	2	7.4
Mysoline	2	7.4
Stelazine	1	3.7

* n = 27

Cuadro 32
Tiempo de tratamiento

Intervalo/meses	f	%
1 - 5	20	66.7
6 - 10	2	6.7
11 - 15	1	3.3
16 - 20	2	6.7
21 - 25	0	0.0
26 - 30	2	6.7
31 - 35	0	0.0
36 - 40	1	3.3
41 - 45	1	3.3
91 - 95	1	3.3
T o t a l	30	100.0

Apéndice E

Cuadros de características de los sujetos

	Cuadro
Síntomas básicos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	33
Duración	34
Sexo	35
Edad	36
Estudio psicométrico	37
Electroencefalograma. Diagnóstico	38
Electroencefalograma. Datos de los registros	39
Referencia	40
Residencia	41
Lugar de nacimiento	42
Escolaridad	43
Número de hijos	44
Lugar del paciente	45
Número de hermanos	46
Condiciones del embarazo	47
Condiciones del parto	48
Antecedentes personales patológicos	49
Datos en relación con la escuela	50
Antecedentes heredo-familiares	
I Padre y rama paterna	51
II Madre y rama materna	52
III Hermanos	53
Datos generales del padre	54

Cont. Apéndice E

	Cuadro
Datos generales de la madre	55
Estructura familiar	56
Condiciones de la vivienda	57
Tratamiento	58
Terapia farmacológica	59
Evolución. Lapso un año	60

Cuadro 33

Síntomas básicos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Falta de atención (3 ó +):						
1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.	29	96.7	13	43.3	27	90.0
2. A menudo no parece escuchar	24	80.0	11	36.7	20	66.7
3. Se distrae con facilidad	30	100.0	23	76.7	30	100.0
4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida.	29	96.7	22	73.3	30	100.0
Tiene dificultades para concentrarse en un juego.	1	3.3	0	0.0	4	13.3
Impulsividad (3 ó +):						
1. A menudo actúa antes de pensar	22	73.3	1	3.3	17	56.7
2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.	14	46.7	0	0.0	12	40.0
3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo.	29	96.7	4	13.3	28	93.3
4. Necesita supervisión constantemente.	29	96.7	18	60.0	28	93.3

Cont. Cuadro 33

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.	24	80.0	3	10.0	23	76.6
6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.	8	26.7	2	6.7	12	40.0
Hiperactividad (2 ó +):						
1. Corre de un lado para otro en exceso o se sube a los muebles.	11	36.7	0	0.0	11	36.7
2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente.	16	53.3	0	0.0	10	33.3
3. Le cuesta estar sentado	30	100.0	9	30.0	26	86.7
4. Se mueve mucho durante el sueño	15	50.0	6	20.0	20	66.7
5. Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor".	26	86.7	1	3.3	25	83.3

Cuadro 34

Duración

Intervalo/meses	Grupo 1		Grupo 3	
	f	%	f	%
20 - 30	1	3.3	4	13.3
31 - 41	7	23.3	1	3.3
42 - 52	2	6.7	6	20.0
53 - 63	4	13.3	6	20.0
64 - 74	7	23.3	4	13.3
75 - 85	4	13.3	4	13.3
86 - 96	3	10.0	2	6.7
97 - 107	1	3.3	3	10.0
108 - 118	1	3.3	0	0.0
T o t a l	30	99.8	30	99.9

Cuadro 35

Sexo

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Masculino	24	80.0	14	46.7	27	90.0
Femenino	6	20.0	16	53.3	3	10.0
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Cuadro 36

Edad

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
8	8	26.7	4	13.3	10	33.3
9	9	30.0	9	30.0	7	23.3
10	7	23.3	6	20.0	7	23.3
11	3	10.0	4	13.3	3	10.0
12	2	6.7	4	13.3	1	3.3
13	1	3.3	3	10.0	2	6.7
T o t a l	30	100.0	30	99.9	30	99.9

Cuadro 37

Estudio psicométrico. Nivel Intelectual

Global:

Rango/CI	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	71 - 127		73 - 117		75 - 125	
Intervalo/CI	f	%	f	%	f	%
70 - 79	4	13.3	5	16.7	5	16.7
80 - 89	7	23.3	5	16.7	7	23.3
90 - 109	16	53.3	16	53.3	14	46.7
110 - 119	2	6.7	4	13.3	1	3.3
120 - 129	1	3.3	0	0.0	3	10.0
T o t a l	30	99.9	30	100.0	30	100.0

Verbal:

Rango/CI	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	76 - 125		70 - 121		70 - 125	
Intervalo/CI	f	%	f	%	f	%
70 - 79	2	6.7	7	23.3	5	16.7
80 - 89	11	36.7	3	10.0	6	20.0
90 - 109	13	43.3	17	56.7	13	43.3
110 - 119	3	10.0	2	6.7	2	6.7
120 - 129	1	3.3	1	3.3	4	13.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Ejecución:

Rango/CI	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	70 - 124		76 - 128		72 - 121	
Intervalo/CI	f	%	f	%	f	%
70 - 79	7	23.3	1	3.3	2	6.7
						./.

Cont. Cuadro 37

Intervalo/CI	f	%	f	%	f	%
80 - 89	3	10.0	9	30.0	9	30.0
90 - 109	16	53.3	16	53.3	13	43.3
110 - 119	2	6.7	2	6.7	5	16.7
120 - 129	2	6.7	6	6.7	1	3.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Cuadro 38

Electroencefalograma. Diagnóstico

Grupo 3

Sujeto

- 1 Daño cerebral irritativo en lóbulo temporal.
- 2 Daño cerebral irritativo en lóbulo occipital izquierdo.
- 3 Daño cerebral irritativo en lóbulo parietal izquierdo.
- 4 Descargas paroxísticas subclínicas.
- 5 Inmadurez.
- 6 Alteración bioeléctrica irritativa de probable origen estructural en lóbulo temporal derecho.
- 7 Disfunción cortical de escasa magnitud.
- 8 Disfunción cortical difusa.
- 9 Alteración bioeléctrica inespecífica.
- 10 Alteración bioeléctrica inespecífica.
- 11 Daño cerebral irritativo de escasa magnitud en lóbulo temporal derecho.
- 12 Disfunción cortical difusa de probable origen estructural.
- 13 Disfunción cortical de escasa magnitud.
- 14 Descargas paroxísticas subclínicas primariamente generalizadas.
- 15 Daño cerebral irritativo en lóbulo temporal izquierdo.
- 16 Alteración bioeléctrica irritativa en lóbulo temporal derecho.
- 17 Disfunción cortical de probable origen estructural.
- 18 Descargas paroxísticas focalizadas en cuadrante anterior izquierdo.
- 19 Disfunción cortical difusa de probable origen estructural.

Sujeto

- 20 Actividad anormal, subcortical y paroxística de ondas lentas y agudas de bajo voltaje.
- 21 Ligero déficit difuso de neuronas corticales.
- 22 Descargas paroxísticas subclínicas primariamente generalizadas.
- 23 Discreta alteración bioeléctrica inespecífica.
- 24 Descargas paroxísticas focalizadas en lóbulo temporal izquierdo.
- 25 Disfunción cortical difusa de probable origen estructural.
- 26 Alteración bioeléctrica irritativa en región centro-temporal derecha.
- 27 Disfunción cortical de escasa magnitud.
- 28 Daño cerebral irritativo con descargas focalizadas - abundantes en lóbulo temporal izquierdo.
- 29 Disfunción cortical difusa
- 30 Alteración bioeléctrica en lóbulo temporal izquierdo.

Cuadro 39

Electroencefalograma. Datos de los registros

	Grupo 3		% ac.
	H-EEGA		
	f	%	
1. Condición de la valoración:			
Hiperventilación bajo estado de somnolencia	9	30.0	
Sueño inducido o fisiológico	19	63.3	
Vigilia	<u>2</u>	<u>6.7</u>	
T o t a l	30	100.0	
2. Medicamentos:			
Si	13	43.3	
No	<u>17</u>	<u>56.7</u>	
T o t a l	30	100.0	
3. Dominancia hemisférica:			
Izquierda	26	86.7	
Derecha	<u>4</u>	<u>13.3</u>	
T o t a l	30	100.0	
4. Ritmo de base con predominio occipital:			
Subalfa (7-8 cls./seg.)	2	6.7	
Alfa irregular (8-10 cls./seg.)	4	13.3	
Alfa (9-10 cls./seg.)	22	73.3	
Alfa (10-11 cls./seg.)	<u>2</u>	<u>6.7</u>	
T o t a l	30	100.0	
5. Alteración:			
Efecto de dominancia invertido	1	3.3	
Actividad paroxística:			
Episodios en forma de espigas	3	10.0	
Potenciales agudos:			
Alfa	2	6.7	66.7
Delta	2	6.7	
Theta	13	43.3	
Desaceleración difusa	2	6.7	
Ritmo beta en exceso y alto voltaje	<u>7</u>	<u>23.3</u>	
T o t a l	30	100.0	

./.

Cont. Cuadro 39

	Grupo 3 H-EEGA			
	f	%	f	%
Actividad paroxística focalizada en región:				
Temporal derecha	6	30.0		
Temporal izquierda	5	25.0		
Occipital izquierda	1	5.0		
Parietal	1	5.0		
Actividad paroxística lateralizada en hemisferio derecho	2	10.0		
Actividad paroxística generalizada	5	25.0		
T o t a l	20	100.0		
			Grupo 1 H-EEGN	Grupo 2 NH-EEGN
			f	%
1. Medicamentos:				
Sí	16	53.3	8	26.7
No	14	46.7	22	73.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0
2. Dominancia hemisférica:				
Izquierda	28	93.3	29	96.7
Derecha	2	6.7	1	3.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0
3. Ritmo de base alfa de predominio occipital con proporción adecuada de ritmos theta y beta, gradiente y reactividad correctos:				
Alfa (9-10 cls./seg.)	26	86.7	22	73.3
Alfa (10-11 cls./seg.)	2	6.6	6	20.0
En fase II y III predominio difuso de frecuencias de 4-7 cls./seg. de voltaje pequeño	2	6.6	2	6.7
T o t a l	30	99.9	30	100.0

Cuadro 40

Referencia

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Iniciativa de la familia	10	33.3	12	40.0	11	36.7
Centro asistencial	6	20.0	7	23.3	2	6.7
Escuela	11	36.7	10	33.3	17	56.6
Medico particular	3	10.0	1	3.3	0	0.0
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Cuadro 41

Residencia

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Distrito Federal	27	90.0	26	86.7	27	90.0
Estado de México	1	3.3	4	13.3	2	6.7
Guanajuato	1	3.3	0	0.0	0	0.0
Hidalgo	1	3.3	0	0.0	1	3.3
T o t a l	30	99.9	30	100.0	30	100.0

Cuadro 42
Lugar de nacimiento

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Distrito Federal	28	93.3	26	86.7	29	96.7
Estado de México	1	3.3	2	6.7	0	0.0
Guanajuato	1	3.3	0	0.0	0	0.0
Oaxaca	0	0.0	1	3.3	0	0.0
Hidalgo	0	0.0	1	3.3	1	3.3
T o t a l	30	99.9	30	100.0	30	100.0

Cuadro 43
Escolaridad

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Escuela especial	0	0.0	0	0.0	2	6.7
Primaria						
1°	1	3.3	4	13.3	2	6.7
2°	8	26.7	3	10.0	8	26.7
3°	11	36.7	6	20.0	4	13.3
4°	2	6.7	4	13.3	7	23.3
5°	5	16.7	7	23.3	5	16.6
6°	2	6.7	2	6.7	0	0.0
Secundaria						
1°	0	0.0	3	10.0	2	6.7
2°	1	3.3	1	3.3	0	0.0
T o t a l	30	100.0	30	99.9	30	100.0

Cuadro 44
Número de hijos

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
1	1	3.3	2	6.7	2	6.7
2	9	30.0	7	23.3	9	30.0
3	7	23.3	6	20.0	9	30.0
4	4	13.3	4	13.3	4	13.3
5	3	10.0	6	20.0	4	13.3
6	2	6.7	3	10.0	1	3.3
7	2	6.7	0	0.0	0	0.0
8	1	3.3	0	0.0	1	3.3
9	0	0.0	1	3.3	0	0.0
10	1	3.3	1	3.3	0	0.0
T o t a l	30	99.9	30	99.9	30	99.9
Varones						
Muestra	24		14		27	
Hermanos	39		38		37	
T o t a l	63		52		64	
Mujeres						
Muestra	6		16		3	
Hermanas	46		50		30	
T o t a l	52		66		33	
Total/hijos	115		118		97	

Cuadro 45

Lugar del paciente

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
1°	14	46.7	70.0	13	43.3	63.3	9	30.0	66.6
2°	7	23.3		6	20.0		11	36.6	
3°	2	6.7		4	13.3		5	16.7	
4°	3	10.0		3	10.0		2	6.7	
5°	0	0.0		2	6.7		3	10.0	
6°	1	3.3		0	0.0		0	0.0	
7°	2	6.7		0	0.0		0	0.0	
8°	1	3.3		0	0.0		0	0.0	
9°	0	0.0		2	6.7		0	0.0	
Total	30	100.0		30	100.0		30	100.0	

Cuadro 46

Número de hermanos

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Varones	39	45.9	38	43.2	37	55.2
Mujeres	46	54.1	50	56.8	30	44.8
T o t a l	85	100.0	88	100.0	67	100.0

Cuadro 47
Condiciones del embarazo

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Expectativa:						
Hijo deseado	18	60.0	23	79.3	14	48.3
Hijo no deseado	12	40.0	6	20.7	15	51.7
T o t a l	30	100.0	29*	100.0	29*	100.0
Intercurrencias:						
Infecciones	1	3.4	0	0.0	4	14.3
n*	29		29		28	
Amenaza de aborto	6	22.2	3	10.3	4	14.3
n*	27		29		28	
Uso de medicamentos	3	10.7	1	3.4	6	23.1
n*	28		29		26	
Gestación:						
Completa	29	96.7	26	89.7	24	82.8
Incompleta	1	3.3	3	10.3	5	17.2
T o t a l	30	100.0	29*	100.0	29*	100.0

* Se desconoce información del grupo completo

Cuadro 48

Condiciones del parto

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Atención:						
Hospitalaria	27	93.1	28	96.6	26	86.7
Por empírica	2	6.9	1	3.4	4	13.3
T o t a l	29*	100.0	29*	100.0	30	100.0
Aplicación de anestesia:						
General	8	28.6	5	17.2	10	40.0
Bloqueo epidural	9	32.1	6	20.7	2	8.0
n*	28		29		25	
Medios quirúrgicos:						
Cesárea	2	7.1	3	10.3	2	6.9
n*	28		29		29	
Fórceps	3	10.7	0	0.0	4	14.8
n*	28		29		27	

Cont. Cuadro 48

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f.	%	f.	%	f.	%
Parto:						
Normal	23	79.3	23	79.3	22	75.9
Anormal (anoxia neonatal)	6	20.7	6	20.7	7	24.1
T o t a l	29*	100.0	29*	100.0	29*	100.0
Incubadora	4	14.3	3	10.3	3	11.1
n*	28		29		27	

* Se desconoce información del grupo completo

Cuadro 49

Antecedentes personales patológicos

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Amigdalitis	18	60.0	14	46.7	16	53.3
Traumatismo craneoencefálico	16	53.3	7	23.3	15	50.0
Infecciones de las vías respiratorias	14	46.7	15	50.0	15	50.0
Varicela	14	46.7	10	33.3	12	40.0
Parasitosis	12	40.0	16	53.3	15	50.0
Sarampión	12	40.0	9	30.0	13	43.3
Infecciones gastrointestinales	8	26.7	8	26.7	10	33.3
Rubeola	7	23.3	6	20.0	4	13.3
Alergias	4	13.3	7	23.3	4	13.3
Hepatitis	2	6.7	1	3.3	2	6.7
Intervenciones quirúrgicas	6	20.0	6	20.0	9	30.0
Hospitalización	10	33.3	7	23.3	10	33.3

Cuadro 50

Datos en relación con la escuela

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
Advertencia de expulsión	11	36.7	63.4	1	3.3	13.3	10	33.3	60.0
Suspensión	8	26.7		3	10.0		8	26.7	
Años reprobados									
0	14	46.7		13	43.3		14	46.7	
1	8	26.7	53.3	11	36.7	56.7	10	33.3	53.3
2	6	20.0		3	10.0		5	16.7	
3	1	3.3		2	6.7		1	3.3	
4	0	0.0		1	3.3		0	0.0	
5	1	3.3		0	0.0		0	0.0	
T o t a l	30	100.0		30	100.0		30	100.0	

Cuadro 51

Antecedentes heredo-familiares (I)

Rama paterna	Bisabuelos			Abuelos			Tíos			Total			G1 %	G2 %	G3 %
	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f			
Diabetes	1	0	2	2	6	0	2	0	3	4	6	11.1	14.3	15.4	
Uso de marihuana	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	3.7	0.0	2.6	
Cáncer	1	0	2	1	3	2	0	2	5	1	5	18.5	3.6	12.8	
Excitabilidad	0	0	0	2	0	0	1	1	0	3	1	0.0	10.7	2.6	
Alcoholismo	0	0	3	3	5	0	2	5	3	5	10	11.1	17.8	25.6	
Cefaleas	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	7.4	0.0	0.0	
Irritabilidad	0	0	1	1	1	2	1	4	3	2	5	11.1	7.1	12.8	
Depresión	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	7.4	3.6	0.0	
Tratamiento Psiquiátrico	0	1	0	1	1	0	1	2	0	3	3	0.0	10.7	7.7	
Asma	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0.0	3.6	0.0	
Conducta delictiva	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0.0	3.6	0.0	
Tabaquismo	0	0	4	2	0	1	1	3	5	3	3	18.5	10.7	7.7	
Agresividad	0	0	2	2	0	1	2	3	3	4	3	11.1	14.3	7.7	

Cont. Cuadro 51

	Bisabuelos		Abuelos			Tíos			Total			G1 %	G2 %	G3 %
	G1	G2	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3			
	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f			
Epilepsia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0.0	0.0	5.1
T o t a l	2	1	16	14	16	9	13	23	27	28	39	99.9	100.0	100.0

	G1 f	G2 f	G3 f	Padre		
				G1 %*	G2 %*	G3 %*
Uso de marihuana	2	2	0	7.1	6.9	0.0
Excitabilidad	17	19	21	60.7	65.5	72.4
Alcoholismo	10	13	10	35.7	44.8	37.9
Irritabilidad	17	19	21	60.7	65.5	72.4
Conducta delictiva	1	0	0	3.6	0.0	0.0

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=28 (G1) y n=29 (G2 y G3) por mortalidad experimental.

Cuadro 52

Antecedentes heredo-familiares (II)

Rama materna	Bisabuelos			Abuelos			Tíos			Total			G1 %	G2 %	G3 %
	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f	G1 f	G2 f	G3 f			
Diabetes	1	1	0	7	3	3	1	1	0	9	5	3	13.8	18.5	13.6
Uso de marihuana	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3.1	0.0	0.0
Cáncer	0	0	1	2	0	1	4	0	1	6	0	3	9.2	0.0	13.6
Excitabilidad	1	0	0	2	3	2	7	2	0	10	5	2	15.4	18.5	9.1
Alcoholismo	0	0	0	5	3	3	3	2	5	8	5	8	12.3	18.5	36.4
Cefaleas	0	0	0	3	0	0	2	2	0	5	2	0	7.6	7.4	0.0
Irritabilidad	0	0	0	3	1	1	4	1	0	7	2	1	10.8	7.4	4.5
Depresión	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	3.1	3.7	0.0
Tratamiento Psiquiátrico	0	0	0	0	1	0	4	0	1	4	1	1	6.2	3.7	4.5
Asma	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0.0	11.1	0.0
Tabaquismo	2	0	0	3	0	1	5	1	0	10	1	1	15.4	3.7	4.5
Agresividad	0	0	0	0	1	0	2	0	0	2	1	0	3.1	3.7	0.0
Epilepsia	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	3	0.0	3.7	13.6
T o t a l	5	1	2	25	16	11	35	10	9	65	27	22	100.0	99.9	99.8

./.

Cont. Cuadro 52

	G1	G2	G3	Madre	G1	G2	G3
	f	f	f		%	%*	%*
Excitabilidad	20	19	18		66.7	65.5	62.1
Alcoholismo	0	0	1		0.0	0.0	3.4
Irritabilidad	20	19	18		66.7	65.5	62.1
Depresión	11	11	8		36.7	37.9	27.6
Tratamiento Psiquiátrico	3	2	3		10.0	6.9	10.3

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 (G2 y G3) por mortalidad experimental.

Cuadro 53

Antecedentes heredo-familiares (III)

	Hermanos Grupo 1		Hermanas Grupo 1		Hermanos Grupo 2		Hermanos Grupo 3	
	f	%*	f	%**	f	%*	f	%*
Irritabilidad	0	0.0	1	2.2	1	2.6	4	10.8
Epilepsia	1	2.6	0	0.0	2	5.3	0	0.0
Retraso mental	0	0.0	0	0.0	1	2.6	1	2.7
Depresión	0	0.0	1	2.2	0	0.0	0	0.0
Problemas de conducta	2	5.1	1	2.2	4	10.5	3	8.1
T o t a l	3	7.7	3	6.6	8	21.0	8	21.6

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=39 (Grupo 1), n=38 (Grupo 2) y n=37 (Grupo 3).

** Los porcentajes fueron calculados sobre n=46

Cuadro 54

Datos generales del padre

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	% ac.	f	% ac.	f	% ac.
Escolaridad:						
Nula	1	3.6	2	6.9	2	6.9
Primaria completa	8	28.5	6	20.7	10	34.5
Primaria incomp.	4	14.3	4	13.8	3	10.3
Secundaria completa	7	25.0	10	34.5	1	3.4
Secundaria incomp.	5	17.8	1	3.4	5	17.2
Preparatoria comp.	1	3.6	3	10.3	5	17.2
Preparatoria incomp.	0	0.0	1	3.4	0	0.0
Universidad comp.	1	3.6	1	3.4	1	3.4
Universidad incomp.	1	3.6	1	3.4	2	6.9
T o t a l	28*	100.0	29*	99.8	29*	99.8

Cont. Cuadro 54

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
Ocupación:									
Campesino	1	3.6		1	3.4		0	0.0	
Albañil	3	10.7		3	10.3		3	10.3	
Yesero	0	0.0		0	0.0		1	3.4	
Obrero	3	10.7		8	27.6		8	27.6	
Policía auxiliar	4	14.3		1	3.4		0	0.0	
Chofer	6	21.4		3	10.3		4	13.8	
Comerciante en <u>pe</u> queño	5	17.8		1	3.4		5	17.2	
Afinador de pianos	0	0.0		1	3.4		0	0.0	
Joyero	0	0.0		1	3.4		0	0.0	
Tablajero	1	3.6		0	0.0		0	0.0	
Cajero de restorán	1	3.6		0	0.0		0	0.0	
Empleado de oficina	3	10.7		9	31.0		7	24.1	
Empleado bancario	1	3.6		0	0.0		1	3.4	
Médico cirujano	0	0.0		1	3.4		0	0.0	
T o t a l	28*	100.0		29*	99.6		29*	99.8	

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=28 (G1) y n=29 (G2 y G3) por mortalidad experimental.

Cuadro 55

Datos generales de la madre

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
Escolaridad:									
Nula	2	6.7		3	10.3		2	6.9	
Primaria completa	10	33.3	63.3	11	37.9	79.3	3	10.3	55.1
Primaria incompleta	9	30.0		12	41.4		13	44.8	
Secundaria completa	5	16.7	23.4	1	3.4	6.8	7	24.1	
Secundaria incomp.	2	6.7		1	3.4		0	0.0	
Preparatoria comp.	0	0.0		0	0.0		2	6.9	10.3
Preparatoria incomp.	1	3.3		0	0.0		1	3.4	
Universidad comp.	0	0.0		1	3.4		0	0.0	
Universidad incomp.	1	3.3		0	0.0		1	3.4	
T o t a l	30	100.0		29*	99.8		29*	99.8	

Cont. Cuadro 55

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
Ocupación:									
Afanadora en institución	1	8.3		0	0.0		0	0.0	
Empleada doméstica	4	33.3		4	50.0		2	14.3	
Comerciante en pequeño	2	16.7		1	12.5		6	42.9	
Obrera	1	8.3		1	12.5		3	21.4	
Empleada de oficina	4	33.3		2	25.0		0	0.0	
Maestra de primaria	0	0.0		0	0.0		2	14.3	
Contadora pública	0	0.0		0	0.0		1	7.1	
T o t a l	12	99.9		8	100.0		14	100.0	

* Los porcentajes fueron calculados sobre n=29 por mortalidad experimental

Cuadro 56

Estructura familiar

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
1. Integración:						
Familia completa	17	56.7	20	66.7	19	63.3
Familia incompleta	13	43.3	10	33.3	11	36.7
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0
Familia incompleta por:						
Defunción del padre	2	15.4	1	10.0	1	9.1
Defunción de la madre	0	0.0	1	10.0	1	9.1
Separación del padre	11	84.6	8	80.0	9	81.8
2. Relaciones:						
Positivas	2	6.7	2	6.7	1	3.3
Conflictivas	28	93.3	28	93.3	29	96.7
Relaciones conflictivas entre:						
Progenitores	23	76.7	20	66.7	24	80.0
Progenitores e hijos	23	76.7	18	60.0	18	60.0

Cont. Cuadro 56

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
3. Estado civil de los padres:						
Matrimonio civil y religioso	16	53.3	15	50.0	15	50.0
Matrimonio civil	4	13.3	5	16.7	4	13.3
Unión libre	10	33.3	10	33.3	11	36.7
T o t a l	30	99.9	30	100.0	30	100.0
4. Religión:						
Católica	29	96.7	29	96.7	29	96.7
Evangélica	1	3.3	1	3.3	1	3.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0
5. Sostén económico a cargo de:						
Padre	15	50.0	20	66.7	14	46.7
Madre	7	23.3	6	20.0	7	23.3
Ambos padres	5	16.7	2	6.7	7	23.3

./..

Cont. Cuadro 56

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Abuelo (a)	2	6.7	1	3.3	1	3.3
Hermana	1	3.3	1	3.3	0	0.0
Tíos	0	0.0	0	0.0	1	3.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	99.9
Promedio de personas que viven						
en la misma casa	5.56		6.24		5.16	

Cuadro 57

Condiciones de la vivienda

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
1. Ubicación de la colonia:									
Urbana	12	40.0		9	30.0		14	46.7	
Suburbana	16	53.3		18	60.0		15	50.0	
Rural	2	6.7		3	10.0		1	3.3	
2. Servicios de la colonia:									
Drenaje	26	86.7		27	90.0		23	76.7	
Electricidad	29	96.7		29	96.7		29	96.7	
Calles pavimentadas	20	66.7		19	63.3		24	80.0	
Línea telefónica	19	63.3		15	50.0		21	70.0	
3. Tipo de vivienda:									
Casa o condominio	14	46.7		17	56.7		10	33.3	
Departamento	1	3.3		4	13.3		9	30.0	
Cuarto de vecindad	4	13.3	49.9	3	10.0	30.0	2	6.7	36.7
Cuarto de azotea	4	13.3		2	6.7		7	23.3	
Cuartos en construcción	7	23.3		4	13.3		2	6.7	

./.

Cont. Cuadro 57

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	f	%	% ac.	f	%	% ac.	f	%	% ac.
4. Baño:									
Integrado a la vivienda	21	70.0		23	76.7		24	80.0	
Comunitario	5	16.7	30.0	3	10.0	23.3	3	10.0	20.0
Fosa séptica	4	13.3		4	13.3		3	10.0	
5. Televisión	25	83.3		22	73.3		27	90.0	
Promedio de:									
Habitaciones en la vivienda	4.34			5.14			4.18		
Cuartos para dormir	2.00			2.10			1.76		
Ventanas	3.41			4.57			3.54		

Cuadro 58

Tratamiento

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Orientación a padres	30	100.0	30	100.0	30	100.0
Terapia física	0	0.0	0	0.0	1	3.3
Terapia psicopedagógica	6	20.0	1	3.3	1	3.3
Terapia de juego	0	0.0	1	3.3	0	0.0
Terapia familiar	0	0.0	0	0.0	1	3.3
Terapia conductual	1	3.3	1	3.3	0	0.0
Terapia individual	0	0.0	0	0.0	3	10.0
Terapia de grupo para adolescentes	0	0.0	0	0.0	2	6.7
Terapia farmacológica	26	86.7	25	83.3	25	83.3

Cuadro 59

Terapia farmacológica

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
1. Número de fármacos:						
1	18	69.2	20	80.0	8	32.0
2	8	30.8	5	20.0	17	68.0
T o t a l	26	100.0	25	100.0	25	100.0
2. Medicamento:						
Melleril	2	7.7	1	4.0	0	0.0
Tegretol	9	34.6	13	52.0	22	88.0
Neuleptil	10	38.5	5	20.0	10	40.0
Tofranil	6	23.1	7	28.0	6	24.0
Ritalín	6	23.1	0	0.0	3	12.0
Atemperator	1	3.8	0	0.0	0	0.0
Epamín	0	0.0	1	4.0	0	4.0
Frisium	0	0.0	3	12.0	1	4.0

Cuadro 60

Evolución. Lapsos un año

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
1. Asistencia:						
Regular	27	90.0	28	93.3	26	86.7
Irregular	<u>3</u>	<u>10.0</u>	<u>2</u>	<u>6.7</u>	<u>4</u>	<u>13.3</u>
T o t a l	30	100.0	30	100.0	30	100.0
2. Ingestión de los fármacos:						
Regular	21	80.8	20	80.0	22	88.0
Irregular	<u>5</u>	<u>19.2</u>	<u>5</u>	<u>20.0</u>	<u>3</u>	<u>12.0</u>
T o t a l	26	100.0	25	100.0	25	100.0
3. Reporte de cambio positivo en el comportamiento:						
Nada	11	36.7	—	—	6	20.0
Poco	7	23.3	—	—	12	40.0
Mucho	<u>12</u>	<u>40.0</u>	—	—	<u>12</u>	<u>40.0</u>
T o t a l	30	100.0	—	—	30	100.0

ANEXOS

1. Evaluación Clínica
2. Relación de Listas de Verificación Conductual
3. Escala para Padres
4. Escala para Padres. Estructura Factorial
5. Escala Abreviada para Padres-Maestros (Índice de Hiperquinesia)
6. Ítemes de las escalas de Conners asociados a comportamiento hiperquinético/hiperactivo
7. Síntomas Básicos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM III) que son ítemes de las escalas de Conners
8. Escala Revisada para Padres. Estructura Factorial (Madres)
9. Escala Revisada para Padres. Estructura Factorial (Padres)
10. Escala Revisada para Padres. Estructura Factorial (Global)
11. Escala Revisada para Padres. Promedios Factoriales (Global)
12. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters. Estructura Factorial
13. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters. Normas por edad
14. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters. Versión presentada por R. Velasco Fernández (1980)
15. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters. Adaptación de E. Granell (1982)
16. Perfil de Evaluación del Comportamiento. Datos de la muestra
17. Escala de Evaluación de los Padres. Conversión de puntajes crudos a puntajes estándar
18. Escala de Evaluación de los Padres. Correlaciones con la Escala de Evaluación del Estudiante

19. Escala de Evaluación de los Padres. Correlaciones con Listas de Verificación Conductual

Anexo 1

Evaluación Clínica

I. Entrevista a los padres

1. Datos demográficos de la familia

2. Información relativa al niño

Motivo por el que se solicita la atención especializada

Especificación de conductas problemáticas

Edad de inicio

Frecuencia

Intensidad

Contexto en el que son observadas

Circunstancias que las provocan

Métodos empleados para su manejo

Expectativas sobre el tratamiento

Historia de la salud

Antecedentes personales patológicos

Medicamentos

Intervenciones quirúrgicas

Esquema de vacunación

Estado actual

Desarrollo psicobiológico temprano

Historia escolar

Historia social

Características de responsabilidad, conductas positivas y predilección por determinados incentivos

Cont. Anexo 1

3. Información relativa a la familia
 - Estructura y organización
 - Antecedentes heredo-familiares
 - Actividades sociales extrafamiliares
 - Vínculos familiares

II. Entrevista al niño

- Percepción que tiene del motivo de su asistencia a consulta
- Percepción que tiene sobre su propio comportamiento
- Convivencia familiar y escolar
- Actividades sociales y de juego
- Expectativas respecto a las actitudes de las personas que le rodean

III. Administración de listas de verificación conductual

- IV. Observación directa de la conducta en ambientes relevantes (hogar, escuela), como de la interacción padres-hijo (hogar, contexto clínico-estructurado).

V. Medidas físicas del nivel de actividad motora

VI. Valoraciones adicionales

- Pediátrica
- Neurológica
- Psiquiátrica
- Estudio psicológico

VII. Diagnóstico integral

VIII. Instauración de tratamiento y evaluaciones periódicas

Anexo 2

Relación de Listas de Verificación Conductual

	Autor	Año	Ítemes	Tipo	Calificador
1. Escala Abreviada para Padres-Maestros (Abbreviated Parent-Teacher Rating Scale) o Índice de Hiperquinesia (Hyperkinetic Index) o Cuestionario Abreviado de Síntomas (Abbreviated Symptom Questionnaire).	K. Conners	1973	10	Unidimens.	Padres Maestros
2. Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters (Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale).	J. Werry	1968	31	Unidimens.	Padres
3. Escala de Hiperquinesia (Hyperkinetic Rating Scale). Wells - (en Hersen y Bellack, 1981); - Arnold, 1981.	A. Davis	1971	7	Unidimens.	Maestros
4. Escala de Calificación Conductual (Behavior Rating Scale). Barkley, 1981; Kendall, Pellegrini y Urbain (en Kendall y Hollon, 1981).	P. Kendall L. Wilcox	1979	33	Unidimens.	Padres Maestros
5. Perfil de Evaluación del Comportamiento (tres escalas específicas).	D. Hammill L. Brown	1982	30 30 60	Multidimens.	Padres Maestros Niños

Cont. Anexo 2

	Denominación	Autor	Año	Ítemes	Tipo	Calificador
6.	Escala para Padres (Parent Rating Scale) o Cuestionario de Síntomas para Padres (Parent Symptom Questionnaire). Conners, 1973).	K. Conners	1970	93	Multidimens.	Padres
7.	Escala para Maestros (Teacher Rating Scale).	K. Conners	1969	39	Multidimens.	Maestros
8.	Escala Revisada para Padres (Revised Parent Rating Scale).	C. Goyette K. Conners R. Ulrich	1978	48	Multidimens.	Padres
9.	Escala Revisada para Maestros (Revised Teacher Rating Scale).	C. Goyette K. Conners R. Ulrich	1978	28	Multidimens.	Maestros
10.	Lista de Verificación de Problema Conductual (Behavior - Problem Checklist). Matson y Beck (en Hersen y Bellack, - 1981); Arnold, 1981; Wells (en Hersen y Bellack, 1981).	H. Quay D. Peterson	1967	55	Multidimens.	Padres Maestros

Cont. Anexo 2

Denominación	Autor	Año	Items	Tipo	Calificador
11. Perfil de Conducta Infantil (Child Behavior Profile). Barkley, 1981; Wells (en Hersen y Bellack, 1981); Matson y Beck (en Hersen y Bellack, 1981).	T. Achenbach	1978	113	Multidimens.	Padres
12. Escala Conductual Devereux para Escuela Elemental (Devereux - Elementary School Behavior Rating Scale). Kendall, Pellegrini y Urbain (en Kendall y Howell, 1981); Conners, 1973.	G. Spivak M. Swift	1966	47	Multidimens.	Maestros
13. Cuestionario de Situaciones Escolares (School Situations - Questionnaire).	R. Barkley	1981	12	Multidimens.	Maestros
14. Inventario de Personalidad para Niños (Personality Inventory - for Children). Barkley, 1981.	J. Klinedinst R. Wirt P. Seat	1977	600	Multidimens.	Padres
15. Entrevista Psiquiátrica Codificada (Psychiatric Interview Codings). Conners, 1973.	M. Rutter P. Graham	1968	24	Multidimens.	Psiquiatras

Cont. Anexo 2

Denominación	Autor	Año	Ítemes	Tipo	Calificador
16. Inventario de Conducta Infantil (Children's Behavior Inventory). Conners, 1973.	E. Burdock A. Hardesty	1964	139	Multidimens.	Psiquiatras Psicólogos
17. Escala Psiquiátrica para Niños (Psychiatric Rating Scale for Children). Conners, 1973.	M. Pritchard	1963	14	Multidimens.	Psiquiatras Psicólogos

Anexo 3

Escala para Padres (PRS o PSQ)
(C.K. Connors, 1970)

Nombre del niño _____ Fecha _____

Informante _____ Parentesco _____

I. Instrucciones: Abajo encontrará una serie de afirmaciones referentes a conductas o problemas que a veces tienen los niños. Lea con cuidado cada una de ellas y decida qué tanto su niño ha estado afectado por estos problemas durante el último mes. Indique su opinión colocando una marca (X) en la columna apropiada a la derecha de cada afirmación. Conteste a todas.

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Problemas para comer				
1. Pica los alimentos, es melindroso	_____	_____	_____	_____
2. No come lo suficiente	_____	_____	_____	_____
3. Tiene sobrepeso	_____	_____	_____	_____
Problemas para dormir				
4. Inquietud	_____	_____	_____	_____
5. Tiene pesadillas	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Itemes	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
6. Se despierta en la noche	_____	_____	_____	_____
7. No puede dormirse	_____	_____	_____	_____
Miedo y preocupaciones				
8. Miedo a nuevas situaciones	_____	_____	_____	_____
9. Miedo a la gente	_____	_____	_____	_____
10. Miedo a estar solo	_____	_____	_____	_____
11. Preocupaciones por enfermedades o muerte	_____	_____	_____	_____
Tensión muscular				
12. Parece tieso o rígido	_____	_____	_____	_____
13. Sobresaltos, tics, etc.	_____	_____	_____	_____
14. Temblores	_____	_____	_____	_____
Problemas de lenguaje				
15. Tartamudez	_____	_____	_____	_____
16. Dificultad para darse a entender	_____	_____	_____	_____
Control de esfínteres				
17. Se orina en la cama	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
18. Necesidad de ir al baño con frecuencia a orinar	_____	_____	_____	_____
Problemas con las evacuaciones				
19. Se ensucia la ropa	_____	_____	_____	_____
20. Estreñimiento	_____	_____	_____	_____
Quejas de los síntomas siguientes aunque el médico no encuentre nada anormal				
21. Dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____
22. Dolores de estómago	_____	_____	_____	_____
23. Vómitos	_____	_____	_____	_____
24. Dolores en otras partes del cuerpo	_____	_____	_____	_____
25. Diarreas	_____	_____	_____	_____
Problemas de hábitos				
26. Succión del pulgar	_____	_____	_____	_____
27. Se muerde las uñas	_____	_____	_____	_____
28. Chupa tela, ropa, etc.	_____	_____	_____	_____
29. Muerde el cabello, tela, gis, etc.	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Ítemes	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Niñerías o inmadurez				
30. Se comporta como un niño de menor edad	_____	_____	_____	_____
31. Lloro fácilmente	_____	_____	_____	_____
32. Quiere que se le ayude para hacer cosas que podría hacer solo	_____	_____	_____	_____
33. Dependiente de los padres o de otros adultos	_____	_____	_____	_____
34. Habla como niño "chiquito"	_____	_____	_____	_____
Problemas con sus sentimientos				
35. Tiene coraje contra sí mismo	_____	_____	_____	_____
36. Permite que otros niños lo molesten	_____	_____	_____	_____
37. Es un niño triste	_____	_____	_____	_____
38. Parece agobiado por problemas	_____	_____	_____	_____
Sobrevaloración de sí mismo				
39. Le gusta provocar pleitos o riñas	_____	_____	_____	_____
40. Jactancioso o presumido	_____	_____	_____	_____
41. Insolente	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Problemas para hacer amigos				
42. Tímido	_____	_____	_____	_____
43. Miedo a no ser aceptado	_____	_____	_____	_____
44. Es fácil que lastimen sus sentimientos	_____	_____	_____	_____
45. No tiene amigos	_____	_____	_____	_____
Problemas con los hermanos				
46. Se siente menos apreciado que ellos	_____	_____	_____	_____
47. Se ensaña con ellos, es malo	_____	_____	_____	_____
48. Pelea constantemente	_____	_____	_____	_____
Problemas para mantener amistades				
49. Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	_____	_____	_____	_____
50. Chismosca sobre otros niños	_____	_____	_____	_____
51. Escoge a otros niños para molestarlos insistentemente	_____	_____	_____	_____
Inquietud				
52. Inquieto, sobreactivo	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Itemes	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
53. Excitable, impulsivo	_____	_____	_____	_____
54. Falla para terminar las cosas que empieza	_____	_____	_____	_____
Temperamento				
55. Exabruptos emocionales, conducta explosiva e impredecible	_____	_____	_____	_____
56. Hace berrinches tirándose al suelo	_____	_____	_____	_____
57. Tira y rompe cosas	_____	_____	_____	_____
58. Caprichoso y malhumorado	_____	_____	_____	_____
Sexo				
59. Juega con sus órganos sexuales	_____	_____	_____	_____
60. Tiene juegos sexuales con otros niños	_____	_____	_____	_____
61. Penoso con su cuerpo	_____	_____	_____	_____
Problemas en la escuela				
62. Dificultad para aprender	_____	_____	_____	_____
63. No le gusta ir a la escuela	_____	_____	_____	_____
64. Miedo de ir a la escuela	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Itemes	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
65. Tiene demasiadas fantasías	_____	_____	_____	_____
66. Es tramposo, no juega limpio	_____	_____	_____	_____
67. No obedece los reglamentos de la escuela	_____	_____	_____	_____
Mentiras				
68. Niega sus errores	_____	_____	_____	_____
69. Culpa a otros de errores que él cometió	_____	_____	_____	_____
70. Cuenta historias que no son ciertas	_____	_____	_____	_____
Hurtos				
71. De cosas que son de sus padres	_____	_____	_____	_____
72. En la escuela	_____	_____	_____	_____
73. De tiendas u otras partes	_____	_____	_____	_____
Piromanía				
74. Incendia cosas	_____	_____	_____	_____
Problemas con la policía				
75. Tiene problemas con la policía	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Itemes	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Perfeccionismo				
76. Todo tiene que ser perfecto	_____	_____	_____	_____
77. Las cosas deben hacerse en la misma forma cada día	_____	_____	_____	_____
78. Se pone metas muy elevadas	_____	_____	_____	_____
Problemas adicionales				
79. Desatento, fácilmente distraído	_____	_____	_____	_____
80. Se mueve constantemente cuando está sentado	_____	_____	_____	_____
81. No puede dejársele solo	_____	_____	_____	_____
82. Se sube a todos lados	_____	_____	_____	_____
83. Fácilmente contrariable	_____	_____	_____	_____
84. Camina por todas partes mientras come	_____	_____	_____	_____
85. Demanda ser atendido inmediatamente, se frustra fácilmente	_____	_____	_____	_____
86. No puede estar sin excitarse fácilmente	_____	_____	_____	_____
87. Agujetas de los zapatos desatadas, cierres de los pantalones abiertos	_____	_____	_____	_____

Cont. Anexo 3

Items	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
88. Lloro frecuentemente y con facilidad	_____	_____	_____	_____
89. Incapaz de detener una actividad repetitiva	_____	_____	_____	_____
90. Actúa como si estuviera manejado por un motor	_____	_____	_____	_____
91. Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	_____	_____	_____	_____
92. Poca atención a lo que le rodea o al paso del tiempo	_____	_____	_____	_____
93. No puede anudar las agujetas de sus zapatos	_____	_____	_____	_____
II. Favor de agregar cualquier otro problema que tenga con su niño _____				
<hr/>				
III. ¿Qué tan serio considera el problema de su niño? () No es problema () Problema leve () Problema serio. () <u>Problema serio</u>				
IV. Señale las afirmaciones que usted piensa son los problemas más importantes de su niño, poniendo un círculo alrededor del número.				

Anexo 4

Escala para Padres
(K.Conners, 1970)

Estructura Factorial (ANFAC, 93,8)*

		Carga	Esc.Rev. para Padres Item correspondiente
Factor 1. Problema de conducta			
47	(Problemas con los hermanos) Se ensaña con ellos, es malo	.71	29
51	Escoge a otros niños para molestarlos insistentemente	.69	27
39	Le gusta provocar pleitos o riñas	.69	20
48	(Problemas con los hermanos) Pelea constantemente	.67	36
69	Culpa a otros por errores que él cometió	.67	19
49	Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	.67	38
41	Insolente	.65	2
68	Niega sus errores	.62	19
40	Jactancioso o presumido	.61	46
50	Chismosea sobre otros niños	.59	5
46	(Problemas con los hermanos) Se siente menos apreciado que ellos	.57	45

Cont. Anexo 4

		Carga	Esc. Rev. para Padres Item correspondiente
56	Hace berrinches tirándose al suelo	.56	
58	Es caprichoso y malhumorado	.53	21
57	Tira y rompe cosas	.52	14
53	Excitable, impulsivo	.51	4
55	Exabruptos emocionales, conducta explosiva e impredecible	.50	
70	Cuenta historias que no son ciertas	.49	15
52	Inquieto, sobreactivo	.49	
54	Falla para terminar las cosas que empieza	.44	25
Factor 2. Ansiedad			
9	Miedo a la gente	.71	12
8	Miedo a nuevas situaciones	.66	12
64	Miedo de ir a la escuela	.61	12
42	Tímido	.57	16
43	Miedo a no ser aceptado	.50	
33	Dependiente de los padres o de otros adultos	.46	30
11	Preocupaciones por enfermedades o muerte	.42	24

Cont. Anexo 4

		Carga	Esc. Rev. para Padres Item correspondiente
10	Miedo a estar solo	.40	24
44	Es fácil que lastimen sus sentimientos	.38	26
88	Llora frecuentemente y con facilidad	.33	7
Factor 3. Impulsividad-Hiperactividad			
90	Actúa como si estuviera manejado por un motor	.68	
84	Camina por todas partes mientras come	.57	
85	Demanda ser atendido inmediatamente, se frustra fácilmente	.56	37
89	Incapaz de detener una actividad repetitiva	.56	28
82	Se sube a todos lados	.55	
86	No puede estar sin excitarse fácilmente	.52	
81	No puede dejársele solo	.52	
91	Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	.48	33
92	Poca atención a lo que le rodea o al paso del tiempo	.47	
87	Agujetas de los zapatos desatadas, cierres de los pantalones abiertos	.44	

Cont. Anexo 4

		Carga	Esc. Rev. para Padres Item correspondiente
83	Fácilmente contrariable	.32	
Factor 4.	Problema de aprendizaje		
62	Dificultad para aprender	.60	10
67	No obedece los reglamentos de la escuela	.59	23
63	No le gusta ir a la escuela	.51	
45	No tiene amigos	.47	3
30	Se comporta como un niño de menor edad	.41	
Factor 5.	Psicosomático		
22	Dolores de estómago	.71	41
24	Dolores en otras partes del cuerpo	.65	43
21	Dolores de cabeza	.65	32
23	Vómitos	.56	44
6	(Problemas para dormir) Se despierta en la noche	.48	42
5	(Problemas para dormir) Tiene pesadillas	.39	42
25	Diarreas	.32	48

Cont. Anexo 4

		Carga	Esc. Rev. para Padres Item correspondiente
Factor 6. Perfeccionismo			
76	Todo tiene que ser perfecto	.78	
77	Las cosas deben hacerse en la misma forma cada día	.72	
78	Se pone metas muy elevadas	.64	
Factor 7. Antisocial			
73	(Hurto) De tiendas u otras partes	.68	22
72	(Hurto) En la escuela	.60	22
71	De cosas que son de sus padres	.54	22
75	Tiene problemas con la policía	.52	
Factor 8. Tensión muscular			
36	Permite que otros niños lo molesten	.54	47
13	Sobresaltos, tics, etc.	.50	
14	Temblores	.47	
12	Parece tieso o rígido	.45	
29	Muerde el cabello, tela, gis, etc.	.39	1
4	(Problemas para dormir) Inquietud	.37	42

./...

Cont. Anexo 4

		Carga	Esc. Rev. para Padres Item correspondiente
32	Quiere que se le ayude a hacer cosas que podría hacer solo	.34	30
18	Necesidad de ir al baño con frecuencia a orinar	.34	
28	Chupa tela, ropa, etc.	.31	6

* Con carga mayor a .30

Anexo 5

Escala Abreviada para Padres-Maestros
 Índice de Hiperquinesia
 (K.Conners, 1970)

# Item	Escala para Padres	Escala Revisada	Escala Revisada	
		para Padres (1978)*, Carga	# Item	para Maestros (1978)** # Item
52.	Está moviéndose constantemente de un lugar a otro	.49	13	14
53.	Es excitable, impulsivo	.51	4	15
49.	Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	.67	38	8
54.	Falla para terminar las cosas-lapso corto de atención	.44	25	21
80.	Se mueve constantemente cuando está sentado		11	1
79.	Desatento, fácilmente distraído		31	7
85.	Demanda ser atendido inmediatamente-se frustra fácilmente	.56	37	26
88.	Llora frecuentemente y con facilidad	.33	7	
91.	Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	.48	33	11
55.	Exabruptos emocionales, conducta explosiva e impredecible	.50		5

* Se añade #14. Es destructivo

** Se añade #10. Es caprichoso y malhumorado

Anexo 6

Items de las escalas de Conners asociados a comportamiento hiperquinético/hiperactivo

	E.P. ¹ (Conners, 1970) 3. Impulsi- vidad-Hi- peractivi- dad	E.R.P. ² (Goyette, 1978) 4. Impulsi- vidad-Hi- peractivi- dad	E.M. ³ (Conners, 1969) 4. Hiper- actividad	E.M. ³ (Arnold, 1981) 1. Hiper- quinesia	E.R.M. ⁴ (Goyette, 1978) 2. Hiper- actividad	E.R.M. ⁴ (O'Leary, 1985) 2. Hiper- actividad
No puede dejársele solo	X					
Se sube a todos lados	X					
Camina por todos lados mientras come	X					
Fácilmente contrariable	X					
Desatento, fácilmente distráido	X		X	X		
Se mueve constantemente cuando está sentado	X	X			X	
Incapaz de detener una actividad repetitiva	X					
Actúa como si estuviera ma- nejado por un motor	X					
Es excitable, impulsivo		X	X	X	X	X
Chismosea sobre otros niños		X		X		
Está moviéndose constante- mente de un lugar a otro		X	X	X	X	X
Manipula objetos cuando es- tá sentado			X	X		X

Cont. Anexo 6

	E.P. 1 (Conners, 1970)	E.R.P. 2 (Goyette, 1978)	E.M. 3 (Conners, 1969)	E.M. 3 (Arnold, 1981)	E.R.M. 4 (Goyette, 1978)	E.R.M. 4 (O'Leary, 1985)
	3. Impulsi- vidad-Hi- peractivi- dad	4. Impulsi- vidad-Hi- peractivi- dad	4. Hiper- actividad	1. Hiper- quinesia	2. Hiper- actividad	2. Hiper- actividad
Tiene pobre coordinación			X	X		
Hace ruidos inapropiados cuando no debe			X	X	X	X
Tiene dificultad para <u>con</u> centrarse			X	X		
Le gusta provocar pleitos o riñas			X			X
Es destructivo			X	X		X
Exabruptos emocionales, conducta explosiva e impredecible			X			
No juega limpio				X		X
Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños			X	X	X	X
Demanda ser atendido inmediatamente-se frustra fácilmente	X		X	X	X	X
No puede estar sin <u>excitar</u> se fácilmente	X					
Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	X					

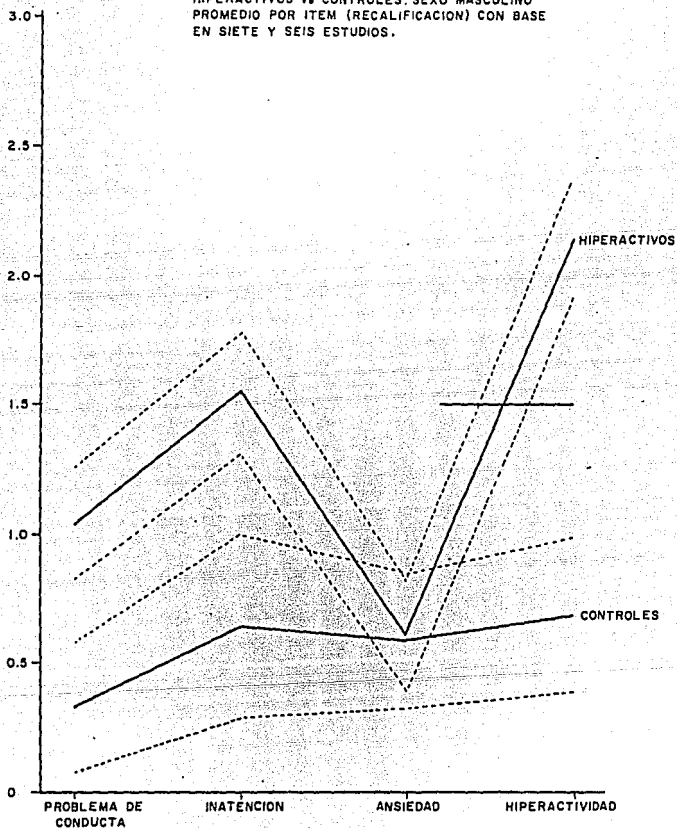
1. Escala para Padres

2. Escala Revisada para Padres

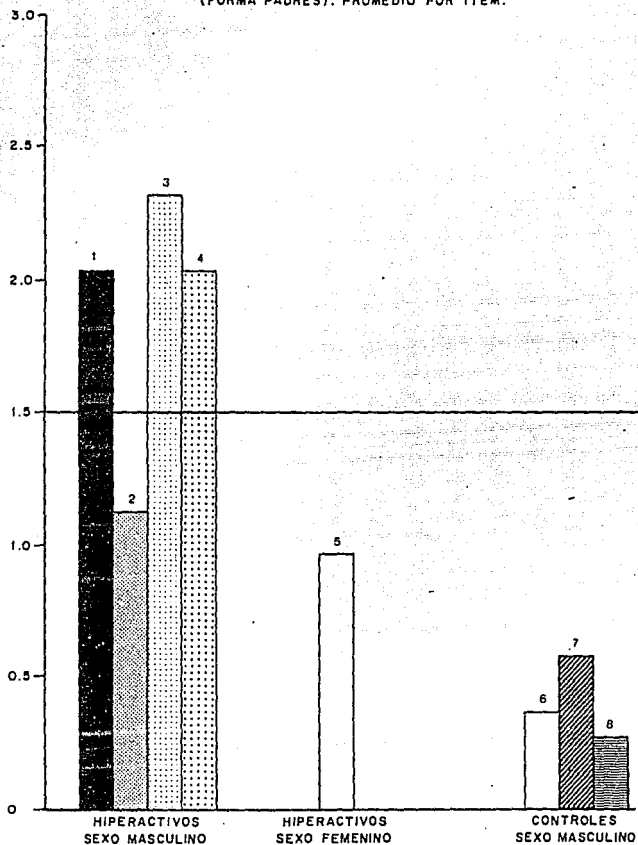
3. Escala para Maestros

4. Escala Revisada para Maestros

GRAFICA 1. ESCALA PARA MAESTROS.
HIPERACTIVOS vs CONTROLES. SEXO MASCULINO
PROMEDIO POR ITEM (RECALIFICACION) CON BASE
EN SIETE Y SEIS ESTUDIOS.



GRAFICA 2. ESCALA ABREVIADA PARA PADRES - MAESTROS
(FORMA PADRES). PROMEDIO POR ITEM.



Anexo 7

Síntomas Básicos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSMIII) que son ítemes de las escalas de Conners.

	Esc. para Padres (Conners, 1970)	Esc.Ab.P-M (Conners, 1973)	Esc.Rev.para Padres (Goyette, 1978)	Esc.para Maestros (Conners, 1969)	Esc.Rev.para Maestros, (Goyette, 1978)
Falta de atención:					
1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza	X	X	X		
2. A menudo no parece escuchar					
3. Se distrae con facilidad	X	X		X	
4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida		X		X	
5. Tiene dificultades para concentrarse en un juego					
Impulsividad:					
1. A menudo actúa antes de pensar	X	X	X	X	X
2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra					
3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que halla un déficit cognitivo)					

Cont. Anexo 7

	Esc. para Padres (Conners, 1970)	Esc.Ab.P-M (Conners, 1973)	Esc.Rev.para Padres (Goyette, 1978)	Esc.para Maestros (Conners, 1969)	Esc.Rev.para Maestros, (Goyette, 1978)
4. Necesita supervisión constantemente	X				
5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia					
6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales					
Hiperactividad:					
1. Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles	X				
2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente	X				
3. Le cuesta estar sentado	X	X	X		X
4. Se mueve mucho durante el sueño	X				
5. Está siempre en "marcha" o actúa "como si lo moviese un motor"	X				

Anexo 8

Escala Revisada para Padres
(K. Connors, C. Goyette, R. Ulrich, 1978)
Estructura Factorial (ANFAC, 48,6 - Madres)*

	Carga
Factor 1. Problema de conducta I	
20. Le gusta provocar pleitos o riñas	.71
2. Es insolente o burlón	.68
23. Es desobediente	.67
34. No le gustan o no sigue reglas o restricciones	.54
35. Se pelea a golpes constantemente	.54
8. Parece agobiado por problemas	.50
21. Es caprichoso y malhumorado	.49
14. Es destructivo	.48
19. Niega sus errores o culpa a otros por ellos	.44
27. Escoge a otros niños para molestarlos insistentemente	.41
Factor 2. Problema de aprendizaje	
31. Es distraído o su lapso de atención es corto	.71
37. Se frustra fácilmente en sus esfuerzos	.58
25. Falla para terminar las cosas	.52
10. Muestra dificultad para aprender en la escuela	.47
Factor 3. Psicossomático	
41. Presenta dolores de estómago	.65
32. Presenta dolores de cabeza	.54
44. Presenta vómito o náuseas	.53
43. Presenta dolores en otras partes del cuerpo	.51
	./.

Cont. Anexo 8

	Carga
48. Presenta problemas intestinales (estreñimiento, diarreas o hábitos irregulares)	.50
Factor 4. Impulsividad-Hiperactividad	
4. Es excitable, impulsivo	.62
11. Se mueve constantemente cuando está sentado	.62
13. Está moviéndose constantemente de un lugar a otro	.55
5. Chismosea sobre otros niños	.48
Factor 5. Problema de conducta II	
22. Ha hurtado cosas (de la casa, escuela u otros lugares)	.55
39. Es un niño triste	.53
33. Sus estados de ánimo cambian rápida y drásticamente	.40
Factor 6. Ansiedad	
12. Es temeroso. (de nuevas situaciones, gente, lugares o escuela)	.75
16. Es tímido	.63
24. Se preocupa más que otros niños (por estar solo; enfermedades o muerte)	.50
47. Permite que otros niños lo molesten o lo humillen	.40

* Con carga mayor a .39

Anexo 9

Escala Revisada para Padres
(K. Conners, C. Goyette, R. Ulrich, 1978)

Estructura Factorial (ANFAC, 48,6 - Padres)*

	Carga
Factor 1. Problema de conducta I	
17. Se mete en más problemas que otros niños de su misma edad	.69
27. Escoge a otros niños para molestarlos insistentemente	.67
14. Es destructivo	.67
35. Se pelea a golpes constantemente	.62
20. Le gusta provocar pleitos o riñas	.58
19. Niega sus errores o culpa a otros por ellos	.56
38. Interfiere o interrumpe las actividades de otros niños	.49
36. No se lleva bien con sus hermanos	.42
Factor 2. Problema de aprendizaje	
31. Es distraído o su lapso de atención es corto	.79
37. Se frustra fácilmente en sus esfuerzos	.54
25. Falla para terminar las cosas	.54
10. Muestra dificultad para aprender en la escuela	.44
Factor 3. Psicossomático	
41. Presenta dolores de estómago	.70
32. Presenta dolores de cabeza	.61
44. Presenta vómito o náuseas	.52
43. Presenta dolores en otras partes del cuerpo	.43
	./.

	Carga
Factor 4. Impulsividad-Hiperactividad	
5. Chismosea sobre otros niños	.67
4. Es excitable, impulsivo	.66
13. Está moviéndose constantemente de un lugar a otro	.57
11. Se mueve constantemente cuando está sentado	.42
46. Es jactancioso o presumido	.40
Factor 5. Problema de conducta II	
8. Parece agobiado por problemas	.53
45. Se siente poco apreciado en su círculo familiar	.52
39. Es un niño triste	.44
2. Es insolente o burlón	.41
Factor 6. Ansiedad	
12. Es temeroso (de nuevas situaciones, gente, lugares o escuela)	.82
16. Es tímido	.63

* Con carga mayor a .39

Anexo 10

Escala Revisada para Padres
(K. Conners, C. Goyette, R. Ulrich, 1978)

Estructura Factorial (ANFAC, 48,5 - Global)*

	Madre	Padre
Factor 1. Problema de conducta		
2. Es Insolente o burlón	.68	.41
8. Parece agobiado por problemas	.50	.53
14. Es destructivo	.48	.67
19. Niega sus errores o culpa a otros por ellos	.44	.56
20. Le gusta provocar pleitos o riñas	.71	.58
27. Escoge a otros niños para molestar los insistentemente	.41	.64
35. Se pelea a golpes constantemente	.54	.62
39. Es un niño triste	.53	.44
Factor 2. Problema de aprendizaje		
10. Muestra dificultad para aprender en la escuela	.47	.44
25. Falla para terminar las cosas	.52	.54
31. Es distraído o su lapso de atención es corto	.71	.79
37. Se frustra fácilmente en sus esfuerzos	.58	.54
Factor 3. Psicossomático		
32. Presenta dolores de cabeza	.54	.61
41. Presenta dolores de estómago	.65	.70
43. Presenta dolores en otras partes del cuerpo	.51	.43
		./.

Cont. Anexo 10

	Madre	Padre
44. Presenta vómito o náuseas	.53	.52
Factor 4. Impulsividad-Hiperactividad		
4. Es excitable, impulsivo	.62	.66
5. Chismosea sobre otros niños	.48	.67
11. Se mueve constantemente cuando está sentado	.62	.42
13. Está moviéndose constantemente de un lugar a otro	.55	.57
Factor 5. Ansiedad		
12. Es temeroso (de nuevas situaciones, gente, lugares o escuela)	.75	.82
16. Es tímido	.63	.63

* Con carga mayor a .39

Anexo 11

Escala Revisada para Padres
(K. Connors, C. Goyette, R. Ulrich, 1978)
Promedios Factoriales (Global)

	(N)	1. Problema de cond.		2. Problema de Aprendizaje		3. Psicossomático		4. Impulsividad-Hiperactividad		5. Ansiedad		Índice	
		\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
Ambos sexos por edad													
3- 5	74	.51	.37	.55	.44	.08	.16	1.06	.70	.61	.60	.74	.46
6- 8	133	.46	.36	.56	.43	.16	.25	.94	.59	.53	.58	.65	.42
9- 11	128	.48	.37	.55	.48	.17	.27	.87	.59	.45	.52	.60	.40
12- 14	122	.44	.41	.55	.52	.22	.37	.77	.54	.56	.56	.55	.40
15- 17	72	.43	.39	.49	.49	.16	.26	.65	.53	.56	.55	.47	.38
Por sexo													
M	291	.51	.40	.62	.49	.15	.29	.89	.59	.54	.55	.65	.44
F	238	.41	.35	.45	.43	.18	.26	.83	.61	.53	.58	.55	.39

Cont. Anexo 11

		1. Problema de cond.		2. Problema de Aprendizaje		3. Psicossomático		4. Impulsividad-Hiperactividad		5. Ansiedad		Indice	
(N)		\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
Hombres por edad													
3- 5	45	.53	.39	.50	.33	.07	.15	1.01	.65	.67	.61	.72	.40
6- 8	76	.50	.40	.64	.45	.13	.23	.93	.60	.51	.51	.69	.46
9- 11	73	.53	.38	.64	.52	.18	.26	.92	.60	.42	.47	.66	.44
12- 14	59	.49	.41	.66	.57	.22	.44	.82	.54	.58	.59	.62	.45
15- 17	38	.47	.44	.62	.55	.13	.26	.70	.51	.59	.58	.51	.41
Mujeres por edad													
3- 5	29	.49	.35	.62	.57	.10	.17	1.15	.77	.51	.59	.78	.56
6- 8	57	.41	.28	.45	.38	.19	.27	.95	.59	.57	.66	.59	.35
9- 11	55	.40	.36	.43	.38	.17	.28	.80	.59	.49	.57	.52	.34
12- 14	63	.39	.40	.44	.45	.23	.28	.72	.55	.54	.53	.49	.34
15- 17	34	.37	.33	.35	.38	.19	.25	.60	.55	.51	.53	.42	.34

Anexo 12

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters
(D.K.Routh, C.S. Schroeder, L. A. O'Tuama, 1974)
Estructura Factorial (ANFAC, 22,7)*

	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
I. En el hogar:							
A. Durante las comidas							
1. ¿Sube y baja de las sillas?			.76				
2. ¿Interrumpe la comida sin razón?			.46	.53	.41		
3. ¿Se mueve constantemente en su asiento?			.72			.32	
4. ¿Manosea las cosas?	.31		.71				
5. ¿Habla excesivamente?					.76		
B. Mientras ve la televisión							
6. ¿Se levanta y se sienta constantemente?	.76						
7. ¿Se mueve constantemente en su asiento?	.69						
8. ¿Manipula objetos o su propio cuerpo?	.80			.31			

Cont. Anexo 12

	1	2	3	Factor 4	5	6	7
9. ¿Habla incesantemente?	.59				.45		
10. ¿Interrumpe a los demás?	.69						
D. Durante el juego							
11. ¿No se mantiene quieto?					.39		.64
12. ¿Cambia de actividad constantemente?							.81
13. ¿Busca la atención de los padres?				.80			
14. ¿Habla excesivamente?					.74		
15. ¿Interfiere con el juego de otros?				.75			
E. Al dormir							
16. ¿Tiene dificultad para iniciar el sueño?			.80				
17. ¿Duerme poco?			.78				
18. ¿Se mueve mucho mientras duerme?	.46	.39	.30				

Cont. Anexo 12

	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
II. Fuera del hogar no en la escuela:							
19. ¿Es inquieto en los vehículos?			.37		.44	.32	
20. ¿Es inquieto durante las compras?			.49		.33		
21. ¿Es inquieto en espectáculos?						.75	
22. ¿Es inquieto durante las vistas?				.36	.66		

* Con carga mayor a .29

Anexo 13

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters
(D.K. Routh, C.S. Schroeder, L.A. O'Tuama, 1974)

Normas por edad			
Edad (años)	Puntaje promedio	1 D.E.	2 D.E.
3	15.20	20.96	26.72
4	12.35	20.25	28.15
5	11.13	16.25	21.37
6	12.40	21.32	30.24
7	9.95	14.50	19.05
8	9.30	13.84	18.38
9	8.08	12.12	16.16

Anexo 14

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters
Versión presentada por R. Velasco Fernández (1980)

	Nunca	Algo	Mucho
En el hogar (durante las comidas):			
1. Sube y baja de las sillas	0	1	2
2. Interrumpe la comida sin razón	0	1	2
3. Se mueve en su asiento	0	1	2
4. Juega nerviosamente con objetos	0	1	2
5. Habla excesivamente	0	1	2
En el hogar (mientras ve la televisión):			
6. Se levanta y se sienta	0	1	2
7. Balancea el cuerpo	0	1	2
8. Juega con objetos	0	1	2
9. Habla incesantemente	0	1	2
10. Interrumpe a los demás	0	1	2
En el hogar (durante el juego):			
11. Muestra agresividad	0	1	2
12. No se mantiene quieto	0	1	2
13. Cambia de actividad constantemente	0	1	2
14. Busca la atención de los padres	0	1	2
15. Habla excesivamente	0	1	2
16. Interfiere con el juego de otros	0	1	2
17. No mide el peligro	0	1	2
18. Muestra impulsividad	0	1	2

./.

Cont. Anexo 14

	Nunca	Algo	Mucho
19. Muestra perseveración	0	1	2
En el hogar (durante el sueño):			
20. Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
21. Sueño insuficiente	0	1	2
22. Muestra inquietud mientras duerme (movimientos, rechinar los dientes, etc.)	0	1	2
Fuera del hogar (no en la escuela):			
23. Inquietud en los vehículos	0	1	2
24. Inquietud durante las compras (tocar todo, jugar, etc.)	0	1	2
25. Inquietud en la iglesia y/o el cine	0	1	2
26. Inquietud durante las visitas	0	1	2
27. Desobediencia constante	0	1	2
En la escuela:			
28. No se concentra en el trabajo	0	1	2
29. Molesta a los compañeros	0	1	2
30. No permanece quieto en su asiento	0	1	2

Anexo 15

Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters
Adaptación de E. Granell (1982)

	No	Un poco	Bastante	Mucho
I. Durante las comidas:				
1. Se levanta y se sienta a la mesa sin motivo	_____	_____	_____	_____
2. Interrumpe sin consideración a los demás	_____	_____	_____	_____
3. Se agita y se mueve en la silla	_____	_____	_____	_____
4. Manosea las cosas	_____	_____	_____	_____
5. Habla en exceso	_____	_____	_____	_____
	x0	x1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____
II. Televisión:				
6. Se levanta y se mueve constantemente	_____	_____	_____	_____
7. Manipula objetos o su propio cuerpo	_____	_____	_____	_____
8. Habla incesantemente	_____	_____	_____	_____
				./.

Cont. Anexo 15

	No	Un poco	Bastante	Mucho
9. Interrumpe a los demás	_____	_____	_____	_____
10. Se distrae con facilidad	_____	_____	_____	_____
	x0	x1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____
III. Haciendo las tareas escolares:				
11. Se levanta y se sienta sin motivo	_____	_____	_____	_____
12. Se agita y se mueve sin necesidad	_____	_____	_____	_____
13. Manipula objetos o su propio cuerpo	_____	_____	_____	_____
14. Habla incesantemente	_____	_____	_____	_____
15. Requiere atención o supervisión de adultos	_____	_____	_____	_____
16. Dificultades para mantenerse concentrado	_____	_____	_____	_____
17. Se distrae con facilidad	_____	_____	_____	_____
	x0	x1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____

./..

Cont. Anexo 15

	No	Un poco	Bastante	Mucho
IV. Juego:				
18. Inhabilidad para juegos tranquilos	_____	_____	_____	_____
19. Cambio constante de actividad	_____	_____	_____	_____
20. Busca la atención de los padres	_____	_____	_____	_____
21. Habla excesivamente	_____	_____	_____	_____
22. Interrumpe el juego a los demás	_____	_____	_____	_____
	x0	:1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____
V. Sueño:				
23. Dificultad para acostarse	_____	_____	_____	_____
24. Insuficientes horas de sueño	_____	_____	_____	_____
25. Inquieto durante el sueño	_____	_____	_____	_____
	x0	x1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____
				./..

Cont. Anexo 15

	No	Un poco	Bastante	Mucho
VI. Conducta fuera del hogar (Exceptuando la escuela):				
26. Inquieto durante viajes	_____	_____	_____	_____
27. Inquieto cuando se le lleva de compras (toca las cosas, etc.)	_____	_____	_____	_____
28. Inquieto en espectáculos	_____	_____	_____	_____
29. Inquieto en visita	_____	_____	_____	_____
	x0	x1	x2	x3
Subtotal:	_____	_____	_____	_____
Puntuación Total (Suma de Subtotales):	_____ +	_____ +	_____ +	_____ =

Anexo 16

Perfil de Evaluación del Comportamiento

(D. Hammill, L. Brown, 1982)

Datos de la muestra

I. Características de los estudiantes:

Sexo:

Masculino 32

Femenino 68

Grado:

3° y 4° 23

5° y 6° 56

Secundaria 21

Localidad:

Coahuila (Piedras Negras) 3

Jalisco (Guadalajara) 2

México (Naucalpan, Tecamachalco) 4

Yucatán (Umán) 5

Distrito Federal 86

II. Características de los padres:

Sexo:

Masculino 24*

Femenino 72*

Años de escuela completados:

0 - 5 6

6 - 10 37

./.

Cont. Anexo 16

11 - 15	43
16 +	5
Comercio	5
Licenciatura	1
Estudios de postgrado	3
Residencia:	
Urbana	89
Rural	11

III. Características de los maestros:

Sexo:

Masculino	36
Femenino	64

Años de experiencia:

1 - 5	49
6 - 15	37
16 +	14

Años de capacitación:

1 - 5	48
6 - 10	27
11 - 15	3
Escuela Normal	7
Licenciatura	12
Universitario	3

* El 4% restante no es reportado en el manual del instrumento.

Anexo 17

Escala de Evaluación de los Padres
(D. Hammill, L. Brown, 1982)

Conversión de puntajes crudos a puntajes estándar

P.C.	P.E.
-	1
-	2
0-41	3
42	4
43-45	5
46-49	6
50-52	7
53-57	8
58-61	9
62-66	10
67-70	11
71-73	12
74-77	13
78-82	14
83-89	15
90	16
-	17
-	18

\bar{X} = 63.7
D.E. = 11.9
N = 83

Anexo 18

Escala de Evaluación de los Padres

(D. Hammill, L. Brown, 1982)

Correlaciones con la Escala de Evaluación del Estudiante

Grupo	Lista	r
Normales (N=27)	Hogar	.88
	Escuela	.86
	Compañeros	.84
Institucionalizados (N=27)	Hogar	.90
	Escuela	.80
	Compañeros	.87
Escuela Pública. Problemas Emocionales (N=27)	Hogar	.58
	Escuela	.67
	Compañeros	.57
Escuela Pública. Problemas de Aprendizaje (N=27)	Hogar	.86
	Escuela	.94
	Cumpleaños	.92

Anexo 19

Escala de Evaluación de los Padres

(D. Hammill, L. Brown, 1982)

Correlaciones con listas de Verificación Conductual*

	Lista Walker de Verificación de Problemas de Comportamiento	Lista Quay-Peterson de Verificación de Problema Conductual	Escala Vineland de Madurez Social
Grupos Normales (N=27)			
Madre		.90	.96
Padre		.46	.57
Institucionalizados (N=27)			
Madre	.95	.89	.87
Escuela Pública. Problemas Emocionales (N=27)			
Madre	.46	.67	.78
Padre	.44	.78	.60
Escuela Pública. Problemas de Aprendizaje (N=27)			
Madre	.93	.92	.96
Padre	.51	.61	.47

* p menor a .05 = .44; p menor a .01 = .56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABIKOFF, H., GITTELMAN, R., KLEIN, D., 1977. Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (5), 772-783.
- ABIKOFF, H., GITTELMAN, R., KLEIN, D., 1980. Classroom observation code for hyperactive children: A replication of validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (5), 555-565.
- ACKERMAN PEGGY, T., DYKMAN ROSCOE, OGLESBY MICHAEL, D., 1983 August-September. Sex and group differences in reading and attention disordered children with and without hyperkinesis. *Journal of Learning Disabilities*, 16 (7), 407-415.
- ALVAREZ ROSALES ERNESTO, 1983. Entrenamiento a padres de niños hiperquinéticos en una clínica. Tesis Profesional. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM II), Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1984. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III). Edit. Masson, México.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III-R), Third Edition-Revised, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1988. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R). Edit. Masson, España.
- ARNOLD, L.E., HUESTIS, R.D., SMELTZER, D.J., SCHEIB, J., WEMMER, D., COLNER, G., 1976 March. Levoamphetamine versus dextroamphetamine in Minimal Brain Dysfunction. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 292.
- ARNOLD, L.E., BARNEBEY, N.S., SMELTZER, D.J., 1981 May. First grade norms, factor analysis and cross correlation

- for Connors, Davids and Quay-Peterson Behavior Rating - Scales. *Journal of Learning Disabilities*, 14 (5), 269-275.
- AZCOAGA, J.E., DERMAN, B., IGLESIAS, P.A., 1979. Alteraciones del aprendizaje escolar: Diagnóstico, fisiopatología, tratamiento. Edit. Paidós, Argentina.
 - BAKWIN, H., BAKWIN, M.R., 1980. Desarrollo psicológico del niño. Edit. Interamericana, México.
 - BARKLEY RUSELL A., 1981. Hyperactive children. A handbook for diagnosis and treatment. Chapter three, The Guilford Press, 81-145.
 - BARKLEY RUSELL, A., CUNNINGHAM CHARLES, E., KARLSSON JENNIFER, 1983 February. The speech of hyperactive children and their mothers: Comparison with normal children and stimulant drug effects. *Journal of Learning Disabilities*, 16 (2), 105-109.
 - BARKLEY RUSELL, A., KARLSSON JENNIFER, POLLARD SUSAN, - 1985. Effects of age on the mother-child interactions of ADD-H and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13 (4), 631-637.
 - BIRCH, H.G., 1964. Brain damage in children: the biological and social aspects. The Williams & Wilkins Company.
 - BORLAND, B.L., HECKMAN, H.K., 1976 June. Hyperactive boys and their brothers: A 25-years follow-up study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 669-675.
 - BORNSTEIN PHILIP, H., QUEVILLON RANDALL P., 1976 Summer. The effects of a self-instructional package on overactive preschool boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9 (2), 179-188.
 - BRAVO, V.L., 1980. Trastornos de aprendizaje y de la conducta escolar: Psicopatología de la disfunción cerebral infantil. Edit. Andrés Bello, Chile.
 - BRECKENRIDGE, M.E., MURPHY, M.N., 1978. Crecimiento y desarrollo del niño. Octava Edición. Edit. Interamericana, México.

- BROWN, L., HAMMILL, D.D., 1982. Perfil de Evaluación - del Comportamiento. PRD-ED, 5341, Industrial Oaks Boulevard. Austin, Texas 78735.
- BROWN RONALD, T., 1982 December. A developmental analysis of visual and auditory sustained attention and reflection-impulsivity in hyperactive and normal children. Journal of Learning Disabilities, 15 (10), 614-617.
- BUCHER, H., 1985. Trastornos psicomotores en el niño: - Práctica de la reeducación psicomotriz. Segunda Edición. Edit. Masson, México.
- CABRERA, D.L., 1974. Algunos resultados del estudio psicológico en el síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. - Memoria de la Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana, I, 181-255.
- CAMERON, M.I., ROBINSON, V.M.J., 1980. Effects of cognitive training on academic and on-task behavior of hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 8 - (3), 405-419.
- CARDEN SMITH LISA., FOWLER SUSAN, A., 1984 Summer. Positive peerpressure: The effects of peer monitoring on children's disruptive behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 17 (2), 213-227.
- COLEMAN, J.C., 1976. Abnormal psychology and modern life. Fifth Edition. Scott, Foresman & Company.
- COLOQUIO INTERDISCIPLINARIO SOBRE LOS NEUROLEPTICOS. Autores varios, 1972. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y Laboratorio Sandoz, México 23-46.
- CONNERS, C.K., 1967 Nov. The syndrome of Minimal Brain - Dysfunction: Psychological aspects. Pediatric Clinics of North America, 14 (4), 749-763.
- CONNERS, C.K., 1969 December. A teacher rating scale for use in drug studies with children. American Journal of Psychiatry, 126 (6), 884-888.
- CONNERS, C.K., 1973. Rating scales for use in drug studies with children. Psychopharmacology Bulletin, 24-84.
- CUNNINGHAM, CH. E., BARKLEY, R.A., 1979. The interac--

- tions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Development*, 50, 217-224.
- CHAWLA, P.L., GUPT, K., 1979. A comparative study of parents of emotionally disturbed and normal children. *British Journal of Psychiatry*, 134, 406-411.
 - DE AJURIAGUERRA, J., 1983. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Cuarta Edición. Edit. Masson, México.
 - DE HAAS A. PATRICIA., YOUNG D. RICHARD, 1984. Attention styles of hyperactive and normal girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12 (4), 531-545.
 - DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 1970. Real Academia Española. Edit. Espasa Calpe. España. Tomos I y IV.
 - DUBOIS, P.H., 1965. An introduction to psychological statistics. A Harper International Student Reprint, New York.
 - DYKMAN, R.A., ACKERMAN, P.T., McCRAY, D.S., 1980. Effects of methylphenidate on selective and sustained attention in hyperactive, reading-disabled and presumably attention disordered boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (12), 745-752.
 - ELLINGSON, C., 1969. *Shadow-Children*. Topaz Books, New York, 57-60.
 - ESCOTTO, M.J., 1983. Los niños con problemas de conducta y aprendizaje. Recolección de datos clínicos. *Revista de Salud Mental*, V, 6 (1), 21-25.
 - FOREHAND, R.L., Mc MAHON, R.J., 1981. *Helping the non-compliant child. A Clinician's Guide to parent training*. The Guilford Press.
 - FREEMAN, D.F., CORNWALL, P.TH., 1980 October. Hyperactivity and neurosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50 (4).
 - GADOW KENNETH D., 1983, May. Effects of stimulant drugs on academic performance in hyperactive and learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 16 (5), 290-296.

- GARFINKEL, B., WEBSTER, C., SLOMAN, L., 1981 October. Responses to methylphenidate and varied doses of caffeine in children with attention deficit disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 26, 395-401.
- GESELL, A., ILG, F.L., AMES, L.B., 1977. El niño de 5 a 10 años. Edit. Paidós, Argentina.
- GESELL, A., AMATRUDA, C., 1985. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Primera Reimpresión, Edit. Paidós, México.
- GITTELMAN, R., KLEIN, D., 1976 June. Methylphenidate -- effects in learning disabilities. Arch. Gen. Psychiatry, 33, 655-664.
- GOYETTE, CH. H., CONNERS, C.K., ULRICH, R.F., 1978. Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, (2), 221-236.
- GRANELL, E., 1982. Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural. Edit. Trillas, México.
- GREENE BRANDON ., BAILEY JÓN S., BARBER FRANK, 1981 Summer. An analysis and reduction of disruptive behavior on school buses. Journal of Applied Behavior Analysis, 14 (2), 177-192.
- GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, 1977 September. Mental Health Materials Center. New York, Report 62.
- GUTIERREZ, A.E., 1974. Mecanismo de acción de los neurolépticos. Revisión crítica. Memoria de la Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana, II, 251-262.
- HAZEMANN, P., MASSON, M., 1982. ABC de Electroencefalografía. Edit. Masson, México.
- HERSEN, M., BELLACK, A.S., 1981. Behavioral Assessment. A practical handbook. Second Edition. Edited by Hersen M., and Bellack, A.S. Pergamon General Psychology Series.

- HUMPHRIES, T., KINSBOURNE, M., SWANSON, J., 1978. Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 13-22.
- HURLOCK, E.B., 1983. *Desarrollo del niño*. Edit. Mc.Graw-Hill, México.
- JOHNSON CHARLES F., 1972. Limits on the measurement of activity level in children using ultrasound and photoelectric cells. *American Journal of Mental Deficiency*, 77 (3), 301-310.
- KAZDIN, A.E., En HERSEN, M. Y BELLOCK, A.S., 1981. Behavioral assessment. A practical handbook. Chapter 4. *Second Edition*, Pergamon General Psychology Series.
- KELLAWAY, P., CRAWLEY, J., MAULSBY, R., 1965. The electroencephalogram in psychiatric disorders in childhood. In *Applications of electroencephalography in psychiatry. A Symposium*. Edited by William P. Wilson, Duke University Press; Durham, North Carolina.
- KENDALL, P.C., HOLLON, S.D., 1981. *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. Academic Press, Inc.
- KENDALL, P.C., PELLEGRINI, D.S., URBAIN, E.S., En KENDALL, P.C. Y HOLLON, S.D., 1981. *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. Chapter 8. Academic Press, Inc.
- KING CHERYL, YOUNG RICHARD, D., 1982. Attentional deficits with and without hyperactivity: Teacher and peer perceptions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10 (4), 483-496.
- KINSBOURNE, M., CAPLAN, P.J., 1982. *Problemas de atención y aprendizaje en los niños*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- KNOBLOCH, H., PASAMANICK, B., 1960. The developmental behavioral approach to the neurologic examination in infancy. *Child Development*, 33, 181-198.
- KUPIETZ, S., 1972. A Behavior Rating Scale for assessing improvement in behaviorally deviant children. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1432-1436.

- LAHEY, B., GREEN, K., FOREHAND, R., 1980. On the independence of ratings of hyperactivity, conduct problems and attention deficits in children: A multiple regression analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (5), 566-574.
- LANDES JACOB H., 1984. *Nociones prácticas de Epidemiología*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- LARA TAPIA H., RAMIREZ L., 1975. Estudio clinicoepidemiológico de los padecimientos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Revista de Salud Pública de México*, Epoca V, XVII (5).
- LARA TAPIA H., PORCAYO, R., Noviembre 1983. Alteraciones psiquiátricas en niños hiperquinéticos. Symposium sobre Hiperquinesia. Octava Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Acapulco, Gro.
- LARA TAPIA H., 1986. Psicopatología en niños con problemas de aprendizaje y conducta. Cuadernos de investigación #16, Coordinación de investigación científica, Universidad Autónoma del Estado de México.
- LONEY, J., 1980 January. Hyperkinesis come of age: What do we know and where should we go? *American Journal of Orthopsychiatry*, 50 (1), 28-42.
- LOPEZ ANTUNEZ, L., 1980. *Anatomía del sistema nervioso*. Edit. Limusa, México.
- LURIA, A.R., 1979. *El cerebro en acción*. Conducta Humana #21, Edit. Fontanella, Barcelona.
- MACMAHON B., PUGH, T.F., 1984. *Principios y métodos de epidemiología*. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México.
- MAGOUN, H.W., 1980. *El cerebro despierto*. Segunda Reimpresión, Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- MAROSI HOLCZBERGER ERZSEBET., 1981. Posibilidades de electrodiagnóstico en la hiperquinesia. Tesis Profesional. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- MARTIN ABREU, L., 1980. *Fundamentos del diagnóstico*. Cuarta Edición. Edit. Francisco Méndez Cervantes, México, 54-55.

- MARTIN, M., 1974. Características encontradas en el test de Rorschach en un grupo de niños con Disfunción Cerebral Mínima. Memoria de la Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana, I, 321-339.
- MATSON, J.L., BECK, S., En HERSEN, M. Y BELLACK, A.S., - 1981. Behavioral Assessment. A practical handbook. Chapter 15. Second Edition, Pergamon General Psychology Series.
- Mc.CANDLESS, B.R., TROTTER, R.J., 1981. Conducta y desarrollo del niño. Edit. Interamericana, México.
- McCLURE DANIEL, F., GORDON MICHAEL, 1984. Performance of disturbed hyperactive and nonhyperactive children on an objective measure of hyperactivity. Journal of Abnormal - Child Psychology, 12 (4), 561-571.
- McGUIGAN, F.J., 1978. Experimental Psychology. A methodological approach. Third Edition. Prentice-Hall, Inc.
- MCLNTYRE, H., FIREMARK, H., CHO, A., BODNER, L., GOMEZ, - M., 1981. Computer analyzed EEG in amphetamine-responsive hyperactive children. Psychiatry Research, 4, 189-198.
- MCMAHON, R.C., 1980 January. Genetic etiology in the hyperactive child syndrome. American Journal of Orthopsychiatry, 50 (1), 145-149.
- MILICH RICHARD., ROBERTS MARY A., LONEY JAN., CAPUTO JAMES., 1980. Differentiating practice effects and statistical regression on the Conners Hyperkinesis Index. Journal of Abnormal Child Psychology, 8 (4), 549-552.
- MOLINA DE C.D., 1977. Psicomotricidad III. La importancia de la acción en los primeros años del desarrollo. -- Edit. Losada, Argentina.
- MORGAN, C.T., 1968. Psicología Fisiológica. Tercera Edición, Edit. Castilla, España.
- MUNSINGER, H., 1983. Desarrollo del niño. Segunda Edición, Edit. Interamericana, México.
- NIE NORMAN H., HULL HADLAI., JENKINS JEAN., STEINBRENNER KARIN., BENT DALE, 1975. Statistical package for the social sciences. Second Edition, McGraw-Hill Book Company.

- NOGUEZ C.E., 1985. Actitudes de un grupo de madres hacia sus hijos hiperquinéticos. Tesis Profesional, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- NUNNALLY, J.C., 1987. Teoría Psicométrica. Edit. Trillas. México.
- O'LEARY, K., DANIEL., VIVIAN DIANA., NISI ANTONIO., 1985. Hyperactivity in Italy. Journal of Abnormal Child Psychology, 13 (4), 485-500.
- O'MALLEY, J., EISENBERG, L., 1973, February. The hyperkinetic syndrome. Seminars in Psychiatry, 5 (1), 95-103.
- OMIZO MICHAEL., MICHAEL WILLIAM, B., 1982, August-September. Biofeedback induced relaxation training and impulsivity, attention to task and locus of control among hyperactive boys. Journal of Learning Disabilities, 15 (7), 414-416.
- ORTIZ DE A.M., CASTAÑON DE M.V., 1977. Valoración de diferentes tratamientos en el daño cerebral mínimo. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, 18 (1), 39-51.
- PADILLA, F.M.E., 1975. Análisis cualitativo y cuantitativo del Bender Gestalt de Elizabeth Koppitz en niños diagnosticados con Daño Cerebral y Disfunción Cerebral Mínima. Tesis Profesional, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- PHILLIPS, I., 1980. Research directions in child psychiatry. American Journal of Psychiatry, 137 (11), 1436-1439.
- PINEDA, F., L.A., LOPEZ, R.M., TORRES, G.N., ROMANO, H., 1987. Modificación de conductas problema en el niño. Programa de entrenamiento a padres. Edit. Trillas, México.
- POND, D.A., 1963. The development of normal rhythms. En DENIS HILL & GEOFFREY PARR (Ed.). Electroencephalography: A symposium on its various aspects. Macdonald & Co., London, 193-204.
- PORRINO, L., RAPOPORT, J., BEHAR, D., SCEERY, W., ISMOND, D., BUNNEY, W., 1983. A naturalistic assessment of the

motor activity of hyperactive boys. Arch. Gen. Psychiatry, I, 40, 681-887, (a).

- PORRINO, L., RAPOPORT, J., BEHAR, D., ISMOND, D., BUNNEY, W., 1983. A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys: Stimulant drug effects. Arch. - Gen. Psychiatry, II, 40, 688-693 (b).
- PRINZ, R.J., ROBERTS, A., HANTMAN, E., 1980. Dietary correlates of hyperactive behavior in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48 (6), 760-769.
- PROUT THOMPSON, H., INGRAM, R.E., 1982 August-September. Guidelines for the behavioral assessment of hyperactivity. Journal of Learning Disabilities, 15 (7), 393-395.
- PUENTE R.M., BARRIGA, V.F., VELEZ DE LA R.C., BAUTISTA, C. J., 1979. Síndrome de disfunción cerebral. Centro Inter disciplinario de Ciencias de la Salud. Instituto Politécnico Nacional, México.
- RAMIREZ FERRAN, D., 1975. Metilfenidato y Disfunción Cerebral Mínima. Memoria de la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de La Habana, I, 703-715.
- RAPOPORT, J.L., BUCHSBAUM, M., WEINGARTNER, H., ZAHN, TH. P., LUDLOW, C., MIKKELSEN, E., 1980. Dextroamphetamine. Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men. Arch. Gen. Psychiatry, 37, - 933-943.
- RAPPORT MARK, D., MURPHY ALLEN H., BAILEY JON S., 1982 Summer. Ritalin vs. response cost in the control of hyperactive children: A within-subject comparison. Journal of Applied Behavior Analysis, 15 (2), 205-216.
- REINSBERG, L.E., FUDELL, I., HUDSON, F.D., 1982. Comparison of responses to the Behavior Rating Profile for mild to moderate behaviorally disordered subjects. Psychological Reports, 50, 136-138.
- RENSHAW, D.C., 1980. El niño hiperactivo. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- ROBERTS, B., 1980. A computerized diagnostic evaluation for a psychiatric problem. American Journal of Psychiatry, 137 (1), 12-25.

- ROUTH, D., SCHROEDER, C. Y O'TUAMA, L., 1974. Development of activity level in children. *Developmental Psychology*, 10 (2), 163-168.
- RUTTER, M., 1982. Syndromes attributed to Minimal Brain Dysfunction in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), 21-33.
- SAFER, D., ALLEN, R.P., 1976. Niños hiperactivos. Diagnóstico y Tratamiento. Edit. Santillana, España.
- SANDBERG, S.T., WIESELBERG, M., SHAFFER D., 1980. Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 293-311.
- SANDOVAL JONATHAN, 1977 Winter. The measurement of the hyperactive syndrome in children. *Review of Educational Research*, 47 (1), 293-318.
- SANDOVAL JONATHAN., LAMBERT NADINE M., SASSONE DANA., - 1981 March. The comprehensive treatment of hyperactive children: A continuing problem. *Journal of Learning Disabilities*, 14 (3), 117-118.
- SCHARBACH, H., BOUCARD, C., 1982 Juin. Enfants de parents alcooliques. Etude statistique sur l'incidence au niveau psychopathologique et criminologique. *Société medico-psychologique, Séance*, 783-792.
- SHAFFER, D., GREENHILL, L., 1979. A critical note on the predictive validity of the hyperkinetic syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 61-69.
- SHAFTO FAY., 1977 Spring. Comparing treatment tactics with hyperactive preschool child: stimulant medication and programmed teacher intervention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10 (1), 13-20.
- SHULMAN L. JEROME., STEVENS M. THEODORE., SURAN G. BERNARD., KUPST MARY JO., NAUGHTON J. MICHAEL, 1978 Spring. Modification of activity level through biofeedback and operant conditioning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11 (1), 145-152.
- SIEGEL, S., 1982. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. *Biblioteca Técnica de Psico*

-logía, Edit. Trillas, México.

- STEWART, M.A., DEBLOIS, S., CUMMINGS, C., 1980. Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 283-292.
- STEWART, M.A., CUMMINGS, C., SINGER, S., DEBLOIS, S., - - 1981. The overlap between hyperactive and unsocialized - aggressive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 35-45.
- ULLMAN RINA, K., SLEATOR ESTHER, K., SPRAGUE ROBERT., -- 1985. A change of mind: The Conners Abbreviated Rating Scales reconsidered. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13 (4), 553-565.
- VALETT, R.E., 1984. Tratamiento de los problemas de aprendizaje. Edit. Cincel-Kapelusz, España.
- VAN DER MEERE JAAP., SERGEANT JOSEPH., 1988. Focused -- attention in pervasively hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (6), 627-639, (a).
- VAN DER MEERE JAAP., SERGEANT JOSEPH., 1988. Controlled processing and vigilance in hyperactivity: Time will tell. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (6), 641-655, - (b).
- VELASCO FERNANDEZ, R., 1980. El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. Edit. Trillas, México.
- WALLON, H., 1977. La evolución psicológica del niño. *Co lección Pedagógica*, Edit. Grijalbo, México.
- WALLON, H., 1984. L'enfant turbulent. *Quadrige/Presses Universitaires de France*.
- WEINGARTNER, H., 1980. Cognitive processes in normal and hyperactive children and their response to amphetamine - treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (1), 25-36.
- WEISS, G., MINDE, K., WERRY, J., DOUGLAS, V., NEMETH, E., 1971. Studies on the hyperactive child. Five years follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 24, 415-427.

- WEISS, G., 1981. Controversial issues of the pharmacotherapy of the hyperactive child. Canadian Journal of Psychiatry, 26, 385-392.
- WELLS, K.C., En HERSEN, M. Y BELLACK, A.S., 1981. Behavioral assessment. A practical handbook. Chapter 14. Second Edition, Pergamon General Psychology Series.
- WENDER, P., 1971. Minimal Brain Dysfunction in children. Wiley Interscience.
- WENDER, P., REIMHERR, W., WOOD, D., 1981. Attention deficit disorder (Minimal Brain Dysfunction) in adults. - Arch. Gen. Psychiatry, 38, 449-456.
- WERRY, J.S., 1968. Developmental hyperactivity. Pediatric Clinics of North America, 15 (3), 581-599, (a).
- WERRY, J.S., CHAMPAIGN, I., 1968 July. Studies on the hyperactive child, IV. An empirical analysis of the Minimal Brain Dysfunction Syndrome. Arch. Gen. Psychiatry, 19, 9-16, (b).
- WERRY, J.S., QUAY, H.C., 1969 February. Observing the classroom behavior of elementary school children. Exceptional Children, 461-470.
- WHALEN, C., HENKER, B., DOTEMOTO, S., 1981. Teacher response to the methylphenidate (Ritalin) versus placebo status of hyperactive boys in the classroom. Child Development, 52, 1005-1014.
- WULBERT, M., DRIES ROBERT., 1977 Spring. The relative efficacy of methylphenidate (Ritalin) and behavior modification techniques in the treatment of a hyperactive-child. Journal of Applied Behavior Analysis, 10 (1), -21-31.
- YATES, J., 1977. Terapia del comportamiento. Edit. Trillas, México.
- ZAHN, TH., RAPOPORT, J.L., THOMPSON, CH. L., 1980. Autonomic and behavioral effects of dextroamphetamine and placebo in normal and hyperactive prepubertal boys. Journal of Abnormal Child Psychology, 8 (2), 145-159.

- ZARAGOZI, L.S., 1978. Estudio de la percepción visual de la forma en niños portadores de Disfunción Cerebral Mínima. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, XIX (3), 473-483.

- ZENTALL SIDNEY., 1985 October. Stimulus-control factors in search performance of hyperactive children. Journal of Learning Disabilities, 18 (8), 480-485.