

8
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

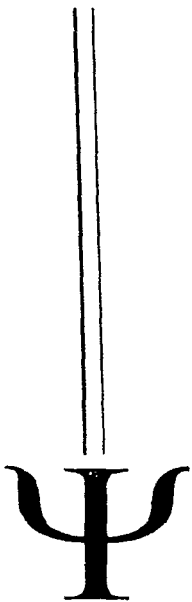
ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE
URIARTE PARA MAESTROS DE NIÑOS
HIPERACTIVOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CONSTANZA ALCARAZ LAGARRIGA

DIRECTOR DE TESIS: DR. VÍCTOR URIARTE
ASESOR ESTADÍSTICO: MTRA. ENEDINA VILLEGAS

MEXICO, D. F.

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICO ESTA TESIS

A MIS PADRES

**A JUAN PABLO Y ELOISA,
MIS HERMANOS**

A MIGUEL

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más cálido agradecimiento al Dr. Víctor Uriarte y a la Mtra. Enedina Villegas por su dedicación y tiempo en el asesoramiento de esta tesis.

Al Dr. José de Jesús González Nuñez, la Mtra. Angelina Guerrero y la Mtra. Blanca Lilia Mancilla.

A Fabián Martínez y Gerardo Hernández por el apoyo estadístico.

También quisiera manifestar mi agradecimiento a las personas del Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", la Dra. Márquez, la Mtra Zuggasti y la Dra. Poza, por permitirme realizar mi investigación con los pacientes de dicha Institución, y en especial a la Mtra. Martha Eugenia Moreno por sus valiosos comentarios y aportaciones bibliográficas.

Agradezco al Dr. Salín Pascual y Anabel Jiménez Anguiano por enseñarme el valor de la investigación, al Dr. Serafín Mercado, a David Velásquez, al Dr. Rafael Velasco, y a Isabel García por su paciencia y por todo lo que me enseñó.

Finalmente quisiera agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado de alguna u otra manera a terminar este trabajo, a Gabriela Peña, por su larga amistad, a Sheyla Mejía, Karina Simón, Enrique (Dr. Pérez-Garci), Diana Posadas, Ruben y Vladimir, a Carmen Corona por su apoyo y consejos, a Martha Martínez por su valiosa ayuda, a Brenda Mendoza, Enriqueta, Erika Castro, Mónica Ramos, Eva y Masahiro, y Rafael Sparza.

INDICE

| | PAGINA |
|--|---------------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCION | 2 |
| ANTECEDENTES | 4 |
| CAPITULO 1.- CARACTERISITICAS DE LA HIPERACTIVIDAD | 26 |
| 1.1.- SINTOMATOLOGIA | 27 |
| 1.2.- ETIOLOGIA | 46 |
| CAPITULO 2.- DIAGNOSTICO | 50 |
| CAPITULO 3.-MEDICION DE HIPERACTIVIDAD | 61 |
| 3.1.- BREVES CONCEPTOS DE TEORIA DE LA MEDIDA | 63 |
| 3.2.- METODODS DE MEDICION DE HIPERACTIVIDAD | 69 |
| 3.3.- ESCALAS DE HIPERACTIVIDAD | 74 |
| 3.4.- LAS ESCALAS DE HIPERACTIVIDAD DE URIARTE | 81 |
| METODO | 86 |
| ANALISIS ESTADISITICO | 93 |
| RESULTADOS | 97 |
| CONCLUSIONES | 100 |
| LIMITACIONES Y SUGERENCIAS | 102 |
| CUADROS Y ANEXOS | 103 |
| BIBLIOGRAFIA | 119 |

RESUMEN

Uno de los problemas más comunes dentro de la psicopatología infantil, es la hiperactividad, la cual se distingue, entre otros, por algunos síntomas muy característicos como hiperquinesia, agresividad, impulsividad. Sin embargo, es frecuente que algunos de estos síntomas estén presentes en otros trastornos infantiles por lo que es importante establecer un buen diagnóstico antes de iniciar cualquier programa terapéutico

Numerosos autores han intentado elaborar formas de diagnóstico más precisos y las escalas han resultado muy útiles ya que permiten conocer la sintomatología del niño, su frecuencia y magnitud de una manera rápida y efectiva.

El inconveniente en nuestro país es que dichas escalas no están hechas para nuestra población por lo que resultan poco confiables. En México, el Dr. Victor Uriarte realizó a finales de los 80 una escala de hiperactividad en los niños para padres y maestros, la cual aunque ya ha sido utilizada con éxito, requiere de una validación estadística para la población mexicana.

En este trabajo, se llevó a cabo el análisis psicométrico de la escala para maestros de Uriarte con una muestra representativa de niños en edad escolar primaria de 6 a 11 años, diagnosticados como hiperactivos, pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y un grupo control de niños normales tomados de escuelas públicas primarias de la Ciudad de México, cuyos maestros contestarán la escala. Los resultados obtenidos mostraron un aumento significativo en la puntuación de los niños hiperactivos, lo cual la convierte en un instrumento válido y confiable para su utilización a nivel diagnóstico.

INTRODUCCION

El mundo contemporáneo se caracteriza por la rapidez con que avanzan la ciencia y la tecnología y los avances de la investigación alrededor de estos constituyen uno de los principales pilares de la economía. México, país en vías de desarrollo, atraviesa por un período de crisis económica que lo coloca en una relación de dependencia respecto a otros países más desarrollados, relación que se extiende también al campo de la ciencia, por lo que la política de investigación ha sido la de importar conocimiento científico, ya que resulta menos costoso que invertir en la investigación que lo genere. Así, el especialista en México debe trabajar con teorías elaboradas por extranjeros adecuadas a su población y conceptos que pueden tener una base sólida en otros países pueden perderla cuando intentamos generalizarlas en el nuestro. El problema es aún mayor cuando estos conceptos, desde su origen no son lo suficientemente precisos y traen con ellos numerosas discrepancias. Tomemos de la psiquiatría el ejemplo del caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), objeto de atención de este trabajo el cual al desconocerse su etiología ha sido víctima de numerosas transformaciones para lograr establecerse la sintomatología de su diagnóstico. Es tal vez por ello que se han elaborado numerosas técnicas que permiten apoyar el punto de vista del especialista en las que sobresalen las llamadas escalas de hiperactividad para padres y maestros, que lamentablemente han sido concebidas con poblaciones extranjeras. Con el fin de suplir dicha deficiencia, el Dr. Victor Uriarte, médico psiquiatra, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM) desarrolló en 1989, una escala para medir hiperactividad en poblaciones mexicanas para padres y maestros la cual paradójicamente a pesar de su uso casi sistemático, carece hasta hoy día de una validez estadística. Es por ello que considero indispensable llevar a cabo el análisis estadístico de dicho instrumento tan importante para el apoyo diagnóstico.

En esta investigación analizaremos cuales son las diferentes aproximaciones teóricas desarrolladas alrededor de la hiperactividad. Bajo que características se presenta este trastorno y cuales son los criterios para establecer su diagnóstico. Se verá también cuales son las funciones de las escalas de hiperactividad y finalmente realizaremos el análisis psicométrico de la escala de Uriarte con el fin de que ésta pueda ser utilizada en nuestro país en poblaciones mexicanas de manera más fidedigna.

ANTECEDENTES

La clasificación de los trastornos mentales a lo largo de la historia ha sufrido transformaciones muy variadas, tanto en su nomenclatura como en la asignación de la etiología y la sintomatología que le corresponde a cada uno de los síndromes. Tal es el caso de la que se ha llamado disfunción cerebral mínima, hiperquinesia o hiperactividad de la cual hasta hoy en día se desconoce su etiología dando lugar a discusiones que cuestionan sus posibles causas así como el tratamiento que debe seguirse con los pacientes que sufren dicho trastorno. Desde la primera descripción, a principios de siglo, hasta la que hoy hace el DSM-IV, en lo que respecta a la etiología de este padecimiento se le ha considerado tanto de origen orgánico como resultado de un problema emocional. De acuerdo con cada una de los enfoques que se se le de al trastorno cambia la forma de abordar el padecimiento, ya que diferentes disciplinas como la psiquiatría, la psicología y la pedagogía se disputan el derecho de tratarla conforme a los parámetros específicos de cada una de ellas, sin realmente enfocarse al tratamiento que pudiera otorgarle mejores resultados al paciente.

Así, el médico la concibe como una enfermedad, que debe ser tratada con fármacos, el psicólogo la considera como problema de conducta, mientras que el pedagogo se centra específicamente en las dificultades de aprendizaje (Uriarte, 1989) . Sin embargo, no hay que olvidar que todas estas características están presentes en el síndrome que nos ocupa y la participación de las disciplinas antes mencionadas en el tratamiento nos ayudaría a obtener un mejor resultado. Es por ello que es necesaria, antes de establecer cualquier

diagnóstico, la observación apropiada del paciente utilizando los recursos de la psiquiatría, la psicología y la pedagogía, independientemente del enfoque que en un momento dado se le de, ya que a pesar de que actualmente se desconoce la etiología específica, se ha descrito infinidad de veces en la literatura la sintomatología asociada a la hiperactividad. No hay que olvidar que es un trastorno grave que no sólo afecta al niño si no que también modifica toda la dinámica de su núcleo familiar, escolar y de las interacciones que establece con sus pares.

La hiperactividad es considerada como uno de los problemas más comunes en la infancia, presentándose en los niños en edad escolar primaria, con una incidencia de acuerdo al DSM - IV de un 5%, siendo más frecuente en niños que en niñas en una proporción de 3:1, aunque estos datos resultan ser contradictorios. Huesy y cols., (1967) encontraron un porcentaje de 10% de hiperactivos en un estudio realizado en una población de 320 niños de escuelas públicas y privadas en Vermont, USA, mientras que Schachar y sus colaboradores (1981) consideraron en una población de que solo un 2% de niños cubría los criterios de hiperactividad. A pesar de estos resultados tan extremos, no cabe duda de que se trata de un padecimiento común y estas diferencias se deben específicamente a los procedimientos seguidos para dar un diagnóstico (Sandberg y cols., 1978). El problema fundamental para establecer los criterios de diagnóstico en este trastorno reside en el hecho de que estos son definidos en base a las manifestaciones conductuales y no en una etiología específica.

Por otro lado, es igualmente necesario decir que el trastorno no se limita a la infancia, pues se ha visto en estudios recientes, adolescentes que cuando niños

padecieron hiperactividad, presentan problemas emocionales como depresión, trastornos del estado de ánimo, y problemas de adaptación social como drogadicción o alcoholismo. Además este tipo de síntomas pueden encontrarse al llegar a la edad adulta (Ruiz, 1992; Hallgren y cols., 1994; Lynskey y cols., 1995).

La demanda a consulta de niños hiperactivos ha aumentado considerablemente en nuestro siglo debido no sólo a que se conoce más sobre este trastorno, sino porque los padres ponen más interés en el aprovechamiento de sus hijos en la escuela ya que en razón de la demanda social se requiere en el mercado de trabajo más preparación académica. Entre un 10 a 30% de los niños hiperactivos presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar. Las escuelas cada vez aumentan más su matrícula y cualquier niño que interfiera con el aprendizaje de sus compañeros o que presente problemas para aprender representa alteraciones no sólo en la dinámica escolar, sino también en la familiar, ya que a los padres obviamente les perturba que sus hijos sean castigados, expulsados de la escuela o se les impida terminar sus estudios. Conviene señalar además que este padecimiento se ve igualmente acompañado de problemas perceptuales que se agregan a los otros impedimentos del buen aprovechamiento escolar. Existen, por lo tanto, problemas de dislexia (45%), dislalia (20%) y disortografía (76%), (Uriarte, 1989). Los niños reprueban el año con frecuencia, produciendo en los padres la angustia de no poder dejarle a sus hijos una base mínima para poder desenvolverse en el futuro en un mundo cada vez más competitivo.

A pesar de ser tan frecuente, la hiperactividad es un trastorno poco comprendido en especial por padres y maestros. En general, se piensa que el hiperquinético es un niño mal educado o malo, un rebelde que no quiere obedecer. En la escuela, como ya lo mencionamos, son expulsados con frecuencia por desobedientes y poco aplicados, sus compañeros no quieren jugar con ellos por tramposos, agresivos y torpes. En casa son muy comunes los castigos, golpes e insultos. Ante la frustración de no ver resultados en sus hijos a pesar de ese modo de reprenderlos, los padres suelen presentar sentimientos de rechazo hacia ellos y son frecuentes las comparaciones con los otros hermanos, lo cual complica aún más el problema. Sería importante mantener informados a padres y maestros acerca de la existencia de la hiperquinesia con objeto de mejorar la calidad de vida de sus hijos.

Afortunadamente, los progresos científicos de las últimas décadas y los instrumentos psicométrico a nivel de diagnóstico han ayudado a obtener mejor conocimiento del problema, pero a pesar de los grandes avances en las investigaciones, aún parecen existir grandes dificultades para demostrar su existencia, debido a los frecuentes cambios en los criterios para establecer el diagnóstico de este mal y en cuanto a su posible etiología. A continuación haremos una revisión retrospectiva de los diferentes enfoques del trastorno hiperquinético.

La dificultad para describir y conocer las características del trastorno hiperactivo ha dado como resultado una gran variedad de enfoques como a continuación mencionaremos.

POSICION ORGANICISTA Y DAÑO CEREBRAL.

Desde principios de siglo hasta la década de los sesenta, los síntomas de la hiperactividad fueron descritos casi exclusivamente bajo una naturaleza médica, asociado a un daño en el sistema nervioso central causado por traumatismo o por infecciones en el niño.

Los síntomas que caracterizan a la hiperactividad han sido descritos desde los compendios médicos de la antigua Grecia. Sin embargo, no fue sino hasta 1902 que Still la describe por primera vez con las características que se conocen hoy en día, asociándola a una lesión cerebral.

Still atribuye las características de los niños hiperactivos a defectos en el control moral que producen arrebatos violentos, travesuras sin motivo, espíritu de destrucción, insensibilidad al castigo, exceso de actividad e incapacidad anormal para mantener la atención. Además describe a estos niños como agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina, excesivamente emocionales, con poca inhibición, y nulo respeto hacia las leyes, para él eran groseros crueles y deshonestos. Esto lo observaba incluso en niños que habían estado sometidos a una buena educación.

El citado autor atribuía como origen de la lesión cerebral, la mala salud de la madre y partos prolongados o prematuros. Por otro lado, observó en las familias de estos niños mayores indicios de alcoholismo, criminalidad y desórdenes afectivos. Still sugiere una predisposición biológica hereditaria y/o resultado de daños peri y post natales, siempre asociado a una deficiencia neurológica.

La idea de una anomalía orgánica llevó a Tredgold en 1914 (citado en Taylor, 1986) a hablar de un desarrollo tardío de los nervios lo cual producía un grado de debilidad mental que hacía al niño incapaz de "sacar el debido provecho de la instrucción ordinaria". Sin embargo, Tredgold atribuía el problema a una cuestión meramente hereditaria y descartó no sólo cualquier efecto congénito sino cualquier influencia de los factores ambientales.

La epidemia de encefalitis llegada a América durante 1917 y 1918, llevó a varios investigadores en Estados Unidos (Hoffman, 1922, Dolly, 1932) a realizar estudios con niños que presentaban una lesión cerebral, observándose en estos características como hiperactividad, problemas cognitivos, conducta disruptiva o desafiante.

En 1922, Hohman describe la presencia de síntomas como conducta antisocial, hiperquinesia e impulsividad en niños con encefalitis y nos reporta que después de recuperarse de una lesión cerebral algunos niños presentaban profundos cambios de conducta y carácter. Estos niños se tornaban irritables, peleoneros, desobedientes, indisciplinados, caprichosos y emocionalmente inestables. Hohman llamó a este comportamiento desorden conductual postencefálico. Años más tarde, Dolly (1932) percibe la misma sintomatología en niños con algún traumatismo craneoencefálico, el cual producía alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y liberación explosiva de las actividades inhibidas (Velasco, 1976) . En 1933, Bond agrega a esta sintomatología mentiras, robos, temeridad y regresión (citado en Wender, 1971).

En 1934, Kahn y Cohen hablan de un síndrome denominado "orgánico cerebral" el cual presenta un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas, debido a un efecto congénito en la organización del tallo cerebral al modular el nivel de actividad en el niño.

Tiempo después, Levin en 1938 (citado en Taylor, 1986) postula que el excesivo movimiento motor en estos niños era el resultado de defectos en el cerebro aunque dichos defectos no siempre pueden ser observables

Estos hallazgos se correlacionaban con los experimentos realizados en monos a los cuales se les producía una lesión en el lóbulo frontal que trata como secuela después de la recuperación, problemas para retener la atención y un excesivo movimiento motor, lo que indicaba la presencia de un daño cerebral. Todo esto ocasionó que por primera vez se utilizara el término de daño cerebral (Strauss y Letinen, 1947) para cualquier niño con estas características aunque no existieran las evidencias del daño en sí. Los problemas psicológicos y conductuales eran la evidencia de que la etiología del problema se debía a un daño cerebral. (Strauss, 1974, citado en Barkley, 1990).

De la misma manera, se observó este mismo padecimiento en niños que no presentaban reportes de alteración neurológica. Strauss (1946) supuso entonces (citado en Barkley, 1990) que se trataba de un daño poco perceptible debido a su pequeña magnitud e introdujo el término de "Daño Cerebral Mínimo".

Pero esta denominación de Daño Cerebral Mínimo sólo servía para esconder la poca claridad que se tenía acerca del trastorno y seguía confundiendo el

diagnóstico, ya que persistía la idea de lesión cerebral. Ante dicha ambigüedad, que más tarde Strauss (1947) rectifica al contemplar que tal comportamiento podría resultar más bien de una alteración de los procesos de maduración y no de una lesión anatómica, optó entonces por la nomenclatura de "Disfunción Cerebral Mínima" (DCM). Sin embargo, aunque este nuevo término negaba la idea de la presencia de un daño o lesión cerebral, continuaba sin expresar los síntomas principales del trastorno (Uriarte, 1989) .

Prechtl y Stemmer (1962) sostiene la hipótesis de que existe una correlación significativamente más alta entre la presencia de inatención y problemas neurológicos con un daño orgánico que la sola presencia de la inatención. A pesar de ello, no pudieron determinar el grado y ubicación del problema orgánico.

Los experimentos de la década de los sesenta muestran indicios de lesión cerebral en niños hiperactivos tales como anomalías congénitas, signos neurológicos leves, complicaciones perinatales, alteraciones en el EEG. Sin embargo también se presentaban dichas irregularidades en un porcentaje alto de niños normales. El término de Disfunción Cerebral Mínimo fue entonces utilizado más específicamente para discriminar a niños que no presentaban retraso mental o parálisis cerebral y que además de presentar signos de inatención mostraban signos neurológicos o problemas perceptomotores (Köhler, 1973).

Así mismo, se habló de un retardo en la maduración cerebral, evitándose de esta manera la connotación de disfunción o daño, pero expresaba aún una anomalía

poco precisa de las funciones cerebrales.

CRÍTICA A LA DCM Y NUEVAS APROXIMACIONES TEÓRICAS.

En la década de los 50 y 60s, aparecen una serie de críticas a la nomenclatura DCM y de la utilización de un diagnóstico sin corroborar la evidencia de lesión cerebral, (Birch, 1964; Herbert 1964, Rapin 1964, citados en Barkley, 1990). En efecto, esta denotación sólo servía para ocultar la falta de pruebas etiológicas del padecimiento. Para Gómez (1964) la disfunción cerebral mínima significaba una Máxima Confusión Neurológica (citado en Bradley 1990). Así, el término de disfunción cerebral mínima es remplazado por los síntomas conductuales observables en el niño como el alto grado de actividad motora o hiperactividad.

Chess (1960), describe lo que denomina Síndrome del Niño Hiperactivo como aquel niño que presenta una actividad mayor a la normal de los niños de su edad, y/o se encuentra en constante movimiento.

Esta clasificación es importante ya que enfatiza la actividad como signo primordial del trastorno. Otro punto importante de señalar es que Chess enfatiza la necesidad de considerar el reporte de padres y maestros para el diagnóstico. Por otro lado, separa el síndrome hiperactivo del concepto de disfunción cerebral mínima. Chess, la igual que Laufer y Denhoff (1957) (cit. en Taylor, 1986) afirmaban que este padecimiento desaparecía en la pubertad.

Herbert y Ellen Rie (1980), sostenían que los síntomas de la DCM no estaban bien definidos, además de no correlacionarse entre ellos y no presentar una etiología específica. Por otro lado, señalaban que la hiperactividad no es una secuela común en los niños con daño orgánico y no existe un patrón conductual uniforme. Además, los niños diagnosticados como hiperactivos no siempre presentaban evidencias de daño neurológico.

Quizá una de las aportaciones más importantes se logró en 1972, cuando Douglas observa que el déficit de atención y el control de impulsos son síntomas más importantes en estos niños que la propia hiperactividad. De esta manera la describe de acuerdo a los siguientes parámetros: 1) déficit de atención, 2) inhabilidad para inhibir impulsos, 3) inhabilidad para modular los niveles de actividad de acuerdo a las demandas del medio, 4) inclinación inusual para responder al reforzamiento inmediato.

Por otro lado, Weiss y Hechtman (1986) observaron al estudiar adolescentes con antecedentes de este trastorno que la hiperactividad disminuía con la adolescencia pero los problemas de atención e impulsividad persistían a través de los años.

La hiperactividad era vista como un trastorno ligado más específicamente a los aspectos de inatención y el control de impulsos que aun problema de mala conducta. Además aparece la idea de una disminución en la capacidad para responder al reforzamiento inmediato. Esta nueva connotación permite enfocar el trastorno desde una nueva perspectiva, visión que como veremos más adelante, hasta ahora sigue siendo la más aceptada.

ENFOQUE EMOCIONAL:

Con el paso del tiempo y después de varios estudios, se observó la misma sintomatología en niños que no habían sufrido ninguna lesión cerebral, lo cual ocasionó que algunos investigadores dudaran de la posible implicación orgánica, por lo que se trataron de enfocar la hiperactividad esencialmente a problemas de tipo emocional.

Timme (1931) (citado en Taylor, 1986) asegura que los factores sociales y emocionales están estrechamente ligados a la conducta hiperactiva pero no se han considerado en la sintomatología ya que resulta más difícil el diagnóstico y tratamiento de los mismos. La subjetividad de los fenómenos emocionales no responden a la demanda de la ciencia y la subjetividad que les acompaña sustrae confianza para elaborar un nivel de diagnóstico, a pesar de los instrumentos validados que existen en la actualidad para medir fenómenos psicológicos.

Childers (1936) (citado en Barkley, 1991) consideró que los factores psicológicos y sociales tenían una mayor influencia en la hiperactividad que los factores biológicos, demostrando que en la mayoría de los niños que presentaban este tipo de problemas existían condiciones sociales desorganizadas como familias separadas o niños que habían crecido en instituciones. Así mismo, Sameroo y Chandler (1942) aseguran que los riesgos físicos tienen menor importancia que los riesgos sociales para la aparición de una conducta hiperactiva.

Goldfarb (1943) afirmaba que la **privación temprana** podía producir **disfunción cerebral mínima**. En un estudio realizado con adolescentes que fueron llevados a un **orfanato** entre los cuatro meses a los tres años y medio de edad se observó una pobre capacidad para relacionarse, problemas en la concentración, **inquietud e hiperactividad**, problemas de lenguaje y anhelo de afecto.

En 1976, Ross siguiendo un modelo psicoanalítico plantea que las vivencias del niño y la dinámica familiar provocan este tipo de problemas de conducta.

Nichols y Chen (1981), (citado en Uriarte, 1989) afirman que los factores familiares son más importantes en la hiperactividad, aunque con frecuencia se veían combinados con otros factores tales como el abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre durante el embarazo, presencia de **nemorragias** antes del parto o complicaciones durante el mismo. Las condiciones post natales como el consumo excesivo de drogas son predictores, ya que nos hablan de ciertos rasgos de personalidad de la madre (Taylor 1986) que más adelante podrían crear un cuadro patológico en el niño.

Es importante señalar, que en general los niños que sufren de malas condiciones sociales por pertenecer a medios pobres tienen deficiencias que vienen desde la madre (malnutrición, poca información médica), por lo que los riesgos en el embarazo y en el parto tienden a aumentar, además de las malas condiciones de higiene en las que se presentan.

Sandberg, Wieselberg y Shaffer, (1980), observaron que tanto el nivel socioeconómico bajo como el hogar desintegrado y problemas de personalidad

de la madre se asociaba a al hiperactividad. Además en estos niños no se encontraron alteraciones neurológicas. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por O'maill y Einsenberg (1973), Stewart y cols. (1979) Scharbach y Boucard (1982), donde ciertas desventajas sociales como un bajo nivel socioeconómico, familia desintegrada, hogar desorganizado, alcoholismo de los padres, familias numerosas, inestabilidad emocional de la madre y relaciones conflictivas entre los miembros de la familia crean un cuadro patológico hiperactivo.

Esta visión psicoanalítica del padecimiento no carece totalmente de fundamentos ya que se han observado problemas emocionales en los niños hiperactivos, pero se trata simplemente de una parte del trastorno que no puede aislarse de la totalidad del síndrome.

EL ENFOQUE FAMILIAR

En la década de los sesenta, se observó en los hospitales psiquiátricos, gracias al avance de la medicina, mejorías notables en los pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Sin embargo, poco a poco se percataron de que los pacientes que habían mejorado en las instituciones presentaban recaídas al reintegrarse en su ambiente familiar. Estos factores llevaron a investigar más acerca del papel de la familia en la dinámica de los pacientes. De este modo, el psicólogo ha empezado a jugar un papel esencial en la rehabilitación de los trastornos mentales y poco a poco ha ido abarcando más terreno ya que no sólo se limita a

tratar únicamente con el paciente si no también con el núcleo social que le rodea.

Hoy en día la participación del psicólogo se ha vuelto cada vez más importante en la práctica clínica. En México, aunque aún no se acaba de reconocer del todo la función de estos especialistas, ya se encuentran presentes en las instituciones médicas (no necesariamente psiquiátricas), para brindar apoyo a los pacientes y su familia. Es así como numerosos autores han intentado buscar como el núcleo familiar afecta en la presencia de la hiperactividad y en especial de la aparición de ciertos síntomas.

Debido a que la hiperactividad se presenta bajo una sintomatología muy variada, en algunos niños no se observan síntomas tales como la conducta antisocial o desobediencia patológica, lo que ha traído como cuestionamiento la participación de la familia en las manifestaciones clínicas de cada paciente.

La mayor parte de los estudios sobre hiperactividad han tratado de vincularla específicamente con problemas a nivel cognitivo perceptual y desordenes orgánicos y son los trastornos de conducta los que están más estrechamente relacionados con la interacción familiar y los problemas de conducta. Ante este enfoque, Paternite y cols. (1995) analizaron la participación de diferentes variables en los trastornos de TDAH y Trastorno de conducta. Entre las 39 variables que intervienen en dicho estudio se observaron los problemas cognitivos, la inatención y la dinámica familiar. Esta última variable pretende indagar el nivel socioeconómico, ocupación y nivel de escolaridad de los padres. A partir de la escala Family Environment Scale (FES) se calificaron

además tres dimensiones familiares: la relación entre los miembros (cohesión expresión de sentimientos, conflictos), crecimiento personal (independencia, interés cultural, actividades, pasatiempos, moral, religión) y por último la organización y control. Los resultados muestran que no existe diferencia significativa entre las puntuaciones en lo referente a la dinámica familiar de niños con hiperactividad y con Trastornos de Conducta. Estos resultados demuestran que ciertas actitudes familiares son las que desencadenan un comportamiento disruptivo en el niño y no necesariamente el problema se deriva de un desorden orgánico. Lo que diferenciaba a los sujetos con TDAH era un aumento en las puntuaciones referentes a los problemas cognitivos y de inatención.

Otros autores, Hellgren y cols. (1994), afirman la existencia de TDAH con o sin trastornos de conducta, pero no especifican los factores que favorecen la presencia de dicha complicación en el cuadro clínico.

Aún no se ha determinado con exactitud el papel de a familia. Barkley (1990) le otorga un peso relativamente bajo, mientras que otros estudios correlacionan ciertos rasgos de los padres con una conducta agresiva en los pacientes con TDAH, incluyendo conducta antisocial (Biederman y cols. 1987; Schchar y cols., 1990), niveles altos de estrés (Anastopoulos y cols., 1992; citado en Barkley, 1990) e indicadores de hostilidad en la interacción familiar (Paternite y cols., 1980).

Patterson (1980) también se interesó en el papel de la familia desarrollando un modelo familiar que origina altos grados de agresión y conducta antisocial en el

pequeño, la cual más tarde podría desencadenar problemas de conducta antisocial en los niños hiperactivos. En este modelo, los padres presentan conductas desafiantes y agresivas, castigos y hostilidad hacia sus hijos. Otros autores han demostrado la presencia de estas características en las familias de hiperactivos. Anastopoulos y cols. (1992) (citado en Barkley, 1990) consideran que estas características son las que determinan el nivel de hiperactividad y de agresión en el niño. Un dato curioso que es importante señalar, es que estos patrones de conducta en los padres disminuyen cuando el niño mejora su comportamiento luego de la ingesta del medicamento (Barkley, 1989), por lo que se puede llegar a las siguientes conclusiones: 1) el comportamiento disruptivo del niño modifica la conducta de los padres (Coon, Carey, Coley, & Fulker, 1992) (citado en Du Paul, 1991), o 2) ciertos rasgos de los padres provocan la aparición de algunos síntomas de la hiperactividad (Goodman y Stevenson, 1989). Realmente estas dos posibilidades pueden estar vinculadas entre sí y es difícil reconocer el límite de cada una de ellas. De cualquier forma se deben identificar para mejorar la dinámica familiar y el pronóstico del niño.

Algunos rasgos de la madre se vinculan estrechamente con el comportamiento hiperactivo. Tallmadge y Barkley (1983) (citado en Barkley, 1990) sugieren que la interacción negativa madre-hijo tiene más peso en la conducta hiperactiva que la interacción padre-hijo. Esta afirmación puede parecer lógica si se toma en cuenta que la madre participa mucho más en la educación del niño que el padre.

Afortunadamente, la visión de la hiperactividad ya no se remite únicamente a un punto de vista biológico ya que si así se hiciera resultaría una descripción muy

pobre. Recientemente se identifica a la hiperactividad como un fenómeno en el cual existe una base orgánica, por lo que el manejo del médico a través de tratamientos farmacológicos junto con la intervención del psicólogo, coadyuva a obtener mejores resultados. Además este último debe incidir en factores más profundos de la personalidad del sujeto y de su dinámica familiar. Ante lo anteriormente citado, no es de extrañarse la importancia de tomar en cuenta tanto los antecedentes orgánicos como la historia familiar para el tratamiento del pequeño.

EL MODELO FARMACOLÓGICO

El descubrimiento de Bradley en 1937 (citado en Taylor, 1989), demostrando que las anfetaminas disminuían los síntomas de hiperquinesia incluso en niños sin lesión cerebral, reafirmó la idea de un problema orgánico en la hiperactividad, pero no tan importante como una lesión, de ahí la dificultad para detectarlo con los instrumentos de medición conocidos hasta entonces.

Los avances en farmacología han llevado a elaborar nuevas aproximaciones al problema. Los sorprendentes resultados obtenidos con los estimulantes, los cuales no sólo eliminan la hiperactividad sino la inatención y los problemas perceptomotores, han llevado a pensar en una vía bioquímica específica para este trastorno ya que hasta ahora no se ha podido identificar un núcleo específico de la hiperquinesia y sería inútil buscar uno solo que podría causar el padecimiento. Se sabe que las diferentes estructuras cerebrales interactúan entre sí de tal forma que la afectación de una sola vía específica puede alterar

todo un sistema mucho más complejo. Sin embargo, existen evidencias de la presencia de una lesión para la manifestación de la hiperquinesia (Shaywitz y cols.; Norton, y cols., 1976). Wender (1971) realizó varios experimentos con ratas donde lesionaba el haz medial telencefálico (HMT) produciendo una disminución en el aprendizaje mediante premios y castigos así como una conducta parecida a la hiperactividad e incapacidad de medir el peligro que corrían los niños con este trastorno. Estas vías generalmente se han asociado a los centros de placer, de ahí que el trastorno que nos ocupa se haya asociado a la incapacidad para experimentar placer y dolor (Wender, 1971). Estos centros de placer se encuentran estrechamente relacionados con las vías, serotoninérgicas, adrenalérgicas y dopaminérgicas. Estas dos últimas son las que se han relacionado estrechamente con el síndrome hiperactivo ocupa y las evidencias están más inclinadas hacia la dopamina. Al inyectar en ratas 60H-dopamina se percibe una depleción de catecolaminas cerebrales, alterándose el aprendizaje aversivo (Poschel y cols., 1966). Además, las características de los fármacos utilizados en el tratamiento que procuran los mejores resultados, parecen incrementar este neurotransmisor mediante la recaptura. También, son inhibidores de la MAO, incrementando la producción de catecolaminas.

EL ENFOQUE MOTIVACIONAL

Las evidencias farmacológicas vinculadas con los mecanismos de reforzamiento indujeron en los años 70s y 80s, numerosas investigaciones alrededor de este fenómeno desde el punto de vista conductual.

La hiperactividad desde este punto de vista se debía a un déficit en la estimulación sobre la conducta en especial las reglas y las instrucciones (Willis y Lovaas, 1977).

Para dichos autores, la hiperactividad y la falta de atención en estos niños era situacional ya que en condiciones motivantes los niños lograban poner mayor atención (Douglas, 1983; Barkley, 1984; Sergeant, 1988; citados en Barkley 1990), lo que confirmaba la idea de una falta de estimulación en el origen de este daño.

Las influencias de esta conotaciones tuvieron tanta fuerza que el tratamiento conductual en estos niños hasta la fecha sigue siendo aplicado (Barkley, 1990).

CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Las clasificaciones actuales, debido a la falta de demostraciones empíricas han abandonado el término de Disfunción Cerebral Mínima enfocándose casi exclusivamente en los aspectos conductuales observables del niño.

La denominación de niño hiperactivo o hiperquinético alude a una de las características principales que ayudan a conformar el diagnóstico y evita el etiquetamiento de disfunción cerebral que en los padres y en el propio afectado, puede producir consecuencias adversas. El término de hiperquinesia trata de diferenciar la hiperactividad propia de los niños muy curiosos y despiertos pero que no es considerada patológica, aunque estos dos términos se utilizan de manera indiferenciada.

Las distintas aproximaciones teóricas produjeron grandes confusiones en el diagnóstico de los trastornos mentales por lo que se optó por unificar los síntomas a nivel mundial. Las clasificaciones más importantes son el ICD y el DSM las cuales han sido elaboradas a través de un equipo multidisciplinario especialistas en salud mental.

El ICD-10 propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ubica dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia bajo el nombre de hiperquinesia basándose casi exclusivamente en los fenómenos conductuales, ya que aunque se sugiere una anomalía biológica y congénita, hasta ahora no existen evidencias concretas de su etología. Destacan entre los síntomas más importantes de este padecimiento, la inatención y la sobreactividad que deben aparecer en más de una situación (escuela, casa) Los problemas en las relaciones sociales, la impulsividad y la conducta antisocial pueden o no estar presentes en el cuadro. De igual manera, los trastornos motores y del aprendizaje se registran aparte de la hiperactividad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) le otorga una gran importancia a este fenómeno conductual. Inicialmente, el DSM-III (1980) se basaba en la influencia de Douglas presentándola como un modelo de déficit de atención y control de impulsos. se reconocían 3 factores implicados en el problema: 1) la inatención, 2) la impulsividad y 3) la hiperactividad. Además, podía otorgársele una calificación numérica para reconocer el síntoma. En esta

clasificación aparecían dos subtipos: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDD + H y TDD-H).

En el DSM-III-R (1987) se encuentra clasificada dentro de los Trastornos de Conducta Perturbadores¹, denominada Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). La sintomatología que caracteriza a este trastorno es la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, que aparece en diferentes grados, dependiendo de cada sujeto. Además, estos niños tienen problemas sociales y de conducta antisocial. Así mismo en ese manual se reconoce el Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad, cuando el niño presenta una exagerada inatención pero sin hiperactividad. Es frecuente que estos niños sean calificados de torpes, lentos y tontos y pocas veces acuden a consulta ya que no presentan mayor problema para quienes le rodean. Finalmente aparece el trastorno de tipo residual. Este último se observa en algunos adolescentes con antecedentes de TDAH donde persiste la inatención y desaparece la hiperactividad.

Basándose en el DSM-III-R, Kaplan y Sadock (1987) describen en su compendio de Psiquiatría el Trastorno por Déficit de Atención, enfatizando la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, además de atribuirla tanto a factores orgánicos como a factores no orgánicos.

Actualmente el DSM-IV (1995), le ha otorgado mayor importancia al trastorno que nos ocupa, clasificándolo como una entidad específica dentro de los trastornos de la infancia. Se encuentra bajo el encabezado de Trastorno por

¹ Estos trastornos se caracterizan por presentar conductas socialmente perturbadoras, produciendo mayor malestar en los demás que en el propio paciente.

Déficit de Atención y Conducta Disruptiva, la cual incluye el Trastorno por déficit de Atención/Trastorno Hiperactivo, en el que predominan los síntomas de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Además, se subdivide de acuerdo a los síntomas con mayor predominio: tipo predominante inatento, tipo predominante hiperactivo-impulsivo y mixto. Además deben existir evidencias clínicas de problemas académicos, sociales y funcionales. El DSM-IV le otorga un alto valor a la opinión del maestro del paciente. Esta clasificación, la más utilizada en la actualidad, parece dejar a un lado otros aspectos importantes como serían los posibles daños orgánicos o la participación de la familia como facilitador de ciertos síntomas.

La nueva clasificación de la hiperactividad en el DSM-IV parece haber aumentado la prevalencia del trastorno ya que diversos estudios han demostrado un mayor índice de niños diagnosticados como hiperactivos a partir de dicha descripción (Baumgaertel, y cols. 1995, Wolraich, y cols. 1996). De acuerdo con Wolraich (1996) esto puede deberse a la mayor eficacia del DSM-IV para caracterizar la heterogeneidad del trastorno ya que en efecto, cada niño presenta diferencias en la sintomatología.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la Secretaría de Salud, de donde tomaremos la muestra para la investigación, el diagnóstico del padecimiento se basa en el DSM-III-R y DSM-IV, por lo que se diagnostica a los niños como Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

En este trabajo utilizaremos tanto los términos de hiperactividad, hiperquinesia y Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) de manera indiferenciada.

CAPITULO I

CARACTERISTICAS DE LA HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad, como la mayoría de las entidades psiquiátricas tiene algunas características muy particulares, que pueden apreciarse a simple vista, y otras que requieren de una mayor observación para establecer el diagnóstico.

En la actualidad, al ser considerada como un trastorno de conducta, podría pensarse que se trata simplemente de un problema de mal comportamiento. Sin embargo, la sintomatología específica va más allá de esta connotación. Por otro lado, se ha observado que los niños que lo presentan manifiestan otro tipo de problemas como consecuencia del trastorno, complicando aún más el cuadro.

La hiperactividad es un trastorno que aparece desde el embarazo y puede continuar hasta la adultez, aunque frecuentemente sólo es objeto de atención terapéutica durante la edad escolar ya que durante esta etapa los síntomas representan un mayor conflicto para los que rodean al paciente. Los datos que a continuación se expondrán son exclusivos de esta etapa del desarrollo. En la adolescencia, la hiperactividad suele disminuir o presentarse como temperamento explosivo, inquietud e impaciencia. La inatención por lo general persiste, pueden haber abuso de sustancias tóxicas, problemas con la autoridad (violación de las reglas sociales) y generalmente existen dificultades para relacionarse con sus pares aunado a la presencia de trastornos de la personalidad y baja autoestima.

1.1.-SINTOMATOLOGIA

Básicamente, se trata de un trastorno por déficit de la atención en la que el niño tiene problemas para permanecer atento a una sola actividad, distrayéndose con extrema facilidad, de ahí el nombre que se le otorga en el DSM-III y DSM-IV "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad". Además el niño así afectado es impulsivo y presenta un exagerado movimiento. DuPaul (1991) observa 2 factores de la hiperactividad: Inatención-inquietud e impulsividad-hiperactividad. Ya anteriormente Lahey y col. (1998) basados en los criterios del DSM-III obtuvieron dos factores, uno relacionado con la inatención y las dificultades en la concentración y otro asociado a la excesiva actividad motora y a la impulsividad. Es importante señalar que la visión de Lahey hace mención de los problemas motores. Fish (1971) separó 3 grupos de hiperactivos: Los hiperactivos puros, los hiperactivos con un elevado componente de conducta antisocial, y los hiperactivos con fuertes rasgos de ansiedad. Generalmente los síntomas suelen presentarse en diferentes contextos y no es raro que los maestros refieran al niño con el especialista. De hecho, una de las principales características del trastorno que nos ocupa son las consecuencias escolares que presenta el pequeño. El DSM-IV otorga mucho peso a las manifestación de las conductas propias del hiperactivo en la escuela ya que muchos padres que acuden a consulta ignoran el problema de su hijo viéndolo simplemente como un niño latoso o mal educado, y suelen ser más tolerantes con sus hijos que los maestros.

Los síntomas pueden presentarse en diferentes grados e incluso puede que no existan algunos de ellos. El ICD-10 menciona el trastorno hiperquinético con

trastorno de conducta y sin trastorno de conducta. El DSM-IV enfatiza la predominancia ya sea de síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad. Además existe el tipo combinado donde se presentan en la misma proporción estas dos características. No es raro observar en estos pacientes ciertas conductas muy peculiares que únicamente aparecen en un solo individuo.

La variabilidad en la sintomatología puede ser de gran ayuda sobretodo en lo que se refiere al pronóstico.

El Dr. Velasco (1981), pionero en el tema en México, enfatiza la participación de entidades médicas, psicológicas y psicopedagógicas en el trastorno hiperquinético dando la siguiente sintomatología recabada en el siguiente cuadro:

1 - Hiperquinesia:

- a) Destructividad
- b) Conducta disruptiva (actividad en el salón de clases, interrumpiendo a sus compañeros, o en situación donde amerita permanecer quieto)
- c) Poca organización (inicio de una actividad sin un fin determinado y sin finalizarla)
- b) Hiperactividad verbal (verborrea, interrupción a los parlantes, incapacidad para esperar su turno en un diálogo)
- c) Trastornos del sueño (problemas para iniciar el sueño, pesadillas, terrores nocturnos, sueño agitado)

2 - Inatención

- a) Hiperactividad sensorial (el niño se interesa por todos los estímulos a su alrededor, y por las características poco relevantes de los mismos)
- b) Distracción (imposibilidad de concentrarse selectivamente, poca

memoria a corto plazo)

3 - Irritabilidad

a) Conducta impredecible (el niño responde exageradamente ante situaciones que no lo ameritan)

b) Baja tolerancia a la frustración (berrinches frecuentes, agresividad)

4 - Impulsividad

a) Temeridad (incapacidad para valorar las situaciones y riesgos)

b) Enuresis, encopresis

c) Conducta antisocial (incapacidad para seguir las reglas de un juego, de esperar su turno, trato brusco con sus compañeros)

5 - Incoordinación motora

a) Torpeza corporal (caídas frecuentes)

b) Disgrafía (problemas en la escritura)

c) Disartria, dislalia

6 - Desobediencia Patológica

a) Incomprensión de ordenes

b) Repetición de la falta

c) Incomprensión del castigo

7 - Trastornos del aprendizaje

a) Problemas visomotores, dislexia

b) Disociación

c) Inversión del campo visual

d) Perseveración

e) Memoria deficiente

f) Pobreza de la imagen corporal

Sin embargo, no todas estas conductas están presentes en el trastorno y muchas de ellas dependen del ambiente en el que se desenvuelve el niño para que se manifiesten.

Por razones prácticas, Uriarte (1989) separa los síntomas en primarios, todos aquellos propios de la hiperactividad, los cuales generalmente se encuentran asociados con un problema orgánico, y síntomas secundarios o agregados, los aspectos que pueden aparecer en ciertos niños como consecuencia del trastorno y del entorno social en el que se desenvuelve. Utilizaremos aquí esta división no sólo por fines prácticos sino porque nuestra escala está planteada específicamente bajo las características de ésta.

SINTOMAS PRIMARIOS:

- Inatención
- Hiperactividad
- Impulsividad, agresividad, baja tolerancia a la frustración
- Torpeza motora fina o gruesa
- Trastornos formales del pensamiento
- Conducta antisocial

Los síntomas secundarios los mencionaremos más adelante ya que éstos suelen manifestarse con mucha más diversidad en cada niño. Veamos por el momento en que consisten cada uno de los arriba mencionados.

INATENCIÓN

Durante el crecimiento, la capacidad del niño para atender a su entorno depende del desarrollo de su sistema nervioso. Al nacer, tiene los ojos cerrados. A las 4 semanas aparece el control del nervio ocular pero su expresión sigue siendo incompleta. Gesell (1946) plantea en su examen evolutivo, que el niño a esta edad, al colocarlo en posición supina permanece en actitud del reflejo tónico vertical, la llamada posición del "esgrima" la cual permite como única línea de visión el costado derecho o izquierdo. Su mirada, entonces, sólo capta los objetos que se presentan del lado hacia donde se encuentra orientado. Puede seguirlos con la vista si se desplazan lentamente y esto puede hacerlo sólo por periodos cortos desde el costado en el que se encuentra volteado hasta la línea media, combinando movimientos de la cabeza con los ojos. Si se le somete a un sonido vigoroso a corta distancia de la oreja el niño disminuye o cesa su actividad pero no es capaz de reconocer el origen de dicho sonido. Está simplemente respondiendo por medio de reflejos a los estímulos del medio.

Aproximadamente a las 12 o 16 semanas de nacido ya es capaz de controlar su mirada y observar los estímulos que se encuentran fuera de su campo de visión buciéndolos con los ojos. Responde a los sonido volteando inmediatamente hacia el origen del mismo. Atiende a la gente que le rodea y hasta ríe con ellos. Puede sostener objetos en sus manos y mirarlos durante un tiempo relativamente largo. Sin embargo, su atención sigue siendo corta ya que el pequeño se distrae con facilidad con cualquier nuevo estímulo que se le presenta. Para él la realidad está fraccionada y el estímulo deja de existir en el

momento en que desaparece de su alcance visual. Poco a poco, conforme va creciendo y va reconociendo su entorno se interesa más por lo que le rodea pero es común que cambie de una actividad a otra en un tiempo que para el adulto resulta extremadamente corto. Previo a los 4 o 5 años, la excesiva actividad es normal ya que antes de alcanzar dicha edad el niño pasa por un periodo durante el cual integra todos los estímulos visuales, auditivos, táctiles que le llegan del medio, tanto externo como interno (Renshaw 1991; citado en Howe, 1993).

A partir de los 4-5 años, el niño comienza a asistir al kinder donde se le demandan ciertas pautas de conducta y disciplina en situaciones específicas como atender al maestro, permanecer quieto dentro del salón de clases. La mayoría de los niños pueden a esta edad acatar las reglas de sus mayores sin mayor problema y realizar correctamente las actividades que se les pide.

Sin embargo, los niños hiperactivos presentan dificultades para mantener su atención incluso en actividades que parecen interesantes y divertidas, aunque ésto pueda apreciarse con mayor amplitud en tareas que requieran de cierta concentración y un esfuerzo intelectual (Uriarte 1989). El niño se distrae muy fácilmente con cualquier estímulo del medio incapaz de fijar su atención en una sola actividad dejando inconclusas la mayoría de las tareas que inicia. Presenta problemas para jerarquizar los estímulos de acuerdo a su importancia en el ambiente, así cualquier evento es digno de ser centro de atención. Para un niño hiperactivo resulta casi imposible concentrarse en una sola actividad olvidándose de lo que acontece a su alrededor.

Cuando se le habla parece no atender lo que se le dice, los padres reportan que el niño "no hace caso", o "no entiende" y la queja del maestro de que no pone

atención en clase es constante. Con frecuencia no puede seguir instrucciones fracasando en las tareas y en los juegos. Se le olvidan las cosas, pierden sus útiles escolares, no cumple con las tareas y no puede organizar sus actividades. Al no lograr poner atención le es muy difícil aprender y retener lo que se le dice, influyendo, además, en el mal aprovechamiento escolar, los problemas perceptuales.

HIPERACTIVIDAD

Hace algunos años, la hiperactividad era considerada como la característica principal del trastorno y de ahí que aún hoy en día se hable de niños hiperactivos o hiperquinéticos.

Ahora bien, el término hiperactividad o hiperquinesia puede resultar un poco subjetivo si se trata de describir únicamente un exceso de movimiento. En efecto, hay culturas donde los niños son más activos que en otras. En algunos medios socio-culturales, como es el caso de las clases bajas en nuestro país los niños comienzan a presentar conductas de adultos en edades muy tempranas mientras que en otros, la infancia se extiende hasta ya entrada la secundaria.

Para poder decir que un niño es hiperactivo debe existir una historia de hiperactividad desde por lo menos los dos años. En ocasiones las madres reportan incluso un movimiento importante del niño in útero, comparado con otros embarazos. En el otro extremo se encuentran los padres que no pueden recordar alguna anomalía en la primera infancia del niño ya que para ellos el

exagerado movimiento de su hijo no representaba gran conflicto en casa y no es hasta que el niño comenzó con problemas en la escuela que este exceso de movimiento empieza a representar una anomalía. De cualquier manera, aunque una exagerada inquietud no haya significado un problema, con una buena entrevista se puede reconocer como una conducta anormal del pequeño durante los primeros años de vida.

El movimiento es parte esencial de nuestra vida y desde antes del nacimiento el producto empieza a presentar este tipo de actividad dentro del vientre de la madre. Los movimientos del recién nacido se presentan de manera aleatoria en brazos y piernas que agita constantemente mientras se encuentra despierto sin lograr controlarlos voluntariamente. En esos casos el movimiento de un miembro parece desencadenar el movimiento de otro y así sucesivamente.

Cuando el niño empieza a tomar más control de su propio cuerpo los movimientos involuntarios desaparecen y el niño mueve independientemente cada una de sus extremidades.

El pequeño parece no cansarse y es capaz de moverse de un lado a otro sin parar, siempre con el fin de descubrir nuevos horizontes. El niño que comienza a caminar se separa continuamente de su madre desplazándose alrededor de su entorno, el niño que empieza a hablar repite constantemente las palabras.

Hoy en día los infantes tienen un papel más activo y tienen un lugar más importante en la sociedad. Los castigos autoritarios han desaparecido en la mayor parte de las familias de clase media y alta en nuestro país y se ha optado por discutir con el niño y conocer sus puntos de vista. Los niños pasivos suelen ser tachados de lentos y torpes. Los padres animan a sus hijos a que jueguen, corran, conozcan. Los modernos juegos educativos fomentan la actividad de los

niños tanto física como mental (Sattler, 1988).

Sin embargo, toda esta actividad se desarrolla con un propósito específico por más pequeño que sea el niño. Todo lo contrario sucede con los niños hiperactivos.

Los pacientes que sufren este trastorno parecen no tener límites en su energía, se mueven constantemente de un lado a otro sin parar, no logran controlar dicha actividad que no parece tener un propósito específico. Cambian de una actividad a otra sin terminar ninguna de ellas. Si permanecen sentados mueven manos y piernas incansablemente, y no pueden permanecer en un sitio fijo por un tiempo muy prolongado.

Los estudios de Saikind y Poggio (1977) en el cual se medían los movimientos de los niños hiperactivos comparados con niños normales, remiten que la diferencia no radica en la cantidad de movimientos sino en la calidad de los mismos. Los niños hiperactivos parecían moverse sin un objetivo lógico en comparación con los demás. Otros estudios han confirmado la existencia de movimientos inapropiados para la situación como sería el levantarse continuamente de su banca en el salón de clase. El movimiento del niño más que ser excesivo suele ser disruptivo.

No obstante, es común que los padres consideren que el hijo hiperactivo se mueve más que sus hermanos, que parece no cansarse, como si tuviera "un motor dentro", incluso en la noche suele moverse exageradamente cuando está dormido, situación que agota a las madres y propicia regaños y castigos en el infante.

La hiperactividad también se manifiesta en verborrea y fuga de ideas, los niños hablan demasiado sin la posibilidad de hilar las palabras o expresar claramente

una idea. Velasco (1981) la refiere como una hiperactividad verbal, donde al igual que el movimiento, las palabras parecen surgir sin un fin determinado. Otros autores como Uriarte (1989), relacionan este síntoma con los trastornos formales del pensamiento.

IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD Y BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

La impulsividad es una de las características que presenta grandes dificultades para definirse a nivel clínico. La definición del diccionario "dícese del que llevado de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela". puede ser clara, pero cuando hablamos de niños hiperactivos es difícil separar la conducta hiperactiva de la impulsividad. En efecto, éstas suelen confundirse y es difícil concluir cual fue causa o efecto de la otra. Los maestros suelen denominar impulsividad algunas conductas que podrían ser hiperactivas para el especialista o viceversa.

La impulsividad en los niños con este trastorno puede apreciarse ciertamente por su poca capacidad de esperar las cosas, quieren todo en el momento y se molestan cuando no se les da, tienen una baja tolerancia a la frustración y los berrinches son frecuentes desconcertando a los padres ya que suelen ser demasiado explosivos para la situación.

Presentan conductas impredecibles en determinados momentos, especialmente por el escaso control que tienen sobre su conducta. Responden violentamente ante circunstancias que no lo ameritan, destruyen sus cosas. Son muy irritables, tanto los estímulos placenteros como los estímulos irritantes les producen

respuestas exageradas de júbilo o de enojo. Son niños temerarios que a menudo se encuentran en situaciones donde ponen en peligro su vida. Parece que no piensan cuando hacen las cosas.

La impulsividad también ha sido relacionada con la agresividad y el temperamento explosivo que puede incluso derivar en desobediencia patológica. Esta última ha sido considerada por algunos autores como un mal manejo del trastorno por parte de los padres (Ross, 1976, Du Paul, 1991), mientras que otros la consideran una disminución en la capacidad de comprensión del castigo (Velasco, 1981; Uriarte 1989)

Las conductas agresivas y temerarias pueden ser reforzadas por algunos compañeros o por los propios padres al sentir a su hijo muy "macho", y esto finalmente termina por empeorar el cuadro.

TORPEZA MOTORA E INMADUREZ PERCEPTUAL

La torpeza motora se encuentra estrechamente ligada con problemas a nivel orgánico. Está relacionada tanto con la motricidad fina como con la gruesa, aunque se ha observado cierta independencia entre dichas áreas ya que puede ser que el niño presente problemas graves a nivel de motricidad fina y no manifieste problema alguno en la motricidad gruesa y viceversa. Frecuentemente, lo anterior trae como consecuencia un bajo rendimiento escolar, que como recordaremos es uno de los principales motivos por lo cuales estos niños son llevados a consulta (Velasco, 1976).

La motricidad gruesa afecta principalmente los movimientos gruesos como

correr, caminar, patear una pelota, generalmente adquiridos alrededor de los 3 - 4 años de edad. En lo que respecta a los niños hiperactivos, solo un porcentaje relativamente pequeño, (30%) presenta este tipo de dificultades, manifestándose con caídas frecuentes al caminar o correr, problemas para realizar deportes o dificultades para manipular objetos, los cuales con facilidad se les caen de las manos o se les rompen. Los niños con alteración en el área motora gruesa tienden a ser rechazados por sus compañeros ya que su torpeza en los deportes y habilidades físicas los aísla de las actividades propias de los niños de su edad. Recordemos que la hiperactividad es un trastorno más común en los varones que en las mujeres y es en este tipo de actividades como los niños suelen adquirir cierto status dentro de su grupo social, tanto con los compañeros del mismo sexo como del sexo opuesto (Uriarte, 1989).

El trastorno por déficit de atención está más estrechamente vinculado con la motricidad fina y las habilidades para realizar tareas precisas con las manos. A estos niños les cuesta trabajo tomar el lápiz correctamente, abrocharse los botones o las agujetas. Al escribir, sus trazos son torpes y poco precisos. Se ha asociado la torpeza motora con la inmadurez perceptual, ya que no solo se observan problemas a nivel motor sino también a nivel de percepción visual. Esta dificultad viso-motora suele ocasionar dislexia o disgrafia, el niño invierte letras y números indiscriminadamente y no logra copiar fielmente el estímulo que se le presenta. En ocasiones presenta problemas en la discriminación de figura-fondo y no puede separar los estímulos esenciales de los no esenciales. Al escribir un texto presenta omisiones de hasta párrafos completos, sustituye unas letras por otras. En la prueba psicomotora de Marianne Frostig revela una

disminución en la discriminación figura-fondo. En el test gestáltico visomotor de Lauretta Bender aparece claramente la dificultad en las figuras 1 y 3, un casi 30% de los niños en las cuales se la sustituyen los círculos por puntos (Uriarte 1989). Además en dicha prueba se presentan problemas de desproporción y fragmentación de las figuras y aunque ese signo represente un porcentaje poco significativo que si bien no siempre se encuentren presentes en la hiperactividad si suelen ser datos de útiles para elaborar el diagnóstico.

Lo que si resulta significativo es, como se mencionó anteriormente, la relación de estos signos con problemas orgánicos ya que generalmente se observan mejorías significativas con el uso de fármacos. (Uriarte 1989, Velasco 1981).

Algunos autores plantean que la inmadurez neurológica puede provocar enuresis y encopresis. Sin embargo, ya que no suele ser indispensable su presencia para el diagnóstico Uriarte (1989) prefiere ubicarla como síntoma agregado.

TRAS TORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO

Uriarte (1989) le concede un espacio a los trastornos del pensamiento tratándolos en un apartado distinto al de la inmadurez, la hiperactividad y la impulsividad, ya que este problema suele presentarse en un porcentaje relativamente alto en estos niños.

Los trastornos del pensamientos aparecen generalmente en forma de taquialia verborrea, taquipsiquia, pararespuestas, disgregación, fuga de ideas. Los relatos de estos niños son incongruentes y pasan de un tema a otro sin terminar sus

ideas. Su discurso es muy parecido al habla de los esquizofrénicos, por lo que es difícil seguirles la conversación. Las palabras parecen salir una tras otra sin ningún orden lógico y gramatical. En ocasiones pueden presentar perseveración, la cual también aparece a nivel motor. Todo ello ocasiona que se aislen, aumentando aún más la falta de comunicación con sus pares.

Estos trastornos parecen estar estrechamente ligados con deficiencias a nivel bioquímicos y el uso de fármacos parece mejorar enormemente el discurso del hiperactivo

Así mismo, se habla de ciertos rasgos obsesivo-compulsivos que aparecen en el cuadro de estos niños, relacionado por Wender (1971) con la incapacidad para ordenar jerárquicamente los estímulos relevantes e irrelevantes en el ambiente, así, cuando recuperan la atención estas conductas suelen en su mayoría disminuir, sin embargo, se ha observado en ocasiones la aparición de conductas ritualistas con el uso del medicamento (Uriarte 1985)

DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER Y DOLOR

Numerosos trabajos han planteado la existencia de un problema a nivel de los centros de placer del hiperactivo. Con frecuencia se habla de una respuesta anormal a recompensas y castigos. Quizá, de ahí derive el problema de la desobediencia patológica y de su incapacidad para sentir placer en circunstancias agradables. Haenlein y Caul (1987) (citado en Barkley, 1989) hablan incluso de una disminución en la respuesta al reforzamiento debido a un elevado umbral hacia la recompensa por lo que experimentan menor

reforzamiento que sus pares, así como sentimientos de frustración con mucha más intensidad que los niños normales ante la anticipación de la suspensión del reforzamiento (Douglas y cols., 1994). Haenlin y cols; citado en Barkley, (1989) mencionan una rápida saciedad ante las consecuencias. En un experimento realizado por Parry y Douglas (1983) donde se les proporcionaba a una muestra de niños hiperactivos un reforzamiento intermitente se observó que estos comenzaban a frustrarse y a ponerse mal sobre todo cuando la tarea era realizada con precisión y a pesar de ello no obtenían reforzamiento.

Las evidencias neuroológicas de una alteración en los centros de placer podría explicar estas condiciones presentes en el síndrome hiperactivo. Por ejemplo, se ha observado que las ratas lesionadas en el haz medial del telencéfalo (HMT) presentan una incapacidad para aprender por medio de la recompensa y el castigo. Así mismo se ha observado una falta de ansiedad ante la anticipación de un estímulo doloroso (Brady y Nauta, 1953). Esta característica del hiperactivo puede provocar tristeza y confusión en los padres ya que generalmente plantean el hecho de que es imposible satisfacerlo.

CONDUCTA ANTISOCIAL

La conducta antisocial se asocia específicamente con la impulsividad y la hiperactividad del pequeño, en efecto, al no poder controlar sus impulsos, quiere tenerlo todo independientemente de las consecuencias que esto implique. El niño no acata las reglas y con frecuencia se encuentra en situaciones problemáticas con figuras de autoridad, sin que esto se deba a una conducta

desafiante. En clases, es común que abandone el salón, que se levante de su silla, puede llegar incluso a amenazar a su profesor, con palabras, groserías e incluso hasta con alguna conducta agresiva. No es raro verlos involucrados en pequeños robos. Cuando el trastorno es más pronunciado puede existir historia de piromanía.

Los padres se preocupan mucho en este aspecto ya que tienen problemas con los maestros, con el director del colegio e incluso con vecinos o amigos.

Algunos autores señalan que la conducta antisocial depende mucho de como los padres manejan el problema de sus hijos y puede no presentarse cuando se le imponen límites al pequeño, ya que no siempre aparece en el cuadro clínico este tipo de conducta.

Sin embargo, es importante tomarla en cuenta cuando existe en la sintomatología del paciente ya que esto puede desencadenar más tarde conductas delincuentes o abuso de sustancias tóxicas en los adolescentes.

Un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda (Lynskey & Fergusson, 1995) demostró que los niños que en su infancia habían presentado además del TDAH, problemas conductuales consumían mayor cantidad de alcohol y tabaco que los niños que sólo presentaban TDAH, además iniciaban el consumo a una edad más temprana que el grupo control. De la misma manera se observó un consumo a menor edad en niños que únicamente presentaban problemas de conducta en la infancia.

Así, podemos concluir que aunque aún no está bien definido el patrón conductual de los adolescentes con antecedentes de hiperactividad, es muy probable que los problemas que presentan más adelante con la ley, dependan exclusivamente de la presencia de la conducta antisocial durante la niñez.

Es muy importante que los padres conozcan los posibles riesgos a largo plazo de sus niños para lograr obtener un mejor pronóstico. Está ya muy propagada la creencia de que la hiperactividad desaparece en la adolescencia y aunque estudios posteriores demuestren lo contrario, los padres e incluso algunos especialistas poco experimentados, suelen tomar el trastorno de sus hijos como algo poco problemático y pasajero.

SINTOMAS SECUNDARIOS

Los síntomas secundarios, como se dijo anteriormente, se vinculan con la interacción del niño en su ambiente y con los miembros del grupo que le rodean en especial de los padres. Es muy común, por ignorancia, que los familiares hayan propiciado algunas de las conductas de su hijo debido a un mal manejo del trastorno. Cabe señalar que en su mayoría las familias de niños hiperactivos presentan un mismo patrón de comportamiento tanto con el niño enfermo como en la interacción con otros miembros de la misma. Los regaños y castigos son frecuentes llegando a golpes fuertes y críticas hirientes.

El entorno del pequeño no sólo se limita al hogar y al ambiente familiar. A partir de los 6 años si no es que antes, el niño empieza a asistir a la escuela y su entorno social se extiende alrededor de sus maestros y compañeros. Se requiere de ciertas actitudes y se le exigen ciertas pautas de conducta específicas para lograr la socialización con sus semejantes.

En el caso de los niños que nos ocupan, se encuentran en desventaja con sus

compañeros ya que en general, entre las conductas que se requieren para un buen aprovechamiento, escolar podemos mencionar la de permanecer quieto durante largos períodos en clase, atención y concentración en las explicaciones del maestro, orden, limpieza, destreza motora fina para el aprendizaje de la lecto-escritura, disciplina y la capacidad de seguir ciertas reglas tales como esperar su turno para hablar. Dentro de este marco, es evidente que es imposible para un niño con trastorno por déficit de atención acatar correctamente estas reglas, de ahí que pronto se conviertan en fuente de perturbación para el maestro y sus compañeros, ya que interrumpen constantemente la dinámica de la clase, son entonces comunes los castigos, los reportes y expulsiones del colegio.

Los pacientes presentan una baja autoestima pues constantemente se les trata de tontos, torpes, malos y mal educados. Se sienten incapaces de controlar su comportamiento aun conociendo las consecuencias de su mala conducta, lo que produce en ciertos niños una ansiedad permanente presentando onicofagia, tactilália, hiperhidrosis palmar. En general, se sienten rechazados y suelen caer en una depresión, rara vez detectada por los padres, ya que la manifiestan con un aumento en la hiperactividad y en la agresividad. Aparecen en ciertos casos las mentiras frecuentes ya que temen ser castigados por sus travesuras, las cuales niegan aún cuando todos saben que él fue quien cometió la falta.

Sienten celos de sus hermanos ya que al contrario de lo que sucede con él, no son castigados y reciben elogios y premios. Además, los padres tienden a comparar al paciente con sus otros hijos que se portan bien y son buenos hijos, lo que empeora su autoestima.

La falta de atención e inmadurez perceptual provocan un decremento en su

rendimiento escolar y en la incomprensión de las indicaciones de los maestros. Su torpeza motora los vuelve inhábiles, dificultando su desempeño en trabajos manuales y en actividades deportivas, provocando la burla de sus compañeros. En ocasiones, los varones prefieren abstenerse de los juegos que requieran de habilidad física para evitar la burla, inclinándose por tareas más estrechamente vinculadas a las niñas, por lo que son tratados de afeminados. Al no poder seguir las reglas es rechazado en los juegos de equipo. Su impulsividad lo vuelve agresivo y sus compañeros le temen y le huyen quedando excluido de la dinámica del grupo. A veces por temor a dicho rechazo el niño hiperactivo termina aislándose por su propia voluntad.

Estos niños tienen mucha dificultad para establecer relaciones interpersonales y generalmente se relacionan con niños más pequeños que ellos o con niños muy manipulables y así evitar la burla y el rechazo.

Otras complicaciones relacionadas con el TDAH, y que se han mencionado previamente son la enuresis y la encopresis, los trastornos del lenguaje, dificultándose la pronunciación de la "d", la "r" así como trastornos del sueño.

1.2.- ETIOLOGIA

Como se ha mencionado, se desconoce la etiología específica del déficit de atención, sin embargo se ha relacionado con varios factores que pueden iniciarse desde la gestación. Estos factores se reconocen como los pre, peri y post natales.

Los factores prenatales que afectan al niño durante el embarazo no se ha visto que tengan una participación importante en el trastorno, atribuyéndoseles sólo un 10% de causalidad en el trastorno que nos ocupa. Los más comunes son las infecciones de la madre, hemorragia cerebral del producto debido a la acción de ciertas toxinas (drogas), variaciones en el desarrollo intrauterino, abuso por parte de la madre de sustancias tóxicas como tabaco y alcohol. Wender (1971) considera que los daños pueden producirse por problemas genéticos.

Los factores que parecen estar más implicados en el déficit de atención (70-80%) suelen ser los sucesos que ocurren durante el parto, como la anoxia por el uso de sedantes, el sufrimiento fetal, el mal uso de fórceps, la expulsión rápida del producto, el parto prolongado, una cesárea mal elaborada. Towbrin (1969) (citado en Taylor, 1989) parece localizar las lesiones perinatales particularmente en las regiones periventriculares, las cuales se han asociado con los mecanismos de recompensa Wender (1971) igualmente parece asociar la hiperactividad con un deterioro de los sistemas de recompensa en el cerebro.

Finalmente se ha visto que algún traumatismo postnatal o alguna infección que ocasiona deshidratación o fiebres importantes podrían, en algunos casos,

provocar posteriormente una conducta hiperactiva. Además, niños que han sufrido de privaciones psicológicas pueden presentar un cuadro hiperactivo (Wender, 1971, Douglas, 1989).

Los estudios cada vez más comunes del electroencefalograma en la práctica clínica han confirmado alteraciones presentadas en el EEG de algunos niños con hiperactividad que podrían corroborar las hipótesis orgánicas, sin embargo, solo un 40% de estos niños presentan anomalías electroencefalográficas y además se ha observado en algunos niños normales el mismo perfil electroencefalográfico. Esto podría explicar la implicación de un trastorno a un nivel mucho más específico por lo que otros estudios han demostrado la participación de factores neurológicos en el trastorno por déficit de atención

Se ha propuesto que la disfunción cerebral se produce por una lesión en la corteza frontal, la cual disminuye sus capacidades de inhibición sobre las estructuras subcorticales, lo que conlleva una desinhibición general de la conducta y la incapacidad para organizar los estímulos y las respuestas. Sin embargo, esta propuesta ha sido abandonada por otras evidencias más acertadas. Los experimentos de Stein (1965) sugieren una lesión a nivel de las vías del placer en el haz medial del telencéfalo (HMT).

En la actualidad se han desarrollado múltiples intentos por hallar una base bioquímica del trastorno.

La hiperactividad también se ha asociado a problemas en el balance de neurotransmisores químicos en especial los monoaminas como la serotonina (5-

HT), la norepinefrina (NE) y la dopamina (DA) . Recientemente se ha hablado de una deficiencia de este última la cual conecta los circuitos límbicos con los lóbulos frontales impidiendo así la inhibición de las conductas explosivas. Por otro lado, igualmente se ha relacionado con anomalías en el metabolismo de la glucosa en el SNC (Leung y cols., 1994).

Lauretta Bender (cit. en Sattler, 1988) propone que la disfunción cerebral disminuye la calidad de desarrollo general del niño interfiriendo en los procesos de maduración, limitando al organismo como un todo, más que produciendo un trastorno específico (Bender 1953). Douglas (1989) sugiere un defecto en la auto-regulación del niño que le impide controlar tanto su atención como la actividad.

Con la puesta en práctica del enfoque multidisciplinario en hospitales y centros de investigación, la participación del psicólogo en el estudio de la hiperactividad es cada vez más frecuente y aunque la atribución del trastorno por déficit de atención debido a problemas emocionales en el niño tampoco ha logrado ser aclarada, se ha observado que en las familias de niños hiperactivos existe, de parte de los padres un patrón muy marcado, como es la ausencia de límites y un mal manejo de premios y castigos (Du Paul 1991). Además generalmente existen historias de agresión y hostilidad hacia el niño.

Wender (1971) propone cinco hipótesis para la aparición del síndrome hiperactivo: 1) daño orgánico, 2) transmisión genética, 3) variaciones en el desarrollo ultrauterino, 4) malformaciones del feto y 5) determinantes

psicogenéticos.

De estas diferentes hipótesis sólo 3 parecen ser correctas ya que las restantes carecen de fundamentos para su evidencia.

La primera hipótesis referente al daño orgánico tiene su origen en los niños que después de sufrir accidentes cerebrales presentaban anomalías conductuales muy similares a los hiperactivos, aún después de recibir un tratamiento de recuperación.

CAPITULO 2

DIAGNOSTICO

La conducta hiperactiva, al igual que otras entidades psiquiátricas, requiere de una vasta recopilación de datos que nos permitan conocer a fondo el problema que atañe al paciente. Generalmente estos niños son remitidos por el maestro quien considera que el pequeño requiere de la ayuda del especialista ya que él se siente incapaz de ayudarlo.

La dificultad del diagnóstico con los niños hiperactivos se debe específicamente al hecho de que los síntomas suelen presentarse como consecuencia de múltiples factores ambientales, biológicos, psicológicos e incluso como una conducta normal en ciertas etapas del desarrollo. Por ello, puede resultar comprometedor establecer un diagnóstico antes de los 4 - 5 años, sin efectuar un estudio completo del caso. Campbell, (1976) (cit. en Barkley, 1990) afirma que es muy difícil conocer cuales niños son en realidad hiperactivos y hace mención de niños hiperactivos que nunca son referidos a consulta ya que existen ambiente óptimos que proporcionan una buena estructura para su conducta. Por lo tanto, el diagnóstico debe realizarse por exclusión.

Es conveniente conocer si no existe ninguna invalidez en el niño como hipoacusia, o problemas de visión, para eliminar la presencia de alguna alteración médica que impida el buen funcionamiento del paciente en su entorno. Puede que existan problemas debido a la desnutrición, parasitosis, infección, epilepsia o alguna enfermedad endócrina (hipotiroidismo).

Generalmente los síntomas de hiperactividad desaparecerán cuando estos últimos se controlen.

Se debe descartar la posibilidad de que el niño consuma algún tipo fármaco que pudiera alterar su conducta. En México conviene preguntar acerca del consumo de téis o preparados ya que es común el uso de remedios caseros que pueden producir efectos colaterales.

Entre los factores ambientales que pueden promover un mal funcionamiento del niño se pueden mencionar las familias caóticas o desorganizadas, el mal manejo de límites por parte de los padres, la falta de figuras de autoridad, niños sobreprotegidos por los padres. Los infantes de hogares sustitutos pueden presentar problemas de agresividad y conducta desafiante. Deben igualmente excluirse aquellos niños con problemas emocionales como el divorcio de los padres, alguna patología paterna, abuso sexual, dificultades familiares o cualquier fuente de conflicto que produzca ansiedad. Los niños maltratados o que hayan recibido poca estimulación durante la primera infancia también pueden presentar síntomas de hiperactividad. En estos casos es conveniente otro tipo de terapia más enfocada en los aspectos psicológicos. Al aplicarla la hiperactividad tiende a disminuir cuando se trata el punto conflicto.

Los niños con un coeficiente intelectual insuficiente que no pueden seguir las exigencias de la clase, se distraen fácilmente interrumpiendo la dinámica del grupo. Sin embargo, debe también detectarse, si es el caso, la presencia del síndrome hiperquinético en niños con retraso mental.

Los niños con un CI alto que se encuentran en la escuela en un nivel bajo para su capacidad pueden aburrirse e inquietarse fácilmente. En ocasiones pueden existir problemas para acoplarse con el profesor y generalmente no pueden concentrarse en las actividades del grupo.

El DSM-IV establece como diagnóstico diferencial la hiperactividad propia de la edad, el Trastorno Oposicionista, retraso mental, o cualquier Trastorno Mental tales como Trastorno de las Emociones, de la Personalidad o Trastorno Psicótico.

Para poder diagnosticarse el Trastorno por Déficit de Atención debe de haberse presentado, durante toda la vida del niño, los síntomas anteriormente citados.

Para lograr un mejor diagnóstico de la hiperquinesia, se debe tomar en cuenta no sólo la presencia de los síntomas recopilados a lo largo de la historia clínica, como los antecedentes patológicos, desarrollo del niño, circunstancias ambientales, y exploración neurológica. También son necesarios el estudio electroencefalográfico (EEG) y la batería de pruebas psicológicas y psicopedagógicas. Todo esto nos dará una visión mucho más amplia del caso y sobretodo permitirá llevar a cabo un tratamiento mucho más completo.

Se ha mencionado ya mucho la existencia de antecedentes de daño orgánico en los pacientes con TDAH y que el uso del EEG se ha extendido en los últimos años. Estos pacientes presentan una inmadurez electroencefalográfica manifestada en un aumento de la actividad theta y una respuesta excesiva a la

hiperventilación. Además el ritmo occipital es más lento que el que corresponde a la edad del paciente (Velasco, 1981).

Sin embargo, la aparición de anomalías en el EEG no confirman el diagnóstico pues niños normales pueden presentar un EEG alterado. Por otro lado, en un 40% de niños hiperactivos se presentan EEG sin alteración alguna, porcentaje casi similar al de los niños normales.

Las pruebas psicológicas como todos los métodos estandarizados deben de utilizarse con mucha precaución ya que si bien su aportación puede ser muy valiosa, su mal manejo puede traer consecuencias catastróficas, por lo que deben ser consideradas como herramientas importantes pero no como único elemento de diagnóstico. Una buena batería de pruebas debe ir acompañada de un conocimiento pleno del caso por medio de una buena entrevista. La elección de las pruebas debe considerar las características de los sujetos (no se puede medir la inteligencia de niños hiperactivos con la prueba de Raven si una de sus limitaciones es la inmadurez perceptual). Por otro lado, no hay que olvidar que la mayoría de las pruebas psicológicas están estandarizadas para poblaciones Norte Americanas y los resultados pueden variar considerablemente en nuestro país alterando la verdadera capacidad del sujeto.

Los niños con trastorno por déficit de atención presentan por lo general una inteligencia normal e incluso arriba del promedio. Por el momento no se ha observado un patrón en la prueba de Inteligencia para niños en edad escolar de Wechsler (WISC) para este tipo de niños, pero si es conveniente que conozcamos su rendimiento intelectual para descartar cualquier retraso mental. En lo que se refiere a las pruebas de funcionamiento perceptomotor se han

observado resultados más bajos en estos sujetos que en los niños normales en lo que respecta a las medidas de atención sostenida, o en pruebas que requieran retraso de los impulsos, observándose que en las mismas responden más rápido y cometen mayor número de errores que el grupo control. Se ha llegado a pensar que el bajo rendimiento se debe más a la impulsividad que a los problemas perceptomotores (Sattler, 1988).

Las pruebas psicológicas ayudan a situar al niño dentro de un continuo comparado con la mayoría de la población. Permiten conocer el CI, las dificultades visomotoras, habilidades y carencias así como la forma en que utiliza sus recursos para desenvolverse en la vida diaria. Es conveniente aplicar con este tipos de niños las pruebas de manera individual para evitar en la medida de lo posible que se distraigan.

El test visomotor de Lauretta Bender diseñado para detectar la inmadurez a través de dificultades visomotoras, es de gran utilidad. En lo general el desempeño de los pacientes hiperactivos en esa prueba suele estar alterado. Entre los errores comúnmente cometidos se encuentra el orden confuso, perseveración, rotación y distorsión de la forma de las figuras. Esta prueba es de extrema ayuda para el diagnóstico pero no hay que abusar ni exagerar su utilidad ya que se puede caer en errores muy graves como etiquetar al niño con daño cerebral y perjudicarlo para toda la vida.

Marianne Frostig (1947) ha elaborado una prueba para conocer el desarrollo de la percepción visual y estimar posibles dificultades en el aprendizaje escolar denominada test del desarrollo de la percepción visual. Los niños hiperactivos presentan una pobre coordinación mano-ojo, bajo puntaje en la discriminación fondo-figura y problemas para analizar relaciones en el espacio.

La prueba de Taylor de las 15 palabras del Rey permite igualmente valorar una aproximación de la atención y memoria del niño hiperactivo. En esta prueba, el paciente con este trastorno presenta una puntuación menor que los niños normales (Velasco, 1976).

EL PAPEL DE LOS PADRES

La mayor parte de los hiperactivos que acuden al consultorio son llevados por los padres y es frecuente que ignoren el motivo real por el que fueron enviados a consulta. En ocasiones pueden simplemente decir que fueron traídos con el especialista porque no obedecen, porque hacen travesuras o porque van mal en la escuela.

Los padres generalmente no se encuentran muy lejos de la opinión de su hijo, y pueden sentirse confundidos ya que sienten que su hijo no está loco e incluso afirmar que es muy inteligente, a pesar de que siempre les ocasiona problemas y presenta un bajo rendimiento escolar. Es importante hacer notar a estos últimos que su hijo presenta un comportamiento patológico y que las medidas que han tomado en casa para remediarlo no han dado resultado. Esto ayudará a que se involucren en el tratamiento y modifiquen ciertas pautas de conducta con su hijo.

Para el especialista es muy importante la participación de los padres, aunque generalmente es únicamente la madre quien acude a consulta. De cualquier

forma es de gran utilidad la información que nos brinda.

Los niños remitidos a consulta en su mayoría son muy pequeños todavía para percatarse con claridad de los síntomas que les acucian. Los autores coinciden en que son llevados con el especialista alrededor de los 6 - 9 años, y en mayor número a los 8 años (Gros y Wilson, 1974; cit. en Barkley, 1990; Uriarte, 1989). Aunque los síntomas suelen aparecer mucho antes, podría suponerse que hasta ese momento los niños habían logrado un funcionamiento social y académico tolerable debido a su corta edad y a las pocas exigencias a las que se les sometía. Alrededor de los 8 años, se espera un aumento en la atención y concentración (Greenberg y cols., 1992; Howe 1993), además de que empiezan a tener gran importancia las relaciones interpersonales en particular los juegos en equipo, prestando singular atención a las reglas de los mismos (Howe 1993), que como es de suponer, los niños con TDAH, difícilmente logran acatar.

A pesar de su corta edad, no es bueno excluir a los niños de una entrevista ya que las aportaciones que nos brinden son de máxima importancia y pueden añadir datos acerca de la dinámica familiar y de como perciben su problemática. Graham y Rutter (1993) (cit. en Barkley, 1990), plantean que la entrevista con el niño en ocasiones arroja más datos que los proporcionados por los propios padres. Sin embargo, la mayor recopilación de los mismos se obtendrá a partir de estos últimos.

En efecto, las primeras manifestaciones del trastorno hiperquinético aparecen durante el tercer trimestre del embarazo, donde las madres reportan excesivo movimiento in útero, Es conveniente conocer las condiciones médicas y psicológicas del embarazo y del parto ya que cualquier anomalía podría traer como consecuencia la hiperactividad.

Suele ocurrir que los padres olviden las fechas exactas del control de la cabeza, la bipedestación, la marcha..., a pesar de ello la descripción del desarrollo de su pequeño suele ser clara y precisa, y nos da una idea amplia del curso que ha llevado el trastorno. Es conveniente conocer no sólo los síntomas sino la magnitud y frecuencia con que se presentan, en dónde y cómo se manifiestan y si están asociados a una causa en particular. También se debe explorar el rendimiento del niño en la escuela, las relaciones con los otros. Las observaciones de los padres suelen ser muy acertadas y permiten una aproximación bastante precisa al diagnóstico.

Por otro lado, la plática con ellos da una idea de la dinámica familiar. Como se lleva el niño con la madre, con el padre y con los hermanos, como reaccionan los miembros de la familia ante el problema del niño, cuales han sido los métodos utilizados para contrarrestar las manifestaciones de la hiperactividad (castigos, golpes) y con que frecuencia, quien los impone, así como a quien obedece el niño.

Es importante observar de que forma se describen los problemas del paciente, si es como queja, como reproche, si ven a su hijo como un conflicto familiar. Algunos padres llegan a consulta para "acusar" a su hijo con el terapeuta. Es necesario averiguar como es que el trastorno ha repercutido en la dinámica familiar o en la pareja. Estos datos son de suma importancia por las repercusiones que tienen en el niño las cuales, no es raro que sean negativas. Generalmente los padres están hartos de lidiar con un niño que "no para" y termina por convertirse en una molestia.

Es de utilidad conocer como se desenvuelve la familia, si existen problemas en

la pareja, de tipo económico, y desde cuando iniciaron, que actividades realizan juntos todos los miembros, cuales son sus pasatiempos. Es conveniente indagar también sobre el rendimiento de los padres en el trabajo, de los hermanos en la escuela, quien aporta los ingresos económicos, como se reparten las tareas domésticas, lo cual nos permitirá conocer más íntimamente a los miembros de la familia y su papel en el padecimiento del niño o/ y si el ambiente familiar favorece el desarrollo del problema.

Finalmente, necesitamos conocer la conducta del niño, como responde a los castigos, como reacciona ante los hermanos, (celos, pleitos), cuales son sus juegos favoritos, prefiere aislarse o el juego en equipo, como trata sus cosas personales, como se comporta en escenarios fuera de casa y específicamente su rendimiento escolar. Si ha tenido problemas en la escuela, conocer sus calificaciones, si los padres reciben quejas de los maestros, desde cuando, si tiene amiguitos, como son, como se lleva con ellos, a que juegan. Todo esto ayudará a situar al paciente en su entorno social.

EL PAPEL DEL MAESTRO

Como se ha venido mencionando a lo largo de este trabajo, los niños hiperactivos en su mayoría son llevados a consulta por problemas escolares. El niño pasa gran parte del tiempo en la escuela y generalmente es el maestro quien percibe un comportamiento extraño en él, especialmente porque tiene un excelente referencia con los otros niños de su misma edad. No es de extrañarse que la opinión de este último sobre el paciente es de suma importancia para el

especialista ya que su punto de vista brindará un panorama mucho más amplio. Los niños que presentan los síntomas del déficit de atención debido a un problema emocional, pueden exhibir en la escuela un comportamiento muy diferente al que presentan en su casa y en ocasiones los padres lo desconocen. La conducta del hiperactivo siempre será la misma aunque puede variar en magnitud y frecuencia.

Los maestros amplían enormemente los datos otorgados por los padres ya que conviven con el niño en la escuela y pueden darse cuenta de los problemas académicos específicos que presentan. Es conveniente ponerse en contacto con ellos desde las primeras sesiones ya que su aportación permitirá elaborar un mejor diagnóstico. Por otro lado, al igual que los padres, están cansados de un niño que continuamente interrumpe la dinámica de la clase, que obtiene un bajo rendimiento escolar, y por lo general han empezado a hostilizarlo. Al saber que el niño es atendido por un especialista cambian considerablemente su comportamiento hacia el alumno problema.

Conviene preguntar como se comporta el niño en el salón de clase, si es inquieto, si se levanta de su silla, si interrumpe, sus principales dificultades (lectura, escritura, dificultad para copiar del pizarrón, no sigue las instrucciones...). Hay que indagar acerca de las relaciones con sus pares y con la autoridad, como se lleva con sus compañeros de grupo, como lo tratan los demás niños, si ha tenido algún problema con alguno de ellos, juega con ellos, como se comporta comparado con los demás niños, cual es su estado de ánimo y su actitud ante el profesor (agresiva, de enfrentamiento, lo provoca).

Otro dato importante que nos puede brindar el maestro es la actitud de los padres hacia la escuela. ¿Conocen las dificultades del niño?, ¿se dan cuenta de

los recados que manda el profesor?, ¿acuden a las citas?, ¿se comunican con el maestro?, ¿se preocupan por las calificaciones de su hijo?. Esto nos dice mucho acerca del interés de los padres y de la comunicación padre-hijo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que muchos niños, por temor a ser castigados suelen mentir acerca de sus dificultades escolares, sus tareas y pueden esconder los recados de los maestros.

Así, es de suma importancia tener un panorama global del problema del niño, sólo de esta forma lograremos los mejores resultados.

CAPITULO 3

MEDICION DE LA HIPERACTIVIDAD

La necesidad de conformar instrumentos de ayuda para elaborar un diagnóstico es de suma importancia para la aplicación clínica de la medicina. Las enfermedades propias de la medicina científica cuentan con diversas técnicas de uso ya rutinario que sirven para corroborar el punto de vista del médico. Así, para diagnosticar una diabetes se elabora un análisis de orina para cuantificar la cantidad de azúcar en la misma. Si el paciente presenta un traumatismo, se recurre a la ayuda de los Rayos X y por medio de una radiografía se determina el grado de gravedad del golpe. Hoy en día existen instrumentos cada vez más precisos. El ultrasonido, por ejemplo, permite observar el funcionamiento de los órganos internos, y ahora la tomografía cerebral permite corroborar trastornos neurológicos.

Las enfermedades mentales carecen por lo general de alguna base orgánica sólida que permita apoyar el diagnóstico elaborado por el médico. Szasz (1971) critica la psiquiatría moderna por el hecho de tratar los problemas mentales bajo los mismos criterios que la medicina científica, ya que se está trabajando con conceptos tan abstractos y desconocidos empezando por el concepto de mente. No obstante, algunos avances en la farmacología, han ayudado a elaborar nuevas teorías de los trastornos mentales y los criterios para el diagnóstico son cada vez más estrictos, pero son pocos los instrumentos que ayudan al especialista a corroborar su diagnóstico y este último por lo regular, se basa exclusivamente en las manifestaciones observables del paciente así como en

su relatos a través de la entrevista. En casos donde el paciente carece del uso de razón se recurre a familiares o a personas que convivan más estrechamente con este y el especialista trabaja casi exclusivamente con el relato de terceros. Esto vuelve a la práctica psiquiátrica o psicológica muy subjetiva y con frecuencia se le ataca o se le critica severamente (Szasz, 1971). Es por ello que se hacen necesarios métodos que sirvan como ayuda para la elaboración de un diagnóstico más preciso y objetivo.

En la psicopatología infantil los métodos de evaluación se basan casi exclusivamente en las referencias de los padres, sobre todo con los niños más pequeños, ya que generalmente estos desconocen el motivo de consulta. En un trastorno como la hiperactividad, las pruebas neurológicas y psicológicas son de gran utilidad para corroborar los datos proporcionados por los padres. Ahora bien, se requieren también métodos de evaluación que se enfoquen exclusivamente a la sintomatología del niño hiperactivo.

Dentro de la psicopatología infantil, la hiperactividad es quizá el trastorno en el cual se han elaborado la mayor cantidad de instrumentos de medición (Sandovai, 1977). Sin embargo, para poder entender bien estos conceptos daremos un breve repaso de teoría de la medida.

3.1.- BREVES CONCEPTOS DE TEORIA DE LA MEDIDA

En la actualidad, los métodos psicométricos se han popularizado y su utilización se vuelve cada vez más sistemática. En efecto, la medición de los eventos naturales nos permite una mayor manipulación y control de los hechos que se reportan en el ambiente para posteriormente analizarlos de una manera objetiva y confiable. La ayuda de la estadística descriptiva resulta muy útil pues permite ordenar los datos de tal forma que se logre determinar las relaciones existentes entre los eventos o en el caso de la psicología, los rasgos que determinan cierto comportamiento normal o patológico. De esta manera es posible situar al sujeto en un rango comparado con el comportamiento que se espera en la mayoría de la población. Existen varias formas para ordenar los datos entre las cuales las más utilizadas son las escalas nominal, ordinal, de intervalo y de razón.

Los instrumentos a nivel diagnóstico como es el caso de la escala con la que se trabajó en este trabajo se encuentran dentro de las denominadas de intervalo ya que a partir de la puntuación obtenida se puede deducir si el sujeto presenta características de hiperactividad en mayor o menor grado que los niños normales, sin embargo no se puede deducir la cantidad de hiperactividad a partir de un cero verdadero, simplemente tendremos una aproximación a la patología del pequeño.

Al trabajar con instrumentos de medición, es conveniente tener en cuenta otros conceptos de la estadística descriptiva que nos permitan agrupar nuestros datos y observar el funcionamiento de nuestra muestra. Los resultados de estas técnicas, si cuenta con validez y confiabilidad, más tarde pueden generalizarse

al resto de la población. Para lograr un mejor manejo de los datos se reagrupan en una curva resumiendo el comportamiento de un fenómeno en particular. En psicología es frecuente la utilización de la denominada "curva normal". Esta curva es un modelo ideal que se obtuvo a través de una ecuación matemática, la cual se puede aplicar a situaciones reales de investigación. Sus principales características es que es simétrica y unimodal es decir que posee un pico de máxima frecuencia donde coinciden la media el modo y la mediana y la curva cae gradualmente por ambas colas extendiéndose indefinidamente en una y otra dirección acercándose a la línea base sin alcanzarla, obteniendo la forma como de una campana. De esta manera, se ha observado que el comportamiento de la mayoría de la población se sitúa en el centro de la curva y en las extremidades laterales aparecen en menor cantidad los casos de las personas que se salen del común denominador. Esto resulta cierto para los niños hiperactivos quienes quedarían en una de las extremidades de dicha curva, comparados con niños de su edad que tienen ciertas pautas de comportamiento en una situación determinada. De este modo, cuando la mayoría de los niños reagrupados en el centro de la curva normal pueden mantenerse sentados en el salón de clases atendiendo a la maestra, los niños hiperactivos caen fuera de esta norma levantándose constantemente e interrumpiendo la dinámica escolar.

Los tests psicométricos son de gran utilidad para medir el comportamiento interno y externo de las personas. Existe un gran número de este tipo de instrumentos, los cuales resultan mucho más objetivos cuando se cuantifican

conductas externas como el movimiento motor o el número de palabras emitidas, que si se intentan medir conductas mucho más subjetivas como las sensaciones o la personalidad.

Los tests pueden ser:

- estructurados: Las respuestas del sujeto están determinadas por las pautas impuestas por la estructura del test, ofreciéndole sólo cierto tipo de respuestas posibles y de entre las cuales debe elegir la que más se aproxime a su forma de ser.

- no estructurados: La conducta del sujeto está determinada por la forma relativa de sus predisposiciones más que por la estructura impuesta por el test. Esta situación no estructurada se denomina comúnmente tests proyectivos.

- semi-estructurados: Este tipo de evaluación presenta los dos tipos de respuestas antes citadas. (Cohen, 1988).

Las escalas de medición son instrumentos estructurados en las cuales se cuantifican las respuestas mediante el procedimiento de frecuencia de ocurrencia, es decir se cuentan unidades de conducta y se utilizan estos cálculos para describir y comparar diferencias en la conducta representada. Este procedimiento tiene dos objetivos:

- idear ítems que susciten replicas donde se reflejan las predisposiciones a medir

- idear ítems que sean representativos de las predisposiciones del individuo que se examina (Brown, 1955).

El sistema de evaluación de las escalas tiene como objeto el obtener descripciones cuantitativas de los tipos globales de conducta. Estas delimitan mediante descripciones generales el sector de conducta a medir. La cuantificación de la conducta se basa en el juicio de un llamado "experto" o juez, utilizando una escala de evaluación (en el caso de la escala de Uriarte, el "experto" se identifica como el maestro). Está última es la formulación de ítems que describen las características de las respuestas que el juez debe evaluar. Las escalas pueden indicar el valor cuantitativo de la respuesta o desplegar una serie de categorías que representan diferentes montos, en este caso, el juez elige la categoría que describe mejor al sujeto evaluado (Nadelsticher, 1983), tal es el caso de la escala de Uriarte.

En este procedimiento, el juez debe haber tenido la oportunidad de observar las respuestas específicas a estimar, lo cual puede satisfacerse de dos maneras: 1) el juez está familiarizado con el sujeto y ha observado su comportamiento en situaciones en donde este último expresa normalmente las conductas a medir y 2) Se crea una situación experimental que provoque las conductas a cuantificar. Estas evaluaciones pueden en ocasiones resultar algo subjetivas ya que los resultados se basan en el relato de un observador externo (Nadelsticher, 1983).

Se deben tomar entonces varias precauciones antes de la utilización de cualquier instrumento psicométrico. Estos deben tener confiabilidad y validez.

La confiabilidad o la consistencia interna se refiere a que los resultados que arroje sean medidas confiables, de manera que se obtengan los mismos resultados siempre que se mida el rasgo que se pretende medir. Los datos son confiables si son significativos y reproducibles (Magnusson, 1969)

Además es importante conocer todas las variables que afectan el fenómeno que queremos estudiar para ver si realmente el instrumento mide el objetivo que pretende medir, solo de esta forma resultará válido.

Para obtener la validez de una prueba debemos conocer la exactitud con la que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas, es decir si realmente evalúa para lo que fue construida. Para ello necesitamos conocer que rasgo es el que pretende evaluar, esto se conoce como variable de criterio. Debemos entonces delimitar para que y para quien es válido el test (Magnusson, 1966).

En lo que concierne al TDAH, a pesar de que existen numerosos estudios, pocos son los que realmente resultan confiables, ya que en su mayoría adolecen de grandes problemas metodológicos. (Sandoval, 1977). Por lo general, los estudios con los cuales se han tratado de validar dichos instrumentos carecen de validez, ya que se han realizado con muestras poco significativas. En algunos casos son llevados a cabo con niños que presentan otro tipo de problemas como debilidad mental o epilepsia aunado a la hiperactividad, o se ha trabajado con niños que han sido diagnosticados por médicos con poca experiencia. Algunos no toman en cuenta el hecho de que los niños se encuentren bajo tratamiento farmacológico durante el estudio, variable que puede alterar los resultados de la

experimentación (Sandoval, 1997). Si se comparan los diferentes métodos de medición, pocos son los que correlacionan con otras pruebas y la mayoría de ellos carecen de una estructura dimensional interna (Sandoval, 1977; Barkley, 1990).

A pesar de estas carencias, las técnicas para medir la hiperactividad se utilizan con mucha frecuencia, las más comunes son:

- 1) las escalas de conducta
- 2) la observación de campo y de laboratorio
- 3) las mediciones físicas directas
- 4) Tests de rendimiento
- 5) Tests cognitivos.

Todas estas pueden emplearse tanto a nivel diagnóstico como a nivel de investigación, pero, de acuerdo a Sandoval (1977), para que un instrumento tenga validez debe contemplar las siguientes características:

- 1 - Habilidad para distinguir entre niños normales y niños hiperactivos
- 2 - Estructura dimensional interna
- 3 - Correlación con otras pruebas o estudios
- 4 - Habilidad para distinguir entre niños sin o bajo los efectos del medicamento

De acuerdo al plan de trabajo, en esta tesis se limitará a investigar si la escala de Uriarte presenta los puntos 1 y 2 es decir, la habilidad para distinguir entre

niños normales y niños hiperactivos, lo cual se comprobará al existir puntuaciones significativamente más altas en los niños que presentan dicho trastorno comparado con los normales y si tiene una estructura dimensional interna.

Para conocer un poco más acerca de estas diferentes técnicas de medición de hiperactividad se mencionarán sus principales características, así como las ventajas y limitaciones de cada una de ellas.

3.2. - METODOS DE MEDICION DE HIPERACTIVIDAD

OBSERVACION

Esta técnica consiste en observar con que frecuencia aparece una conducta específica cada 5 a 30 segundos y anotarla en una hoja de registro, ya sea de manera directa o a través de un video. Las observaciones más comunes con niños hiperactivos son realizadas en la escuela en el salón de clase (Blunden y cols., 1974), escenarios de juego (Ellis y cols., 1971) o en un ambiente libre.

Rapaport y cols (1971-1974) observaron la hiperactividad contando el número de veces en que el niño recorría un área dividida en pequeñas parcelas. También intentaron medir la velocidad en el movimiento y el movimiento de las diferentes partes del cuerpo.

Algunas conductas mucho más subjetivas se han intentado medir por medio de la observación como sería la atención en base al tiempo en el que permanece el

niño en un mismo juego o la duración de inspección del material lúdico.

La impulsividad hasta ahora sólo se ha registrado en un estudio de Blunden y cols. (1974).

De igual manera, se han hecho observaciones del estado de ánimo, tomando en cuenta la participación social, la expresión verbal y alegría del niño.

Otro aspecto importante como la agresión se cuantifica sumando el número de actos agresivos y el contacto físico que el sujeto investigado presenta con otros niños.

A pesar de esto, ningún estudio de observación mide todas esas conductas al mismo tiempo. Por otro lado se han visto que las conductas como hiperactividad, que realmente pueden tener una medición precisa, suelen tener una alta correlación entre diferentes estudios, sin embargo, las conductas emocionales como el estado de ánimo que son muy subjetivas, muestran por lo general, una correlación baja.

Este tipo de estudios presentan una alta validez pero son estudios que resultan caros en dinero y tiempo, ya que se debe acudir al escenario o recrearlo en el laboratorio, y es necesario entrenar a los observadores.

MEDIDAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Este tipo de estudios difiere del anterior, ya que aquí no se observa la ocurrencia de la aparición de una conducta. Se trata de cuantificar por medio de aparatos sensibles al movimiento, la actividad física de los niños. Se han utilizados cuartos con películas fotoeléctricas (Ellis y Pyer, 1959) o sensores ultrasónicos (Mc Farland y Peacock, Watson, 1966). Las mediciones de la actividad física han

resultado poco válidas y requieren de un presupuesto elevado para su ejecución, debido al tipo de aparatos que se utilizan los cuales resultan muy costosos, además de ser algo incómodos para los niños

TESTS DE RENDIMIENTO

Los tests de rendimiento son pruebas psicométricas que generalmente no están destinadas a medir la hiperactividad en sí, pero que son sensibles en niños hiperactivos. Estas pruebas ya fueron mencionadas anteriormente en el Capítulo 2.

TEST COGNITIVOS

Las técnicas de laboratorios cognitivos y psicofisiológicos fueron elaboradas con el fin de medir con mayor precisión aspectos observables del trastorno como la inatención y la hiperactividad, así como para conocer los mecanismos patofisiológicos involucrados. Las medidas de laboratorio que ofrecen mejores resultados son el tiempo de reacción (Douglas y Peters, 1979) y los potenciales evocados (Klorman y cols, 1988).

El Continuos Performance Test (CPT) originalmente desarrollado como una medida de alerta, (Resvold, Mirsky, Sarason, Bransome y Beck, 1956) ha ido

evolucionando para medir con mayor precisión los problemas de inatención y de impulsividad en niños intentando medir las características patofisiológicas del TDAH.

Dentro de esta prueba se le pide al niño que observe en una pantalla letras o números aislados, este debe responder apretando un botón cuando un estímulo o un par de estímulos aparecen apareados. Los resultados permiten conocer el número de aciertos y respuestas correctas omitidas (errores de omisión) así como el número de respuestas incorrectas o ausencia respuesta (errores de comisión). Igualmente registra el tiempo que transcurre entre la aparición del estímulo y la respuesta del niño (tiempo de reacción) De esta manera se puede conocer la inatención (errores de omisión), la impulsividad (errores de comisión) y la rapidez motora (tiempo de reacción) del sujeto.

A pesar de que este programa ofrece resultados objetivos a nivel clínico de una manera práctica y económica, hasta ahora las investigaciones alrededor de dicha prueba no logran discriminar a niños con TDAH de los niños normales y no detecta los efectos posteriores al uso de fármacos (Barkley, 1990).

Otros tests se han realizado para tratar de medir la impulsividad en niños y adolescente. El test de Matching Familiar Figures Test (MFFT) (Test de figuras familiares) desarrollado por Kagan (1966), determina la latencia y el número total de respuestas correctas permitiendo conocer la impulsividad en este tipo de pacientes. Dicho test presenta la versión para adolescentes desarrollada en 1978 por Cairns y Cammock (cit. en Greenberg, 1992). Desgraciadamente no se ha detectado su capacidad para captar diferencias significativas entre los niños con TDAH y niños normales (Barkley, 1990).

El Test of Variables of Attention T.O.V.A. (Test de Variables de Atención) (Greenberg, 1992), permite conocer con mayor exactitud la atención y actividad de los niños. Esta prueba no requiere de lenguaje ni de discriminación espacial, lo que facilita su ejecución en niños hiperactivos quienes con frecuencia padecen este tipo de alteraciones. Mide la inatención, la impulsividad y la rapidez motora del paciente. Además ofrece la ventaja de discriminar los efectos de los psicofármacos aumentando significativamente las puntuaciones de las variables arriba mencionadas.

Quizá la mejor manera de diagnosticar el trastorno por déficit de atención es basarse en la sintomatología que presenta el niño y en especial, tomar en cuenta el relato de los padres, ya que como se mencionó líneas arriba (Capítulo 2), se ha observado que en circunstancias de estrés, la sintomatología suele disminuir (Steward, 1976; cit. en Barkley, 1990), como sería el en el consultorio en presencia del examinador.

La entrevista con los padres resulta muy útil. Sin embargo, se ha tratado en diversas investigaciones (Conners, 1969) de elaborar instrumentos psicométricos que permitan agilizar el proceso de entrevista. Tomando en cuenta las características más comunes de la hiperactividad se han realizado numerosas escalas que de manera objetiva permiten medir la sintomatología del paciente. Ya que se trabajó con la escala de Uriarte, se hará un alto para estudiar más detalladamente esta técnica de medición.

3.3.- ESCALAS DE HIPERACTIVIDAD

Las escalas de hiperactividad fueron desarrolladas como instrumentos que a nivel diagnóstico permiten conocer el estado del pequeño cuando llega a consulta, así como para corroborar la información obtenida durante la entrevista. Por lo general, las escalas contienen las principales características de los síntomas del padecimiento, lo que permite a quien la aplica ubicar al niño dentro de un rango, determinando la magnitud y frecuencia en que el problema se presenta.

Con ellas no sólo se pueden obtener datos sobre el comportamiento del niño sino que permiten conocer la evolución del paciente a lo largo del tratamiento y los cambios obtenidos en los síntomas que presenta cada uno de ellos. Como se mencionó anteriormente, las características de este trastorno pueden variar de un individuo a otro y los avances terapéuticos parecen tener esta misma particularidad.

Otra de sus ventajas es que poseen la capacidad de corroborar un diagnóstico de manera rápida y efectiva sobre todo en instituciones donde la demanda es muy alta y en ocasiones es difícil elaborar una buena entrevista clínica. En México, es común en los centros de salud que se cite al paciente una vez al mes, por lo que resulta difícil seguir el caso con precisión. Además se debe prescribir el tratamiento en las primeras citas. Las escalas permiten reconocer rápidamente el patrón del niño y ayudar a obtener diagnósticos más precisos.

Además, para los padres resulta cómodo este tipo de forma diagnóstica, ya que pueden responderlas en el hogar y aunque en ocasiones pueden no tener el conocimiento pleno de que le está sucediendo a su hijo y les cuesta trabajo describir los síntomas, ya que los desconocen, estas escalas, al estar basadas en los rasgos principales del trastorno, ayudan a aclararles las ideas sobre este trastorno ya que frecuentemente reconocen el padecimiento de su hijo en las preguntas del cuestionario.

Los niños hiperactivos suelen obtener puntuaciones altas en la primera evaluación. Generalmente, ciertos rasgos tienden a disminuir conforme avanza el tratamiento, y se espera una puntuación relativamente baja cuando éste haya terminado. De cualquier forma, se ha visto que sólo un 50 a 70% de los hiperactivos responden de manera satisfactoria al fármaco y en la mayoría de los casos muchas de las conductas prevalecen, aunque en menor grado. Las variaciones en las puntuaciones, como ya se dijo, varían de individuo a individuo y además se han observado diferencias relacionadas con la edad y sexo (Gilbert, 1971., Conners, 1979., Brito, 1995).

Una escala realizada con niños Brasileños, población más cercana a la nuestra que las muestras sajonas, muestra puntuaciones significativamente más altas en los niños que en las niñas (Brito, 1995), así como resultados significativamente más altos en niños más pequeños, datos que confirman estudios anteriores (Conners & Ulrich, 1978). Por otro lado, se ha observado que no necesariamente los niños obtienen puntuaciones altas en todas los reactivos relacionadas con un rasgo o factor específico del trastorno. Gilbert (1971) consideraba la

existencia de hiperactividad cuando el niño contaba con por lo menos un síntoma de inatención, dos síntomas de problemas conducta y por lo menos en igual número de problemas perceptomotores. De hecho de 0.1 a 0.3% de niños presentaron más de siete síntomas relacionadas con un solo factor en particular.

Las escalas elaboradas para la hiperactividad no sólo se limitan a la familia. También se extienden a otros escenarios donde es importante conocer las características del comportamiento del niño. Uno de ellos es la escuela. Así, se han elaborado escalas para maestros con el fin de que nos remitan el comportamiento del niño en clase. Estas técnicas se han utilizado con mucha frecuencia a nivel de investigación permitiendo una mejor aproximación al diagnóstico. Los estudios de las puntuaciones obtenidas a partir de las escalas para maestras de acuerdo a los criterios del DSM-III y DSM-III-R (Artkinson y cols., 1985; Pelham y cols. 1992) sirvieron como bases empíricas para los criterios del TDAH en el DSM-IV.

La ventaja de aplicarlas es que permiten mantener un contacto directo con el maestro por medio de un instrumento que puede resultarle cómodo, ya que no requiere de mucho tiempo para contestarlo ni la necesidad de un desplazamiento para hablar con el especialista, cosa que con frecuencia rechazan. Además, el hecho de incorporarlos en el tratamiento facilita su cooperación y mejora su relación con el niño volviéndose más comprensivos. Además resultan un método muy útil para la evaluación del TDAH, ya que logran determinar como es que el maestro percibe la conducta del paciente a nivel escolar, lo cual generalmente suele ser objetivo (Uriarte, 1989; Barkley, 1990). Se ha visto de acuerdo con varios estudios, que las puntuaciones de los

cuestionarios para maestros se aproximan enormemente al diagnóstico clínico (Abikoff y cols., 1993, Schachar y cols., 1986), lo que permitirá, en estudio posteriores, se establezca una aproximación del porcentaje de niños hiperactivos en edad escolar con un grado de confiabilidad bastante alto.

Las escalas clínicas generalmente se basan en la sintomatología propia del trastorno que pretenden medir. En lo que concierne a la hiperactividad la mayoría de las escalas coinciden en que deben medir rasgos de atención-concentración e hiperactividad-impulsividad. (Conners, 1969; Velasco, 1982; Gilberg, 1982, Uriarte, 1985; Brito, 1995). A partir de estos puntos se pueden agregar otros rasgos, como serían los problemas motores, de lenguaje, de la dinámica social y de rendimiento escolar.

Existen una gran cantidad de escalas para medir la hiperactividad. Entre las más conocidas se encuentran la "escala para padres" y la "escala para maestros" de Conners.

La escala para maestros de Conners, Conners Teachers Rating Scale (CTRS) (Conners, 1969, 1973), en la cual nos enfocaremos para el interés del presente estudio, cuenta con 39 ítem los cuales dan una calificación global. Dicha escala se compone por 3 subescalas que son 1) el comportamiento en clase, 2) la participación en grupo y 3) la actitud hacia la autoridad.

Se pretende medir con ella 5 factores específicos del trastorno I- agresión, II- inatención, III- ansiedad, IV- hiperactividad y V- sociabilidad.

La estructura de la prueba parece ser consistente con la sintomatología de la hiperactividad excepto el factor IV- hiperactividad, que incluye a la vez niveles de actividad e impulsividad y se ha considerado mantener estos factores

separados (Sandoval, 1977).

Sin embargo, Conners en 1969 elaboró un test-retest con el cual comprobó que existe una alta validez en todos los factores excepto en el factor III- Ansiedad. En 1971, Steinberg, y cols. confirmaron que la escala es sensible al uso de medicamentos. Por otro lado, Kupietz, y cols. (1972) demostraron que la escala es sensible para distinguir entre niños normales de niños hiperactivos. Estos y muchos otros estudios posteriores han ayudado a confirmar la efectividad del uso de la escala a nivel clínico.

En 1972, Conners crea una versión abreviada la cual consta únicamente de 10 ítem volviéndola más práctica y sencilla de responder. Presenta únicamente los factores I, II y IV, excluyendo de esta manera los ítem de ansiedad y sociabilidad, factores que presentan un gran peso en el trastorno que nos ocupa.

Esta escala de Conners, originalmente de 39 ítem, fue reducida a 28 ítem por Goyette y cols. (1978) en la versión revisada. Los factores que mide son problemas de conducta, hiperactividad e inatención.

Otra escala frecuentemente utilizada para medir hiperactividad es la "Greenberg's Hiperactivity Rating Scale" (HRS) (Escala de Hiperactividad de Greenberg) (Greenberg, y cols., 1972) que está compuesta por 40 ítems divididos en 10 categorías de 4 ítems cada una (Inquietud, Impulsividad, Distractibilidad, Pobre Concentración, Irritabilidad, Resentimiento, Emotividad, Participación Social, Expresión Verbal). Los ítems de las diferentes categorías se presentan de manera aleatoria. Tras un análisis factorial las 10 categorías se

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

reagruparon en 3 factores: I.- Hiperactividad (compuesto por los ítems de las 5 primeras categorías), II.- Hostilidad (compuesto por las categorías irritabilidad y resentimiento) y III.- Sociabilidad (compuesto por las 3 últimas categorías). (Blunden, y cols., 1974)

En 1977, aparece una nueva versión de esta escala, desarrollada por Spring y sus colaboradores, la cual contiene 11 categorías con 3 ítems cada una de ellas. Esta escala resulta ser sensible al uso de fármacos (Yelling, Spring y Greenberg, 1974, citado en Sandoval, 1977).

Otra escala es la de Peterson Quay (Peterson Quay Behavior Problem Checklist (Peterson, 1961), la cual no fue realmente creada para medir hiperactividad, de ahí que únicamente mida problemas de conducta y problemas de personalidad. Está compuesta por 66 ítem y ha resultado ser sensible al uso de medicamentos. (Sandoval, 1977).

Como podemos observar en estos ejemplos, las escalas para medir hiperactividad, al igual que la mayoría de instrumentos psicométricos, están elaborados a partir de muestras extranjeras, en general con poblaciones norteamericanas. Aunque la hiperactividad presenta las mismas características aquí como en cualquier parte del mundo, algunas traducciones suelen tener términos algo confusos, otras son demasiado largas y es difícil para los padres y maestros tomarse tanto tiempo en contestarlas.

Con objeto de superar estas limitaciones en México, el doctor Victor Uriarte desarrolló, a mediados de la década de los ochentas, una escala basada en

poblaciones mexicanas. Se trata de una escala con pocos reactivos, compuesta por un vocabulario que es el generalmente empleado por los propios padres y maestros de los niños hiperactivos y que puede ser comprendida por personas de cualquier nivel socioeconómico. Al igual que otras escalas de hiperactividad, cuenta con un cuestionario para padres y otro para maestros.

Aunque la escala para maestros de Uriarte es utilizada de forma casi sistemática en algunos centros de salud en nuestro país (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Hospital de Salud Mental, DIF) aún carece de una validación estadística, de ahí el interés en este trabajo por realizar dicha validación tomando como punto de partida la importancia que esta escala reviste.

3.4.- LAS ESCALAS DE URIARTE DE HIPERACTIVIDAD

Se analizará a continuación la escala para padres y la escala para maestros de Uriarte. Las escalas fueron elaboradas después de realizar tres estudios pilotos hasta que los ítem fueron comprendidos con exactitud por los padres y maestros. Se utilizó una muestra de 400 casos de hiperactivos y 38 normales obtuvo un alto nivel de confiabilidad (83%), (Uriarte, 1989).

LA ESCALA PARA PADRES

La escala para padres de Uriarte se basa en la escala de Conners (1970), Werry Weiss y Peters (1969), Peterson-Quay (1967), Arnold y cols. (1972), además de que incorpora la descripción nosológica del DSM-III para unificar criterios y evitar la atomización conceptual (Uriarte, 1989). La escala fue realizada con el fin de evaluar con métodos más precisos la población en nuestro país y evitar uno de los problemas con los que se enfrentaban generalmente los especialistas en México como eran traducciones poco claras de los reactivos. Además, se observó que en muchas escalas una conducta infantil podía estar expresada en varios ítems a la vez. Con el fin de reducir el número de preguntas, en la nueva escala de Uriarte se reagruparon todos estos en uno sólo reactivo. (Uriarte, 1989).

LA ESCALA PARA MAESTROS

Esta escala, fue diseñada tomando gran parte de los reactivos de las escalas de Conners 1969, Stewart y cols (1966), Winkler y cols. (1970), Clemets y Peters. (1981), Peterson-Quay (1961) y Davids (1971). El instrumento se comprobó con tres generaciones distintas de maestros donde en los primeros estudios pilotos se dejó un espacio abierto para que estos describieran libremente lo que percibían sobre la conducta del alumno hiperquinético, asimilando muchos de estos conceptos a la última versión de la escala (Uriarte, 1989).

Cuenta con un rubro que permite conocer también la valoración de los maestros sobre la inteligencia del niño, el lugar que este ocupa en tanto a problema comparado con sus compañeros de escuela y un espacio adicional para cualquier observación que consideren necesaria, que resalte ya sea las conductas que más les inquietan del paciente o si no han entendido con claridad algún concepto.

La escala para maestros fue diseñada basándose exclusivamente en 2 factores que son los más típicos de los problemas del niño en la escuela a) dificultades para la atención y concentración en actividades intelectuales medida en los reactivos 1, 2, 3, 4, y 17 y b) hiperactividad-agresividad la cual se concentra en los reactivos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28 y 29. Además cuenta con 10 preguntas adicionales que exploran problemas motores (reactivos 23, 24, 25, 26) y emocionales (reactivos 13, 30, 31, 32, 33, 34, 35).

El maestro debe responder la escala anotando la frecuencia con que el niño presenta las conductas consideradas en la escala, especificar el desempeño escolar materia por materia, indicar si existen problemas de visión u oído en el pequeño y tiene la posibilidad de agregar cualquier observación que considere pertinente para ampliar la problemática del alumno.

ESTRUCTURA DE LA ESCALA PARA MAESTROS (Ver Apéndice 1)

La escala para maestros de Uriarte está compuesta por 6 rubros.

- A) Conducta (35 ítems)**
- B) Aprendizaje (11 ítems)**
- C) Visión y audición (2 ítems)**
- D) Cooperación de la familia (4 ítems)**
- E) Inteligencia del niño de acuerdo al criterio del maestro (1 ítem)**
- F) Otras observaciones**

Además se le pide al maestro que indique cuantos niños semejantes tiene en el salón de clases y en que sitio colocaría al niño comparado con sus compañeros que también presentan problemas de conducta en clase.

En el primer rubro, "Conducta", se le pide al maestro que conteste que tan frecuente el niño presenta ciertas conductas, donde destacan las más características de la hiperactividad. Las opciones de respuestas son nunca ocasional, frecuente y muy frecuente.

En el segundo rubro "Aprendizaje" se le pide al maestro que indique el aprovechamiento del niño en las diferentes materias. Existen tres posibles respuestas: mal, regular y bien. El bajo rendimiento escolar es una característica de los niños hiperactivos como se mencionó en el capítulo 2, sin embargo no es una característica única de los hiperactivos. Existe un gran número de causas por las cuales un niño puede presentar este tipo de problemas. Sin embargo, este rubro es importante ya que permite corroborar el diagnóstico del pequeño, son reactivos de cotejo de gran importancia para el especialista.

El rubro de "Visión y Audición" también contiene reactivos de cotejo. En efecto, muchos niños presentan este tipo de alteraciones sin necesariamente ser hiperactivos. La importancia de este rubro reside en que permite conocer si el niño las presenta y pueden estar provocando su comportamiento hiperactivo sin tratarse de un caso de hiperactividad. Por otro lado, se ha observado que muchos maestros piensan que el niño escucha mal y por ello no acata las reglas.

El rubro "D. Cooperación de la familia" nos permite conocer el grado de interés de ésta por el niño y en que proporción ciertas actitudes de los padres pueden afectar la problemática del niño. El maestro puede responder de 3 formas, nunca, ocasional y frecuente. Nuevamente nos encontramos ante reactivos de cotejo que pueden ayudarnos a corroborar el diagnóstico pero que no necesariamente nos indican la presencia de la hiperactividad.

Finalmente el rubro "E" permite tener una aproximación a la inteligencia del niño de acuerdo al criterio del maestro. Existen 3 opciones de respuesta, abajo del

promedio, normal y arriba del promedio.

En "otras observaciones", como se mencionó, podemos obtener datos muy particulares de cada niño. Además brinda información de como el maestro percibe la problemática de su alumno, lo cual puede ayudar en el diagnóstico.

METODO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Partimos de la necesidad de validar nuestro propios recursos de medición para elaborar el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), así, la realización de esta tesis se basa esencialmente en conocer la validez interna de la escala para maestros de Uriarte para medir TDAH, así como determinar si se muestra sensible para distinguir entre niños normales y niños hiperactivos. Dado que dicha escala es utilizada sistemáticamente en México, sin ninguna base estadística, sería conveniente verificar su eficacia para medir hiperactividad, a partir de los instrumentos anteriormente aplicados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en la Ciudad de México y compararlos con una muestra de niños no hiperactivos.

JUSTIFICACIÓN

Este primer estudio exploratorio permitirá conocer, a partir de la población del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en la Ciudad de México, la validez estadística de la Escala para Maestros de Uriarte. Se trabajó con la escala para maestros dado que es la escala que se aplica en el Hospital y con la cual el personal de la clínica se apoya para el diagnóstico. Por otro lado, se ha observado que los síntomas del TDAH se presentan con mayor frecuencia en la escuela y las

observaciones del maestro se han convertido en una fuente esencial para la evaluación clínica del trastorno (Barkley, 1990). Por otro lado resultan mucho más objetivas que las escalas para padres (Du paul, 1987)

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es iniciar un primer análisis psicométrico de la escala para maestros de Uriarte con el fin de poder ser utilizada en el país para realizar diagnósticos más rápidos y efectivos con instrumentos realizados específicamente con poblaciones mexicanas.

HIPÓTESIS:

Se formuló la siguiente hipótesis:

Hipótesis Nula:

Ho.- La frecuencia, media y mediana de las puntuaciones de los cuestionarios del grupo de niños hiperactivos no serán significativamente mas altas que la de los niños normales.

Hipótesis Alterna:

H1.- La frecuencia, media y mediana de las puntuaciones de los cuestionarios del grupo de niños hiperactivos serán significativamente mas altas que la de los niños normales.

VARIABLES:

Las variables consideradas para la investigación:

Variable independiente: Condiciones de hiperactividad y de normalidad en dos grupos de niños

Variable dependiente: La escala de Uriarte la cual mide la presencia o ausencia de hiperactividad en niños en edad escolar primaria.

SUJETOS:

Para esta investigación, se seleccionó una muestra representativa de 60 niños en edad escolar primaria de 6 a 11 años de edad, que se encuentran diagnosticados como hiperactivos con base en los criterios del DSM-III-R y DSM-IV, dentro de la clínica de la atención en el psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en la Ciudad de México. La muestra comprende 52 niños entre 6 y 11 años con una media de 8.32 años y 8 niñas entre 6 y 11 años de edad siendo la media de 8.27 años. 43 sujetos (6 niñas y 37 niños) se encuentran en 1ro. de primaria, 16 niños están recursando, 2 niños están recursando por segunda ocasión. 12 sujetos niños se encuentran en 3ro. de primaria, 4 de ellos recursando y un niño ha sido expulsado definitivamente. 5 sujetos en 5to. de primaria (1 niña y 4 niños) 2 niños recursando.

El 98% de los sujetos proviene de escuelas públicas de diferentes sectores de la Ciudad y del Estado de México, 2 sujetos provienen de escuelas particulares.

El grupo de niños no hiperactivos comprende 60 niños en edad escolar primaria de 6 a 11 años, 37 niños y 23 niñas con una media de 8.76 años, tomados de la escuela primaria pública "Lázaro Cárdenas" la cual se encuentra al norte de la Ciudad de México, y de la escuela "José Martí" ubicada en el Sur. Se tomaron muestras de 18 niños de 1ro. de primaria 11 niños y 7 niñas, 34 sujetos en 3ro. de primaria, 18 niños y 16 niñas, y 8 niños en 6to. de primaria todos de sexo masculino.

De los 120 sujetos se eliminaron 5 sujetos en el análisis estadístico (2 del grupo de niños normales y 3 del grupo de niños hiperactivos) cuyos cuestionarios no fueron contestados completamente.

MUESTRA:

La población de niños hiperactivos se tomó aleatoriamente de los expedientes de pacientes de la Clínica de la Atención diagnosticados con TDAH del Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr. Juan N. Navarro" y la población del grupo de no hiperactivos se tomó aleatoriamente de dos escuelas oficiales primarias de la Ciudad de México

Criterios de inclusión:

Los niños hiperactivos debían estar diagnosticados como tal, haber iniciado el padecimiento antes o a los 6 años tener entre 6 y 11 años de edad, estar en nivel escolar primaria. Las escalas de estos niños debían haber sido contestadas antes de otorgarse el medicamento

Los maestros que respondieron las escalas de los dos grupos debían haber tenido contacto con los niños por lo menos cuatro meses antes.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron todos los cuestionarios que no fueron contestados completamente.

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio de dos grupos contrastados los cuales se compararán estadísticamente. Se trató de conocer si la escala para maestros de Uriarte es sensible para medir el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) en los niños diagnosticados con dicho trastorno y de esta manera conocer la validez de la misma.

DISEÑO:

Diseño en el cual se utilizaron dos muestras independientes: Una de niños diagnosticados con hiperactividad y otra de niños normales. Los resultados obtenidos se compararán entre cada grupo. Las variables consideradas para la muestra son la edad (niños de primaria) y la hiperactividad o normalidad de los niños.

MATERIALES:

Se utilizó la escala de Uriarte para maestros, la cual fue contestada por los maestros de los niños del grupo de niños normales.

Se tomaron los expedientes clínicos de los niños hiperactivos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de los cuales únicamente se tomó en cuenta el diagnóstico, la edad, sexo, escolaridad y motivo de consulta, electroencefalograma (EEG) e inicio del padecimiento. Únicamente se tomaron los expedientes de los niños que iniciaron el problema a partir de los 6 años de edad o antes.

PROCEDIMIENTO:

Se tomó de los expedientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" de niños diagnosticados hiperactivos las escalas de Uriarte respondidas por sus maestros.

Se le pidió a los maestros de los niños no hiperactivos que respondieran un cuestionario por cada alumno en su salón de clase.

Posteriormente se compararon los datos de los dos grupos. Para el análisis de los mismos se empleó la media y la mediana aritmética, la prueba "t" de Student, así como un alpha de Crombach, habiéndose establecido un nivel de significancia .05.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de los datos, se ponderaron las diferentes opciones de respuesta con el fin de poder manipularlas.

En el rubro, "Conducta", en un primer estudio realizado por el Dr. Uriarte, (Uriarte, 1989) para realizar el análisis estadístico se reagruparon las opciones de respuesta en nunca/ocasional y frecuente/muy frecuente de tal forma que las respuestas se resumían a dos alternativas 1 y 2 respectivamente. Sin embargo, al realizar el presente estudio se observó que en muchos cuestionarios era común la respuesta nunca por lo que decidimos darle un peso a cada opción, proporcionando además un análisis más fino de la escala, obteniendo la siguiente ponderación

nunca -----1
ocasional -----2
frecuente -----3
muy frecuente -----4

Para el segundo rubro "Aprendizaje" Las diferentes opciones de respuesta se ponderaron de la siguiente manera:

mal-----1
regular-----2
bien-----3

Nos encontramos en un problemas similar en el rubro de "Visión y Audición" ya que éste es únicamente un reactivo de cotejo. En este rubro se realizó la misma ponderación que en el rubro "B"

Para el rubro D "Cooperación de la familia" se realizó la siguiente ponderación:

nunca-----1
ocasional-----2
frecuente-----3

Finalmente el rubro "E" las 3 opciones de respuesta, abajo del promedio, normal y arriba del promedio se ponderaron con 1, 2, y 3 respectivamente.

En "Otras Observaciones" en la muestra del grupo de normales los maestros no respondieron este espacio ya que cada maestro contesto varios cuestionarios, por lo que únicamente trabajamos con la muestra de niños hiperactivos. Obtuvimos el porcentaje de cuántos maestros contestaron este rubro lo cual nos permitirá conocer la importancia de dejarle a los maestros un espacio en blanco

para que puedan expresar alguna característica del alumno.

Todo el proceso estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows versión 5.0

Para realizar el análisis psicométrico de la escala utilizamos el primer rubro de "Conducta" ya que es el que realmente representa la sintomatología de la hiperactividad. Para obtener una mejor discriminación del reactivo 32 (Estado de Animo: Tristeza, Alegría) fue dividido en reactivo 32A y 32B ya que uno expresa la alegría y otro la tristeza. Se realizó el mismo análisis en los primeros 4 reactivos del rubro B. En los demás reactivos de la escala, únicamente de cotejo, nos limitamos a realizar análisis de frecuencias,

ANÁLISIS DE FRECUENCIA

Para conocer los puntajes obtenidos en cada reactivo del rubro "Conducta" se realizó un análisis de frecuencia tanto al grupo de niños hiperactivo como al grupo de niños normales.

Así mismo se realizó un análisis de frecuencias de los reactivos de los rubros "B" y "C" para las diferentes muestras

VALIDEZ DE REACTIVO

Se aplicó la prueba "t" de Student para 2 muestras independientes de 2 colas a

cada uno de los 35 reactivos de "Conducta" comparando el grupo de hiperactivos con el grupo normal.

Se aplicó la misma prueba a los primeros 4 ítems del rubro "Aprendizaje" ya que representan los síntomas donde existe una posible anomalía causada por el propio trastorno como la lectura la copia y la escritura por problemas de coordinación visomotora, dislexia o dislalia, características poco comunes en los niños normales, por lo que se esperaba encontrar una diferencia significativa al .05.

CONSISTENCIA INTERNA

Se aplicó a los 35 reactivos del rubro de "Conducta" un alpha de Crombach con un nivel de significancia al .05, comparando la muestra del grupo de niños hiperactivos con la muestra de niños normales.

VALIDEZ

Una forma de conocer la validez de una escala es a través de la comparación entre los grupos esperando encontrar diferencias altamente significativas entre estos. Se compararon entonces las medianas del grupo de hiperactivos contra el grupo de niños normales para conocer si existían diferencias significativas al .05.

RESULTADOS

Los 35 primeros reactivos de la escalas fueron contestados en su totalidad por el 91.6% de los profesores de este estudio, (95% respondieron en el grupo de niños hiperactivos y 96.6 en el grupo de niños normales). 67% de los maestros respondieron en el reactivo 32 (Estado de ánimo: tristeza, alegría), a los dos tipos de estado de ánimo, tristeza y alegría. 33% únicamente respondieron a un sólo estado de ánimo y 1.4% no respondieron dicho reactivo.

El 80% de los maestros de los niños hiperactivos anotaron observaciones en los cuestionarios (Cuadro 1), de los cuales 87.7% correspondían a conductas diferentes a las expresadas en los reactivos del mismo. El 2.3% reafirmó la conducta de distracción. 0.2% anotó que el niño realizaba juegos obscenos, 3.6% afirmaron que el niño era muy inquieto y el 6.2% expresó el mal aprovechamiento escolar del niño (Cuadro 2).

En el 69.5% de los casos el niño era considerado como el que más dificultad le causa al profesor en clase, 23.2% en el segundo y 7.3% en otro lugar (Cuadro 3).

Se observó que el 68% de los casos de niños hiperactivos, los maestros consideraron que tenían una inteligencia normal, el 21% fue catalogado con una inteligencia arriba del promedio y el 10% con una inteligencia abajo del promedio (Cuadro 4).

Los grupos de niños representados en esta muestra comprendían en un 27% de 18 a 30 alumnos, 41% de 31 a 45 alumnos y 32% de 46 o más alumnos (Cuadro 5).

Del 48.3% de niños que presentaron alteraciones en el EEG 29.2% obtuvieron más de 15 respuestas de frecuente y muy frecuente, el 39.9% entre 12 y 15 respuestas de frecuente y muy frecuente, el 22.6% presentaron de 10 a 12 respuestas de dicha índole y el 8.2% presentaron menos de 10 respuestas en ese intervalo (Cuadro 6).

En cuanto a los niños que no presentaron alteraciones en el EEG se observan porcentajes muy cercanos a los anteriormente citados. 27.4% presentaron más de 15 respuestas de frecuente y muy frecuente, 43.2% entre 12 y 15, 19.8% de 10 a 12 y 9.6% menos de 10 (Cuadro 7).

El análisis de frecuencia realizado en la escala para maestros de Uriarte con las 35 preguntas referentes a "Conducta" revelan una clara diferencia entre el grupo control, el cual presenta frecuencias mucho mayores en las respuestas de 1 y 2 lo cual corresponde a nunca y ocasional. Por otro lado podemos observar en el grupo de niños hiperactivos un mayor número de respuestas frecuente y muy frecuente.

No se encontraron diferencias significativas entre las frecuencias obtenidas el rendimiento escolar de los dos grupos. Así mismo, no se observaron diferencias significativas entre las frecuencias del rubro "D" Cooperación de la familia, comparando a los niños normales con los niños hiperactivos. (Apéndice 2).

VALIDEZ DE REACTIVO

Esta primera impresión que se tuvo en el análisis de frecuencias del rubro "A" Conducta se corroboró con la prueba "t" de Student, en la cual se encontró una diferencia significativa entre todos los reactivos excepto en los reactivos 32A y 32B en el cual no se presentaron diferencias entre el grupo de niños normales y de niños hiperactivos (Apéndice 3).

La prueba "t" realizada con los primeros 4 reactivos de "B" Aprendizaje no presentaron diferencias significativas (Apéndice 3b).

CONSISTENCIA INTERNA

En alpha de Crombach de la comparación entre las 2 muestras fue de .87 con una desviación estándar de 26.83 lo cual resulta altamente significativo. Todas las correlaciones ítems-total resultaron significativas excepto los reactivos 32A y 32B que corresponden al reactivo 32 del rubro "A" (Estado de ánimo tristeza alegría) (Apéndice 4).

VALIDEZ INTERNA

La comparación entre medianas resultó altamente significativa (Apéndice 5). Todos los reactivos excepto el reactivo 32A y reactivo 32B obtuvieron una mediana mucho mayor en el grupo de niños hiperactivos que en el grupo de normales, significativa al .05.

CONCLUSIONES

Tras el análisis estadístico se pueden concluir los siguientes puntos:

1.- La escala para maestros de Uriarte, se muestra altamente sensible a discriminar entre los niños que padecen TDAH y los niños normales.

2.- La escala presenta una alta validez ya que se observó que los reactivos de la escala son sensibles para medir cada conducta que expresan excepto el reactivo 32 (estado de ánimo: tristeza, alegría)

3.- La escala muestra una alta consistencia interna que lo convierte en un instrumento confiable.

De esta forma, la Escala de Uriarte es de gran utilidad para el especialista ya que a través de ella es posible corroborar el diagnóstico. Tomando en cuenta que se trata de un instrumento de apoyo para el psicólogo, podemos tener plena confianza en los resultados de la misma.

Además se observaron los siguientes puntos:

4.- La escala no presenta, como otros instrumentos similares, una estructura compleja, por lo que puede ser contestada con facilidad, y no se observaron dificultades en los maestros para responderla, excepto para el reactivo 32, el cual presentó mucha confusión.

5.- Mediante la administración de dicho instrumento se puede obtener el patrón del comportamiento del niño y las conductas que más perturban a las personas que le rodean, lo que podría ser de gran utilidad para el psicólogo quien posteriormente por medio de una terapia conductual puede llegar a extinguir dichas conductas.

6.- Igualmente la administración del cuestionario permite obtener el perfil del hiperactivo indistintamente en niños con y sin alteraciones en el electroencefalograma.

7.- El espacio para Observaciones es de gran utilidad para conocer las particularidades de cada sujeto ya que en este el maestro puede comentar los aspectos más relevantes del niño. El hecho de que la mayor parte de los maestros anotaran sus propias observaciones, demuestra que existen varias características no contempladas en la sintomatología del trastorno que pueden estar presentes en el niño, lo cual ayuda al especialista para mejorar el tratamiento. Estas conductas pueden presentarse únicamente en la escuela y ser desconocidas por los padres. Además, pueden ser útiles para conocer un poco más acerca de la psicología del pequeño.

8.- La participación de los padres en el comportamiento del niño hiperactivo aún no se ha definido, y la escala no muestra diferencias significativas entre el comportamiento de los padres de los niños normales y de los niños hiperactivos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Para obtener una mejor validez del reactivo 32 (Estado de ánimo: tristeza, alegría) es conveniente que éste únicamente exprese un sólo tipo de humor ya que planteado como se encuentra produce confusiones en el maestro. Se tendría que dividir en 2 reactivos, uno expresando la alegría y otro la tristeza. Se recomienda que dichos reactivos se presenten separados para evitar sesgos por parte de quien responda la escala.

Por otro lado, podría eliminarse dicho reactivo sin alterar la confiabilidad de la escala.

Es necesario explorar aún más el comportamiento de la escala en una muestra mayor de niños hiperactivos para conocer las diferencias en cuanto a la edad, sexo, si la escala es sensible al uso de fármacos y correlacionarla con otros instrumentos de medición del TDAH.

CUADROS Y ANEXOS

Apéndice 1

ESCALA PARA MAESTROS DE URIARTE

NOMBRE DEL ALUMNO _____
 ESCUELA _____
 DOMICILIO _____ TELEFONO _____
 FECHA _____ AÑO ESCOLAR _____

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE MAS ADECUADA:

| A) CONDUCTA: | NUNCA | OCASIONAL | FRECUENTE | MUY FRECUENTE |
|---|-------|-----------|-----------|---------------|
| 1.- DISTRAIDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa. | () | () | () | () |
| 2.- DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc. | () | () | () | () |
| 3.- DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, pierde útiles, juguetes | () | () | () | () |
| 4.- DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido. | () | () | () | () |
| 5.- IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes. | () | () | () | () |
| 6.- DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro y lo reta. | () | () | () | () |
| 7.- MENTIROSO: | () | () | () | () |
| 8.- GRITON: | () | () | () | () |
| 9.- DESORGANIZA AL GRUPO: | () | () | () | () |
| 10.- INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento. | () | () | () | () |
| 11.- EGOCENTRICO: Busca llamar la atención de los demás niños y maestros. | () | () | () | () |
| 12.- Toma objetos de sus compañeros. | () | () | () | () |
| 13.- AUTOESTIMA: Se expresa mal de él mismo | () | () | () | () |
| 14.- Es necesario limpiar el salón de | () | () | () | () |

| | NUNCA | OCASIONAL | FRECUENTE | MUY FRECUENTE |
|---|------------|------------|------------|------------------|
| 15.- Ha sido necesario suspenderlo temporalmente. | () | () | () | () |
| 16.- TENDENCIA A LA FANTASIA: Inventa historias. | () | () | () | () |
| 17.- SOMNOLIENTO: Se duerme en clases. | () | () | () | () |
| 18.- AGRESIVO: Molesta a los demás niños, busca pleitos. | () | () | () | () |
| 19.- DESTRUCTIVO: Rompe los útiles de la escuela. | () | () | () | () |
| 20.- CRUEL: Con sus compañeros. | () | () | () | () |
| 21.- IMPUDICO: Hace señas obscenas, vocabulario inadecuado, practica juegos sexuales. | () | () | () | () |
| 22.- REBELDE: No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc. | () | () | () | () |
| 23.- TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe los materiales. | () | () | () | () |
| 24.- Dificultad para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego. | () | () | () | () |
| 25.- Se cae con frecuencia. | () | () | () | () |
| 26.- Trepieza con muebles o compañeros. | () | () | () | () |
| 27.- No espera su turno en los juegos. | () | () | () | () |
| 28.- Es tramposo. | () | () | () | () |
| 29.- No sabe perder en los juegos. | () | () | () | () |
| 30.- INFANTIL: Se comporta como niño más pequeño. | () | () | () | () |
| 31.- ANTIPATICO: Es rechazado por los demás niños. | () | () | () | () |
| 32.- ESTADO DE ANIMO: Tristeza () Alegria () | () () | () () | () () | () () |
| 33.- Nada lo satisface. | () | () | () | () |
| 34.- EGOISTA: | () | () | () | () |
| 35.- Tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa. | () | () | () | () |

Apéndice 2

Frecuencia de respuestas frecuente y muy frecuente en las escalas de niños hiperactivos y de niños normales.

| A) CONDUCTA : | HIPIERACTIVOS | NORMALES |
|---|---------------|----------|
| 1.- DISTRÁIDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa. | 98.3 | 13.4 |
| 2.- DESÍDÍOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc. | 96.7 | 16.7 |
| 3.- DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, pierde útiles, juguetes | 78.3 | 10 |
| 4.- DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido. | 81.7 | 16.7 |
| 5.- IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes. | 73.3 | 20 |
| 6.- DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro y lo reta. | 59.9 | 18.3 |
| 7.- MENTIROSO: | 63.7 | 25 |
| 8.- GRITON: | 81.7 | 21.7 |
| 9.- DESORGANIZA AL GRUPO: | 83.3 | 5 |
| 10.- INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento. | 78.3 | 11.7 |
| 11.- EGOCÉNTRICO: Busca llamar la atención de los demás niños y maestros. | 71.7 | 18.3 |
| 12.- Toma objetos de sus compañeros. | 53.4 | 6.7 |
| 13.- AUTOESTIMA: Se expresa mal de él mismo | 68.3 | 8.3 |
| 14.- Es necesario sacarlo del salón de clases. | 71.7 | 16.7 |
| 15.- Ha sido necesario suspenderlo temporalmente. | 65 | 16.7 |
| 16.- TENDENCIA A LA FANTASÍA: Inventa historias. | 71.7 | 5 |
| 17.- SOMNOLIENTO: Se duerme en clases. | 75 | 10 |
| 18.- AGRESIVO: Molesta a los demás niños, busca pleitos. | 81.7 | 15 |
| 19.- DESTRUCTIVO: Rompe los útiles de la escuela. | 71.0 | 3.3 |
| 20.- CRUEL: Con sus compañeros. | 73.3 | 6.7 |

| | | |
|---|----------|------------|
| 21.- IMPUDICO: Hace señas obscenas, vocabulario inadecuado, practica juegos sexuales. | 80 | 11.7 |
| 22.- REBELDE: No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc. | 78.3 | 8.3 |
| 23.- TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe los materiales. | 80 | 10 |
| 24.- Dificultad para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego. | 85 | 11.7 |
| 25.- Se cae con frecuencia. | 80 | 5 |
| 26.- Tropezca con muebles o compañeros. | 61.7 | 4.7 |
| 27.- No espera su turno en los juegos. | 91.7 | 13.4 |
| 28.- Es tramposo. | 88.3 | 15 |
| 29.- No sabe perder en los juegos. | 87.3 | 11.7 |
| 30.- INFANTIL: Se comporta como niño más pequeño. | 86.7 | 10 |
| 31.- ANTIPATICO: Es rechazado por los demás niños. | 73.3 | 23.3 |
| 32.- ESTADO DE ANIMO: Tristeza () Alegria () | 55 78 | 53.3 65 |
| 33.- Nada lo satisface. | 76.7 | 20 |
| 34.- EGOISTA: | 81.3 | 28.4 |
| 35.- Tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa. | 81.7 | 25 |

Frecuencia de niños que presentaron puntuaciones altas en los rubros B), C) y D)

| B) APRENDIZAJE | HIPERACTIVOS | NORMALES |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------|
| 1.-Dictado | 60 | 56.4 |
| 2.-Copia | 56.6 | 43.5 |
| 3.-Lectura | 38 | 22.6 |
| 4.-Pronunciación | 27.3 | 32.8 |
| 5.-Matemáticas | 79.8 | 66 |
| 6.-Español | 45.2 | 34.6 |
| 7.-Ciencias Naturales | 54.5 | 44.2 |
| 8.-Ciencias Sociales | 65 | 33.5 |
| 9.-Idioma | 34.3 | 43.7 |
| 10.-Educ. Física | 45.9 | 32.8 |
| 11.-Educ. Artística | 44 | 22.1 |
| C) VISION AUDICIÓN | | |
| Como ve el niño | 15.3 | 23.6 |
| Como oye el niño | 1.3 | 0.9 |
| D) COOPERACION DE LA FAMILIA | | |
| 1.- Los padres se comunican con usted | 63.9 | 76.9 |
| 2.- Hace mal las tareas | 54.4 | 65.4 |
| 3.- Falta a clases | 25 | 12.9 |
| 4.- Llega con retraso | 21.8 | 18.2 |

Apéndice 3. Prueba "t" para muestras independientes significativa al .05 del rubro Conducta

| No. de REACTIVO | MEDIA | | PRUEBA t |
|-----------------|----------------|----------------|----------|
| | NINOS CON TDAH | NINOS NORMALES | |
| 1 | 2.05 | 3.63 | -14.08 |
| 2 | 2.03 | 3.60 | -14.14 |
| 3 | 1.86 | 3.21 | -9.8 |
| 4 | 1.86 | 3.31 | -9.77 |
| 5 | 2 | 3.28 | -7.79 |
| 6 | 1.91 | 3.8 | -3.75 |
| 7 | 3.23 | 2.11 | 6.49 |
| 8 | 1.88 | 3.31 | -8.74 |
| 9 | 1.55 | 3.35 | -12.41 |
| 10 | 1.73 | 3.41 | -11.32 |
| 11 | 1.8 | 3.2 | -10.16 |
| 12 | 1.98 | 2.76 | -2.1 |
| 13 | 1.8 | 3.66 | -2.78 |
| 14 | 1.65 | 2.93 | -8.36 |
| 15 | 1.41 | 2.9 | -10.4 |
| 16 | 1.63 | 2.96 | -9.23 |
| 17 | 1.55 | 3.06 | -12.44 |
| 18 | 1.81 | 3.41 | -11.25 |
| 19 | 1.55 | 3.5 | -17.52 |
| 20 | 1.66 | 3.35 | -12.62 |
| 21 | 1.73 | 3.48 | -5.42 |
| 22 | 1.66 | 3.2 | -11.15 |
| 23 | 1.68 | 3.38 | -12.53 |
| 24 | 1.76 | 3.41 | -12.54 |
| 25 | 1.78 | 3.33 | -12.33 |
| 26 | 1.61 | 4.13 | -3.57 |
| 27 | 1.81 | 3.53 | -13.91 |
| 28 | 1.91 | 3.35 | -10.81 |
| 29 | 1.95 | 3.36 | -10.16 |
| 30 | 1.81 | 3.41 | -12.77 |
| 31 | 2.05 | 3.23 | -8.1 |
| 32A* | 2.5 | 2.72 | -1.42 |
| 32B* | 2.8 | 2.73 | 0.45 |
| 33 | 2.05 | 3.18 | -7.64 |
| 34 | 2.13 | 3.28 | -8.35 |
| 35 | 2.05 | 3.41 | -9.62 |

*no mostraron diferencias significativas al .05

Apéndice 3b. Prueba "t" para muestras independientes significativa al .05 del rubro Aprendizaje.

| No. de REACTIVO | MEDIA | | PRUEBA t |
|-----------------|----------------|----------------|----------|
| | NIÑOS CON TDAH | NIÑOS NORMALES | |
| 1 | 2.05 | 2.03 | -1.08 |
| 2 | 2.03 | 2.06 | -1.14 |
| 3 | 1.86 | 1.21 | -0.8 |
| 4 | 1.86 | 1.31 | -0.77 |

Cuadro 1

| OBSERVACIONES | % de Maestros |
|-----------------|---------------|
| con anotaciones | 80 |
| sin anotaciones | 20 |

Anotaciones en el rubro de Observaciones (en porcentaje)

Cuadro 2

| Tipo de observaciones | % de Maestros |
|--|---------------|
| Conductas diferentes a las expresadas en el cuestionario | 87.7 |
| Distracción | 2.3 |
| Inquietud | 3.6 |
| Mal aprovechamiento escolar | 6.2 |
| Juegos obscenos | 0.2 |

Tipo de Observaciones expresadas en el cuestionario (en porcentaje)

Apéndice 1.
Análisis de Alfa de Crombach de 35 reactivos del rubro "Conducta"

| Reactivo | Media | Varianza | Correlación | Correlación Múltiple | ALFA |
|----------|---------|----------|-------------|----------------------|-------|
| R1 | 87.0957 | 679.0346 | .7599 | .7591 | .8749 |
| R2 | 87.0957 | 676.3153 | .7853 | .7876 | .8745 |
| R3 | 87.4261 | 684.5800 | .6551 | .6438 | .8759 |
| R4 | 87.3739 | 681.6572 | .6551 | .6043 | .8756 |
| R5 | 87.3304 | 686.1355 | .5670 | .5804 | .8765 |
| R6 | 87.0957 | 658.0697 | .3506 | .3711 | .8830 |
| R7 | 87.2348 | 745.8128 | -.4525 | .5315 | .8763 |
| R8 | 87.3304 | 680.5390 | .6334 | .6124 | .8757 |
| R9 | 87.4870 | 674.2696 | .7098 | .7353 | .8747 |
| R10 | 87.3913 | 676.9947 | .6823 | .6877 | .8751 |
| R11 | 87.4261 | 681.1765 | .7025 | .6770 | .8754 |
| R12 | 87.5739 | 690.5274 | .2276 | .3216 | .8820 |
| R13 | 87.2087 | 659.3596 | .2344 | .3810 | .8824 |
| R14 | 87.6348 | 685.2865 | .6002 | .5833 | .8762 |
| R15 | 87.7739 | 680.5098 | .6846 | .6488 | .8754 |
| R16 | 87.6261 | 684.5695 | .6334 | .6223 | .8760 |
| R17 | 87.6261 | 680.2011 | .7355 | .6605 | .8751 |
| R18 | 87.3217 | 679.2026 | .6811 | .6524 | .8753 |
| R19 | 87.4174 | 671.2804 | .7896 | .8275 | .8740 |
| R20 | 87.4522 | 678.6008 | .6988 | .7189 | .8751 |
| R21 | 87.3217 | 669.7815 | .4466 | .3985 | .8778 |
| R22 | 87.4870 | 678.7608 | .7077 | .6835 | .8751 |
| R23 | 87.4087 | 677.8754 | .6960 | .6552 | .8751 |
| R24 | 87.3391 | 678.7349 | .7099 | .7595 | .8751 |
| R25 | 87.3739 | 679.3239 | .7266 | .7097 | .8751 |
| R26 | 87.0522 | 636.8043 | .3185 | .3893 | .8724 |
| R27 | 87.2522 | 675.6639 | .7681 | .7501 | .8745 |
| R28 | 87.3130 | 683.5327 | .6742 | .6371 | .8757 |
| R29 | 87.2696 | 681.8127 | .6873 | .6687 | .8755 |
| R30 | 87.3043 | 677.7399 | .7548 | .7376 | .8748 |
| R31 | 87.2957 | 688.3153 | .5826 | .5246 | .8765 |
| R32A | 87.3043 | 711.9153 | .1635* | .3640 | .8802 |
| R32B | 87.1478 | 721.7236 | -.0554* | .3988 | .8817 |
| R33 | 87.3217 | 693.7640 | .4846 | .5972 | .8775 |
| R34 | 87.2261 | 689.6853 | .5858 | .5731 | .8767 |
| R35 | 87.2261 | 682.8256 | .6675 | .6998 | .8757 |

Alfa: .8798 Media: 87.93 Desviación estándar: 26.83 Varianza: 719.9
*No significantes

Apéndice 5. Diferencias entre medias entre los dos grupos.

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R1 | GT mediana | 4 | 39 |
| | LE mediana | 56 | 21 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R2 | GT mediana | 3 | 42 |
| | LE mediana | 57 | 18 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R3 | GT mediana | 6 | 47 |
| | LE mediana | 54 | 13 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R4 | GT mediana | 4 | 45 |
| | LE mediana | 56 | 11 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R5 | GT mediana | 12 | 44 |
| | LE mediana | 48 | 16 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R6 | GT mediana | 11 | 47 |
| | LE mediana | 49 | 13 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R7 | GT mediana | 32 | 6 |
| | LE mediana | 28 | 54 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R8 | GT mediana | 4 | 33 |
| | LE mediana | 56 | 27 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R9 | GT mediana | 3 | 50 |
| | LE mediana | 57 | 10 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | GRUPOS | | |
|-----|------------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| R10 | GT mediana | 9 | 47 |
| | LE mediana | 51 | 13 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2.0 | .0000 |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R11 | GT mediana | 5 | 43 | |
| | LE mediana | 55 | 17 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R12 | GT mediana | 4 | 32 | |
| | LE mediana | 55 | 28 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 119 | 2 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R13 | GT mediana | 5 | 42 | |
| | LE mediana | 55 | 17 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 119 | 2 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R14 | GT mediana | 10 | 43 | |
| | LE mediana | 50 | 17 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R15 | GT mediana | 3 | 39 | |
| | LE mediana | 57 | 21 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R16 | GT mediana | 6 | 43 | |
| | LE mediana | 54 | 17 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R17 | GT mediana | 2 | 45 | |
| | LE mediana | 58 | 15 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R18 | GT mediana | 9 | 49 | |
| | LE mediana | 51 | 11 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R19 | GT mediana | 2 | 55 | |
| | LE mediana | 58 | 5 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R20 | GT mediana | 4 | 50 | |
| | LE mediana | 56 | 10 | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R21 | GT mediana | 7 | 49 |
| | LE mediana | 53 | 11 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R22 | GT mediana | 5 | 47 |
| | LE mediana | 55 | 13 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R23 | GT mediana | 6 | 51 |
| | LE mediana | 54 | 5 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R24 | GT mediana | 7 | 51 |
| | LE mediana | 53 | 9 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R25 | GT mediana | 3 | 48 |
| | LE mediana | 57 | 11 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 119 | 2 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R26 | GT mediana | 1 | 51 |
| | LE mediana | 59 | 5 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R27 | GT mediana | 1 | 37 |
| | LE mediana | 59 | 23 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R28 | GT mediana | 1 | 30 |
| | LE mediana | 59 | 30 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 3 0 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R29 | GT mediana | 7 | 53 |
| | LE mediana | 53 | 7 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 5 | 0000 |

| GRUPOS | | | |
|--------|------------|----------|---------------|
| 1 2 | | | |
| R30 | GT mediana | 6 | 52 |
| | LE mediana | 54 | 8 |
| | Casos | Medianas | Significancia |
| | 120 | 2 0 | 0000 |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R31 | GT mediana | 14 | 44 | |
| | LE mediana | 46 | 16 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R32A | GT mediana | 6 | 12 | |
| | LE mediana | 53 | 47 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 118 | 3.0 | .2005* | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R32B | GT mediana | 12 | 12 | |
| | LE mediana | 48 | 48 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 3.0 | .8195* | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R33 | GT mediana | 12 | 46 | |
| | LE mediana | 49 | 14 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 2.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R34 | GT mediana | 1 | 29 | |
| | LE mediana | 59 | 31 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 3.0 | 0.000 | | |

| | | GRUPOS | | |
|-------|------------|---------------|----|--|
| | | 1 | 2 | |
| R35 | GT mediana | 2 | 36 | |
| | LE mediana | 56 | 24 | |
| ----- | | | | |
| Casos | Medianas | Significancia | | |
| 120 | 3.0 | 0.000 | | |

R = No de reactivo
 Grupo1 Control
 Grupo2 hiperactivos

Cuadro 3

| Dificultad que causa el niño al maestro | % de niños |
|---|------------|
| más dificultad | 69.5 |
| segundo lugar | 23.2 |
| otro lugar | 7.3 |

Dificultad que causa el niño al maestro en el salón de clases

Cuadro 4

| INTELIGENCIA | % DE NIÑOS |
|---------------------|------------|
| abajo del promedio | 10 |
| normal | 68 |
| arriba del promedio | 21 |

Inteligencia del niño de acuerdo al criterio del maestro (en porcentaje)

Cuadro 5

| Cantidad total de alumnos | % de niños |
|---------------------------|------------|
| 18-30 | 27 |
| 31-45 | 41 |
| 46 o más | 32 |

Cantidad total de alumnos en el salón de clases

Cuadro 6

| RÉSPUESTAS FRECUENTE Y MUY FRECUENTE | % DE NIÑOS |
|---|-------------------|
| más de 15 | 29.2 |
| de 15 a 12 | 39.9 |
| de 10 a 12 | 22.6 |
| menos de 10 | 8.2 |

Porcentaje de respuestas frecuente y muy frecuente en niños con alteraciones en el EEG

Cuadro 7

| RÉSPUESTAS FRECUENTE Y MUY FRECUENTE | % DE NIÑOS |
|---|-------------------|
| más de 15 | 27.4 |
| de 15 a 12 | 43.2 |
| de 10 a 12 | 19.8 |
| menos de 10 | 9.6 |

Porcentaje de respuestas frecuente y muy frecuente en niños sin alteraciones en el EEG

BIBLIOGRAFIA

- Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W., Koplewicz (1993) *Teacher Rating of Disruptive Behaviors. The Influence of Halo Effects*. Journal of American Child Psychology 21 519-533
- American Psychiatric Association. *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III* (1982) España: Masson.
- American Psychiatric Association. *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R* (1988) España: Masson.
- American Psychiatric Association. *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV* (1992) España: Masson.
- Anderson, C., Hinshaw, P., Simmel, C. (1994) *Mother-Child Interactions in ADHD and Comparison Boys: Relationship with Overt and Covert Externalizing Behavior*. Journal of American Child Psychology 22 (2): 247-257.
- Arnold, L., Wender, P., McCloskey, K., Snyder, S. (1972) *Devoamphetamine and Estroamphetamine: Comparative Efficacy in the Hiperactive Syndrome*. Archive of General Psychiatry 27 817-822.
- Artkinson, M., Pelham, W., Licht, M. (1985) *A Comparasion of Objective Classroom Measures and Teacher Ratings of Attention Deficit Disorder*. Journal of Abnormal Child Psychology 13 155-167.
- Atkins, M., Pelham, W., Licht, M. (1985) *A comparison of Objective Classroom Measures and Teachers Ratings of Attention Deficit Disorders*. Journal of Abnormal Child Psychology 13 (5) 155-167.
- Barkley, R., Anastopoulos, a., Guevremont, D., & Fletcher, K. (1991) *Adolescent with ADHD: Patterns of Behavioral Adjustment, Academic Functioning, and Treatment Utilization*. Journal of the Academic of Child and Adolescent Psychiatry 30 752-761.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M., Dietrich, M. (1995) *Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorder in a German Elementary School Sample*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34 (5) 629-638.
- Behar, L., Stringfield, S., (1974) *A Behavior Rating Scale for the Freshcool Child*. Developmental Psychology, 10 601-610.
- Biederman, J., Santangelo, L., Faraone, S., Kiely, K., Gutta, J., Mick, E., Reed, E., Krau, I., Jellinek, M., Perrin, J. (1987) *Clinical Correlates of Emuresis in ADHD an Non-ADHD Children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (5) 865-877.
- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, A., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E., Kraus, I. (1995) *CBCL Clinical Scales Discriminates Prepubertal Children with Structures Interview-Derived Diagnosis of Mania from Those with ADHD*. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 34, (4):464-471.
- Blunden, D., Spring, C., Greenberg, L. (1974) *Validation of the Classroom Behavior Inventory*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 42, 84-88.
- Brady, J., Nauta, W. (1953) *Subcortical Mechanisms in Emotional Behavior. Affective Changes Following Septal Forebrain Lesions in the Albino Rat*. Journal of Comp. Physiology and Psychology, 46 339-346.

- Brto, G., Pinto, R., Lins, M. (1995) *A Behavioral Assessment Scale for Attention Deficit Disorder in Brazilian Children Based on DSM-III-R Criteria* Journal of Abnormal Child Psychology 23 (4) 509-520.
- Brown, C., Ghiselli, E. (1955) *El Metodo Cientifico en Psicologia* Buenos Aires: Paidós
- Buitelaar, J., Swinkels, S., Vries, H., Gaag, R., Hooff, J. (1994) *An Ethological Study on Behavioural Differences Between Hyperactive-Agressive, Combined Hyperactive-Agressive and Control Children* Journal of Child Psychology and Psychiatry 35 (8) 1437-1446
- Chees, S. (1960) *Diagnosis and Treatment of the Hyperactive Child* New York Journal of Medicine 60 2379-2385
- Cohen, J. (1988) *Statisticals Power Analyses for the Behavioral Sciences* Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Coleman, M., Gilliam, J. (1983) *Disturbing Behaviors in the Classroom: A Survey of Teacher Attitudes* The Journal of Special Education 17 121-129
- Conners, C. (1967) *The Syndrome of Minimal Brain Dysfunction* Pediatric Clinics of North America, 14, (4) 749-763
- Conners, C. (1965) *A Teacher Rating Scale for Use in Drugs Studies with Children* American Journal of Psychiatry 126 884-888
- Conners, C. (1970) *Symptom Patterns in Hyperkinetic, Neurotic and Normal Children* Child Development 41 667-682
- Conners, C. (1973) *Rating Scales for Use in Drug Studies with Children* Psychopharmacology Bulletin, 24-88
- David, A. (1971) *An Objective Instrument for Assessing Hyperkinesia in Children* Journal of Mental Disabilities 4: 449-501.
- Diccionario de la Lengua Española (1970) Real Academia Española. España: Espasa Calpe. Tomo 4
- Doll, E., Phelps, W., Melcher, R. (1932) *Mental Deficiency due to Birth Injuries* New York: MacMillan.
- Douglas, V., Parry, P. (1994) *Effects of Reward and non Reward on Frustration and Attention in Attention Deficit Disorder* Journal of Abnormal Child Psychology 22, (3) 281-302
- DuPaul, G. (1991) *Parent and Teacher Ratings of ADHD Symptoms: Psychometric Properties in a Community-Based Sample* Journal of Clinical Child Psychology 20 245-253
- Edelbrock, C. (1986) *CAP Rating Scale* Worcester, MA: University of Massachusetts Medical School Department of Psychiatry
- Ellis, M., Witt, P., Reynolds, F., Sprague, R. (1974) *Methylphenidate and the Activity of Hyperactives in the Informal Setting* Child Development 45 217-220
- Ellis, N., Pryer, R. (1959) *Quantification of Gross Bodily Activity in Children with Severe Neuropathology* American Journal of Mental Deficiency 68 1034-1037
- Fish, B. (1971) *The "One Child, One Drug" Myth in Stimulants in Hyperkinesia* Archive of General Psychiatry
- Gessel, A., Amatruza, C. (1946) *Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño* Buenos Aires: Paidós

- Gillberg, C., Rasmussen, P., Carlstrom, G., Svenson, B., Waldenström, E. (1982) *Perceptual, Motor and Attentional Deficit in Six-Year-old Children: Epidemiological Aspects* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 23, (2) 131-144
- Goldfarb, W. (1967) *The Effect of Early Institutional Care on Adolescent Personality* Journal of Experimental Education 12: 106-129
- Goodman, R., Stevenson, J. (1989) *A twin Study of Hyperactivity: An Examination of Hyperactive Scores and Categories Derived from Rutter Teacher and Parent Questionnaires* Journal of Child Psychology and Psychiatry 30: 671-689
- Goyette, C., Conners, C., Ulrich, R. (1978) *Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales* Journal of American Child Psychology 6: 221-236
- Graham, P., Rutter, M. (1968) *The Reliability and Validity of the Psychiatric assessment of the Children: II Interview with the Parent* British Journal of Psychiatry 114: 581-592
- Greenberg, L., Waldman, I. (1992) *Developmental Normative Data on The Test of Variables of Attention (T. O. V. A.)* Journal of Child Psychology and Psychiatry 34, (6) 1019-1030
- Handen, B., McAuliffe, S., Janosky, J., Feldman, H., Breaux, A. M. (1994) *Classroom Behavior and Children with Mental Retardation with and without ADHD* Journal of Abnormal Child Psychology 22, (3): 267-280
- Hart, E., Lahey, B., Loeber, R., Applegate, B., Frick, P. (1995) *Developmental Change in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Boys: A four-Year Longitudinal Study* Journal of Abnormal Child Psychology, 23, (6): 729-749.
- Hellgren, I., Gillberg, C., Bagenholm, A., Gillberg, C. (1994) *Children with Deficit in Attention, Motor Control and Perception (DAMP) Almost Grown Up: Psychiatric and Personality Disorder at Age 16 Years*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 35, (7), 1255-1271
- Hohman, L. (1922) *Post Encephalitis Behavior Disorders in Children* Johns Hopkins Hospital Bulletin 33: 372-375
- Howe, F. (1993) *The Child in the elementary school* Child Study Journal 23, (4) 116-238
- Huessy, H. (1967) *Study of the Prevalence and Therapy of the Choreoatiform Syndrom or Hiperakinesis in Rural Vermont*. Acta Paedopsychiatrica 37: 3296-3300
- Kagan, J. (1966) *Impulsive and Reflective Children: Significance of Perceptual Tempo* Learnings and Education Process. Rand McNally
- Kahn, E., Cohen, L. (1934) *Organic Divenness-a BrainStem Syndrom and an Experience-with Case Reports*. New England Journal of Medecin. 210:748-756.
- Kaplan, H., Sadock, B. (1994) *Compendio de Psiquiatria*. Segunda Edición. México Salvat
- Klorman, R., Brumaghim, J., Salzman, L., Strauss, J., Borgstedt, A. (1988) *Effects of Methylphenidate on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with and without aggressive-non-compliant features* Journal of Abnormal Psychology 97, 413-422.
- Kohler, L. (1973) *Physical Examination of Four-Year-Old Children* Acta Paediat. Scand. 62: 181-192.

- Lahey, B., Pelham, W., Schaughency, E., Atkins, M., Murphy, H., Hynd, G., Russo, M., Hartdagen, S., Lorys-Vernon, A. (1988) *Dimensions and Types of Attention Deficit Disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27 330-335
- Leung, P., Connolly, K. (1994) *Attentional Difficulties in Hyperactive and Conduct-disordered Children: A Processing Deficit*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 35, (7) 1229-1245
- Leung, P., Connolly, K. (1996) *Distractibility in Hyperactive and Conduct Disordered Children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 37, (3) 305-312
- Lynskey, M., Fergusson, D. (1995) *Childhood Conduct Problems, Attention Deficit Behaviors and Adolescent Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs Use*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 23 (3) 281-302
- Magnusson, D. (1966) *Teoría de los Tests*. México Trillas
- McArdle, P., O'Brien, G., Kolvin, I. (1995) *Hyperactivity, Prevalence and Relationship with Conduct Disorder*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 36 (2) 279-303
- McFarland, J., Peacock, L., Watson, J. (1966) *Mental Retardation and Activity Level in Rats and Children*. American Journal of Mental Deficiency 71 381-186
- Meere, J., Shalev, R., Berger, N., Gross-Tsur, V. (1995) *Sustained Attention, Activation and MPH in ADHD: A Research Note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 36 (4), 697-703
- Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., Haal, J. (1996) *Validity of DSM-IV ADHD Predominantly Inattentive and Combined Type: Relationship to Previous DSM Diagnosis/Subtype Differences*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, (3), 325-333
- Nadelsticher, A. (1983) *Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de Actitudes y Opción Múltiple*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales. 1-13-17.
- Norton, S. (1976) *Hyperactive Behavior of Rats after Lesions the Globus Pallidus*. Brain Research Bulletin 1 (2) 1943-202
- Organización Mundial de la Salud (1992) *ICD-10. Clasificación de los Trastornos Mentales Descripción Clínica y Guía Diagnóstica*. Geneva: Organización Mundial de la Salud
- Parry, P., Douglas, V. (1983) *Effects of Reinforcement on Concept Identification in Hyperactive Children*. Journal of Abnormal Child Psychology 11 327-340
- Paternite, C., Loney, J., Roberts, M. (1995) *External Validation of Oppositional Disorder and Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*. Journal of American Child Psychology 23 (4), 453-471
- Patterson, C., Mischel, W. (1980) *Plans to Resist Distraction*. Developmental Psychology 11: 369-378.
- Pelham, W.E., Gnary, E.M., Greenslade, K.E., Milich, R. (1992) *Teachers Ratings of DSM-III-R Symptoms for the Disruptive Behavior Disorder*. Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry 31 210-218.
- Peterson, D., Quay, H. (1967) *Factor Analyzed Problem Checklist*. Urbana Ill.: University of Illinois, Children Research Center
- Pracht, H., Stemmer, J. (1962) *The Cloveform Syndrom in Children*. Journal of Development Medical Child Neurology 4, 119-127

- Rapoport, J., Abramson, A. y Alexander, D. (1971) *Playroom Observations in Hyperkinetic Children on Medication*. Journal of Academic Child Psychiatry 10, 524-532
- Rapoport, J., Buchsbaum, M., Weyngertner, H. (1980) *Dextroamphetamine Cognitive and Behavioral Effects in Normal and Hyperactive Boys and Normal Adults Males*. Psychopharmacology Bulletin, 16, (1), 26-27
- Rapoport, M., Du Paul, G., Stonner, G., Jones, J. (1986) *Comparing Classrooms and Clinic Measures of Attention Deficit Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 20, (9), 243-250
- Resvold, H., Mirski, A., Sarason, I., Bransom, E., Beck, L. (1956) *A Continuous Performance Test of Brain Damage*. Journal of Consulting Psychology 20, 343-350
- Ross, D., Ross, S. (1976) *Hyperactivity Research, Theory and Action*. Nueva York, John Wiley and Sons.
- Ruiz, C. H. (1992) *Estudio del autoconcepto y personalidad de adolescentes con diagnóstico de TDAH en la infancia*. México. Prensa Médica Mexicana, 37,(5-6) 37-41
- Salkind, N., Poggio, J. (1997) *The Measurement of Hyperactivity Trends and issues*. En la Obra: *Interventor con Hyperactive Children*. M. J. Fine (dir.), Thomas III
- Sandberg, S., Rutter, M., Taylor, E. (1978) *Hyperkinetic Disorder in Psychiatric Clinic Attenders*. Developmental Medicine and Child Neurology 20, 279-299
- Sandoval, J. (1977) *The Measurement of the Hyperactive Syndrome in Children*. Review of Education Research 47, (1) 293-318
- Sattler, M. (1988) *Evaluación de la Inteligencia Infantil y Habilidades Especiales*. Segunda Edición. México. Manual Moderno
- Shachar, R., Rutter, M., Smith, A. (1981) *Characteristics of Situationally and Pervasively Hyperactive Children: Implications in Syndrome Definition*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 22, 375-392
- Shachar, R., Tannock, R., Marriott, M., Logan, G. (1990) *Deficient Inhibitory Control in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Journal of Abnormal Child Psychology 23, (4), 411-437
- Shachar, R., Tannock, R. (1995) *Test of Four Hypotheses for the Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, (5):639-648
- Shaywitz, B., Shaywitz, S. (1976) *Attention Deficit Disorder*. MD: New York Press
- Schweitzer, J., Sulzer-Azaroff, B. (1995) *Self Control in Boys with Attention Deficit Hyperactive Disorder: Effects of Added Stimulation and Time*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (4), 671-686.
- Slomkowski, C., Klein, R., Mannuzza, S. (1995) *Is Self-Esteem an Important Outcome in Hyperactive Children?* Journal of Abnormal Child Psychology 23 (3), 303-315
- Sneyers, A. (1979) *Problemática de la Disfunción Cerebral Mínima*. España Fontanella
- Sonuga-Barke, E., Houtberg, K., Hall, M. (1994) *When is "Impulsiveness not Impulsive? The case of Hyperactive Children's Cognitive Style*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 35, (7), 1247-1253.

- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Guite, J., Harding, M. (1995) *ADHD and Thyroid Abnormalities: A research note* Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (3) 879-885
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., Griffin, S. (1996) *Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the Life Cycle* Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. Special Article.
- Stein, M., Szumowski, E., Blonds, A., Roizen, N. (1995) *Adaptive Skills Dysfunctions in ADD and ADHD Children* Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (4) 663-670
- Stewart, D., Stover, S., Backus, T. (1970) *Genetic, Prenatal and Constitutional Factors in Minimal Brain Distunction* Handbook of Minimal Brain Distunction. en la Obra Handbook of Minimal Brain Distunction, de H.E. Rie y E. D. Rie (dirs)
- Still, G. (1902) *The Coultonian Lectures on Some Abnormal Physical Condition in Children*. Lancet, 1 1008-1010
- Strauss, a., Kephart, N. (1955) *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child . Vol II. Progress in Theory and Clinic*. Nueva York: Grune and Stratton
- Strauss, A., Lehtinen, L. (1947) *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. Nueva York: Grune and Stratton
- Szasz, T. (1971) *El Mito de la Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Tannock, R., Ickwicz, A., Schachar, R. (1995) *Differential Effects of Methylphenidate on Working Memory in ADHD Children with and without Comorbid Anxiety*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34, (7) 886-896
- Taylor (1986) *El Niño Hiperactivo*. México: Trillas
- Teicher, M., ItoY., Glod, C., Barber, N. (1996) *Objective Measurement of Hiperactivity and Attentional Problems in ADHD* Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 35, (3) 334-342
- Velasco, R. (1976) *El niño Hiperquinético*. México: Trillas
- Vitaro, F., Richard, E., Gagnon, T., Gagnon, C. (1995) *Teacher Ratings of Children's Behaviors and Teachers' Management Styles: A Research Note* Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (5) 887-898.
- Uriarte, V. (1989) *Hiperquinesia*. México: Trillas
- Weiss, G., Hechtman, L. (1986) *Hyperactive Children Grow-up*. New York: Guilford Press
- Wender, P. (1971) *Minimal Brain Dysfunction in Children*. E. U. Wiley-Interscience
- Wilkinson, P., Kircher, J., McMahon, W., Sloane, H. (1995) *Effects of Methylphenidate on Reward Strength in Boys with Attention Deficit Hiperactive Disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 34, (7) 897-901
- Wolraich, M., Hannah, J., Pinnock, Y., Baumgaertel, A., Brown, J., (1996) *Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit in a County-Wide Sample*. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 35, (3) 319-324