



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ADAPTACION Y EVALUACION DE LA ESCALA DE
AUTOCONTROL DE CONNERS PARA PADRES Y MAESTROS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

CHAGOYA RODRIGUEZ ROSA MARIA
Y
GARCIA ROBLES PATRICIA



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

CIUDAD UNIVERSITARIA,

DIRECTOR: DR. FLORENTE LOPEZ RODRIGUEZ
REVISORA: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE
AUTOCONTROL DE CONNERS PARA PADRES Y MAESTROS.**

Tesis

Para obtener el título de Licenciada en Psicología

Presentan:

Chagoya Rodríguez Rosa María
Y
García Robles Patricia

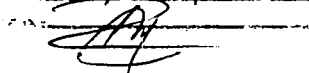
Director: Dr. Florente López Rodríguez

Revisora: Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

Entrego a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rosa María Chagoya
Rodríguez

FECHA: 22/Nov./2002



Ciudad Universitaria.
2002

AGRADECIMIENTOS

*A nuestro Director, Dr. Florente López
por mostrarnos el camino del profesionalismo
a través de sus conocimientos y consejos.*

A los miembros del H. Jurado:

Mtro. Alvaro Torres Chávez

Dra. Ma. Del Carmen Susana Ortega Pierres

Mtra. Judith Marina Menez Díaz

Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

*Por sus comentarios y sugerencias
que contribuyeron en el enriquecimiento
de este trabajo.*

*A nuestra Universidad, por abrirnos sus puertas y habernos
permitido concluir en ella una etapa tan importante en
nuestras vidas.*

*A nuestra Facultad de Psicología y todos nuestros profesores:
Por la formación, los conocimientos adquiridos y
experiencias invaluable.*

Un agradecimiento muy especial a las escuelas:

DIF John Dewey

DIF Juan de la Cabada

DIF María Curie

Winnie Pooh

Gosmy

Colibrí

Cascabelito

Casita encantada

Bilingüe Laureles

Primavera y

Alicia en el país de las maravillas

*Por el apoyo y las facilidades otorgadas, en la realización
del presente trabajo. Gracias a las directoras, profesoras
y a los chiquitos que participaron.*

GRACIAS DIOS MIO, PORQUE ME HAS PERMITIDO LLEGAR FELIZMENTE A UNA META MAS Y AL MISMO TIEMPO AL INICIO DE UNA NUEVA Y MUY IMPORTANTE ETAPA EN MI VIDA.

GRACIAS MAMÁ, GRACIAS PAPÁ (HÍJITO), POR HABERME DADO EL DONDE LA VIDA Y CON ÉL, SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO. USTEDES HAN SIDO UN PILAR FUNDAMENTAL PARA QUE PUDIERA CONCLUIR MI CARRERA, GRACIAS ADEMÁS POR ESE GRAN EJEMPLO DE VIDA... LOS QUIERO MUCHO.

GRACIAS A MIS HERMANAS:

BETTY, POR TU APOYO Y COMPAÑÍA CUANDO LA HE NECESITADO.

ARA, POR TUS CONSEJOS Y PACIENCIA EN TODO MOMENTO.

YOLA, POR LA CONFIANZA QUE HAS DEPOSITADO EN MI.
GRACIAS A TODAS POR SU COMPAÑÍA E INIGUALABLE APOYO.

A MIS HERMANOS: FÉLIX, ENRIQUE, ROBERTO, EDUARDO Y HUMBERTO...GRACIAS POR TODO CUANTO HE RECIBIDO DE USTEDES.

A TI ABRAHAM, QUE CON TUS CARÍÑOS Y OCURRENCIAS TAMBIÉN CONTRIBUISTE PARA CUMPLIR ESTE OBJETIVO.

A TI TAMBIÉN VA DIRIGIDA ESTA TESIS MI VIDA, GERA POR TU AMOR, COMPRENSIÓN, APOYO Y MOTIVACIÓN...T.Q.M.

A TODAS MIS AMIGAS Y AMIGOS QUE TAMBIÉN FUERON PARTE IMPORTANTE DE ESTE TRABAJO, EN ESPECIAL A:

ERIC...GRACIAS POR LO LINDO QUE HAS SIDO Y EL GRAN APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAS BRINDADO.

JOEL...GRACIAS POR TU AMISTAD, TIEMPO Y DEDICACIÓN.

ISRAEL...GRACIAS POR TU GRAN CARIÑO E INTERÉS EN MI CARRERA.

ROSY NUÑEZ...GRACIAS POR TODOS LOS MOMENTOS QUE ME HAS PERMITIDO VIVIR A TU LADO.

CECI Y CARLOS...GRACIAS POR SU AMISTAD Y AYUDA. SONY, YESSEL, VANE, PINE, SANDRA, ESTHER, GLORIS, ELI, DIANIS, PATY, GRIS, ADRI, OLI, CHIVIS, MONY, LULÚ, CHELO, VICTOR, BENJA, FER, PACO (SUPER AMIGO), PACORRO, ROBERTO, MARTÍN, DR. JESÚS VARGAS.

GRACIAS A LAS AMIGAS (OS) DEL INSTITUTO, POR HABER CONFIADO EN MI Y POR LA OPORTUNIDAD QUE ME HAN BRINDADO.

TAMBIÉN GRACIAS A TI CHAGOYITA, PORQUE SIN TU AMISTAD, COMPRENSIÓN Y COOPERACIÓN NO HUBIERA SIDO LO MISMO, FUE MUY GRATO TRABAJAR A TU LADO, ERES UNA GRAN PERSONA Y AMIGA...CON ORGULLO Y GUSTO PUEDO COMPARTIRLES QUE PUDIMOS TERMINAR LA TESIS CONSERVANDO Y FORTALECIENDO NUESTRA AMISTAD.

GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON PARA CONCLUIR ESTA ETAPA TAN IMPORTANTE EN MI VIDA, A TODOS USTEDES VA DEDICADA ESTA TESIS.

PATTY G.

A DIOS:

Por darme el don de la vida y por bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

A MIS PADRES:

Cuya orientación y ejemplo me han guiado por el camino correcto y me han impulsado a alcanzar una de las metas de mi vida. Gracias por su profundo amor, apoyo y comprensión constante.

A JUANIS:

Porque no sólo eres hermana sino la mejor amiga. Gracias por tus consejos y por estar conmigo en los momentos más necesarios de mi existencia.

A ADRIÁN:

Por brindarme tu apoyo incondicional en todo momento.

A ADRIÁN Y ALEXIS:

Por ser los pequeños que han inyectado alegría y vitalidad a mi vida.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS: ROCÍO, ANA ROSA, ESTHER, SONI, GLORIS, YESSEL, VANE, NUVLA, ERICA, SANDRA, ELI, DIANIS, GRIS, PATY, ADRI, OLI, CHIVIS, MONY, ERIC, ALDO, PACO Y JULIO.

Por su amistad sincera y porque cada uno de ustedes son la palabra de aliento y alegría que he necesitado.

GRACIAS PATTY, por compartir tu amistad conmigo, por las experiencias inolvidables que hemos vivido y porque sin tí no hubiera sido posible la conclusión de esta meta tan importante.

Finalmente quiero agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible la terminación de este trabajo de tesis y que no las mencioné, gracias a todos.

ROSY.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1.

1. AUTOCONTROL - HIPERACTIVIDAD

1.1 Autocontrol

1.2 Hiperactividad

1.2.1 Criterios para el diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad

1.2.1.1 Desatención

1.2.1.2 Hiperactividad

1.2.1.3 Impulsividad

1.2.1.4 Códigos basados en el tipo de trastorno

1.2.2 Problemas conductuales

1.2.2.1 Conducta desatenta

1.2.2.2 Conducta hiperactiva y falta de autocontrol

1.2.2.3 Conducta impulsiva

1.2.3 Problemas en el funcionamiento cognoscitivo

1.2.3.1 Dificultad en la atención controlada frente a la automática

1.2.3.2 Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultánea

1.2.3.3 Dificultad para mantener la atención sostenida

1.2.3.4 Dificultad para atender a estímulos que aparecen con frecuencia lenta

1.2.3.5 Dificultad para aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de manera superficial

1.2.3.6 Eventos cognoscitivos

1.2.3.7 Aspectos motivacionales de la atención

1.2.4 Problemas interpersonales

1.2.4.1 Problemas de interacción familiar

1.2.4.2 Problemas de interacción en la escuela

CAPÍTULO 2.

2. INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ATENCIÓN

2.1 Prueba de ejecución continua (CPT)

2.1.1 Características generales y tipos de medida en las tareas de vigilancia y ejecución continua

2.2 Escalas de validación de Conners

2.2.1 Validación de la Escala de Conners para maestros y padres

3. MÉTODO

3.1 Justificación

3.2 Objetivos

3.3 Sujetos

3.4 Muestreo

3.5 Material e Instrumentos

3.6 Escenario

3.7 Procedimiento

4. RESULTADOS

4.1 Índice de confiabilidad

4.2 Análisis Factorial	27
4.3 Validez convergente de la Escala de Autocontrol de Conners	31
4.4 Correlación entre informantes de la Escala de Autocontrol de Conners	32
5. DISCUSIÓN	34
5.1 Limitaciones y Sugerencias del estudio	36
6. REFERENCIAS	38
7. ANEXO 1	42
7.1 Escala de Autocontrol de Conners para maestros y padres	43
ANEXO 2	49
7.2 Base de datos general	50
ANEXO 3	60
7.3 Base de datos CPT	61



RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivos: Adaptar y evaluar algunas propiedades psicométricas de la Escala de Autocontrol de Connors, a fin de determinar con base en los resultados las aplicaciones apropiadas de la prueba. Con dicho propósito y con la finalidad de obtener información sobre la validez convergente, se aplicó la Prueba de Ejecución Continua (CPT) en una proporción de la muestra. La Escala de Autocontrol de Connors se aplicó a una muestra de 100 padres y maestra del niño preescolar y los datos fueron tratados de la siguiente manera: se utilizó el método de Análisis Factorial para validarla, el Alpha de Cronbach para obtener la confiabilidad por consistencia interna y por último la Correlación de Pearson, entre informantes para ver el grado de acuerdo entre ellos.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de atención en el niño, particularmente en los niveles básicos de la educación escolar, son de gran importancia debido a que la atención que despliegan los niños en el salón de clase está relacionada con su futuro rendimiento académico (Grossman & Shigaki, 1994; Hughes, Pinkerton & Plewis, 1979; McKinney, Mason, Perkerson & Clifford, 1975; citados en Menez y López, 2000), además de constituir una de las principales dificultades que enfrentan los docentes en el medio educativo.

Parte del origen de los problemas de atención se puede atribuir a que el niño en edad preescolar no está totalmente preparado para cumplir con las demandas del salón de clase. Por ejemplo, Chazan & Jackson (1971) informan que el problema más común a los cinco años, según lo aprecian los maestros, es el de "inquietud" mientras que Hughes, Pinkerton & Plewis (1979) observaron que la principal dificultad de los niños al comenzar su escolarización fue la incapacidad para persistir en una actividad por sí mismos y que, dos años después, el número de niños que experimentó esta dificultad se había incrementado. Tanto la inquietud como la baja persistencia implican que el niño cambia con frecuencia de una actividad a otra, con la consecuencia de que sus periodos de actividad académica serán de corta duración y su tiempo total de participación en esa actividad, escaso (citados en Menez y López, 2000).

La mayoría de las instituciones preescolares programan dos modalidades de actividad: las organizadas y las libres. Dentro de las últimas el juego libre en el patio y la actividad libre en el salón normalmente representan condiciones altamente permisivas, por lo que no suelen generar problema alguno. Pero este no es el caso en actividades organizadas, como las académicas en las que se aplican un conjunto de restricciones moderadas para alcanzar ciertos objetivos. Las expectativas y las restricciones a las que se ve sometido el niño, por moderadas que sean, pueden dar lugar a una situación potencialmente conflictiva: las condiciones grupales del salón de clase proporcionan condiciones para el juego y la interacción social, pero esa posibilidad ocurre en el contexto de ciertas tareas exigidas, donde se espera que el niño discrimine entre condiciones en que ciertas conductas son permitidas y otras en que no lo son.

Al ingresar al centro preescolar, el niño se enfrenta a ciertas demandas académicas y es sometido a un conjunto de restricciones normativas, ambas condiciones que seguramente le resultarán novedosas y, en ocasiones, se constituirán en requisitos que no puede cumplir. El resultado manifiesto de lo anterior, según lo sugieren los estudios ya mencionados, es la frecuente aparición de un déficit en la conducta de atender, entendida como baja persistencia en tareas asignadas en el salón de clase (Allen, Henken, Harris, Baer & Reynolds, 1967; Czerniecki, Deitz, Crowe & Booth, 1993; citados en Menez y López, 2000). La prevalencia de tal déficit en el medio escolar es causa de preocupación, puesto que, se le considera como un importante factor de riesgo que se asocia con un pobre rendimiento académico (ibidem).

Así pues, la atención constituye un componente de un repertorio básico que facilita el aprendizaje académico o de normas sociales y por lo tanto, se relaciona con la capacidad del niño para adaptarse a la sociedad. Por consiguiente, una tarea importante consiste en determinar oportunamente posibles deficiencias en la conducta de atender.

De ahí que dos supuestos fundamentales guíen el presente trabajo. En primer término, el supuesto de que los problemas de atención contribuyen significativamente al fracaso escolar en México. En segundo lugar, que las dificultades en la integración social y escolar en el nivel preescolar pueden reducirse significativamente si se detectan a los niños con problemas a través



de instrumentos prácticos y eficientes que permitan evaluar al niño y referirlo a las instancias de apoyo correspondientes.

Por lo anterior, resulta indispensable evaluar la percepción de maestros y padres, quienes intervienen de forma directa en el proceso de atención, con el fin de obtener información mas precisa. En la práctica las medidas atencionales más utilizadas son las escalas para padres y maestros de Keith Connors o instrumentos derivados de las mismas y las tareas de Ejecución Continua, en donde ambos instrumentos van encaminados hacia un mismo fin: detectar posibles déficit de atención. Este tipo de medidas son de las más objetivas que disponemos para acercarnos a éste trastorno y, por tanto, cabe insistir en esta línea de investigación, mejorando si es necesario las pruebas hasta definir exactamente cuál es su aplicación en el ámbito psicológico.

No obstante, es importante reconocer que el problema de deficiencias en la conducta de atender en el salón de clase no está claramente definido. De hecho, puede considerarse como un fenómeno relacionado con la dimensión impulsividad-autocontrol o con el concepto de atención en sí. Es por ello, que el primer capítulo lo hemos dedicado a éstas dos dimensiones: Autocontrol e Hiperactividad; el segundo capítulo se nombrará Instrumentos para la medición de la atención, que comprende: "Prueba de Ejecución Continua (CPT)" y "Escalas de Validación de Connors". Éstos dos capítulos cubren el marco teórico y a través de los cuales queda sustentado el presente trabajo.

En relación a la metodología, ésta se encuentra ubicada en el tercer capítulo e incluye: la justificación, objetivos, sujetos, muestreo, materiales e instrumentos, escenario y procedimiento; el cuarto estará dedicado a los resultados y se integrará por el índice de confiabilidad, análisis factorial, validez convergente de la Escala de Autocontrol de Connors y correlación entre informantes de la Escala de Autocontrol de Connors, el quinto capítulo se compone de discusión y conclusiones, así como limitaciones y sugerencias; un apartado final lo ocuparán las referencias bibliográficas.

1. AUTOCONTROL - HIPERACTIVIDAD

En esta primera parte, revisaremos la conceptualización de dos de las dimensiones más implicadas en los problemas escolares del niño: el autocontrol y la hiperactividad.

1.1 Autocontrol

El concepto de autocontrol se concibe de diversas maneras: por principio de cuentas se dice que está relacionado con los procesos de socialización, puesto que a lo largo de su desarrollo el individuo necesitará adaptarse a diversas normas establecidas para ser aceptado por la sociedad. Otra noción sugiere que posee un valor para la supervivencia; es decir, es probable que el individuo a lo largo de su vida, tenga que elegir opciones que le permitan una mejor salud; por ejemplo, el acto de fumar, de comer excesivamente, de hacer ejercicio, etc. También se dice que posee una motivación propia y exclusivamente suya; esto es, constituye algo intrínsecamente remunerador. Finalmente también se justifica porque es económico y flexible, esto quiere decir que la propia persona puede ser el mejor agente posible para modificar su propia conducta, porque tiene mayor acceso a sí mismo que cualquier otra persona, además si el sujeto es agente de su propio cambio, los especialistas necesitarán dedicar menor tiempo a ese cambio de conducta (Thoresen y Mahoney, 1981).

El autocontrol ha sido definido por diferentes autores, observándose diferencias entre los mismos; unos basan la importancia de esta capacidad en la probabilidad de ocurrencia de las respuestas, otros más en la toma de decisión, otros en el medio externo e interno, etc. Consideremos algunas de ellas:

Skinner (1974) menciona que cuando un hombre se controla a sí mismo escoge un camino de acción y da la solución a un problema. Asimismo, arguye que la conducta de autocontrol se presenta cuando el organismo puede hacer que la conducta no deseable sea menos probable, alterando las variables de las que dicha respuesta es función. Cualquier conducta que logre esto, quedará automáticamente reforzada, a esta conducta la llamamos autocontrol y señala que las consecuencias positivas y negativas generan respuestas que están relacionadas entre sí de un modo especial. Una de ellas, la respuesta que controla, afecta a las variables de tal forma que cambia la probabilidad de la otra, la respuesta controlada. La respuesta que controla puede manipular cualquiera de las variables de las cuales la respuesta controlada es función; existen por tanto, muchas formas distintas de autocontrol eficaz.

Por su parte, Kanfer y Phillips (1980) lo manejan en términos de auto manejo y autorregulación, para subrayar aspectos del mismo individuo y del ambiente, como determinantes de la conducta del sujeto; definiendo al autocontrol como un proceso que siempre incluye el cambio en la probabilidad de ejecutar una respuesta que tiene tanto consecuencias aversivas como recompensantes y el que una persona seleccione una respuesta de control, aún cuando la respuesta deseable esté disponible y sea recompensada inmediatamente.

Thoresen y Mahoney (1981) definen este concepto como un continuo dinámico en el que, la persona modifica el medio externo e interno, para promover un cambio significativo. De acuerdo con estos autores, una persona estará mostrando autocontrol cuando, en ausencia relativa de coacciones inmediatas ponga en práctica una conducta cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles y que implique una recompensa, gratificación menor o más tardía, mayores esfuerzos, etc.

Finalmente Kazdin (1985) define al autocontrol como la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta. Con esta definición, cada vez que una persona emite propositivamente conducta para cambiar el ambiente con el fin de modificar otras conductas en su repertorio, puede hablarse de autocontrol. Es considerado propositivo en el sentido de que un individuo menciona que sus respuestas están designadas para obtener un resultado específico. Las respuestas de autocontrol están en función de la historia de reforzamiento de la persona (por ejemplo, son causadas por eventos fuera de la persona) y como cualquier otra conducta, son objeto de análisis experimental.

Como puede observarse, las definiciones mencionadas tienen diferencias entre sí puesto que dan importancia a diferentes aspectos, pero también presentan semejanzas, ya que concuerdan en algunos puntos. Por ejemplo, la mayoría menciona que en el autocontrol está presente la manipulación de procesos internos y externos; algunas concuerdan en que esta capacidad en sí misma posee un poder motivacional cuando ésta se logra, porque el individuo siente y es el agente de su propio cambio, lo cual lo lleva a una seguridad en sí mismo para lograr otros cambios en su propia conducta, sin necesidad de la presencia de coacciones; es decir, logra una independencia y por último, un tercer factor de convergencia es que el individuo para llegar al autocontrol, tiene la posibilidad de dar una de dos respuestas alternativas cuyas consecuencias compiten entre sí, para lograr una buena elección.

Con base en lo anterior y para fines del presente trabajo, diremos que el autocontrol es la disposición para iniciar y sostener una actividad particular, con el objeto de alcanzar una meta futura, por lo general socialmente valorada.

La persona que tiene autocontrol demuestra que sus necesidades innatas están socializadas, que los valores de su cultura son para ella más significativos que sus deseos o impulsos.

Schunk (1989), supone que el autocontrol no es una habilidad que se desarrolla automáticamente con la madurez, ni es adquirida pasivamente durante las interacciones ambientales; es importante considerar la enseñanza-aprendizaje de dicha habilidad desde los primeros años de vida del individuo.

Los padres, compañeros, maestros y en general las personas cercanas al niño dan la pauta de cómo comportarse; esto es, proporcionan recompensa o castigo según lo amerite la situación, que lo llevan poco a poco a ejercer el control de su propia conducta. El autocontrol permite a los niños actuar según sus normas interiorizadas, sin necesidad del control de otras personas o las restricciones ambientales. Ser una persona autocontrolada significa que el niño puede resistir tentaciones y largos periodos de no recompensas o sacrificios, con el propósito de lograr un objetivo.

El que un niño tenga un desenvolvimiento adecuado dentro de su ambiente, dependerá en gran parte del grado de autocontrol que tenga. Los niños que tienen dificultad para lograr un buen autocontrol presentan conductas inadecuadas; entre ellas la Hiperactividad, que origina alteraciones en su entorno social.

Dada la importancia del estudio y manejo del niño que presenta fallas en el autocontrol (que se pueden manifestar como hiperactividad), en la siguiente sección haremos una revisión más detallada de este trastorno.



1.2 Hiperactividad

Durante los últimos años, el interés de la investigación infantil se ha localizado ampliamente en el estudio de los niños con hiperactividad, mostrándose con ello que no es un mito o una invención de los especialistas, maestros, padres o compañías farmacéuticas; la hiperactividad es uno de los trastornos más comunes de la conducta de los niños, y no por casualidad ha encontrado su lugar en los manuales de clasificación de los trastornos mentales más universalizados: DSM-IV y CIE-10.

Sin embargo, con respecto a investigaciones efectuadas con niños hiperquinéticos dentro del campo psicológico, tenemos que lamentar la escasez de estudios. La mayoría está relacionado con los aspectos de aprendizaje, tanto para saber si es o no parte del trastorno como para ver si existen diferencias en estos trastornos cuando son presentados por niños con y sin hiperquinesia.

Las primeras descripciones de este trastorno datan de 1897. En Francia comenzaron a estudiarse casos de niños con retraso mental leve y que además presentaban inestabilidad física.

Más tarde se propuso el término de "niño turbulento"; y en 1962 la comunidad médica empezó a hablar de "Daño Cerebral Mínimo".

Fue hasta 1966, que el Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica adoptó la expresión "Disfunción Cerebral Mínima" para definir a los niños de inteligencia normal, casi normal o superior a lo normal, con trastornos conductuales y de aprendizaje, que van de moderados a severos, y que se encuentran asociados a desviaciones de las funciones del sistema nervioso.

Varios modelos teóricos han descrito a la hiperactividad de la siguiente forma:

Modelo médico de La Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III (1980) introduce el término: "Trastorno por Déficit de Atención" (TDA) en lugar de los términos diagnósticos de hiperactividad o hiperquinesia; posteriormente en el DSM-III-R (1983), apareció como Trastorno de Déficit de Atención e indicaba que podía aparecer con / sin hiperactividad y con / sin impulsividad. Actualmente en el DSM-IV (1994) está clasificado, como: "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad" (TDAH), considerándose la impulsividad como uno más de los síntomas que pueden aparecer (Moreno, 1997).

Otro modelo médico utilizado en Europa es el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) con base en sus criterios se requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En vez de subtipificar el trastorno sobre la base del tipo predominante, la CIE-10 subespecifica esta entidad en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial. En la CIE-10, este trastorno se denomina trastorno de la actividad y la atención, y viene recogido dentro del grupo de trastornos hiperquinéticos (CIE 10, 1992).

Modelo pedagógico. La descripción de la hiperactividad infantil se relaciona con deficiencias perceptivas y dificultades para el aprendizaje (Moreno, 1997).

Modelo psicológico cognitivo-conductual. Define el trastorno a partir de la evaluación de la conducta del niño en el ambiente y situaciones específicas en las que aparece y, por tanto,

destaca la existencia de un patrón de conductas concretas que se manifiesta en respuesta a condiciones ambientales adversas (ibidem).

Debido a los enfoques anteriores, algunos autores propusieron sus propias definiciones de hiperactividad. Por ejemplo: Safer y Allen (1979, citado en Moreno, 1997), consideran que se trata de un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas, se manifiesta en situaciones que requieren condiciones estables.

Velasco (1980) la refiere como un estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. Se origina principalmente desde el interior del niño y es en parte una respuesta del ambiente y por tanto se manifiesta permanentemente y en todo lugar.

Aún cuando existe coincidencia en pensar que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, constituye uno de los problemas más comunes en la infancia, los datos sobre su incidencia en los niños de edad escolar varían según el autor o trabajo consultado.

En 1995, la APA reportó que los problemas atencionales, al menos los relacionados con el trastorno hiperactivo, presentan una prevalencia entre el 3-5%.

Michanic (1996, citado en Moreno, 1997) refiere que estudios realizados en países como, Alemania y Puerto Rico, han demostrado que alrededor del 5% de la población infantil presenta este trastorno, es decir que 1 de cada 20 niños, se ve afectada, con una predominancia en varones de 3 a 1 respecto a las mujeres.

Cantwell (1997, citado en Moreno, 1997) señala que en USA y Canadá, la incidencia es del 4% estas cifras sugieren que en las aulas normales habrá entre uno y tres niños con TDAH o que presentan los problemas típicos relacionados con el problema.

En España, se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años presentan TDAH, esto significa que es más probable que los profesores tengan uno o tres hiperactivos en una misma clase (Orjales, 1995).

En nuestro país los trastornos por déficit de atención son de suma importancia ya que es un diagnóstico que con mucha frecuencia se encuentra en los servicios de psiquiatría de niños.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro se reporta que el 4% de los niños en edad escolar son hiperactivos (Moreno, 1997).

El titular del Consejo Nacional Contra las Adicciones (Conadic), Guido Belsasso (2002); reportó que alrededor de un millón y medio de niños padecen déficit de atención e hiperactividad en México y no se les ha diagnosticado.

En lo que respecta a investigaciones con población normal, Manga, Fournier y Navarredonda (1995) señalan que en los estudios epidemiológicos con población normal los maestros describen como inatentos casi a la mitad de los niños y algo más de una cuarta parte a las niñas.

Continuando con las investigaciones realizadas en población normal; autores como Eddowes, Aldrige y Culpepper (1994), realizaron una investigación para determinar las diferencias en las

percepciones de maestros, para ello utilizaron una escala llamada "filosofía de la enseñanza", la cual fue aplicada a 15 maestros de jardín de niños de dos escuelas, quienes tenían a su cargo un total de 309 niños. En los resultados se pudieron diferenciar a los maestros que tenían una filosofía de la enseñanza estructurada y bien formada, de aquellos que no, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos con relación a sus percepciones. El grupo de sujetos que no poseían una filosofía estructurada percibió significativamente un mayor número de niños hiperactivos en sus salones de clase.

De los estudios revisados se concluye que: los profesores consideran que existen cuatro barreras que impiden una atención más personalizada con sus alumnos hiperactivos: a) el tiempo para administrar atención especializada, b) una falta de capacitación para atenderlos, c) el tamaño del grupo (número de alumnos) y d) la severidad de los problemas.

Es definitivo que el conocimiento y las actitudes de los educadores resultan de vital importancia para el tratamiento y atención óptima de los niños con esta clase de problemas, ya que de las investigaciones revisadas se concluye que las diferencias en los reportes que dan los maestros sobre el comportamiento de sus alumnos, tienen que ver con las percepciones y juicios que a priori hacen de los niños y que pueden estar determinados por un efecto de halo o prejuicio; esto sobre todo en lo que a población normal se refiere.

Es importante mencionar que el TDAH es un trastorno que no puede ser definido e identificado fácilmente, ya que existe subjetividad en algunos de los parámetros que se proponen para ello.

Dado lo cual, es importante que se conozca y se tengan presentes las características de la hiperactividad, para no caer en el error de que todo niño que es inquieto se le etiqüete como TDAH. Por lo que resulta necesario adoptar pautas comunes para identificar a los niños con TDAH de otros con diferentes problemas.

A continuación se hará una descripción de los síntomas que algunos autores consideran propias del TDAH.

Erdman (1998), señala que actualmente los criterios más utilizados en la clínica para la clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son los establecidos por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) en el apartado de trastornos de conducta perturbadores.

En este manual se describen los siguientes criterios para diagnosticar dicho trastorno.

1.2.1 Criterios para el diagnóstico de trastornos por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) O (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1.2.1.1 Desatención

A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.



A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a incapacidad para comprender instrucciones).

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. Ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

1.2.1.2 Hiperactividad

A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

A menudo habla en exceso.

1.2.1.3 Impulsividad

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

A menudo tiene dificultades para guardar turnos.

A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., Se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. Ej., en la escuela o en el trabajo y en la casa).

D. Deben existir pruebas de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

1.2.1.4 Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01): si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.



F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo (314.01): si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Otros autores como Kirby (1992) y Orjales (1998) han optado por describir el TDAH por el tipo de problemas que presentan estos niños; de tipo conductual, cognitivos o de aprendizaje y de relaciones interpersonales.

1.2.2 Problemas Conductuales.

1.2.2.1 Conducta desatenta.- la falta de atención tiene manifestaciones conductuales cuyo origen puede radicar en un déficit cognitivo o por falta de motivación para realizar las tareas. En los niños con TDAH se presentan ambos eventos. Shroyer y Zentall (1986, citado en Orjales, 1998) encontraron en sus investigaciones que los niños hiperactivos tienen mas problemas de conducta cuando la información es repetitiva que cuando es novedosa. Cuando las tareas son repetitivas y aburridas se distrae continuamente, porque le cuesta más trabajo mantener la atención surgiendo la desmotivación que tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos.

1.2.2.2 Conducta hiperactiva y falta de autocontrol.- Una de las características del niño con TDAH, es la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo. Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente, por una necesidad de moverse constantemente y por falta de autocontrol corporal y emocional.

En la mayoría de los casos la inquietud motora desaparece una vez entrada la adolescencia, mientras que los problemas de atención y la impulsividad persisten hasta la edad adulta. Cuando la conducta hiperactiva es muy exagerada puede resultar incompatible con el aprendizaje escolar y deteriorar las relaciones con su entorno (Orjales, 1998).

1.2.2.3 Conducta impulsiva.- Se manifiesta por falta de control motriz y emocional, que lleva al niño hiperactivo a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones llevado por un deseo de gratificación inmediata.

La impulsividad conductual está ligada con el grado de tolerancia a la frustración, es decir, con el umbral a partir del cual un niño es capaz de valorar una experiencia como frustrante, los niños hiperactivos manifiestan un bajo umbral de frustración. Este bajo grado de tolerancia a la frustración está muy relacionado con la forma en que han sido educados en su familia (ibidem).

1.2.3 Problemas en el funcionamiento cognitivo.

Molina (1997) señala que la atención es necesaria para procesar la información que recibimos del entorno. Es un proceso lento, secuenciado que requiere de esfuerzo, por tal motivo la conducta del niño con TDAH tiene un origen cognitivo que repercute en su aprendizaje.

La atención es una condición esencial para el aprendizaje, por eso es necesario conocer la definición del proceso normal de la atención, como un fundamento para detectar cuando este proceso tiene alguna desviación.

La atención fue definida por Williams James (1899, citado en Molina, 1997) como una actividad selectiva regulada por la necesidad del propio organismo.

Para Pinillos (1975), es un proceso de focalización perceptiva que incrementa la conciencia clara y distinta de un núcleo central de estímulos, en cuyo entorno quedan otros más difusamente percibidos.

La neurología aporta el término vigilancia para referirse a la disposición del organismo para responder eficazmente, de donde pasa a los temas atencionales (ibidem).

A continuación se describen los problemas de déficit de atención que presentan los niños con TDAH.

1.2.3.1 Dificultad en la atención controlada frente a la automática.- Cuando una tarea es nueva o no ha sido bien aprendida realizamos un procesamiento controlado, toda nuestra corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y eso requiere un esfuerzo. Cuando la tarea no es difícil o ya es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo.

El niño con TDAH parece tener más dificultades en adaptar una tarea a nuevas consignas y mantener un buen rendimiento cuando la tarea es compleja (Orjales, 1998).

1.2.3.2 Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultánea.

La atención selectiva se refiere a la habilidad de una persona para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación y, pasar por alto o abstenerse de hacer caso, de aquellos que sean irrelevantes. Los niños con TDAH a menudo están fuera de la tarea o se fijan en circunstancias del aula ajenas a la labor que supuestamente deberían realizar (Kirby, 1992).

1.2.3.3 Dificultad para mantener la atención sostenida.

Douglas (1980) menciona que la atención sostenida es aquella que tiene lugar, cuando un individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo, atención durante un periodo determinado.

Las dificultades en los procesos de alerta, vigilia y en la incapacidad para inhibir la distracción en las tareas que demandan un proceso continuado, se han estudiado por medio de investigaciones como las de Halperin (1990) quienes encontraron que el 47.7% de los niños hiperactivos se mostraron inatentos en pruebas que exigen atención continua, mientras que sólo un 13.6% de los niños normales tenían este tipo de dificultad (citados en Kirby, 1992).

1.2.3.4 Dificultad para atender a estímulos que aparecen con una frecuencia lenta.-

Los niños hiperactivos responden igual de bien que los no hiperactivos cuando la señal a la que tienen que responder aparece de forma rápida (por ejemplo: 30 veces por minuto) y cometen más errores cuando el estímulo aparece en forma lenta (3 veces por minuto). Este descubrimiento reciente, otorga una explicación razonable de porque algunas investigaciones no constataban un deterioro en el rendimiento de los niños en función del paso del tiempo (Orjales, 1998).

1.2.3.5 Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma superficial.-

La información es aprendida y recordada más fácilmente, si ha sido procesada de forma significativa y durante un largo periodo de tiempo. Por el contrario, si la información ha sido procesada sin sentido, demasiado rápidamente o de forma desorganizada, se almacena de forma temporal en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo. Los niños con TDAH procesan la información de forma superficial y desorganizada,

utilizan para aprender estrategias de aprendizaje simples y sin relación con la información recibida, por lo que tienen dificultades en el aprendizaje (ibidem).

1.2.3.6 Eventos cognitivos.- Se refieren a ideas automáticas que caracterizan e influyen en la conducta y los sentimientos de una persona.

Los niños con TDAH no son hábiles en el uso intencional del diálogo interno, por lo que tienden a tener problemas en tareas y situaciones que requieren esfuerzo sostenido, autorregulación y autocontrol (Kirby, 1992).

Los niños con TDAH tienen poco desarrollados algunos procesos cognitivos, tales como buscar indicaciones de memoria, realizar inferencias y desarrollar estrategias cuando se observa a estos niños como enfocan algunos problemas, como son: relacionar figuras y detectar imágenes ocultas, las cuales requieren procesos cognitivos que consisten en dirigir una búsqueda sistemática, formular y probar hipótesis, suelen emprender estas tareas de modo impulsivo, toman decisiones en forma rápida e incorrecta, hacen poco esfuerzo y tienen escaso interés por escoger con cuidado la respuesta acertada.

Los niños con TDAH tienden a vivir en el momento presente sin reflexionar acerca de lo que acaba de suceder o pensar en lo que podría ocurrir (ibidem).

Douglas y Peters (1979, citado en Kirby, 1992), señalan su propensión a no ver ni escuchar con cuidado, ni meditar acerca de sus experiencias con cierta profundidad, es lo que no permite que se fijen esquemas ricos, sutiles y complejos, lo cual, a su vez, obstaculiza la realización eficaz de operaciones perceptivas y cognitivas y el ciclo se repite continuamente.

1.2.3.7 Aspectos motivacionales de la atención.

Douglas (1984, citado en Molina, 1997) hace referencia a la necesidad de motivación interna que, en general, requieren las tareas escolares. Los niños con TDAH sufren repetidamente dificultades ante las tareas académicas y, como consecuencia, su actitud puede ser de desánimo y renuncia. Estas situaciones no proporcionan una buena base para que la motivación interna surja y se desarrolle, el fracaso repetido desarrolla conductas de evitación, lo que aumenta los problemas de atención, concentración e impulsividad, de esta manera el ciclo se reactiva.

1.2.4 Problemas Interpersonales.

Greg (1995, citado en Kirby, 1992) menciona que, emocionalmente, los niños con TDAH muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás. Se muestran tercos, malhumorados con frecuencia parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada, dificultades para establecer relaciones emocionales satisfactorias, no solo ponen barreras para relacionarse amigablemente, sino que llegan a ser hostiles y agresivos.

1.2.4.1 Problemas de interacción familiar.

La desesperación y desaliento generados en los hogares de estos niños no dejan lugar a dudas de que aún a la tierna edad de 3, 4 o 5 años, pueden plantear potencialmente graves problemas de conducta. En la estela de estos problemas sobresalen el aislamiento social (para padres e hijos) dificultades de aprendizaje en la escuela y una profunda desdicha.



Desde el punto de vista de los padres, el niño parece fuera de control; afirman que rara vez "disfrutan de su hijo". Padres e hijos se involucran en interminables sesiones de reprimendas y llorosas disputas que terminan en palizas para que después de un breve respiro, vuelva a plantearse el mismo problema o uno nuevo.

Es un niño más difícil de educar por lo que con mayor frecuencia suele recibir una información más negativa de su comportamiento y de su capacidad. Por otra parte, la realidad es que crece sometido a mayor número de fracasos que los demás niños, se mete con mayor frecuencia en dificultades, comete muchos más errores y con mayor frecuencia que los niños de su edad y cuando se compara con sus hermanos es prácticamente imposible que no sea consciente de sus propias dificultades. Las malas experiencias se acumulan en torno a un sentimiento de indefensión, es decir, de falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad: <<yo me esfuerzo, pero no veo que ello me conduzca al éxito, haga lo que haga, fracaso>>. Todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima.

De lo anterior se desprende que con esta baja autoestima basada principalmente en una imagen defectuosa, el niño se conducirá ineficazmente en la escuela y la comunidad; igualmente la conducta impulsiva promueve un conjunto de reacciones, que socavan su autoestima y le dan un sentimiento de pérdida de control. Para hacer frente a las demandas sociales el niño con tal padecimiento muchas veces reacciona con diferentes conductas que pueden ser desde gritar, golpear, ser agresivo o bien volverse excesivamente meloso o adoptar formas de conducta infantil, siendo su actitud la mayor parte de las veces defensiva.

1.2.4.2 Problemas de interacción en la escuela.

En los años preescolares los niños hiperactivos empiezan a destacar por su inquietud (mayor que los niños de su edad), su falta de autonomía (requieren mayor vigilancia y ayuda en las actividades diarias), suelen ser catalogados como desobedientes, suelen dormir poco y despertarse muy temprano, tienen dificultades con las comidas y falta de conciencia de las normas. Su descontrol y su inmadurez les hace más propensos a sufrir accidentes y a mostrarse irritables y caprichosos (Barkley, 1981; Ross y Ross, 1982; citados en Orjales, 1995).

No completan las tareas que iniciaron, o pierden los elementos necesarios para las tareas escolares en la escuela o en el hogar (lapices, libros, etc.). Parecería además, que estos niños no escuchan las indicaciones que se les dan, y en consecuencia esta situación puede dar como resultado el fracaso escolar y un atraso en el programa académico, lo que puede ser interpretado erróneamente como capacidad intelectual disminuida, que favorece un trato discriminatorio hacia estos niños.

Por lo general, se les describe como niños entre inquietos e insoportables, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconscientes, entrometidos y con evidentes deseos de ser constantemente el centro de atención tanto de los adultos como de los compañeros de clase. Con frecuencia molestan a los compañeros y pueden no llevarse muy bien con ellos (Ávila y Polaino Lorente, 1993; citados en Orjales, 1995).

Los maestros comprueban que el niño hiperactivo no solo no logra aprender con eficacia, sino que además impide la concentración de sus compañeros. Estos niños habitualmente muestran lo mejor de sí mismos en situaciones en las que se encuentran sólo con una persona; en ellas no tienen que competir para ganar la atención de los demás.

Concluyendo: las pautas para identificar los síntomas del TDAH actualmente están clasificadas en el DSM IV (1994) donde se describen como principales síntomas: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad; los síntomas asociados son: problemas de interrelación personal, impaciencia, desobediencia, agresividad, baja autoestima y problemas de aprendizaje.

A fines de la presente exposición, podemos decir que el niño "hiperactivo", es sencillamente un niño con varios problemas de conducta, y que con el tiempo dichas manifestaciones se pueden transformar en un elemento disruptivo de difícil control para sus familiares y la sociedad en general; convirtiéndose en un factor de riesgo para el adecuado desarrollo psicosocial del individuo.

Dado lo anterior, es de suma importancia que se realice una detección temprana y una intervención eficaz, para que la problemática del niño hiperactivo resulte relativamente controlable.

Los padres y profesores constituyen dos figuras clave para la detección de un problema de atención, pero necesitan asesoramiento profesional para conocer el mejor modo de recoger de una forma objetiva la información necesaria para esta labor.

Una vez revisados teóricamente tres de los aspectos fundamentales que sustentan el presente trabajo: la atención, el autocontrol y la hiperactividad, es importante señalar la relación que guardan entre sí.

Partiendo del concepto de autocontrol que interesa a la presente investigación, encontramos que es un término ampliamente vinculado al concepto de atención (Kogan, 1976); mismo que a su vez es también vinculado con hiperactividad, actualmente "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad" y que se caracteriza precisamente por síntomas alterados en el área atencional y motora, las cuales son necesarias para la presencia del autocontrol (Servera, 1999).

De esta manera retomando las definiciones anteriormente mencionadas, podemos ubicar un punto de encuentro entre el autocontrol y la atención, ya que si consideramos al primero como la disposición a actuar en términos de eventos futuros mas que de los presentes y a la segunda como la disposición para iniciar y sostener una actividad particular; podemos suponer que para lograr una tarea, actividad o meta necesitaremos de la atención para conseguirla; de ahí que la relación esperada entre autocontrol-atención sea: a mayor autocontrol, mayor atención y viceversa.



2. INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA ATENCIÓN

Refiriéndonos específicamente a los problemas de atención que aborda la presente investigación, creemos importante destacar que se ha generado gran cantidad de investigación pero que no han acabado de concretarse en aspectos aplicados que puedan ser fácilmente utilizados por los educadores. De ahí la necesidad y urgencia de llevar a cabo estudios empleando instrumentos de detección rápida y de identificación fiable.

No obstante, si tomamos en cuenta que la determinación de la presencia o no de un problema atencional en el niño depende de su desarrollo evolutivo, de factores intrínsecos u organizmicos y de factores extrínsecos o ambientales, la dependencia de todo lo que es el mecanismo atencional de esta triple alianza es tan grande que dificulta mucho la tarea de pretender obrar de un modo objetivo.

Desafortunadamente, no disponemos de un cuerpo de investigaciones que pueda sistematizar detenidamente cuál es el proceso gradual del desarrollo atencional; por lo cual, aún no es posible responder a preguntas tales como son cuánta información visual o auditiva puede atender un niño a los 5, a los 7 o a los 10 años, cuántas tareas puede realizar simultáneamente o cuánto tiempo puede mantener la atención. En definitiva si pretendemos detectar un problema atencional en el niño hay que partir de la base que cuanto más pequeño es, menor capacidad tiene para atender a la información relevante, más susceptible es a la distracción, tiene menor flexibilidad para orientarla y tiene un menor autocontrol de mecanismo; así como una menor capacidad para mantenerla en el tiempo. El problema es que no es fácil cuantificar estas diferencias a lo largo del ciclo evolutivo. Por si esto no fuera poco, aún si dispusiéramos de un marco evolutivo sólido todavía nos encontraríamos con que la capacidad atencional es altamente fluctuante a causa de determinados factores orgánicos y ambientales (Servera y Galván, 20001).

En resumen, lo que queremos expresar es que la mera observación de conductas de falta de atención (distracción, movimiento de pies y manos, cansancio, errores, etc.) no es indicativa de la presencia de un déficit en el funcionamiento de los mecanismos de atención. De esta manera, cuando iniciamos un proceso de detección consideramos importante analizar el tipo de conductas de falta de atención que padres o maestros han detectado a través de escalas de evaluación, listas de chequeo o registros de observación; así como, aplicar pruebas atencionales específicas de amplitud (selección/focalización y cambio atencional) y/o intensidad (capacidad de mantenimiento) con índices psicométricos suficientes como para poder valorar la puntuación del niño en relación a lo que se espera. Con esta información en la mano sin duda tenemos muchas más posibilidades de acertar en nuestro diagnóstico de déficit de atención.

Así pues, para empezar a abordar este problema, al menos desde nuestra óptica, se hace necesario definir pruebas objetivas para evaluar el déficit de atención con hiperactividad. Ahora bien, en relación a las pruebas objetivas de evaluación de la atención, cabe resaltar, en primer lugar, que no son muchas y, en segundo lugar, que muchas veces se hallan contaminadas por otros procesos o habilidades cognitivas, especialmente la percepción, pero también con factores de aprendizaje y razonamiento.

En la práctica las medidas atencionales más utilizadas en E.U y en Europa, son las Escalas para Padres y Maestros de Keith Connors o instrumentos derivados de las mismas, y las tareas por ordenador de vigilancia o de ejecución continua. En todos estos casos al menos los niños hiperactivos normalmente presentan un menor desempeño que los niños normales, y también es muy habitual que niños con déficit de atención, muestren mayores problemas.



Las escalas de Conners y las tareas de ejecución continua son objeto de la parte metodológica del presente trabajo y es por ello que las revisaremos con mayor detalle en las siguientes secciones.

2.1 PRUEBA DE EJECUCIÓN CONTINUA (CPT)

Históricamente se considera que los estudios de atención sostenida se iniciaron con los trabajos de Norman Mackworth, durante y poco después de la Segunda Guerra Mundial. El paso de estos estudios al ámbito de la psicopatología, sufrió un fuerte impulso con las tareas de ejecución continua para adultos en los años cincuenta (Rosvold y cols., 1956). El impulso en el ámbito infantil se debe a los trabajos de Virginia Douglas (1983) a finales de los setenta y principios de los ochenta que sirvieron para definir el término «trastorno por déficit atencional en la infancia, y para destacar que era la atención sostenida, y no otros tipos de atención, los más implicados en los problemas de aprendizaje y de desarrollo de los niños. Aunque la cuestión es algo polémica, la mayor lentitud en el desarrollo del mantenimiento de la atención frente a otras funciones y la idea de que su nivel de intensidad influye en cualquier actividad cognitiva del niño (con mucho menos recursos compensatorios que el adulto) hacen de su estudio una prioridad.

Las dos pruebas de evaluación más utilizadas para medir la atención sostenida han sido las tareas de ejecución continua (de ahora en adelante TEC, traducción de sus siglas en inglés, CPT (Continuos Performance Tests) y las tareas de vigilancia (de ahora en adelante TVI). En los trabajos aplicados los autores no han tenido mucho cuidado en diferenciar ambas pruebas, y a veces las TEC incluyen una y otra posibilidad. Pero como hemos visto derivan de paradigmas experimentales diferentes: las TEC son tareas en donde el niño debe dar algún tipo de respuesta (simple) continuada durante tiempos prolongados, mientras las TVI son tareas en las que el niño debe permanecer alerta y sólo debe responder de vez en cuando ante la presencia de un determinado estímulo.

El hecho de que a menudo se use el término tarea de ejecución continua como sinónimo de ambos tampoco es de extrañar, puesto que con el mismo formato de actividad, cambiando sólo los parámetros, ya es posible pasar de uno a otro modelo experimental. En realidad incluso cabe la posibilidad de cambiar a distintos paradigmas de investigación atencional.

En su estructura más actual las pruebas de evaluación de atención sostenida, consisten en colocar al niño delante de la pantalla del ordenador con la instrucción de que permanezca atento a la aparición de una serie de estímulos (letras, números, dibujos, etc.) y cada vez que salga el objetivo (habitualmente conocido como estímulo muestra) debe apretar, por ejemplo, la barra espaciadora del aparato. Si lo que proyectamos son números del 0 al 9 y definimos el 6 como estímulo muestra cabe hablar de una TVI si su tasa de aparición es, por poner un límite, inferior al 10%, siempre y cuando la tarea sea lo suficientemente larga. La misma prueba se podría convertir en una TEC si obligamos al niño a responder ante cada estímulo: con una tecla indicará que ha visto el estímulo muestra y con otra que no. En este caso debe estar respondiendo durante todo el tiempo que dure la tarea, pero seguimos en el paradigma de atención sostenida fundamentalmente porque la tasa de aparición del estímulo muestra es muy baja. Si con las mismas condiciones aumentamos esta tasa hasta el 50 % ya sería posible hablar de la influencia de un mecanismo de atención selectiva: en realidad ahora se trata de focalizar la atención sobre un estímulo dejando de lado todos los demás, que funcionan como distractores. Pero aún podríamos realizar otras modificaciones para acercarnos, por ejemplo, a la atención dividida. Para ello bastaría introducir una pequeña ventanilla en la pantalla que indicara en cada momento cuál



es el estímulo muestra vigente (que sería variable), así el niño debería atender a dos tareas relacionadas casi a la vez. Si nos interesa evaluar la capacidad de control del mecanismo atencional podemos introducir de vez en cuando una señal de "stop" (una luz roja ante la cual no se debe de responder nunca) y si queremos provocar interferencia podemos colocar unos auriculares y que vaya oyendo números al mismo tiempo que se proyectan, sin que normalmente se dé coincidencia entre el que ve y el que oye.

2.1.1 Características generales y tipos de medida en las tareas de vigilancia y ejecución continua.

Una vez vistas las diferencias entre lo que son las TEC y las TVI, pasaremos a revisar sus características generales, que en realidad, son prácticamente compartidas. La atención sostenida se define como «la actividad que pone en marcha los procesos y/o mecanismos por los cuales el organismo es capaz de mantener el foco atencional y permanecer alerta ante la presencia de determinados estímulos durante periodos de tiempo relativamente largos» (García- Sevilla, 1997). Estas tareas requieren esfuerzo y acaban provocando siempre un deterioro en la ejecución.

Este deterioro puede medirse de dos maneras: en primer lugar por la función de decremento o menoscabo atencional, esto es, por el declive progresivo en la ejecución, que en adultos suele situarse entre los 20 y 35 minutos. Normalmente esta es la medida más utilizada por los investigadores básicos, los que se centran en el desarrollo de teorías puras del mecanismo atencional. En segundo lugar está la función del nivel o capacidad de vigilancia, es decir, el rendimiento final y no a lo largo del tiempo.

La prueba de Ejecución Continua de Conners tiene una larga tradición en Estados Unidos, pero es menos utilizada en otros países, tanto por los problemas de adaptación y baremación de las muestras como por su relativamente elevado costo. En cualquier caso, las principales características técnicas que se controlan en cualquier tarea de vigilancia o de ejecución continua son las siguientes:

- La duración de la prueba: se trata de pruebas de larga duración, que en adultos suelen estar sobre los 30 minutos, y a veces si se trabaja con TVI pueden durar horas. En niños no hay demasiados datos sobre cuál debe ser esta duración; sin embargo, muchas veces se está alrededor de 15 minutos, aunque los trabajos suelen ser siempre con niños de 10 o más años, ya que escasean las investigaciones con niños en edad preescolar.
- Tipo de estímulo a utilizar: normalmente son letras, números o formas simples. El objetivo es atenuar al máximo la influencia de factores de aprendizaje, de memoria, de razonamiento, etc. Es posible, aunque menos frecuente, trabajar la atención sostenida con estímulos auditivos (normalmente se rinde mejor que con los visuales). El número total de estímulos que se presentan es muy variable.
- El estímulo objetivo, la señal o estímulo muestra: se define un estímulo X, o un par de estímulos AX, ante los cuáles el niño debe efectuar algún tipo de respuesta motora, normalmente apretar la barra espaciadora del teclado.
- El intervalo de presentación del estímulo: el tiempo que está el estímulo visible también es variable, pero suele estar entre 200 milisegundos hasta el segundo completo.



- El intervalo interestimular: el tiempo que transcurre entre la presentación de cada estímulo y que puede ser extraordinariamente variable. En el paradigma de vigilancia pura pueden pasar minutos entre estímulos, mientras en el de ejecución continua pueden ser milisegundos.
- La razón del evento o ritmo de estimulación: la tasa de presentación del estímulo muestra es variable, pero normalmente baja. García-Sevilla (1997) divide entre tareas en las que el estímulo muestra se presenta menos de 24 veces por minuto y tareas en las que está presente más de 24 veces. Las primeras serían las más propias del paradigma de vigilancia.
- Otras características: la carga de la señal, los múltiples canales, el tipo de discriminación, la previsibilidad del estímulo muestra, el conocimiento de resultados, etc. son otras variables que el experimentador puede manipular. En este tipo de pruebas, como mínimo, se pueden obtener las siguientes medidas:
 - Aciertos y/o Errores de omisión: el número total de aciertos o, en su defecto, el número de estímulos muestra que el niño ha dejado de señalar.
 - Tiempo de reacción a los aciertos: se mide, en milisegundos, la latencia media de respuesta del sujeto en la identificación de los estímulos muestra.
 - Errores de comisión o falsas alarmas: el número total de veces que el sujeto ha creído identificar un estímulo muestra cuando realmente no lo era.
 - Tiempo de reacción a las falsas alarmas: se mide, en milisegundos, la latencia media de respuesta del sujeto en las falsas alarmas.

En la práctica, cuando el interés está más en la función del nivel de capacidad de vigilancia que en la función de menoscabo atencional, las dos puntuaciones más interesantes son la de aciertos y la de falsas alarmas, puesto que, salvo excepciones, es difícil encontrar diferencias en variables educativas o comportamentales sujetas al tiempo de reacción.

Se presentan varias modalidades de la Prueba de Ejecución Continua que se emplean en investigación con niños normales e hiperactivos, según diversos intereses de investigación.

Modelo 1.

Se presenta un estímulo muestra objetivo (letra o dígito) por una duración breve y, después de un tiempo, inicia la presentación serial de estímulos de comparación, uno a la vez por una duración breve y separados por un tiempo entre estímulos.

La tarea del niño consiste en responder en una tecla cuando el estímulo de comparación es igual al estímulo muestra objetivo. Se registran los siguientes datos:

Hit o acierto. El número de veces en que el niño respondió acertadamente, es decir cuando responde a los estímulos de comparación que efectivamente son iguales al estímulo objetivo.

Error de Omisión. Número de ocasiones en que el estímulo de comparación fue igual al estímulo objetivo, pero el niño no responde.

Error de Comisión. Número de ocasiones en que el niño responde ante un estímulo de comparación cuando este no es igual al estímulo objetivo.

Latencia de acierto. Tiempo entre la terminación del estímulo de comparación y la respuesta, cuando esta califica como acierto.

Latencia de Comisión. Tiempo entre la terminación del estímulo de comparación y la respuesta, cuando esta califica como error de comisión.



Harper y Ottinger (1992, citado en Van der Meere, 1996) aplicaron el siguiente procedimiento: Presentaron 12 letras (A, C, E, F, G, H, I, L, S, T, U, X) en orden serial aleatorio y el niño tenía que responder al estímulo crítico. Los estímulos fueron de 5 cm de alto por 3 cm de ancho. Cada estímulo se presentó por 0.2 seg., con un intervalo entre estímulos de 1.5 seg. Se presentó un total de 200 estímulos donde 30 de ellos correspondieron a los estímulos críticos. La evaluación se inició con 20 estímulos de práctica.

Modelo 2. La prueba de vigilancia para preescolares, es una versión revisada del modelo 1. Se presenta en la pantalla el dibujo de un árbol, con una rama a la derecha sobresaliendo y donde, ocasionalmente aparecía un pájaro. La duración de la tarea fue de 14.5 min., y el pájaro se presentó 25 veces a intervalos aleatorios que cayeron en un rango de 10 a 60 seg. Cada estímulos crítico (presencia del pájaro) apareció por .5 seg. La tarea del niño fue responder en una tecla cada vez que aparecía el estímulo crítico y los datos obtenidos fueron los mismos que los definidos para el modelo 1.

Modelo 3. Se presenta un estímulo muestra objetivo (letra o dígito) por una duración breve y un tiempo después se presenta un arreglo de cuatro estímulos (letras o dígitos) en las esquinas de un cuadro. Después de un tiempo entre ensayos, se presenta un nuevo estímulo objetivo y enseguida otro arreglo con cuatro estímulos en las esquinas de un cuadro. Se prosigue con este procedimiento hasta completar el número de ensayos deseado.

La tarea del niño consiste en responder en una tecla cuando el arreglo de estímulos contiene al estímulo objetivo. Se registran los siguientes datos:

Hit o Acierto. Cuando el niño responde ante un arreglo de estímulos que contiene al estímulo objetivo previamente presentado.

Error de Omisión. Cuando el arreglo de estímulos contiene al estímulo objetivo pero el niño no responde.

Error de Comisión. Cuando el niño responde ante el arreglo de estímulos pero este no contiene al estímulo objetivo.

Latencia de Acierto. Tiempo entre la terminación de la presentación del arreglo de estímulos y la respuesta, cuando esta califica como acierto.

Latencia de Comisión. Tiempo entre la terminación de la presentación del arreglo de estímulos y la respuesta, cuando esta califica como error de comisión.

Modelo 4. Van der Meere & Sergeant (1988, citado en Van der Meere, 1996) emplean una modificación del Modelo 2 a fin de observar efectos de distracción.

Desarrollaron los modelos 1 y 3 de forma tal que: las variables temporales programadas sean parámetros por especificar; se pueda escoger entre el tipo de estímulos, letras o figuras geométricas y el total de aciertos posibles se pueda manipular. Esto depende de cuántas veces el estímulo de comparación es igual al estímulo de muestra, del total de ensayos programados. Por consiguiente, se debe tener la posibilidad de definir el total de ensayos y la proporción de esos ensayos en los que los estímulos de comparación y los de muestra son congruentes.

En realidad, cuando la prueba se ha aplicado en condiciones óptimas, se supone que si un niño, en función de su edad y su nivel de desarrollo, comete más errores de omisión de los esperados presenta una «disfunción atencional» que cabe atribuir a un exceso de distraibilidad (más bien como efecto de dispersión de la actividad cognitiva y no por presencia de distractores) o a un exceso de lapsus atencionales. Estos lapsus, por otra parte necesarios en nuestro funcionamiento

cognitivo, pueden ser cortos y transitorios (cambios fásicos de la intensidad atencional) o largos y relativamente permanentes (cambios tónicos). Los primeros tienen que afectar mínimamente a la actividad puesto que se recuperan en seguida, mientras que los segundos, al menos en adultos, no deberían aparecer hasta aproximadamente los 30 minutos de trabajo en tareas de vigilancia (el sujeto experimenta un estado de total aburrimiento y sensación de que no puede más). Por su parte, la naturaleza de los errores de comisión ha generado mayor polémica: Barkley (1990; 1997), y otros autores, defienden la posibilidad de que refieran fundamentalmente un problema de impulsividad motora, es decir un trastorno del bajo control relacionado con una disfunción en los sistemas de activación / inhibición cortical.

En realidad los trabajos de Barkley, y otros muchos investigadores clínicos infantiles, se han dedicado fundamentalmente a observar el rendimiento de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sobre las tareas de vigilancia y ejecución continua. Aparte de la idea más extendida de que, en su conjunto, estos niños rinden menos que niños control o niños con otro diagnóstico clínico, algunos autores han profundizado mucho más en la relación entre la atención sostenida y el TDAH.

2.2 ESCALAS DE VALIDACIÓN DE CONNERS

Las Escalas de Validación Conductual, se han difundido a nivel mundial como un recurso para evaluar el comportamiento hiperactivo del niño, ya que ayudan a sistematizar y a cuantificar los rasgos; además permiten acceder al medio escolar de una forma sencilla y bastante fiable. Su aplicación tanto en el ámbito escolar como en el clínico se ha incrementado paulatinamente como un recurso para objetivar la opinión de los adultos sobre la conducta del niño, mediante la medida de sus percepciones.

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

De acuerdo con Wells (citado en Barkley, 1981) estos instrumentos varían en función de los siguientes aspectos: el primero de ellos referente al número de conductas o rasgos incluidos; así, existen Escalas de Validación unidimensionales elaboradas para la detección de una cualidad particular del comportamiento y las llamadas multidimensionales, integradas por ítems alusivos a diversos atributos del mismo. El segundo tiene que ver con el número de ítems; a diferencia de las unidimensionales que por lo regular contienen pocos (mínimo 7), las multidimensionales incluyen un número mayor, siendo actualmente 600 la cantidad máxima reportada en una escala para valorar la conducta infantil. El tercero concierne a la especificidad de los ítems; algunas escalas de validación están compuestas por ítems que indican conductas específicas, mientras que otras llegan a incluir unos que permiten inferencia o juicio por parte del calificador. El último punto está en función de la persona que responde a la escala; se han diseñado escalas para ser administradas exclusivamente a maestros, otras a padres, algunas pueden ser contestadas por ambos y existen también escalas para clínicos.

Wells, resume las ventajas de su administración dentro de la evaluación clínica, subrayando que además de ser económicas como de fácil aplicación y calificación, resultan de utilidad para la identificación descriptiva de las conductas perturbadoras del niño. Las escalas multidimensionales al abarcar un amplio rango de conductas o rasgos, hacen posible detectar áreas problemáticas que de otra manera podrían ser omitidas en la entrevista; por otra parte, se cuenta con escalas

sensibles a efectos del tratamiento que ayudan a evaluar la evolución terapéutica, y algunas proporcionan datos normativos.

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

Ante la advertencia de tales limitaciones, Barkley (1981) marca los requisitos que debe cubrir la elaboración de una escala de esta naturaleza: estar compuesta por un número suficiente de ítemes concernientes al constructo en estudio, aunque no demasiados como para consumir mas tiempo del ordinario y generar malestar en quienes van a responder, los ítemes deben describir conductas específicas a fin de minimizar la posibilidad de inferencia del calificador y estar redactado de manera tal que sean comprendidos fácilmente por la mayoría de los adultos que completan la escala; el patrón de respuesta tiene que indicar el grado del problema y no solo mostrar las categorías "sí" y "no"; la escala debe tener validez de criterio y de constructo al igual que confiabilidad aceptable, datos normativos y utilidad prescriptiva.

Las Escalas de Validación Conductual más utilizadas en diferentes culturas para explorar el comportamiento hiperactivo han sido, sin lugar a duda, las de un autor norteamericano, K. Conners, maestro de psicología de la escuela de medicina de Harvard. Dichas escalas, ampliamente utilizadas en E.U., en el Reino Unido y en Australia; han sido objeto de distintos estudios acerca de sus cualidades psicométricas que han dado lugar a sucesivas revisiones y adaptaciones de los cuestionarios en el mundo angloparlante.

Conners las elaboró en el año de 1969 tomando en cuenta los criterios de la Sociedad Americana de Psiquiatría descritos en el DSM IV (1994), con la finalidad de que padres y maestros evaluaran los cambios de conducta de los niños hiperactivos que recibían tratamiento con psicofármacos.

2.2.1 Validación de la Escala de Conners para Maestros y Padres.

Conners (1969) enfatiza que los especialistas confrontan la responsabilidad de fallar al detectar alteraciones significativas de conducta, debido a las múltiples respuestas circunscritas del niño en un ambiente atípico (ejemplo consultorio médico) ya que tienen muy pocos datos para la medición o muestreo confiable de la conducta. Por estas razones, las mediciones derivadas de las observaciones del maestro son especialmente valiosas durante la terapia con psicofármacos.

En el colegio el maestro cuenta con varias horas al día para observar la conducta del niño en el salón de clase. Así mismo, puede observar el comportamiento de varios niños y niñas, comparando entre ellos cuáles serían las conductas esperadas de manera general en un niño de una determinada edad y cuáles no; ya que el niño de edad preescolar se enfrenta a un sistema social complejo, presentando en ocasiones muchos problemas de adaptación, mismos que los maestros pueden detectar debido a la formación y experiencia con que cuentan.

Los maestros son capaces, frecuentemente, de hacer observaciones inteligentes, sobre las habilidades de los niños para convivir con sus compañeros y con las demandas del programa de

estudio, Connors, señala que una de las finalidades de su investigación titulada "A Teacher rating scale for use in drug studies with children", fue proveer información sobre la estructura, confiabilidad, validez y sensibilidad de la Escala de Clasificación del Maestro, concluyendo que es útil como una medida sencilla, económica y válida en estudios de niños hiperactivos tratados con psicofármacos. Para ser utilizada por los maestros, sería indudablemente mejorada con la inclusión de otros puntos que los maestros observen.

Por su parte, Arnold y cols. (1976), opinan que los padres son más objetivos para identificar otro tipo de trastorno de conducta que la hiperactividad, Goyette y cols. (1978) afirman que los padres son consistentes al evaluar la hiperactividad de sus hijos, apoyando su observación en los resultados que obtuvieron al estandarizar la escala revisada para padres.

Verhulst y Van der Ende (1991); comunicaron que el acuerdo y consistencia entre las observaciones de padres, profesores y niños fue mayor para las conductas externas (negativismo, agresión, hiperactividad) que para las conductas internas (ansiedad, depresión, timidez). En un metanálisis acerca de las relaciones entre las descripciones de diferentes informantes, Achenbach y cols. (1995); encontraron que existe un acuerdo mayor entre las evaluaciones de informantes similares (p.ej., ambos padres o profesores y profesionales de la salud mental), que entre las evaluaciones de diferentes tipos de informantes (padres/profesores). (Citados en Montiel y Peña, 2001).

Luciano (1997) y Gómez (1999); reportan que el desacuerdo entre la información recabada de distintos informantes, de distintos contextos y por diversos instrumentos se debe a que se están evaluando dimensiones psicológicas diferentes. No obstante y en líneas generales se puede afirmar que son los padres los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema y los profesores son mejores informantes para valorar los problemas de conducta en el contexto escolar.

Rapoport y Benoit (1975) señalan, que la inconsistencia en los resultados se debe a que la conducta de un niño tiende a variar mucho de una situación a otra y además el contexto social influye de manera determinante en dicha conducta.

A pesar de los desacuerdos entre los diferentes informantes, la perspectiva de cada uno de ellos puede contribuir válidamente a una evaluación completa de las necesidades del niño. Por lo tanto, obtener descripciones válidas de los diferentes informantes quienes brindan la información necesaria acerca de la conducta del niño y su historia de desarrollo es un elemento clave para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en la población infantil (Achenbach, 1984; citado en Montiel y Peña, 2001)

A continuación se comentarán de manera general algunas de las escalas de Connors, añadiéndose nombres de ciertos investigadores que las han manejado en sus estudios.

Escala para Maestros (1969). Contiene 39 ítems, entre los cuales 34 integraron en el estudio de Connors 4 factores: 1. Problema de conducta, 2. Inatención, 3. Ansiedad y 4. Hiperactividad. Arnold y sus colaboradores detectaron los factores: 1. Hiperquinesia, 2. Timidez-Ineptitud, 3. Rebeldía no socializada y 4. Antisocial-Inmadurez. En 1985, O'Leary y su grupo, apreciaron estos factores: 1. Hiperactividad-Problema de conducta, 2. Problemas interpersonales, 3. Depresión, 4. Ansiedad-Pasividad, 5. Inatención y 6. Delincuencia.

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

Escala para Padres (1970). Se publicó bajo la denominación Parent Symptom Questionary, aunque también se le reconoce como Parent Rating Scale. Es una lista con 93 ítemes distribuidos en 24 categorías de comportamiento que fue analizada factorialmente sobre los registros de 316 casos clínicos (entre 6 y 14 años) y 367 controles de la misma edad. Se detectaron 62 ítemes con carga mayor a .35 repartidos en 8 factores; de dichos reactivos, Conners eligió los que consideró más convenientes para nombrarlos factores: 1. Problema de conducta, 2. Ansiedad, 3. Impulsividad-Hiperactividad, 4. Problema de aprendizaje, 5. Psicossomático, 6. Perfeccionismo, 7. Antisocial, y 8. Tensión muscular. Conners (1973) reporta en cuanto a la validez de criterio, que la escala permitió discriminar al 83% de los sujetos controles y al 70% de los casos clínicos; de estos últimos identificó al 74% de niños hiperquinéticos; dado su poder de discriminación, ha sido referida en muchos estudios entre los que pueden citarse los de Ackerman y cols. (1983), Barkley y cols. (1983), entre otros.

Escala revisada para Padres (1978). Goyette, Conners y Ulrich modificaron la versión original. La nueva escala quedó compuesta por 48 ítemes.

Escala Abreviada para Padres- Maestros (Índice de Hiperquinesia o Cuestionario Abreviado de Síntomas, 1973). Es una pequeña escala con 10 ítemes que fueron extraídos entre los que tuvieron cargas altas en los factores 1, 2 y 3 en la Escala para Padres; la han administrado Dykman y cols. (1980), Zahn y cols. (1980), entre otros.

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

Algunos autores reportan: Las Escalas de Conducta de Conners son instrumentos útiles para detectar escolares hiperactivos y con síndrome por déficit de atención; cuya utilidad se confirma por razones de diversa índole: económicas, sociales y humanitarias; subrayando sus limitaciones, que deben ser obviadas mediante los exámenes neurológicos y psicopedagógicos oportunos en los sujetos afectados (Farré y Narbona, 1997).

Dado lo anterior, podemos concluir que la evaluación de autocontrol e hiperactividad comienza necesariamente por conocer el grado de inatención, esta valoración como ya se describió, puede hacerse a través de cuestionarios de observación de Conners, junto a otras valoraciones como, una prueba de ejecución del tipo "Continuos Performance Test" (CPT); el trabajar con estos dos instrumentos nos llevará a una evaluación de la atención mucho más objetiva; por lo que a partir de dicha evaluación, podemos ajustar mejor el procedimiento a seguir.

3. MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN

Durante los primeros tres años de vida se suceden una serie de cambios fundamentales en el ser humano. La mayoría de estos se consolida o entra en una fase crucial durante la etapa preescolar, que puede identificarse entre los 3 1/2 y los 5 1/2 años. En particular, los procesos de socialización y el desarrollo afectivo enfrentan una situación determinante puesto que tal etapa implica precisamente el ingreso del niño a un medio social estructurado y con demandas cognoscitivas muy claras.

Debido a lo anterior, dos procesos estrechamente relacionados alcanzan importancia en esta etapa: la atención y el autocontrol. Si se considera a la primera como la disposición a iniciar y sostener una actividad particular y a la segunda como la disposición a actuar en términos de eventos futuros más que de los presentes, puede esperarse que exista una correlación positiva entre ambos; ya que como se mencionó anteriormente, para lograr una tarea o meta específica necesitamos de la atención para conseguirla.

No obstante, tales inferencias no han podido someterse a verificación porque no se cuenta con los instrumentos de medición evaluados a tal grado que constituyan un instrumento válido y confiable.

En estos términos, el presente estudio se basa en las siguientes consideraciones: (1) Los problemas de falta de autocontrol e hiperactividad son muy frecuentes en el medio preescolar (Orjales, 1995). (2) Estos problemas suelen conducir a fracaso y deserción escolar (ibidem). (3) Esta etapa se considera crítica en la escolarización temprana del niño (ibidem). (4) En nuestro país, existen serias dificultades en este aspecto (Belsasso, 2002).

De acuerdo con lo anterior y considerando que en México no contamos con un instrumento que nos permita identificar los niños de riesgo en el sentido presentado, proponemos la adaptación y validación de la Escala de Autocontrol de Connors para Padres y Maestros, en zonas urbanas del Estado de México; aunado además a un estudio de validez convergente con la Prueba de Ejecución Continua, que apoye el estudio de validación de la escala.

3.2 OBJETIVOS

Adaptar y evaluar algunas propiedades psicométricas de la Escala de Autocontrol de Connors, a fin de determinar con base en los resultados las aplicaciones apropiadas de la prueba.

Con dicho propósito y a fin de obtener alguna información sobre la validez convergente se aplicará la prueba de Ejecución Continua (CPT) en una proporción de la muestra.

3.3 SUJETOS

100 sujetos de ambos sexos, 51 niñas y 49 niños; con un rango de edad entre 3.6 y 5.6 años (Ver Tabla 1).

TABLA 1
Edad de los niños

EDAD EN MESES	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
42	5	5	5	5
43	3	8	3	8
44	1	9	1	9
45	1	10	1	10
48	1	11	1	11
49	4	15	4	15
50	2	17	2	17
51	1	18	1	18
52	1	19	1	19
53	1	20	1	20
54	7	27	7	27
55	8	35	8	35
56	6	41	6	41
57	4	45	4	45
58	5	50	5	50
59	4	54	4	54
60	5	59	5	59
61	5	64	5	64
62	4	68	4	68
63	8	76	8	76
64	4	80	4	80
65	6	86	6	86
66	14	100	14	100
Missing	0	100	0	100

En el momento de la investigación cursaban la educación preescolar, de manera que del total de niños(as) el 20% pertenecía a la escuela 1, el 5% a la escuela 2, el 25% a la escuela 3, el 6% a la escuela 4, el 7% a la escuela 5, el 2% a la escuela 6, el 4% a la escuela 7, el 3% a la escuela 8 y 9, el 7% a la escuela 10, y el 18% a la escuela 11 (Ver Tabla 2). Cabe mencionar que las 11 escuelas estaban ubicadas en zonas urbanas de los Municipios de Ecatepec y Tlalnepantla, Estado de México. El 50% del total de la muestra formó parte del sector público y el 50% del sector privado.

TABLA 2
Distribución

ESCUELA	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 DIF John Dewey	20	20	20	20
2 DIF Juan de la Cabada	5	25	5	25
3 DIF María Curie	25	50	25	50



4 Winnie Pooh	6	56	6	56
5 Gosmy	7	63	7	63
6 Colibrí	2	65	2	65
7 Cascabelito	4	69	4	69
8 Casita Encantada	3	72	3	72
9 Bilingüe Laureles	3	75	3	75
10 Primavera	7	82	7	82
11 Alicia en el País de las Maravillas	18	100	18	100
Missing	0	100	0	100

Las edades de las madres iban desde 21 a 45 años; y el rango de edad de los padres fue de 23 a 52 años; por su parte, las profesoras fluctuaron entre los 23 y los 49 años de edad. En cuanto al nivel socioeconómico de los sujetos que integraron la muestra, se asignó con base en la apreciación que reportaron los informantes (maestro, madre y padre), que corresponde a: 1 (alto), 2 (medio alto), 3 (medio), 4 (medio bajo) y 5 (bajo). Así el 0% pertenecía al nivel 1 y 2, el 71% pertenecía al nivel 3, el 27% al nivel 4, y el 2% al nivel 5.

3.4 MUESTREO

Se empleó un muestreo no probabilístico, ya que los sujetos no se seleccionaron de manera aleatoria, sino que la muestra se compuso de participantes voluntarios que presentaban las características requeridas: rango de edad y vivir con ambos padres.

3.5 MATERIAL E INSTRUMENTOS

El material utilizado fue:

- 2 computadoras portátil (Lap top)
- Lápices

Instrumentos:

Escala de Autocontrol de Connors para padres y maestros: es una escala tipo Likert de 7 puntos que evalúa autocontrol en niños y cuyo puntaje varía en una estimación del 1 al 7, en donde 1 equivale a mayor autocontrol y 7 menor autocontrol. Esta escala consta originalmente de 33 reactivos misma que después de un estudio de validez quedó conformada por 25 reactivos, siendo ésta última la utilizada en el presente estudio y normalmente se aplica a maestros.

Fue desarrollada según una perspectiva cognitivo/conductual del autocontrol en niños e incluye factores tales como deliberación y solución de problemas así como la capacidad para ejecutar conductas apropiadas. Originalmente contiene 33 reactivos: 10 De Autocontrol, 13 de impulsividad y 10 mixtos.

Anterior a la presente investigación, se realizó un estudio piloto a fin de verificar si el formato traducido de la escala, la pertinencia de los reactivos y el nivel de comprensión de los mismos resultaba apropiado para la población de interés. Como resultado de ese estudio, algunos



reactivos fueron corregidos y otros fueron descartados, quedando un total de 25 en el estudio final (Ver Anexo 1).

Prueba de Ejecución Continua (CPT): "Continuous Performance Test". Esta prueba, ideada por Conners (1994), consiste básicamente en una tarea muy simple. Se presenta al niño en un monitor un número y se le pide que lo observe. Enseguida se le presentan una serie de números, por un breve momento cada uno, y el niño debe responder tan pronto como vea el que se le presentó inicialmente

3.6 ESCENARIO

La aplicación de la Prueba de Ejecución Continua, se llevó a cabo en el plantel público DIF María Curie y en el plantel privado Alicia en el País de las Maravillas, por contar éstos con las características físicas y ambientales adecuadas para la aplicación. En el caso del DIF, la aplicación se efectuó específicamente en la dirección del plantel, cuyas dimensiones son de 4 x 5 mts., los muebles contenidos en ella fueron una mesa y dos sillas lo suficientemente cómodas para el niño(a).

En el plantel Alicia en el País de las Maravillas, la aplicación se llevó a cabo en una sala anexa a las aulas, con dimensiones de 6 x 7mts., la cual contaba con una mesa y dos sillas confortables para el niño(a).

Por otra parte, las aplicaciones de la Escala de Autocontrol, se realizaron en algunos casos en los planteles correspondientes, o bien, en domicilios particulares, con base en la disponibilidad de los padres y profesores.

3.7 PROCEDIMIENTO

1.- Se acudió a los planteles, solicitando permiso a la directora de cada uno para realizar la investigación.

2.- Una vez dada la autorización, se solicitó a los profesores los expedientes de los alumnos a fin de identificar a los niños que cubrieran con los siguientes requisitos: rango de edad de 3.6 a 5.6 años y estar viviendo con ambos padres.

3.- Posteriormente a la entrada o salida del jardín de niños, las profesoras convocaron a los padres ya identificados y se les explicó brevemente el propósito de la investigación, solicitando su participación en el estudio. Al finalizar la explicación, se procedió a acordar una cita únicamente con los padres que aceptaron participar voluntariamente.

4.- Cabe mencionar, que debido a problemas de disponibilidad de tiempo de ambos padres para asistir al jardín de niños, hubo la necesidad de acudir en la mayoría de los casos a sus domicilios particulares para efectuar la aplicación en el día y hora que ellos indicaban; esto con la finalidad de evitar que los padres se comunicaran mientras contestaban la encuesta, asegurando la confiabilidad de la información. Por otra parte, en los casos en que ambos padres asistían al plantel por la mañana a dejar a sus hijos, se aplicó la escala en ese momento.

5.- Se acudió al lugar indicado en la fecha y hora programadas para realizar la aplicación de la encuesta. Se procedió a leer en voz alta las instrucciones de la escala de autocontrol para padres



(ver anexo 1), brindando un espacio para solventar dudas. Durante la aplicación, se cuidó que ambos padres se encontraran cómodos y con espacio suficiente para la realización de la tarea, siendo importante que no intercambiaban información entre ellos.

6.- Una vez contestada la escala de autocontrol, se revisó que todas las preguntas estuvieran contestadas, posteriormente se agradeció su participación.

7.- Es importante señalar que de manera simultánea se fueron entregando las encuestas a las profesoras de los niños evaluados; es decir, a diferencia de los padres, a ellas se les permitió contestar y entregar posteriormente.

8.- Finalmente, se conformó una base de datos en Excel, con los siguientes lineamientos (Ver en detalle anexo 2):

A- Informante, que corresponde a: 1= Maestra, 2= Madre y 3= Padre

B- Género del adulto

C- Edad del adulto

D- Género del niño

E- Edad del niño

F- Escuela de procedencia

G- Sector

H- Nivel Socioeconómico

I- Puntaje asignado por Informante (se ajustó el número considerando la dirección de la respuesta).

9.- Una vez concluida la aplicación de la Escala de Autocontrol de Connors, de manera conjunta con los profesores se seleccionó aleatoriamente el 20% de niños que pertenecían a los planteles: DIF María Curie y Alicia en el País de las Maravillas, esto para llevar a cabo la aplicación de la prueba de ejecución continua (CPT).

10.- Se acudió a dichos planteles para efectuar la aplicación de la prueba; para ello, en cada jardín de niños, se acondicionó previamente una sala con una mesa, silla cómoda y una computadora portátil (Lap top), misma que contenía la prueba de ejecución continua (CPT).

11.- Cada niño pasó de manera individual a la sala de aplicación dándole las siguientes instrucciones:

"En la pantalla aparecerá un número el cual debes ver atentamente, ya que después aparecerán en la pantalla una serie de números y tú deberás oprimir la barra espaciadora (se señala cual es) cada vez que veas el número que apareció inicialmente en la pantalla".

Para verificar que no existieran dudas en el niño, se realizaron algunos ejercicios de práctica, dos en la computadora, a fin de que el niño se familiarizara con el teclado y algunos otros (los necesarios para cada niño), que consistieron en dibujar un número diferente al de la muestra, preguntándole si debía oprimir la barra espaciadora cuando apareciera ese número en la pantalla.

12.- Una vez concluidas las aplicaciones, se conformó una base de datos en Excel con las siguientes características:

A- Sujeto.

B- Estímulo muestra.

C- Serie de números.

D- Respuesta del niño (0 = no respondió, 1= respondió).



- E- Latencia (tiempo transcurrido entre la aparición del estímulo y la respuesta).
- F- Categoría (Acierto por comisión, acierto por omisión, error por comisión y error por omisión) (Anexo 3).

13.- Para proceder a la adaptación y evaluación finales, se llevará a cabo el análisis de confiabilidad por medio de: alfa de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson y análisis factorial.

4. RESULTADOS

En este apartado se describen los resultados correspondientes, agrupándolos en cuatro bloques de información. Un primer bloque, donde se reporta el índice de confiabilidad obtenido por la Escala, a través del Alfa de Cronbach; un segundo bloque, que ilustra la solución factorial que se obtuvo mediante el análisis de componentes principales con una rotación VARIMAX de los 25 reactivos contenidos en la Escala de Autocontrol de Connors; un tercer bloque conformado por información relativa a la correlación entre variables con la Prueba de Ejecución Continua y un cuarto bloque, que muestra el análisis de correlación entre los tres informantes en la Escala de Autocontrol de Connors.

4.1 INDICE DE CONFIABILIDAD

Se obtuvo el ALPHA DE CRONBACH, para analizar las respuestas a cada reactivo y proporciona un valor de confiabilidad por consistencia interna en puntajes que van de 0.00 al 1.00.

En la tabla 7 se muestran los Coeficientes Alpha de Cronbach y Alpha Estandarizada por cada informante de la escala original y la escala depurada respectivamente.

Tabla 7				
INFORMANTE	ESCALA	ORIGINAL	ESCALA	DEPURADA
	ALPHA DE CONBACH	ALPHA ESTANDARIZADA	ALPHA DE CONBACH	ALPHA ESTANDARIZADA
1.- MAESTRA	.9304	.9287	.9172	.9170
2.- MAMA	.8326	.8552	.7914	.7960
3.- PAPA	.8388	.8412	.7942	.7993

Los datos nos muestran que la prueba total, tanto la original como la depurada presentan un nivel aceptable de confiabilidad, pues aunque los puntajes son menos elevados en la segunda escala, se sigue manteniendo un grado adecuado de consistencia interna.

4.2 ANALISIS FACTORIAL

Se llevó a cabo un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax, para determinar aquellos factores en los cuales se ubican los reactivos contenidos en la escala de Autocontrol de Connors y que nos indica lo que realmente mide la prueba.

Se incluyeron todos los reactivos de la escala en el análisis y se consideraron solamente cargas superiores a .50.

En la tabla 8 se presenta el primer análisis factorial realizado.



Tabla 8
Informante 1(maestra)

STAT FACTOR ANALYSIS	Factor Loadings (Varimax normalized) Extraction: Principal components (Marked loadings are > .700000)	
VARIABLE	Factor 1 AUTOCONTROL	Factor 2 IMPULSIVIDAD
R1. Si el niño promete hacer algo, ¿Confía usted en que cumplirá su palabra?	.693716	.102488
R2 ¿El niño se entromete en juegos o actividades de otros aunque no lo inviten?	.026734	.677203
R3 ¿Puede el niño calmarse por sí mismo cuando está muy inquieto?	.523330	.382850
R4 ¿El niño se esfuerza por conseguir logros a largo plazo?	.658764	.071954
R5 Cuando el niño hace una pregunta, ¿espera con atención a que se responda?	.545806	-.121650
R6 ¿Interrumpe a sus compañeros o amigos cuando están platicando?	.305040	.718599
R7 ¿Continúa con lo que está haciendo hasta que lo acaba?	.760646	.232030
R8 ¿Exige que todo se le de justo al momento?	.185682	.538364
R9 ¿Si el niño tiene que formarse en una fila espera tranquilamente?	.676033	.359773
R10 ¿Puede permanecer sentado tranquilamente por un periodo prolongado?	.656396	.482791
R11 ¿Se le tiene que recordar varias veces que haga algo para que obedezca?	.735120	.133649
R12 ¿Es atrabancado?	.551778	.589457
R13 ¿Es incumplido con sus obligaciones en la casa u olvida realizarlas?	.546155	.401643
R14 ¿Hay días en que parece incapaz de concentrarse en sus actividades?	.516323	.453583
R15 ¿Prefiere un premio inmediato aunque sea pequeño a uno mayor pero posteriormente?	-.099424	.329783
R16 ¿Le gusta tomar cosas ajenas?	.074733	.398223
R17 ¿Molesta a otros niños cuando están ocupados?	.455420	.714962
R18 Cuando camina, ¿se fija por donde va?	.478786	-.042805
R19 ¿Se distrae con facilidad de sus trabajos o quehaceres?	.588242	.465138
R20 ¿Es cuidadoso en lo que hace?	.779727	.180806
R21 ¿Cuando juega sigue las reglas, respeta turnos y coopera?	.757108	.258104
R22 ¿Cambia constantemente de actividad?	.367194	.623228
R23 Si una tarea le resulta difícil, ¿la abandona?	.670253	.379825
R24 ¿Piensa antes de actuar?	.736500	.083987



R25 ¿Realiza varias cosas a la vez?	-.021401	.598435
Expl.Var	7.597714	4.584477
Prp.Totl	.303909	.183379

Como se puede observar la solución factorial de la escala original arrojó dos factores:

El factor 1 fue llamado Autocontrol, que para fines del presente trabajo se definió como: la disposición para iniciar y sostener una actividad particular, con el objeto de alcanzar una meta futura, por lo general socialmente valorada.

El factor 2 se denominó Hiperactividad, entendiéndose como: El comportamiento hiperactivo está formado por un grupo compacto de conductas que tienen que ver con energía motora y puede ser descrito como un comportamiento ambulatorio frecuente que se hace problemático cuando se espera que el niño permanezca sentado un lapso considerable y realice tareas que exigen responsabilidad, disciplina y esfuerzo personal, esto tanto en el hogar como en la escuela.

Sin embargo, también se encontró que los reactivos: 15, 16 y 18, no alcanzaron el criterio establecido de .50. Asimismo, el reactivo 12 arrojó una carga factorial que no orientaba claramente a alguno de los dos factores definidos en el estudio. Por tal motivo, se decidió excluir a los 4 reactivos y repetir el análisis para saber si las preguntas restantes definían con mayor claridad esos factores.

En el segundo análisis realizado los reactivos: 3, 10 y 14, no alcanzaron el criterio establecido, por lo que tampoco fueron tomados en cuenta para el siguiente análisis factorial.

Finalmente en el tercer análisis efectuado, el reactivo 8 no cubrió con el criterio establecido, siendo éste, el último reactivo excluido de la escala.

En la Tabla 9 se muestra el análisis factorial definitivo; los factores, las variables que los conforman y sus respectivas cargas.

Tabla 9
Informante 1(maestra)

STAT FACTOR ANALYSIS	Factor Loadings (Varimax normalized) Extraction: Principal components (Marked loadings are > .700000)	
VARIABLE	Factor 1 AUTOCONTROL	Factor 2 HIPERACTIVIDAD
R1. Si el niño promete hacer algo, ¿Confía usted en que cumplirá su palabra?	0.722828	0.041148
R2 ¿El niño se entromete en juegos o actividades de otros aunque no lo inviten?	-0.017539	0.698392
R4 ¿El niño se esfuerza por conseguir logros a largo plazo?	0.705194	0.46812
R5 Cuando el niño hace una pregunta, ¿espera con atención a que se responda?	0.546223	-0.022989

**ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOCONTROL DE CONNERS PARA PADRES Y MAESTROS**

R6 ¿Interrumpe a sus compañeros o amigos cuando están platicando?	0.290029	0.70124
R7 ¿Continúa con lo que está haciendo hasta que lo acaba?	0.753292	0.291634
R9 ¿Si el niño tiene que formarse en una fila espera tranquilamente?	0.629752	0.414227
R11 ¿Se le tiene que recordar varias veces que haga algo para que obedezca?	0.733347	0.152115
R13 ¿Es incumplido con sus obligaciones en la casa u olvida realizarlas?	0.524442	0.446785
R17 ¿Molesta a otros niños cuando están ocupados?	0.405996	0.794009
R19 ¿Se distrae con facilidad de sus trabajos o quehaceres?	0.604373	0.459081
R20 ¿Es cuidadoso en lo que hace?	0.799791	0.19046
R21 ¿Cuando juega sigue las reglas, respeta turnos y coopera?	0.715892	0.355323
R22 ¿Cambia constantemente de actividad?	0.356658	0.673896
R23 Si una tarea le resulta difícil, ¿la abandona?	0.682831	0.364462
R24 ¿Piensa antes de actuar?	0.693135	0.151339
R25 ¿Realiza varias cosas a la vez?	-0.072932	0.681039
Expl.Var	5.940922	3.540713
Prp.Totl	0.349466	0.208277

Del examen de la tabla, ahora sí, salta a la vista una gran coherencia: esto es, los reactivos no quedan integrados dentro de factores que podamos considerar contradictorios.

Observamos que en esta cuarta factorización, se conservan los dos factores existentes de la escala original: Autocontrol e Hiperactividad.

El primer factor Autocontrol, quedó definido por 12 reactivos, los cuales parecen reflejar características tales como: confiable, constante, paciente, tolerante, cuidadoso, respetuoso y reflexivo.

El segundo factor Hiperactividad, quedó conformado por 5 reactivos y refleja las siguientes características: entrometido, desatento, impulsivo, disperso e inconstante.

Cabe destacar que para ésta última solución factorial y los análisis posteriores de validez convergente y correlación de Pearson, se decidió trabajar con los 17 reactivos ya mencionados, dado que son los que presentaron cargas elevadas, siendo los más representativos de cada factor.

Para realizar los análisis reportados, se utilizó el paquete "Statistica" y se llevó a cabo el procedimiento de datos en las computadoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. La base de datos se generó en Excel.

En la tabla 10 se presenta el porcentaje total de varianza y acumulado de las escalas original y depurada.

Tabla 10

VALOR	ESCALA	ORIGINAL	ESCALA	DEPURADA
	% TOTAL DE VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADO	% TOTAL DE VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADO
1	40.15172	40.15172	44.83189	44.83189
2	8.57705	48.72876	10.94243	55.77432

En general, se observa la misma tendencia en los datos pero con valores más elevados en relación a la escala original, ya que sigue siendo el primer factor el que tiene el mayor porcentaje de varianza (44.83%) igualmente con una gran diferencia respecto al segundo factor que tiene una varianza de (10.94%). El porcentaje total de varianza explicado con estos dos factores es también mayor (55.77%).

4.3 VALIDEZ CONVERGENTE DE LA ESCALA DE AUTOCONTROL DE CONNERS

Para las metas de este trabajo y específicamente para definir la validez convergente de la Escala de Autocontrol de Connors, se procedió a su correlación con el CPT, como una prueba paralela para la medición de la Atención aceptablemente confiable y válida.

En la tabla 11 se ilustra el análisis correlacional entre las descripciones de las profesoras en la escala de Autocontrol de Connors, y las puntuaciones obtenidas en la prueba de Ejecución Continua por parte de los niños en las siguientes categorías:

AUT.- Autocontrol: Se refiere al promedio de los puntajes dados por el informante 1 referentes a este factor, en la Escala de Autocontrol de Connors.

HIPER.- Hiperactividad: Promedio de los puntajes dados por el informante 1 referentes a este factor, en la Escala de Autocontrol de Connors.

GLOBAL.- Global: Es el promedio de los puntajes obtenidos por los dos factores anteriores.

T_ERROR.- Total de errores: Se refiere al número total de errores por comisión y omisión que cometió el niño en la ejecución del CPT.

LAT_HITS.- Latencia de Hits: Latencia promedio de los aciertos por comisión que produjo el niño en la ejecución del CPT.

LAT_FA.- Latencia de Falsa Alarma: Es la latencia promedio de los errores por comisión que produjo el niño en la ejecución del CPT.

TABLA 11
Correlación de Pearson

Marked correlations are significant at $p < .05000$ N=20 (Casewise deletion of missing data)						
	INFORMANTE 1			EJECUCIÓN	DEL CPT	
	AUT	HIPER	GLOBAL	T_ERROR	LAT_HITS	LAT_FA
AUT	1	0.12	-0.1	-0.26	-0.12	0.08
HIPER	0.12	1	-0.13	0.19	-0.21	-0.12
GLOBAL	-0.1	-0.13	1	0.3	0.04	-0.2
T_ERROR	-0.26	0.19	0.3	1	-0.41	0.08
LAT_HITS	-0.12	-0.21	0.04	-0.41	1	0.23
LAT_FA	0.08	-0.12	-0.2	0.08	0.23	1

Como se puede observar, no se encontró correlación alguna significativa entre ambos instrumentos de evaluación, por lo que en este caso, no se muestra un buen nivel de validez convergente.

4.4 CORRELACIÓN ENTRE INFORMANTES DE LA ESCALA DE AUTOCONTROL DE CONNERS.

Se realizó un análisis de correlación entre los tres informantes, para observar el grado de acuerdo que presentan ante la evaluación del niño.

La tabla 12, muestra las correlaciones entre las descripciones de los padres y de las profesoras en el total de la población, para cada una de las siguientes categorías: autocontrol, hiperactividad y global.

TABLA 12
Correlación entre informantes

Marked correlations are significant at $p < .05$ N = 100 Casewise deletion of missing data										
	Inf 1		Inf 1	Inf 1	Inf 2	Inf 2	Inf 2	Inf 3	Inf 3	Inf 3
	AUT	HIPER	GLOBAL	AUT	HIPER	GLOBAL	AUT	HIPER	GLOBAL	
Inf 1	AUT	1	.04	.05	.03	-.06	.16	.16	.02	0
Inf 1	HIPER	.04	1	-.15	-.24*	-.06	.04	.1	-.06	-.24*
Inf 1	GLOBAL	.05	-.15	1	.07	.04	-.01	.02	.02	.03
Inf 2	AUT	.03	-.24*	.07	1	.03	.16	-.01	.18	.02
Inf 2	HIPER	-.06	-.06	.04	.03	1	-.02	-.06	-.06	.01
Inf 2	GLOBAL	.16	.04	-.01	.16	-.02	1	-.02	.15	-.12
Inf 3	AUT	.16	.1	.02	-.01	-.06	-.02	1	-.01	-.07
Inf 3	HIPER	.02	-.06	.02	.18	-.06	.15	-.01	1	.09
Inf 3	GLOBAL	0	-.24*	.03	.02	.01	-.12	-.07	0.09	1

Como podemos observar, las relaciones fueron de muy baja magnitud, encontrándose únicamente dos relaciones significativas al .05.

Existe una correlación significativa y negativa entre la subescala de autocontrol del informante 2 y la subescala hiperactividad del informante 1 ($\text{Aut-Hiper} = 0.24; \alpha=0.05$), lo que indica que, niños a quienes sus madres describen como tolerantes, constantes y respetuosos; sus profesoras no observan indicadores relacionados con conductas desatentas, impulsivas o inconstantes; o bien, visto en el otro sentido, mientras que las maestras los describen como desatentos, impulsivos e inconstantes, las madres no identifican conductas de tolerancia, constancia y respeto.

Asimismo, se observa una correlación negativa entre la subescala del global del informante 3 y la subescala de hiperactividad del informante 1, lo que supone que mientras los niños son valorados por sus padres como autocontrolados, o bien, como hiperactivos, sus profesoras no perciben en ellos conductas de desatención, impulsividad o inconstancia.

5. DISCUSIÓN

Dentro de las vertientes de conocimiento que han abordado el estudio de la hiperactividad, la evaluación a través de las Escalas de Validación Conductual ha adquirido reconocimiento especial en los ámbitos psicológico y escolar por las ventajas que han demostrado tener estos instrumentos en la valoración del comportamiento hiperactivo, de problemas debidos a la falta de autocontrol y las aportaciones al registro de tasas de prevalencia en diversos países.

La investigación que aquí se presenta está en esa vertiente. Se ha validado la Escala de Autocontrol de Connors, desde el punto de vista psicométrico: fiabilidad, validez y análisis factorial, cuyos resultados se complementan con los obtenidos por otra técnica de evaluación, la Prueba de Ejecución Continua (CPT): estudio de validación convergente entre los dos instrumentos.

Se eligieron 100 niños de ambos sexos, 51 niñas y 49 niños; que en el momento de la investigación cursaban la educación preescolar, el 50% de la población pertenecía al sector público y el 50% restante al sector privado. Se requirió que el total de la muestra viviera con ambos padres y tuviera una edad comprendida entre 3.6 y 5.6 años. Estos aspectos fueron controlados en el momento de la elección. A ambos padres y maestra de cada sujeto se les aplicó la Escala de Autocontrol de Connors y posteriormente solo al 20% del total de la muestra se le aplicó la prueba de Ejecución Continua (CPT).

Al realizar un primer análisis con la escala original se determinó un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .93; por otro lado, en una segunda fase con base en los resultados de la escala depurada, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .91. Como se puede observar, hubo un ligero decremento en cuanto a la consistencia interna de la escala; sin embargo, de acuerdo con Magnusson, "el coeficiente de confiabilidad para una versión de ensayo de un nuevo test se calcula que sea 0.75", por lo que el puntaje obtenido en la escala depurada se considera dentro del rango aceptable. Por lo tanto en cuanto a la validez de constructo se refiere, podemos decir que es una escala válida y confiable.

El análisis factorial indicó medir claramente dos factores:

1.- Autocontrol. Aptitud para diferir el placer y la gratificación instintivos inmediatos, con el objeto de alcanzar una meta futura, por lo general socialmente valorada. La persona que tiene autocontrol demuestra que sus necesidades innatas están socializadas, que los valores de la cultura son para ella más significativos que sus deseos e impulsos.

2.- Hiperactividad. El comportamiento hiperactivo está formado por un grupo compacto de conductas que tienen que ver con energía motora y puede ser descrito como un comportamiento ambulatorio frecuente que se hace problemático cuando se espera que el niño permanezca sentado un lapso considerable y realice tareas que exigen responsabilidad, disciplina y esfuerzo personal, esto tanto en el hogar como en la escuela.

Dado que se incluyeron todos los reactivos de la escala en el análisis y se consideraron solamente cargas superiores a .50, se detectaron 8 reactivos carentes de capacidad discriminativa.

En el primer Análisis Factorial efectuado, se encontró que 3 reactivos (15, 16 y 18) no alcanzaron el criterio establecido; de igual manera, el reactivo 12 arrojó una carga factorial que no orientaba claramente a alguno de los dos factores definidos en el estudio. Dado lo anterior, se decidió



excluirlo y repetir el análisis para saber si las preguntas restantes definían con mayor claridad esos factores.

En el segundo Análisis Factorial realizado se observó que los reactivos: 3, 10 y 14, no alcanzaron el criterio establecido, por lo que no fueron tomados en cuenta para el siguiente análisis factorial. De este modo al realizar un tercer Análisis Factorial, se encontró que el reactivo 8, no cubrió con el criterio establecido, siendo también excluido de la escala.

Finalmente se realizó un cuarto Análisis Factorial, quedando constituida la escala por un total de 17 reactivos, de los cuales 12 mostraron cargas elevadas únicas en el factor autocontrol, explicando el 44.83% de la varianza total; y 5 reactivos en el factor hiperactividad, explicando el 10.94% de la varianza total, por lo que resultó ser éste el factor más frágil.

De acuerdo a los datos encontrados, la Escala de Autocontrol de Connors es de fácil manejo y presenta la posibilidad de evaluar dos rasgos comportamentales por separado, atendiendo a la propuesta del DSM-IV. Es un instrumento útil porque permite objetivar la opinión de padres y maestros sobre el comportamiento de sus hijos hiperactivos, pero tiene también limitaciones que deben tomarse en consideración; ya mencionábamos anteriormente que tratándose de una escala de estimación es posible que las respuestas de los adultos no garanticen ser un reflejo exacto de la conducta del niño (Wells, 1981). De ahí que la Escala de Autocontrol de Connors constituya una primera etapa del proceso de evaluación que se requiere en la detección de los problemas de atención.

En lo que respecta a la validez convergente, es interesante notar que ninguna de las relaciones planteadas alcanza la significación estadística. Al parecer las profesoras en este nivel tienen acceso primordialmente al comportamiento que muestra el niño en el salón de clase y no a su ejecución en tareas de atención más estructuradas. Una posible interpretación de esta situación tiene que ver con lo reportado por Rapoport y Benoit (1975), quienes afirman que la inconsistencia de los resultados se debe a que la conducta del niño tiende a variar mucho de una situación a otra y además el contexto social influye de manera determinante en dicha conducta; ya que si bien, ambos instrumentos tienen como objetivo detectar problemas de atención, la Escala de Autocontrol de Connors evalúa el comportamiento del niño en ambientes como: casa, escuela y recreación; es decir, se valora al niño bajo un contexto mayormente social; mientras que en la Prueba de Ejecución Continua, se evalúa al niño con base en una tarea de atención sostenida, englobando un contexto mayormente individual. Dicho de otra manera, la discrepancia puede estribar en las posibles diferencias en cuanto a las fuentes de distracción: mientras que en el salón de clase son principalmente sociales o exógenas, en la prueba estructurada son principalmente internas o endógenas.

Por otro lado, es importante mencionar que algunas investigaciones que han empleado pruebas de ejecución continua, han encontrado relación entre atención sostenida y autocontrol; o bien, entre atención sostenida e hiperactividad; sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren que éstas son dimensiones diferentes, dado que no se encontró correlación significativa entre ellas.

En cuanto a las relaciones existentes entre las valoraciones que dan los padres acerca de las conductas de sus niños y las que proporcionan las profesoras de estos mismos niños, se observa que las relaciones significativas fueron escasas. A diferencia de lo publicado por Achenbach y cols., (1995); quienes plantearon que existe un acuerdo mayor entre las evaluaciones de informantes similares que entre las evaluaciones de diferentes tipos de informantes; en este

estudio se encontró que existe mayor acuerdo entre las madres y las profesoras, no así, con los padres. Esto posiblemente se debe a que generalmente la madre, se encuentra más tiempo en el hogar y más cercana al niño, percibe las cosas con más preocupación y con mayor detalle. El padre, por el contrario, debido al menor tiempo en interacción con el niño, tendrá también menor información de su comportamiento en diferentes contextos. Por su parte los profesores, en congruencia con lo reportado por Luciano, (1990) y Gómez, (1999), son los informantes idóneos para valorar los problemas de conducta en el contexto escolar; de ahí que exista mayor acuerdo entre estos dos informantes, por ser quienes mayor contacto y conocimiento tienen del niño.

A pesar de que en su mayoría estas relaciones no alcanzan la significancia estadística, es importante destacar que existe una marcada tendencia hacia las relaciones de carácter negativo, sobre todo en lo que respecta al grado de acuerdo entre padres y profesoras y entre padres y madres; por lo que se puede argumentar que ambos padres y profesores manifiestan visiones opuestas de las conductas de los niños o que son formas diferentes de interpretar un mismo acto; lo cual establece la incógnita de si los padres y profesores tienen formas diferentes de conceptualizar conductas. Steele y cols., (1996); proponen que dichas diferencias no se deben interpretar como errores de la validez de las observaciones o de los instrumentos utilizados, sino más bien como una función de las diferencias de interrelaciones entre el informante y el niño. Los resultados notificados en este estudio son similares a los obtenidos en investigaciones previas, donde las relaciones entre las comunicaciones de padres y profesores son inconsistentes. (Conners, 1997; Farré-Riba y Narbona, 1997).

Finalmente, podemos concluir que esta investigación es útil porque sus resultados son una aportación al estudio de las conductas del niño preescolar y establecen un punto de enlace entre los enfoques psicológico y psicométrico en la valoración de la hiperactividad en niños mexicanos.

5.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DEL ESTUDIO

- 1) En la selección de la muestra no se utilizaron los procedimientos azarosos convenientes para que ésta sea representativa del sexo, edad, nivel socioeconómico y otras posibles características demográficas que pudieron influir en los resultados obtenidos.
- 2) Para la aplicación de la prueba de ejecución continua, únicamente se seleccionaron niños del DIF María Curie (por parte del plantel público) y Alicia en el País de las Maravillas (por parte del plantel privado), por ser éstos, los únicos que contaban con las características físicas y ambientales adecuadas para la aplicación.
- 3) Dado que la muestra empleada en el presente estudio se extrajo de la comunidad, y al no ser clínica, incluye un considerable grupo de niños con ausencia de síntomas; hubo necesidad de persuadir a los padres y maestros para que accedieran a participar en el estudio. Sin embargo, en algunos casos no se contó con la disposición y el compromiso requeridos para la realización de la tarea solicitada; por lo que pudieron verse afectados los resultados.
- 4) Ya que la mayoría de las aplicaciones se efectuaron en los domicilios particulares y aunque en lo posible se trató de cuidar que las condiciones fueran propicias, no en todos los casos se logró.

- 5) Los datos de confiabilidad y validez se obtuvieron de una población de 100 sujetos, por lo que se sugiere que en posteriores investigaciones se amplíe el tamaño de la muestra; a fin, de obtener resultados mayormente representativos.
- 6) En posteriores investigaciones se sugiere, contar con otro instrumento paralelo a la Escala de Autocontrol de Connors para el estudio de la validez convergente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. (1984). Psychopathology of childhood. Ann Rev Psychol. 35, 227-256.
- Achenbach, T.M., Howell, C.T., McConaughy, S.H., Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34, 336-347.
- Ackerman, P.T., Dykman R.A. y Michael, D. (1983). Sex and group difference in reading and attention disordered children with and without hyperkinesis. Journal of Learning Disabilities. 16 (7), 407-415.
- Allen, K., Henke, L., Harris, F., Baer, D. & Reynolds, N. (1967). Control of Hiperactivity by social reinforcement of attending behavior. Journal of Educational Psychology. 58, 231-237.
- Arnold, L.E., Huestis, R.D., Smeltzer, D.J., Scheib, J., Wemmer, D. y Colner, G. (1976). Levoamphetamine versus dextroamphetamine in minimal brain dysfunction. Arch. Gen. Psychiatry. 33, 292.
- Asociación Psiquiatría Americana (1994). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S. A.
- Barkley, R.A. (1981). Hyperactive children. A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). ADHD and the Nature of Self-Control. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., Cunningham Ch.E. y Karlsson, J. (1983). The speech of hyperactive children and their mothers: Comparison with normal children and stimulant drug effects. Journal of Learning Disabilities. 16 (2), 105-109.
- Connors, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. American Journal of Psychiatry. 126 (6), 884-888.
- Connors, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. Psychopharmacology Bulletin. 24-84.
- Connors, C.K. (1997). Connors' rating scales-revised. Technical manual. New York : MHS.
- Chazan, M. & Jackson, S. (1971). Behavior problems in the infant school. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 12, 191-210
- Czerniecki, J., Deitz, J., Crowe, T. & Booth, C. (1993). Attending behavior: A descriptive study of children aged 18 through 23 months. American Journal of Occupational Therapy. 47, 708-716.
- Douglas, V.A. (1984). The psychological process implicated in ADD. Nueva York: Spectrum Publications.



Douglas, V.I. (1980). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. Baltimore, MD: University Park Press.

Douglas, V.I. (1983). Attention and cognitive problems. En M. Rutter (ed.), Developmental neuropsychiatry. New York: Guilford Press.

Douglas, V.I. y Peters, K.G. (1979). Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children. Nueva York: Plenum.

Dykman, R.A., Ackerman, P.T. y McCray, D.S. (1980). Effects of methylphenidate on selective and sustained attention in hyperactive, reading-disabled and presumably attention disordered boys. Journal of Nervous and Mental Disease, 168 (12), 745-752.

Eddowes, E. A., Aldridge, J. y Culpepper, S. (1994). Primary teachers' classroom practices and their perceptions of children's attention problems. Perceptual & Motor Skills, 79 (2), 787-790.

Erdman, P. (1998). Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment. A review (Monograph). The American Journal Family Therapy, 26, 177-185.

Farré, R.A. y Narbona, J. (1997). Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. Revista de Neurología, 25, 200-204.

García-Sevilla, J. (1997). Psicología de la atención. Madrid: Síntesis.

Gómez, I. (1999). Psicopatología Infantil. Proyecto docente. Universidad de Almería.

Goyette, Ch.H., Conners, C.K. y Ulrich, R.F. (1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. Journal of Abnormal Child Psychology, 6 (2), 221-236.

Greg, S. (1995). Understanding and Identifying Children with ADHD <http://www.dtininternet.com/~black.ice./addnt/identify.html>.

Grossman, J. & Shigaki, I. (1994). Investigation of familial and school-based risk factors for hispanic head start children. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 456-467.

Hughes, M., Pinkerton, G. & Plewis, I. (1979). Children's difficulties on starting infant school. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 20, 187-196.

James, W. (1899). Talks to teachers on psychology: And to students on some of life's ideals. Nueva York: Holt.

Kanfer, F.H. y Phillips, J.S. (1980). Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. México: Trillas.

Kazdin, A.E. (1985). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México: El Manual Moderno.

Kirby, G. (1992). Trastorno por déficit de atención. México, D.F: Limusa.



- Kogan, N. (1976). Cognitive styles in infancy and early childhood. Hillsdale, NJ: LEA.
- Luciano, M.C. (1997). Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro.
- Magnusson, D. (1977). Teoría de los tests. México: Trillas.
- Manga, D., Fournier, C. y Navarredonda, A. (1995). Trastorno por déficit de atención en la infancia. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), Manual de psicopatología (vol. 2, pp. 695-718). Madrid: McGraw-Hill.
- McKinney, J., Mason, J., Perkerson, K. & Clifford, M. (1975). Relationship between classroom behavior and academic achievement. Journal of Educational Psychology, 67, 198-203.
- Menez, M. y López, F. (2000). Atención en el preescolar: comparación de dos tipos de programas institucionales. Educación y Desarrollo Psicológico, 12 (13), 24-36.
- Michanic, C. (1996). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. <http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeeon/17/al17-06.htm>.
- Montiel, N.C. y Peña, J. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. Revista de Neurología, 32 (6), 506-511.
- Molina, S. (1997). El fracaso en el aprendizaje escolar. Málaga: Algibe.
- Moreno, G. (1997). Hiperactividad. Madrid: Ediciones Pirámide.
- O'Leary, K. (1985). Hyperactivity in Italy. Journal of Abnormal Child Psychology, 13 (4), 485-500.
- Orjales, V.I. (1995). Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores. Madrid: General Pardiñas.
- Orjales, V.I. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad. (3er Ed.) Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Pinillos, J.C. (1975). Principios de Psicología. Madrid: Editorial Alianza.
- Rapoport, J. y Benoit, M. (1975). The relation of direct home observation to the clinical evaluation of hyperactive school age boys. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 141-147.
- Ross, A.O. y Ross, S.A. (1982). Hyperactivity: Current issues, research and theory. Nueva York: Wiley.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, E.D., y Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. Journal of Consulting Psychology, 20, 343-350.
- Safer, D., Allen, R. (1976). Niños hiperactivos. Diagnóstico y Tratamiento. España: Santillana.



Schunk, D.H. (1989). Social Cognitive Theory and Self-Regulated Learning En: Zimmerman, B.J. and Schunk, D.H. (Eds). Self-Regulated and Academic Achievement Theory, Research and Practice. New York, U.S.A: Springer.

Servera, M. (1999). Alteraciones atencionales. En E. Munar, J. Roselló & Sánchez-Cabaco (Eds). Atención y Percepción. Madrid: Alianza.

Shroyer, C. y Zentall, S. (1986). Effects of rate, nonrelevant information, and repetition on the listening comprehension of hyperactive children. The Journal of Special Education, 20, 231-239.

Skinner, B.F. (1974). Ciencia y Conducta Humana. Argentina: Fontanela.

Steele, R., Forehand, R., Devine, D. (1996). Adolescent social and cognitive competence : cross-informant and intra-individual consistency across three years. Journal Clin Child Psychol, 25, 60-65.

Thoresen, C. y Mahoney, M. (1981). Autocontrol de la Conducta. México: Fondo de Cultura Económica.

Van de Meere, J.J. (1996). The role of attention. En S. Sandberg (Ed.), Hyperactivity disorders of childhood. Cambridge: University Press.

Van de Meere, J.J. y Sergeant, J. (1988). Focused attention in pervasively hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 16 (6), 627-639.

Velasco, F.R. (1980). El Niño Hiperactivo. México: Trillas.

Verhulst, F.C., Van der Ende, J. (1991). Assessment of child psychopathology: Relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. Acta Psychiatry Scand, 84, 155-159.

Wells, K.C. (1981). Behavioral assessment. A practical handbook. Second Edition, Pergamon General Psychology Series.

Zahn, T.H., Rapoport, J.L. y Thompson, Ch.L. (1980). Autonomic and behavioral effects of dextroamphetamine and placebo in normal and hyperactive prepuberal boys. Journal of Abnormal Child Psychology, 8 (2), 145-159.



ANEXO 1



7.1 ENCUESTA PARA EL MAESTRO

DATOS PERSONALES DEL NIÑO

Nombre: _____ Edad (años y meses) : _____
Grado: Primero ☐ Segundo ☐ Sexo M ☐ F ☐
Nivel socioeconómico: alto (), medio alto (), medio (), medio bajo (), bajo ()
Escuela: _____

DATOS PERSONALES DEL INFORMANTE:

Nombre: _____ Ocupación: _____
Escuela: _____ Edad: _____
Grado que imparte: _____ Sexo: _____

El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar las conductas de los niños que interfieren con su adaptación escolar, por lo cual solicitamos a usted su valiosa colaboración para que responda con toda sinceridad las preguntas que se le hacen a continuación. Garantizándole que la información que usted nos brinde es estrictamente confidencial, sólo será usada para el estudio.

INSTRUCCIONES

Por favor califique al niño según las descripciones que se presentan en la siguiente hoja. Encierre en un círculo el número que represente de manera más adecuada el comportamiento del niño. Su apreciación puede ir de: 1(siempre) a 7(nunca). Los demás valores (2 a 5) indican el grado en que la frase describe al niño, donde el valor 4 es intermedio (ni siempre, ni nunca). Para ayudar a su evaluación se presentan las siguientes correspondencias entre el número y su significado:

- 1= Siempre
- 2= Casi siempre
- 3= Más veces si que no
- 4= A veces si a veces no
- 5= Más veces no que si
- 6= Casi nunca
- 7= Nunca

Favor de encerrar en un círculo sólo una respuesta y no deje ninguna pregunta sin contestar.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



1. Si el niño promete hacer algo, ¿confía usted en que cumplirá su palabra?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
2. ¿El niño se entromete en juegos o actividades de otros aunque no lo inviten?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
3. ¿Puede el niño calmarse por si mismo cuando está muy inquieto?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
4. ¿El niño se esfuerza por conseguir logros a largo plazo?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
5. Cuando el niño hace una pregunta, ¿espera con atención a que se responda?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
6. ¿Interrumpe a sus compañeros o amigos cuando están platicando?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
7. ¿Continúa con lo que está haciendo hasta que lo acaba?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
8. ¿Exige que todo se le de justo al momento?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
9. ¿Si el niño tiene que formarse en una fila espera tranquilamente?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
10. ¿Puede permanecer sentado tranquilamente por un periodo prolongado?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
11. ¿Se le tiene que recordar varias veces que haga algo para que obedezca?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
12. ¿Es atrabancado?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
13. ¿Es incumplido con sus obligaciones en la casa u olvida realizarlas?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



14. ¿Hay días en que parece incapaz de concentrarse en sus actividades?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
15. ¿Prefiere un premio inmediato aunque sea pequeño a uno mayor pero posteriormente?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
16. ¿Le gusta tomar cosas ajenas?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
17. ¿Molesta a otros niños cuando están ocupados?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
18. Cuando camina, ¿se fija por donde va?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
19. ¿Se distrae con facilidad de sus trabajos o quehaceres?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
20. ¿Es cuidadoso en lo que hace?	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
21. ¿Cuando juega sigue las reglas, respeta turnos y coopera?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
22. ¿Cambia constantemente de actividad?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
23. Si una tarea le resulta difícil, ¿la abandona?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
24. ¿Piensa antes de actuar?	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
25. ¿Realiza varias cosas a la vez	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca



ENCUESTA PARA PADRES

DATOS PERSONALES DEL NIÑO

Nombre: _____ Edad (años y meses) : _____
Grado: Primero ☐ Segundo ☐ Sexo M ☐ F ☐
Escuela: _____

DATOS PERSONALES DEL INFORMANTE:

Nombre: _____ Edad: _____
Parentesco con el niño: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Dirección: _____
Nivel socioeconómico: alto (), medio alto (), medio (), medio bajo (), bajo ()

El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar las conductas de los niños que interfieren con su adaptación escolar, por lo cual solicitamos a usted su valiosa colaboración para que responda con toda sinceridad las preguntas que se le hacen a continuación. Garantizándole que la información que usted nos brinde es estrictamente confidencial, sólo será usada para el estudio.

INSTRUCCIONES

Por favor califique al niño según las descripciones que se presentan en la siguiente hoja. Encierre en un círculo el número que represente de manera más adecuada el comportamiento del niño. Su apreciación puede ir de: 1(siempre) a 7(nunca). Los demás valores (2 a 5) indican el grado en que la frase describe al niño, donde el valor 4 es intermedio (ni siempre, ni nunca). Para ayudar a su evaluación se presentan las siguientes correspondencias entre el número y su significado:

- 1= Siempre
- 2= Casi siempre
- 3= Más veces sí que no
- 4= A veces sí a veces no
- 5= Más veces no que sí
- 6= Casi nunca
- 7= Nunca

Favor de encerrar en un círculo sólo una respuesta y no deje ninguna pregunta sin contestar.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



1. Si el niño promete hacer algo, ¿confía usted en que cumplirá su palabra?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
2. ¿El niño se entromete en juegos o actividades de otros aunque no lo inviten?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
3. ¿Puede el niño calmarse por si mismo cuando está muy inquieto?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
4. ¿El niño se esfuerza por conseguir logros a largo plazo?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
5. Cuando el niño hace una pregunta, ¿espera con atención a que se responda?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
6. ¿Interrumpe a sus compañeros o amigos cuando están platicando?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
7. ¿Continúa con lo que está haciendo hasta que lo acaba?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
8. ¿Exige que todo se le de justo al momento?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
9. ¿Si el niño tiene que formarse en una fila espera tranquilamente?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
10. ¿Puede permanecer sentado tranquilamente por un periodo prolongado?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
11. ¿Se le tiene que recordar varias veces que haga algo para que obedezca?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
12. ¿Es atrabancado?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca
13. ¿Es incumplido con sus obligaciones en la casa u olvida realizarlas?.	1 siempre	2	3	4	5	6	7 nunca



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



14. ¿Hay días en que parece incapaz de concentrarse en sus actividades?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
15. ¿Prefiere un premio inmediato aunque sea pequeño a uno mayor pero posteriormente?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
16. ¿Le gusta tomar cosas ajenas?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
17. ¿Molesta a otros niños cuando están ocupados?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
18. Cuando camina, ¿se fija por donde va?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
19. ¿Se distrae con facilidad de sus trabajos o quehaceres?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
20. ¿Es cuidadoso en lo que hace?	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
21. ¿Cuando juega sigue las reglas, respeta turnos y coopera?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
22. ¿Cambia constantemente de actividad?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
23. Si una tarea le resulta difícil, ¿la abandona?.	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
24. ¿Piensa antes de actuar?	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca
25. ¿Realiza varias cosas a la vez	1 2 3 4 5 6 7 siempre nunca

ANEXO 2

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25	
1	0	29	1	65	1	1	4	2	7	3	2	2	5	2	2	5	4	4	4	4	2	6	1	2	1	4	4	2	6	2	2	2	
2	0	24	1	65	1	1	4	2	6	3	3	3	5	2	3	3	3	5	5	2	4	5	2	5	3	4	2	2	4	3	2	2	
3	1	26	1	65	1	1	4	5	6	6	6	5	5	4	2	6	6	4	4	4	4	6	2	5	6	6	4	6	2	6	2	2	
1	0	25	1	65	1	1	4	4	4	3	5	3	1	3	3	2	5	4	4	4	4	3	1	3	3	4	4	4	4	4	4	3	
2	0	24	1	65	1	1	4	3	5	3	4	2	5	4	3	5	3	3	5	3	5	5	3	2	5	4	2	3	5	5	3	3	
3	1	26	1	65	1	1	4	2	7	6	4	1	6	4	6	7	7	6	2	4	5	7	2	2	4	3	2	2	1	3	4	2	
1	0	25	0	65	1	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	1	1	2	4	2	2	2	3	2	
2	0	29	0	65	1	1	3	1	6	1	2	2	1	6	4	1	2	2	1	2	3	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
3	1	33	0	65	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
1	0	29	1	54	1	1	4	2	4	5	3	2	5	4	5	5	2	5	6	2	2	2	1	5	4	2	4	4	3	5	6	5	
2	0	37	1	54	1	1	4	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	7	1	1	6	
3	1	42	1	54	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	7	1	7	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	6	1	1	6	
1	0	25	1	66	1	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	4	3	2	4	4	4	4	1	3	1	3	2	3	4	4	2	3	
2	0	33	1	66	1	1	3	3	1	3	6	1	4	4	7	2	3	2	4	4	2	2	1	1	2	2	3	2	6	2	4	2	
3	1	33	1	66	1	1	3	2	3	4	2	1	4	4	6	3	3	2	2	3	2	4	1	2	2	4	1	1	3	4	3	4	
1	0	27	1	52	1	1	3	4	4	2	4	2	5	5	5	3	4	5	6	6	4	4	3	3	4	4	5	5	3	6	4	3	
2	0	37	1	52	1	1	3	2	7	2	2	1	5	1	6	3	3	6	6	6	6	7	3	3	5	2	2	5	3	2	6	6	
3	1	39	1	52	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	7	1	7	7	5	7	4	7	1	1	7	7	1	1	7	1	1	1	
1	0	29	1	66	1	1	3	1	6	2	1	1	2	1	6	2	2	2	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	2	4	2	2	
2	0	34	1	66	1	1	3	2	6	4	2	1	4	2	7	3	7	4	3	3	3	6	1	4	2	6	2	2	4	4	2	3	
3	1	39	1	66	1	1	3	4	2	4	3	3	3	1	7	4	4	6	4	3	3	4	1	4	2	3	4	2	4	2	2	3	
1	0	29	1	65	1	1	4	1	4	7	1	1	7	7	5	7	7	1	5	3	7	7	1	7	1	7	5	7	7	7	5	7	
2	0	45	1	65	1	1	4	3	3	4	5	3	3	5	5	5	3	3	3	3	3	4	7	6	1	6	2	5	6	6	6	4	
3	1	47	1	65	1	1	4	3	5	3	2	3	3	4	5	5	3	5	6	3	5	3	3	2	4	3	5	3	6	4	6	1	
1	0	25	0	65	1	1	3	2	2	2	3	2	2	2	4	4	3	5	6	2	3	4	1	1	1	2	2	2	2	2	2	6	
2	0	28	0	65	1	1	3	2	6	4	4	1	7	1	7	2	4	4	7	2	4	7	1	4	1	4	1	1	7	1	4	1	
3	1	28	0	65	1	1	3	2	6	6	5	2	4	6	7	5	5	4	6	2	3	6	1	2	5	5	3	2	6	2	4	1	
1	0	29	1	55	1	1	3	6	6	6	6	6	7	7	3	6	6	7	6	5	5	2	1	7	1	6	6	6	6	6	5	6	
2	0	29	1	55	1	1	3	5	6	2	5	5	7	7	7	7	3	7	7	5	5	7	2	7	2	6	2	2	6	6	3	5	
3	1	27	1	55	1	1	3	1	5	5	4	3	6	5	3	6	3	7	6	6	5	6	5	3	2	5	3	2	6	3	3	5	
1	0	29	1	63	1	1	3	4	5	3	3	3	3	6	3	3	2	7	6	5	3	4	5	5	3	4	5	3	4	6	3	5	
2	0	22	1	63	1	1	3	4	2	6	4	2	5	4	7	6	4	4	6	4	5	6	2	2	4	5	4	6	2	3	4	4	
3	1	26	1	63	1	1	3	4	7	5	4	1	7	4	7	1	2	7	5	5	5	6	3	1	6	6	2	2	6	6	2	6	

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	27	0	55	1	1	3	4	6	3	4	5	3	4	6	4	3	4	4	4	6	4	4	3	3	4	4	4	6	3	4	3
2	0	34	0	55	1	1	3	1	3	1	1	2	4	1	7	3	5	3	5	3	3	5	1	2	5	1	1	1	7	1	1	7
3	1	25	0	55	1	1	3	2	5	3	1	1	7	2	7	1	6	7	6	5	2	3	1	3	1	2	2	1	5	2	2	6
1	0	29	0	55	1	1	3	5	6	4	5	3	6	5	3	7	7	6	6	5	5	4	3	6	5	6	6	6	6	6	5	7
2	0	29	0	55	1	1	3	2	7	7	3	5	1	7	7	3	4	7	7	6	6	7	1	1	5	3	5	1	7	7	5	7
3	1	27	0	55	1	1	3	3	2	6	2	3	6	2	5	5	6	6	5	3	3	5	5	3	3	5	4	2	6	5	4	5
1	0	29	0	56	1	1	3	2	4	2	3	1	5	1	6	2	1	5	2	2	2	6	1	1	2	2	1	2	2	4	3	5
2	0	23	0	56	1	1	3	4	6	4	3	2	5	4	6	4	3	5	6	4	4	7	1	3	5	5	3	4	6	5	4	6
3	1	23	0	56	1	1	3	2	3	4	1	1	4	2	7	2	4	5	7	2	2	5	3	4	4	2	1	1	7	2	1	6
1	0	29	1	62	1	1	3	1	6	1	1	1	5	1	4	1	1	5	2	3	6	5	1	5	1	5	1	1	6	5	1	7
2	0	38	1	62	1	1	3	4	3	2	3	1	6	2	7	3	2	3	6	2	2	6	1	3	3	3	2	2	6	1	1	7
3	1	32	1	62	1	1	3	4	3	5	3	2	2	1	5	2	3	2	3	3	1	2	1	2	4	3	3	3	1	4	2	
1	0	29	1	56	1	1	3	1	5	2	1	1	4	3	5	4	4	5	4	2	4	2	2	4	2	2	2	2	3	6	3	4
2	0	29	1	56	1	1	3	4	6	4	1	1	4	1	7	5	6	6	7	3	2	3	3	6	1	6	2	2	5	2	2	6
3	1	30	1	56	1	1	3	2	2	2	1	1	5	1	6	2	3	5	6	4	4	5	4	4	2	3	2	2	6	3	1	3
1	0	27	1	58	1	1	4	7	5	6	3	4	1	6	5	3	5	6	4	4	4	2	4	5	4	6	4	6	4	6	6	2
2	0	22	1	58	1	1	4	7	7	7	7	7	7	6	7	3	3	3	7	4	7	7	2	6	2	7	5	7	7	7	6	6
3	1	25	1	58	1	1	4	3	4	4	6	4	2	1	7	4	3	4	7	2	4	7	6	4	4	7	6	1	7	6	2	6
1	0	27	0	59	1	1	4	3	6	3	5	5	6	4	6	4	5	2	4	5	2	7	4	6	2	6	4	5	6	2	4	4
2	0	24	0	59	1	1	4	2	7	2	1	2	4	6	7	6	6	7	7	6	6	1	2	7	7	6	2	7	2	2	5	
3	1	23	0	59	1	1	4	2	7	4	1	1	7	4	6	4	6	2	4	4	6	1	4	6	6	2	2	6	2	1	2	
1	0	25	0	66	1	1	4	3	3	3	5	4	3	5	4	5	3	4	2	4	4	6	1	2	2	4	5	4	4	5	3	5
2	0	27	0	66	1	1	4	1	5	6	2	1	6	2	3	2	5	6	1	6	1	7	1	3	3	2	4	1	7	6	3	6
3	1	27	0	66	1	1	4	4	7	4	1	1	6	4	6	2	3	6	7	6	5	6	1	3	1	4	2	4	3	4	4	2
1	0	27	0	59	1	1	5	2	4	4	2	1	6	3	5	6	6	6	6	5	2	4	1	5	1	6	2	3	5	4	5	3
2	0	22	0	59	1	1	5	1	2	2	1	1	6	2	7	6	6	6	7	6	2	6	1	6	1	6	1	2	6	4	6	2
3	1	27	0	59	1	1	5	4	6	6	2	1	7	4	4	6	6	7	6	4	3	2	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4
1	0	26	0	66	2	1	4	2	2	6	2	2	6	2	7	2	2	5	2	2	2	6	1	1	2	3	5	6	1	2	6	2
2	0	27	0	66	2	1	4	1	6	4	2	1	6	4	4	1	3	6	1	4	4	2	1	4	2	6	1	1	6	2	2	1
3	1	36	0	66	2	1	4	1	6	1	7	1	1	4	4	1	4	3	1	4	2	4	1	3	1	1	3	1	4	4	1	1
1	0	27	1	60	2	1	3	1	7	2	1	2	2	1	2	3	2	1	1	6	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4
2	0	30	1	60	2	1	3	2	3	6	3	1	7	5	7	2	6	7	5	7	4	7	5	3	4	5	3	3	6	7	5	5
3	1	31	1	60	2	1	3	1	5	5	1	1	4	3	4	2	4	5	4	3	4	7	1	3	4	5	3	6	5	3	4	4

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Nlv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	27	1	63	2	1	3	1	7	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
2	0	29	1	63	2	1	3	1	5	7	1	1	6	1	7	1	4	4	7	1	5	1	5	4	4	1	1	1	1	1	1	4
3	1	30	1	63	2	1	3	2	7	4	1	1	5	1	7	2	5	5	7	1	4	2	4	5	5	2	1	2	2	1	4	1
1	0	27	0	58	2	1	3	2	4	1	5	4	6	1	2	1	2	1	1	6	2	4	1	2	1	1	2	2	2	3	2	2
2	0	30	0	58	2	1	3	3	4	4	4	1	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	5	4	3	5	4	4	6	3
3	1	34	0	58	2	1	3	2	4	5	3	4	4	3	6	2	5	6	4	6	4	6	2	4	5	2	2	2	5	3	3	4
1	0	26	0	66	2	1	4	5	2	2	6	2	1	3	1	1	1	6	2	2	2	2	1	1	6	2	4	6	2	5	6	2
2	0	28	0	66	2	1	4	4	3	4	2	4	2	4	6	2	4	4	4	4	4	3	1	4	2	4	5	4	4	4	3	4
3	1	30	0	66	2	1	4	2	4	2	3	4	4	5	6	2	6	5	6	5	4	5	1	4	4	6	3	2	4	5	4	6
1	0	38	0	66	3	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	6	6	4	4	4	7	1	4	4	6	4	4	4	4	4	4	2
2	0	37	0	66	3	1	4	2	2	3	4	1	5	2	5	2	4	5	4	1	1	7	1	3	3	4	3	2	7	1	4	3
3	1	35	0	66	3	1	4	2	5	5	4	1	4	3	2	2	4	5	3	2	2	5	4	3	2	3	5	2	2	2	4	5
1	0	38	0	66	3	1	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	6	1	4	4	6	4	4	4	4	4	2
2	0	38	0	66	3	1	4	4	1	1	2	1	5	4	6	1	1	4	5	6	5	4	4	4	3	6	2	4	6	4	2	4
3	1	38	0	66	3	1	4	2	4	2	3	2	4	4	3	4	3	5	2	4	3	5	1	2	4	5	4	5	5	4	5	2
1	0	24	0	55	3	1	3	2	5	2	2	3	4	1	5	3	2	2	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	0	34	0	55	3	1	3	1	4	4	1	1	3	1	4	1	5	3	1	4	2	7	1	4	2	4	1	2	4	2	4	5
3	1	30	0	55	3	1	3	2	3	3	3	2	3	3	6	2	5	5	4	3	3	6	2	2	3	3	2	2	4	3	2	3
1	0	24	1	62	3	1	3	3	3	5	4	5	6	4	4	6	6	6	6	4	5	5	1	4	5	5	4	4	4	5	3	3
2	0	31	1	62	3	1	3	4	6	5	2	1	6	4	5	4	5	5	3	3	3	5	1	4	3	3	2	4	3	3	3	3
3	1	31	1	62	3	1	3	1	4	5	2	1	2	1	1	1	2	3	4	2	2	4	1	1	2	4	1	3	4	4	1	1
1	0	38	0	65	3	1	4	5	4	4	4	1	5	4	5	4	4	3	6	4	4	6	1	4	4	5	4	4	4	5	5	4
2	0	23	0	65	3	1	4	3	5	3	2	2	6	3	4	3	3	5	4	5	3	5	1	3	3	7	2	2	6	3	4	5
3	1	27	0	65	3	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	7	1	1	2	1	1	1	3	4	1	5
1	0	24	1	57	3	1	3	3	4	4	4	3	5	3	8	5	5	4	5	5	5	6	2	5	3	5	4	3	6	6	3	6
2	0	23	1	57	3	1	3	4	3	6	3	1	7	4	7	6	5	6	5	5	2	6	2	3	6	6	4	6	5	6	5	4
3	1	35	1	57	3	1	3	2	4	4	3	1	6	2	6	1	2	6	7	4	3	7	1	2	2	5	2	1	7	5	2	2
1	0	24	1	55	3	1	3	6	1	4	5	6	2	6	2	7	2	6	2	3	6	7	1	1	1	6	6	4	2	6	4	2
2	0	28	1	55	3	1	3	4	4	2	5	2	6	4	6	2	4	4	3	4	4	6	5	4	4	4	4	3	4	2	4	4
3	1	28	1	55	3	1	3	2	7	3	4	1	6	5	4	2	5	4	2	5	4	3	2	5	2	5	3	2	3	5	3	3
1	0	24	1	61	3	1	4	2	2	3	1	3	2	5	2	2	2	2	3	5	5	1	2	1	3	7	2	4	3	2	2	2
2	0	32	1	61	3	1	4	3	1	1	2	2	1	2	7	1	1	5	3	5	2	5	1	1	1	4	1	3	2	2	2	1
3	1	35	1	61	3	1	4	3	5	5	4	1	2	2	7	2	3	6	2	5	2	2	1	1	3	3	1	6	3	2	2	4

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25	
1	0	26	1	50	3	1	4	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	6	1	5	2	5	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	
2	0	27	1	50	3	1	4	4	2	5	5	4	6	6	7	2	7	7	5	6	4	7	2	2	4	7	5	5	3	6	5	2	
3	1	25	1	50	3	1	4	5	5	6	5	3	5	6	6	6	6	7	4	6	5	5	4	5	5	6	5	2	4	6	5	3	
1	0	26	0	48	3	1	4	2	5	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	6	1	1	2	4	2	4	4	4	2	4	
2	0	33	0	48	3	1	4	1	1	2	4	2	4	5	7	6	4	4	1	5	5	2	1	2	4	4	1	5	6	5	2	4	
3	1	36	0	48	3	1	4	2	5	2	5	1	6	2	5	3	3	4	3	3	2	3	2	2	5	2	2	1	2	4	2	4	
1	0	26	1	43	3	1	3	2	2	2	6	1	1	5	6	1	5	6	1	3	6	5	1	1	2	4	4	4	6	5	3	2	
2	0	29	1	43	3	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	4	2	1	1	5	1	2	6	4	2	1	7	6	2	6	
3	1	34	1	43	3	1	3	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	6	4	2	1
1	0	26	1	49	3	1	4	1	4	3	2	1	1	4	2	1	2	2	2	5	2	2	1	1	2	2	2	2	5	2	3	5	
2	0	23	1	49	3	1	4	4	5	6	5	3	5	6	5	6	4	7	3	6	6	5	2	6	6	7	4	6	6	6	5	4	
3	1	29	1	49	3	1	4	3	1	1	2	1	3	3	1	2	4	4	5	3	1	6	3	3	3	2	3	4	4	4	4	6	
1	0	24	0	59	3	1	3	3	4	2	2	3	4	3	4	5	5	5	3	2	4	6	2	4	2	6	4	4	4	6	4	5	
2	0	21	0	59	3	1	3	2	5	6	5	4	6	4	6	2	5	5	4	2	2	5	1	2	2	4	2	4	5	3	3	3	
3	1	48	0	59	3	1	3	4	3	5	4	1	4	2	6	1	5	4	4	3	4	5	3	4	3	3	3	3	3	2	3	4	
1	0	38	0	66	3	1	3	4	2	4	2	2	4	1	1	4	2	4	2	4	2	6	1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
2	0	38	0	66	3	1	3	4	2	4	3	3	4	5	6	3	3	5	4	5	5	6	2	2	4	5	4	2	5	6	4	3	
3	1	42	0	66	3	1	3	2	3	4	2	1	4	2	7	1	2	6	6	4	3	7	2	2	1	6	3	2	5	5	3	3	
1	0	26	0	51	3	1	4	2	1	2	1	6	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	
2	0	31	0	51	3	1	4	4	6	1	2	1	6	4	7	5	6	7	7	5	1	6	1	2	3	2	2	3	3	5	3	5	
3	1	35	0	51	3	1	4	4	5	4	3	2	5	3	7	2	4	5	4	5	4	5	1	2	2	3	4	2	3	2	4	4	
1	0	24	1	61	3	1	4	1	5	3	1	1	5	1	6	3	2	2	3	2	3	6	2	3	2	3	1	3	3	1	2	3	
2	0	30	1	61	3	1	4	1	7	2	1	1	4	2	7	1	4	4	7	1	2	7	1	2	1	2	1	2	1	2	1	4	2
3	1	30	1	61	3	1	4	2	6	3	2	1	2	2	7	1	2	2	2	2	1	4	1	2	1	2	1	2	3	2	2	6	
1	0	24	0	57	3	1	3	2	5	3	2	2	3	1	6	2	2	5	2	1	3	6	1	2	2	3	1	2	3	2	2	3	
2	0	35	0	57	3	1	3	2	3	2	4	1	5	3	6	3	5	6	4	4	3	5	3	3	2	5	2	3	4	5	3	3	
3	1	51	0	57	3	1	3	2	2	3	2	2	3	4	3	2	5	2	4	5	4	2	2	3	4	4	2	2	2	3	2	2	
1	0	24	1	55	3	1	3	5	2	4	3	2	4	3	6	3	3	5	4	2	4	6	4	2	2	5	3	3	5	5	5	3	
2	0	24	1	55	3	1	3	3	2	6	5	1	5	2	5	4	4	6	4	5	4	6	1	2	5	5	6	5	5	3	4	4	
3	1	27	1	55	3	1	3	4	1	5	2	1	1	2	7	5	4	5	3	4	4	5	1	1	2	3	4	1	2	4	1	1	
1	0	24	0	60	3	1	4	3	3	2	2	2	3	3	6	3	3	4	3	1	5	6	2	2	3	5	3	3	4	3	3	3	
2	0	28	0	60	3	1	4	4	7	3	4	2	6	2	6	4	4	4	6	4	4	2	1	2	1	6	4	4	6	6	2	4	
3	1	28	0	60	3	1	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	3	2	6	4	4	4	2	2	4	4	5	4	2	2	4	2	

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	26	0	61	3	1	3	2	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	0	30	0	61	3	1	3	1	2	1	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	4	6	1	3	2	2	1	2	6	4	2	6
3	1	34	0	61	3	1	3	2	2	2	1	1	5	5	3	5	2	6	2	6	1	2	1	6	3	6	1	1	2	1	1	2
1	0	26	0	49	3	1	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
2	0	30	0	49	3	1	3	2	6	3	1	1	4	2	6	2	2	6	6	4	4	3	1	4	5	6	3	2	7	2	1	6
3	1	34	0	49	3	1	3	2	5	4	2	1	5	4	7	6	6	6	5	2	1	6	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2
1	0	26	1	45	3	1	4	5	7	7	5	6	6	6	1	6	7	7	7	6	6	7	1	6	2	7	6	7	7	7	6	1
2	0	24	1	45	3	1	4	2	4	3	4	2	4	4	5	4	6	4	6	5	2	4	1	3	1	6	4	4	6	6	5	4
3	1	27	1	45	3	1	4	1	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	5	4	2	1	3	1	4	3	4	4	5	4	2	3
1	0	26	1	42	3	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3
2	0	28	1	42	3	1	3	3	5	5	6	1	6	2	7	3	5	5	6	5	4	7	1	2	5	3	3	2	3	3	5	6
3	1	36	1	42	3	1	3	2	5	4	3	1	3	4	5	3	2	5	4	3	2	7	1	1	3	4	2	3	4	4	2	5
1	0	24	1	54	3	1	3	2	3	3	2	2	5	2	6	3	3	3	4	2	4	6	2	3	3	4	2	3	3	3	3	3
2	0	29	1	54	3	1	3	4	3	6	2	2	4	2	2	4	4	6	4	1	4	7	1	2	2	4	1	1	7	1	2	2
3	1	28	1	54	3	1	3	2	3	6	2	1	7	4	1	1	7	7	4	1	4	7	1	1	2	7	3	2	7	2	2	2
1	0	26	1	43	3	1	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	0	30	1	43	3	1	3	2	7	6	6	1	3	6	6	1	7	2	2	2	5	3	1	4	7	6	2	7	6	6	1	2
3	1	31	1	43	3	1	3	4	5	6	7	1	7	2	7	6	2	7	7	7	4	7	3	4	5	7	4	3	3	6	6	2
1	0	27	0	60	4	2	4	3	6	4	4	4	6	5	4	7	6	6	6	6	4	6	1	4	5	5	5	4	2	5	4	2
2	0	25	0	60	4	2	4	4	4	7	4	2	7	6	7	7	7	7	7	5	7	5	1	5	6	6	4	4	6	4	6	7
3	1	26	0	60	4	2	4	4	1	5	3	1	5	2	7	2	6	7	6	7	2	7	1	6	6	6	4	7	5	6	6	6
1	0	28	0	42	4	2	3	2	6	3	1	1	2	1	1	2	2	4	1	1	2	7	1	1	3	4	2	1	3	1	4	2
2	0	34	0	42	4	2	3	2	6	4	2	1	4	2	6	1	1	3	4	2	2	3	1	1	1	4	2	2	6	4	2	2
3	1	34	0	42	4	2	3	2	4	3	2	2	4	3	4	5	5	3	5	2	2	2	1	2	2	3	2	3	5	2	2	2
1	0	27	1	54	4	2	3	2	5	4	5	4	5	4	6	6	6	6	6	4	4	4	1	5	2	6	5	6	4	5	6	4
2	0	31	1	54	4	2	3	4	7	4	1	1	7	4	7	4	4	4	4	1	4	7	1	1	4	4	1	3	7	3	3	7
3	1	35	1	54	4	2	3	4	6	7	1	1	7	1	7	7	7	6	6	2	1	2	1	1	1	2	1	5	5	2	1	1
1	0	27	1	53	4	2	3	2	2	3	1	1	2	4	4	3	1	3	4	1	2	4	1	2	4	4	3	4	3	3	4	2
2	0	33	1	53	4	2	3	4	3	6	2	1	6	3	7	6	6	7	6	4	3	6	2	4	3	6	4	2	5	1	4	3
3	1	38	1	53	4	2	3	1	1	4	7	1	4	1	7	1	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5
1	0	27	1	58	4	2	3	6	6	6	6	6	6	7	6	7	6	7	7	7	6	4	2	6	6	7	7	6	6	7	6	4
2	0	40	1	58	4	2	3	2	4	5	3	2	3	5	5	4	6	5	5	6	6	6	2	3	2	5	4	2	3	5	5	2
3	1	52	1	58	4	2	3	5	2	3	5	2	7	5	5	4	5	5	5	6	4	5	2	5	5	5	6	3	3	5	5	4

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Nlv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	28	0	43	4	2	3	2	6	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	6	1	1	4	2	1	1	1	1	2	3
2	0	31	0	43	4	2	3	3	2	6	4	4	2	5	6	2	2	6	4	4	5	5	5	2	6	6	4	1	3	6	5	6
3	1	37	0	43	4	2	3	3	4	4	2	1	4	3	4	1	1	4	1	6	3	4	5	3	3	6	1	2	3	3	2	5
1	0	45	1	60	5	2	3	4	4	5	5	1	4	4	6	5	6	8	6	4	6	6	2	4	4	4	4	4	6	4	4	2
2	0	30	1	60	5	2	3	4	2	4	3	1	6	1	6	2	6	6	7	6	1	6	2	5	1	6	5	2	7	2	6	2
3	1	29	1	60	5	2	3	4	3	3	6	1	5	3	4	3	6	4	5	4	3	4	2	2	1	2	3	2	5	5	3	4
1	0	45	1	42	5	2	3	7	7	6	4	2	6	3	5	4	6	4	4	4	4	6	2	4	4	4	2	2	4	4	5	4
2	0	29	1	42	5	2	3	4	6	6	4	1	5	5	7	2	4	5	6	3	3	5	3	5	6	4	3	2	6	5	6	5
3	1	40	1	42	5	2	3	3	5	2	2	3	4	2	7	2	3	4	6	4	2	4	1	2	4	4	3	2	4	6	2	5
1	0	45	1	63	5	2	4	4	6	6	4	2	6	4	6	4	4	4	4	4	4	6	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5
2	0	31	1	63	5	2	4	4	4	4	3	2	7	2	1	1	5	4	6	4	4	2	4	6	4	5	4	3	5	6	5	4
3	1	31	1	63	5	2	4	1	6	2	7	4	6	1	1	3	3	1	4	4	5	3	1	6	2	4	1	1	4	6	1	4
1	0	45	1	49	5	2	3	7	6	6	4	1	4	4	6	6	7	4	4	2	5	6	1	4	4	4	4	4	5	4	4	3
2	0	25	1	49	5	2	3	4	5	6	2	2	6	2	6	4	6	5	5	2	2	7	1	2	6	2	2	4	4	2	4	4
3	1	40	1	49	5	2	3	2	7	6	1	2	6	4	4	6	7	4	4	3	5	3	2	4	4	4	5	5	6	4	5	2
1	0	45	1	63	5	2	3	2	6	6	4	1	4	4	4	4	6	4	4	4	4	6	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2
2	0	32	1	63	5	2	3	2	6	4	2	1	5	2	4	1	5	4	6	1	4	4	1	4	7	4	2	4	7	5	4	4
3	1	31	1	63	5	2	3	2	2	6	4	1	2	2	4	3	5	6	5	2	5	6	2	1	1	2	1	4	3	3	2	4
1	0	45	1	63	5	2	3	4	4	6	4	2	6	4	7	4	6	4	5	5	4	7	2	4	4	4	4	3	4	4	5	3
2	0	31	1	63	5	2	3	5	2	4	4	4	3	6	6	4	6	6	6	6	5	7	1	4	7	6	4	4	6	6	2	2
3	1	31	1	63	5	2	3	2	4	6	4	2	1	5	6	2	3	5	2	2	5	4	1	2	5	4	1	5	5	5	4	4
1	0	45	1	42	5	2	3	6	6	6	4	1	4	4	4	4	6	4	5	4	6	7	4	4	4	4	2	3	5	6	4	2
2	0	28	1	42	5	2	3	2	6	4	2	1	2	2	5	1	2	6	3	3	2	4	1	1	2	2	2	3	2	6	4	2
3	1	31	1	42	5	2	3	2	7	2	3	1	4	1	6	1	2	6	2	5	3	2	1	2	2	4	3	3	2	2	2	2
1	0	23	0	64	6	2	3	2	6	2	1	1	6	2	4	4	2	2	1	4	2	4	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2
2	0	30	0	64	6	2	3	4	6	4	2	2	7	4	6	2	6	7	7	6	4	4	1	4	4	6	1	1	6	1	4	6
3	1	31	0	64	6	2	3	2	3	4	3	2	3	3	5	4	5	5	3	5	5	4	2	2	2	4	3	3	6	3	3	3
1	0	28	0	49	6	2	3	6	4	7	6	1	4	1	7	2	5	3	1	1	1	1	7	1	1	4	2	1	2	7	1	1
2	0	32	0	49	6	2	3	2	2	4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	8	1	1	4	4	4	4	4	4	3	5
3	1	41	0	49	6	2	3	2	2	3	2	2	6	3	5	2	2	4	2	4	4	5	2	2	3	4	2	4	4	4	5	5
1	0	23	0	55	7	2	3	4	5	5	3	3	6	3	6	2	3	6	4	2	4	6	2	4	2	4	5	4	4	5	3	5
2	0	24	0	55	7	2	3	2	4	4	3	1	5	3	4	2	2	4	5	2	4	4	1	4	3	5	2	3	4	4	4	4
3	1	27	0	55	7	2	3	1	1	1	2	1	5	1	7	3	6	6	6	1	2	7	1	1	6	5	2	2	6	1	3	4

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25	
1	0	23	0	56	7	2	4	2	4	2	1	1	3	1	6	2	2	2	4	2	2	6	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	
2	0	32	0	56	7	2	4	3	4	4	3	2	4	2	2	3	6	4	6	2	4	4	1	4	5	6	1	3	5	2	2	2	
3	1	27	0	56	7	2	4	1	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	5	2	1	2	
1	0	35	0	44	7	2	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	7	1	1	2	5	1	2	2	2	2	2	
2	0	30	0	44	7	2	3	2	5	4	3	1	6	4	5	1	4	3	2	5	3	5	2	3	4	5	3	2	6	4	3	3	
3	1	31	0	44	7	2	3	2	5	3	4	3	4	3	5	2	5	3	3	3	3	4	2	2	2	4	3	3	6	4	3	4	
1	0	35	0	42	7	2	3	4	2	2	6	2	4	5	3	2	2	5	1	2	2	6	1	1	2	4	5	2	2	6	2	1	
2	0	29	0	42	7	2	3	3	4	4	3	2	4	3	3	2	2	3	4	3	4	5	2	2	4	6	4	5	4	2	3	5	
3	1	28	0	42	7	2	3	2	2	4	2	1	4	4	5	1	5	3	5	4	4	3	5	2	3	5	4	3	3	5	2	1	
1	0	30	1	62	8	2	3	1	2	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	
2	0	36	1	62	8	2	3	2	6	5	4	1	4	4	4	4	5	5	5	5	4	2	1	5	5	3	4	2	4	5	4	2	
3	1	39	1	62	8	2	3	2	4	2	4	1	2	3	4	2	6	4	2	4	2	4	1	2	2	4	3	2	3	3	4	3	
1	0	29	0	66	8	2	3	2	7	5	4	1	5	5	4	6	6	5	4	4	4	5	4	4	2	7	4	4	4	5	2	4	
2	0	26	0	66	8	2	3	6	7	7	6	4	6	6	8	4	7	6	5	6	5	7	2	5	4	6	5	4	6	6	7	7	
3	1	31	0	66	8	2	3	4	7	6	6	2	6	2	7	4	7	7	7	7	7	6	1	6	7	7	2	2	4	4	7	6	
1	0	49	1	50	8	2	3	4	5	4	4	2	4	2	6	6	6	4	4	7	7	4	1	4	2	6	4	4	4	6	1	4	
2	0	25	1	50	8	2	3	5	4	7	4	4	6	4	6	5	6	6	6	6	4	4	2	4	4	4	4	4	6	6	4	4	
3	1	33	1	50	8	2	3	2	5	5	3	1	7	2	5	3	6	6	6	4	4	7	2	5	3	5	2	2	6	3	4	4	
1	0	24	0	57	9	2	3	4	1	4	5	1	6	1	4	7	2	7	2	4	6	4	1	1	4	4	4	2	4	3	6	2	
2	0	40	0	57	9	2	3	1	4	7	4	1	1	2	6	1	2	4	4	7	4	6	1	1	4	4	1	2	5	4	4	4	
3	1	42	0	57	9	2	3	4	1	1	1	1	4	4	1	1	4	4	4	2	4	1	1	2	6	6	6	2	6	6	6	6	
1	0	24	0	58	9	2	3	4	7	6	2	1	6	1	7	3	2	5	7	7	5	4	5	1	5	4	5	1	1	6	4	5	
2	0	28	0	58	9	2	3	1	6	4	4	1	5	1	6	4	2	7	5	4	3	3	5	5	3	5	3	2	3	6	3	3	
3	1	37	0	58	9	2	3	2	6	2	3	1	5	4	4	3	3	2	2	2	4	7	1	2	2	4	2	2	6	5	2	6	
1	0	24	0	57	9	2	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	7	1	1	6	1	1	1	1	1	4	5	
2	0	34	0	57	9	2	3	1	6	3	4	1	7	2	7	2	3	7	2	7	4	7	1	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4
3	1	34	0	57	9	2	3	4	4	4	6	1	6	3	7	4	4	6	3	5	3	2	3	4	4	5	4	4	5	4	4	5	
1	0	40	1	66	10	2	3	2	4	2	2	2	4	3	4	2	2	4	5	4	4	6	1	2	4	4	4	2	2	2	2	5	
2	0	42	1	66	10	2	3	2	3	1	2	1	6	2	4	2	2	5	6	6	3	6	2	2	4	4	4	2	2	2	3	6	
3	1	50	1	66	10	2	3	2	2	2	1	2	4	1	6	3	6	2	6	2	4	6	2	2	3	2	4	2	2	2	1	4	
1	0	40	1	66	10	2	3	4	4	2	2	2	7	3	7	4	4	5	7	4	4	2	1	2	7	2	5	5	3	3	5	4	
2	0	26	1	66	10	2	3	4	4	1	1	1	7	1	7	5	4	4	7	1	4	1	1	1	7	1	4	4	4	1	4	1	
3	1	33	1	66	10	2	3	1	6	4	1	4	7	6	7	6	4	7	7	2	4	2	1	2	7	2	4	7	3	4	6	3	

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	40	1	66	10	2	3	3	4	3	4	2	6	4	6	3	3	4	6	5	5	6	5	5	2	5	4	3	6	5	3	6
2	0	29	1	66	10	2	3	4	4	2	4	1	7	3	7	4	3	7	7	7	6	4	5	5	2	6	1	1	7	7	3	6
3	1	30	1	66	10	2	3	2	6	2	2	2	6	1	7	2	3	5	5	6	7	6	5	5	1	5	2	2	7	4	1	6
1	0	40	0	64	10	2	5	2	2	3	4	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2
2	0	26	0	64	10	2	5	4	7	1	1	1	7	6	7	1	1	7	7	7	7	2	1	7	7	1	1	2	3	7	1	7
3	1	24	0	64	10	2	5	2	7	1	1	1	1	7	1	1	6	7	6	6	1	1	1	2	2	1	1	6	6	7	2	
1	0	40	0	54	10	2	3	3	6	4	1	4	6	2	6	2	2	4	5	4	5	6	2	5	5	6	4	5	6	6	5	3
2	0	22	0	54	10	2	3	4	6	2	1	4	7	2	7	1	1	6	7	4	7	7	1	2	7	6	4	6	6	6	1	7
3	1	28	0	54	10	2	3	4	6	4	1	4	7	2	7	2	1	6	7	4	7	7	1	6	7	6	4	6	6	5	4	4
1	0	40	0	55	10	2	3	3	6	3	3	2	2	2	2	2	4	3	3	2	6	1	2	3	2	2	2	4	2	2	6	
2	0	21	0	55	10	2	3	4	3	3	2	4	3	2	1	2	4	6	4	3	6	1	1	1	2	1	1	7	1	2	7	
3	1	37	1	55	10	2	3	4	3	4	4	5	5	4	5	2	6	6	7	6	4	5	4	5	4	3	3	2	4	3	4	3
1	0	40	0	66	10	2	4	2	4	4	3	2	6	2	5	1	3	3	6	5	5	6	3	5	2	6	3	4	6	4	4	5
2	0	25	0	66	10	2	4	2	4	2	1	2	5	2	6	1	7	6	7	2	6	6	4	6	2	7	2	4	6	3	7	6
3	1	34	1	66	10	2	4	3	7	5	2	1	7	2	4	1	4	4	6	5	4	5	3	4	3	5	4	5	6	4	4	4
1	0	30	1	63	11	2	3	3	4	3	4	5	4	4	5	5	4	6	5	5	4	1	3	3	4	3	5	5	5	5	5	5
2	0	36	1	63	11	2	3	1	4	4	1	4	7	1	1	4	4	2	7	4	2	1	1	1	2	1	4	2	4	1	4	
3	1	37	1	63	11	2	3	2	1	3	4	1	6	2	4	2	5	4	6	2	1	2	1	2	2	6	1	3	6	2	3	5
1	0	30	0	63	11	2	3	4	2	4	4	5	2	2	4	5	4	5	2	4	4	5	2	1	2	3	4	4	3	4	5	4
2	0	23	0	63	11	2	3	2	4	1	3	5	3	2	5	2	6	4	2	3	3	4	1	1	3	4	1	1	7	1	2	5
3	1	28	0	63	11	2	3	1	3	1	1	1	3	1	2	2	3	2	2	2	1	6	1	1	1	1	2	2	5	1	1	3
1	0	30	0	56	11	2	3	3	4	3	5	5	5	5	5	5	6	6	4	4	4	3	2	4	4	5	4	5	4	2	6	2
2	0	23	0	56	11	2	3	3	6	4	7	1	6	4	7	3	6	7	6	4	6	1	2	4	5	5	5	2	5	6	7	4
3	1	25	0	56	11	2	3	1	3	2	1	1	6	2	6	1	4	4	5	6	4	2	2	3	2	4	2	2	6	3	4	4
1	0	30	0	58	11	2	3	3	5	4	3	5	4	5	5	5	6	5	5	4	4	3	1	4	4	5	4	5	6	6	4	4
2	0	35	0	58	11	2	3	3	4	6	7	1	4	1	7	1	6	7	7	5	4	6	1	6	1	4	1	2	7	6	4	7
3	1	34	0	58	11	2	3	3	4	5	7	1	5	1	7	4	5	7	7	4	7	5	1	2	3	5	1	1	2	1	3	1
1	0	30	0	54	11	2	3	3	3	4	2	2	2	5	4	3	3	5	5	5	4	5	1	1	5	5	5	4	1	5	4	1
2	0	36	0	54	11	2	3	4	7	4	3	6	7	6	7	1	4	6	4	6	3	2	1	5	5	6	3	4	4	6	5	3
3	1	37	0	54	11	2	3	3	6	6	2	1	6	6	6	5	4	6	6	5	6	5	1	5	4	6	2	3	7	5	4	5
1	0	30	1	60	11	2	3	2	4	4	2	3	1	4	3	4	2	5	4	4	4	5	1	3	2	4	4	4	3	4	5	3
2	0	29	1	60	11	2	3	1	3	3	4	2	4	2	3	1	2	4	5	3	4	4	1	3	4	4	3	3	5	3	3	6
3	1	28	1	60	11	2	3	1	4	2	2	1	1	4	4	1	2	6	4	4	5	4	1	2	4	6	1	1	4	5	2	7

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Nlv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25	
1	0	30	1	59	11	2	4	1	2	3	2	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	2	4	1	3	4	4	2	4	2	4	4	
2	0	28	1	59	11	2	4	4	4	3	2	1	4	1	7	4	4	7	7	2	4	7	2	2	4	4	1	4	7	2	4	4	
3	1	29	1	59	11	2	4	1	4	3	2	2	5	2	3	2	3	3	4	5	3	6	1	2	5	3	2	4	3	2	4	2	
1	0	30	1	56	11	2	3	5	6	6	4	4	6	6	6	6	6	6	7	4	4	4	4	4	6	2	2	5	6	6	5	4	2
2	0	23	1	56	11	2	3	2	4	5	7	2	6	1	7	2	4	6	7	6	2	6	4	4	4	2	1	2	7	4	4	6	
3	1	23	1	56	11	2	3	1	4	1	3	5	2	2	1	5	2	2	7	3	2	6	1	1	2	4	4	5	2	4	4	5	
1	0	30	0	64	11	2	3	3	3	5	3	3	4	2	4	6	6	6	5	4	5	3	1	2	5	6	3	7	4	5	6	2	
2	0	37	0	64	11	2	3	4	4	5	4	2	2	5	2	2	6	6	3	3	3	4	1	7	6	7	6	6	6	4	6	4	
3	1	30	0	64	11	2	3	5	7	6	3	1	7	5	5	1	5	7	7	7	4	6	1	6	4	7	6	2	7	4	7	4	
1	0	30	1	54	11	2	3	4	4	4	3	3	1	4	5	6	6	6	5	4	5	5	1	2	5	5	5	4	2	5	4	2	
2	0	23	1	54	11	2	3	4	3	4	4	5	7	4	7	3	3	3	7	5	7	7	2	6	5	6	5	5	4	6	4	4	
3	1	25	1	54	11	2	3	2	4	5	2	2	6	4	6	2	4	6	6	5	4	4	2	3	4	4	4	4	4	6	5	5	
1	0	30	0	66	11	2	3	4	2	1	3	4	1	4	6	2	2	4	1	5	4	4	1	1	3	4	3	2	4	5	5	2	
2	0	34	0	66	11	2	3	2	1	1	7	5	4	6	7	4	4	5	6	2	1	6	1	1	4	3	1	6	6	6	2	6	
3	1	30	0	66	11	2	3	1	7	1	7	1	3	4	7	5	5	6	7	2	3	7	1	1	2	7	2	2	7	7	2	6	
1	0	30	0	54	11	2	3	2	4	5	2	4	2	3	2	5	5	5	2	4	2	4	1	5	2	4	3	6	5	2	3	4	
2	0	32	0	54	11	2	3	2	4	4	1	4	4	2	7	6	4	1	4	4	4	4	1	7	6	2	1	4	6	4	1	6	
3	1	33	0	54	11	2	3	1	7	4	2	1	7	2	7	1	7	7	7	1	2	7	7	1	1	2	1	4	7	1	4	2	
1	0	30	0	62	11	2	4	2	4	3	3	4	5	3	5	5	3	4	5	2	3	5	2	4	2	3	2	4	5	3	2	3	
2	0	32	0	62	11	2	4	4	4	4	4	1	6	1	5	1	4	7	7	1	4	5	1	5	3	5	1	3	1	1	4	4	
3	1	29	0	62	11	2	4	2	4	4	3	1	7	3	7	1	4	1	1	6	1	4	1	4	4	7	4	1	7	2	7	6	
1	0	30	1	64	11	2	4	3	6	4	6	3	5	4	6	5	6	4	4	5	5	3	4	3	5	5	5	3	3	6	4	3	
2	0	27	1	64	11	2	4	4	6	6	6	1	4	5	7	5	7	7	7	6	7	6	4	6	5	3	6	3	6	6	2	4	
3	1	26	1	64	11	2	4	2	4	3	3	1	6	3	6	3	3	5	7	4	5	7	6	5	4	5	3	2	6	5	3	6	
1	0	30	1	56	11	2	3	4	3	4	3	4	5	3	5	6	5	5	5	4	5	2	1	4	6	3	4	5	5	6	5	4	
2	0	32	1	56	11	2	3	1	7	6	5	1	6	1	7	6	7	4	6	2	7	6	2	1	4	7	1	2	4	6	1	4	
3	1	41	1	56	11	2	3	1	2	6	6	1	4	1	7	4	5	4	2	4	4	2	1	4	2	6	1	1	7	6	2	6	
1	0	30	0	61	11	2	3	3	6	6	3	3	6	6	4	5	5	6	6	3	4	3	2	4	5	4	3	6	4	5	5	4	
2	0	34	0	61	11	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	4	1	3	4	5	6	3	1	4	1	1	1	6	1	1	
3	1	36	0	61	11	2	3	2	7	1	1	1	7	4	7	1	4	6	7	4	4	4	1	6	1	4	1	2	7	1	2	5	
1	0	30	0	61	11	2	3	3	3	3	2	4	2	2	4	6	6	6	2	2	4	5	2	3	2	4	3	3	2	4	5	3	
2	0	30	0	61	11	2	3	4	5	3	4	6	6	3	3	2	4	5	3	6	5	5	7	6	3	7	2	4	5	2	4	6	
3	1	32	0	61	11	2	3	4	2	1	4	1	7	4	7	2	3	7	7	7	7	7	1	4	4	7	3	2	6	7	2	7	

7.2 BASE DE DATOS GENERAL

Inf	Gén A	Edad A	Gén N	Edad N	Esc	Sec	Niv. Soc	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25
1	0	30	0	63	11	2	3	4	5	5	2	4	5	2	4	6	6	6	4	4	5	4	2	5	3	5	2	3	2	5	4	3
2	0	29	0	63	11	2	3	4	3	5	3	2	6	3	6	3	5	5	5	3	3	6	1	3	5	5	2	3	4	3	3	3
3	1	28	0	63	11	2	3	4	1	4	4	2	4	2	6	4	4	7	1	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4



ANEXO 3

7.3 BASE DE DATOS CPT

Sujeto	Género	Edad	Esc	Sec	Niv.Soc	#E°O	#E°C	#A°O	#A°C	Lat. P. H.	Lat. P. F. A.
1	1	56	11	2	3	12	31	49	8	588.87	258.25
2	1	56	11	2	3	12	1	79	8	674.22	158.27
3	1	59	11	2	4	11	11	69	9	684.72	90.75
4	1	63	11	2	3	9	4	76	11	550	159.87
5	0	64	11	2	3	10	8	72	10	617.11	0
6	0	63	11	2	3	11	0	80	9	414.22	263.28
7	1	60	11	2	3	11	50	30	9	251.16	84.77
8	0	61	11	2	3	14	13	67	6	673.66	356
9	0	54	11	2	3	11	1	79	9	774.2	24
10	0	58	11	2	3	15	1	79	5	726.53	228.5
11	1	50	1	1	4	1	2	78	19	858.82	470.2
12	1	43	1	1	3	9	5	75	11	691.93	170.33
13	0	55	1	1	3	5	3	77	15	717.21	248
14	0	59	1	1	3	6	2	78	14	696.17	464.6
15	1	61	1	1	4	2	5	75	18	783.47	166
16	0	57	1	1	3	5	1	79	15	796.71	593.44
17	0	66	1	1	4	13	16	64	7	734	703
18	1	54	1	1	3	19	1	79	1	807.93	117.67
19	0	65	1	1	4	5	3	77	15	762	458.57
20	0	48	1	1	4	8	7	73	12		