

ANALISIS DESCRIPTIVO CORRELACIONAL ENTRE LA HIPERACTIVIDAD,  
LOS PROBLEMAS DE ATENCION Y LA DEPRESION EN NIÑOS DE 7 A 11  
AÑOS DE EDAD DE COLEGIOS DE CHIA SEGÚN EL REPORTE DE SUS  
DOCENTES.

Sandra Acosta Rivera; Heidy Páez Báez

Universidad de la Sabana

## CONTENIDO

Resumen	5
Abstrae	6
Introducción	7
<i>Clasificación y rasgos clínicos</i>	<i>15</i>
<i>Prevalencia</i>	<i>17</i>
<i>Comorbilidad</i>	<i>19</i>
<i>Pregunta de investigación</i>	<i>22</i>
<i>Objetivos</i>	<i>23</i>
<i>Justificación</i>	<i>23</i>
Metodología	25
<i>Diseño</i>	<i>25</i>
<i>Participantes</i>	<i>25</i>
<i>Instrumentos</i>	<i>25</i>
Resultados y Análisis de Resultados	26
Discusión	29
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias	35
Anexos	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Edad,</i>	26
Tabla 2. <i>Genero,</i>	27
Tabla 3. <i>Variables clínicas,</i>	28
Tabla 4. <i>Variable atención,</i>	28
Tabla 5. <i>Variable aprendizaje,</i>	29
Tabla 6. <i>Variable depresión,</i>	29

## LISTA DE ANEXOS

Tabla 1. <i>Estadísticos</i> ,	36
Tabla 2. <i>Edad</i>	37
Tabla 3. <i>Género</i>	37
Tabla 4. <i>Atención</i>	38
Tabla 5. <i>Aprendizaje</i>	39
Tabla 6. <i>Depresión</i>	40
Tabla 7. <i>Hiperactividad</i>	41
Grafico 1. <i>Edad</i>	42
Grafico 2. <i>Género</i>	43
Grafico 3. <i>Atención</i>	44
Grafico 4. <i>Aprendizaje</i>	45
Grafico 5. <i>Depresión</i>	46
Grafico 6. <i>Hiperactividad</i>	47
Tablas correlación de variables.	48
Tabla 8. <i>Atención * Aprendizaje</i>	49
Tabla 9. <i>Atención * Depresión</i>	50
Tabla 10. <i>Hiperactividad * atención</i>	52
Tabla 11. <i>Aprendizaje * Depresión</i>	54
Tabla 12. <i>Aprendizaje * Hiperactividad</i>	56
Tabla 13. <i>Depresión * Hiperactividad</i>	58
Archivo pdf. Instrumento	59

### Resumen

Los niños con hiperactividad y déficit de atención tienden a presentar trastornos asociados a: la hiperactividad, el déficit de atención y la depresión, de acuerdo con el reporte de sus docentes en 245 alumnos (118 niños y 136 niñas) de los colegios de chía en edades entre los 7 a 11 años y de estrato socioeconómico bajo y medio bajo. Se empleo el BASC (Behaviorl Assesmen system for children) para docentes, y se obtuvo como resultado En cuanto a los valores de significancia clínica, el, 52,2% de la población presenta problemas relacionados con la hiperactividad seguido de aprendizaje con, 42,1% inatención con un 30.7% y depresión con 35,1%. Se encontró correlación positiva entre la variable género (niñas) y problemas de atención, así como entre edad (a mayor edad) depresión, inatención e hiperactividad y aprendizaje e hiperactividad.

Palabras claves: Déficit de atención, Hiperactividad, Depresión Aprendizaje y Docentes.

## Abstrae

The children with hiperactividad and deficit of attention spread to present dysfunctions associated to: the hiperactividad, the deficit of attention and the depression, of agreement with the report of their educational ones in 245 students (118 children and 136 girls) of the Chía schools in ages among the 7 to 11 years and of socioeconomic stratum under and half low. You uses the BASC (Behaviorl Assessmen system for children) for educational, and it was obtained as a result as for the values of clinical significancia, the, the population's 52,2% presents problem related with the hiperactividad followed by learning with, 42,1% attention with 30.7% and depression with 35,1%. AND. the correlation level among he/she found that the variable gender and attention, ace well ace among age depression, attention hiperactividad, learning hiperactividad; they plows correlated statistically significant. You concludes that as for the value of clinical significancia the values of these scales are among the normal thing, and statistically he/she is significant correlations among these variables.

Key word: Deficit of attention, Hiperactividad, Depression, Training and Educational.

Análisis descriptivo correlacional entre la hiperactividad, los problemas de atención y la depresión en niños de 7 a 11 años de edad de colegios de chía según el reporte de sus docentes

Los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia constituyen un campo de vital importancia para los estudiosos del comportamiento humano. Históricamente ha estado en desventaja sobre las investigaciones realizadas en la edad adulta y en estos momentos la psicología científica está realizando un gran esfuerzo por alcanzar, al menos, los mismos niveles de conocimiento (Caballo, 2002).

Entre los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia tenemos los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, que son en particular un problema serio para los jóvenes y niños que lo padecen; porque conlleva a dificultades de inatención, excesiva actividad e impulsividad, y problemas académicos y de relaciones sociales con sus pares y familiares.

El trastorno por hiperactividad con déficit atencional, o más brevemente el trastorno hiperactivo, es una etiqueta diagnóstica que identifica a niños que presentan problemas atencionales, de impulsividad, de autocontrol y de sobreactividad motora. Se trata de una población heterogénea, con grandes diferencias en su sintomatología y en el tipo de ambiente que la desencadena que, además, se asocia frecuentemente con otros trastornos comportamentales.

En todos los manuales al uso, tanto actuales, como los más clásicos, la definición de la hiperactividad se articula a través de tres conceptos claves: inatención, impulsividad y sobreactividad (Whalen, 1989; Wicks e Israel, 1997 citado por Servera, Bornas, & Moreno, 2001.).

Como primer vértice la atención puede entenderse como el "proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica" (López Soler y García, 1997, citado por Servera, Bornas, & Moreno, 2001. p. 28)

La implicación, pues, de distintos mecanismos dentro de este proceso sugiere ya que la inatención tendrá un carácter multidimensional. Así, bajo la etiqueta de dificultades atencionales se encuentran; la distracción sobre tareas de rendimiento, percepciones del profesor sobre la desconcentración del niño, la pérdida de atención selectiva (tareas de focalización), de atención dividida (tareas de capacidad) y de atención sostenida (tareas de vigilancia).

Otros de los conceptos importantes que se articulan en el concepto de hiperactividad es el de impulsividad, el cual esta en clara interrelación con los problemas atencionales, es el segundo vértice de la conceptualización de la hiperactividad. Podríamos definirla como el déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Milich y Kramer, 1985, citado por Servera, Bornas, & Moreno, 2001). En términos genéricos la cuestión clave está en distinguir o unificar una "impulsividad social" de una "impulsividad cognoscitiva". La primera, al menos por lo que respecta al ámbito de la hiperactividad, se vería reflejada en conductas tales como incapacidad del niño para esperar su turno en situaciones académicas o de juego, toma de riesgos innecesarios que le lleva a padecer caídas y lesiones en mayor número, poca tolerancia a la frustración lo que provoca conductas ansiosas y destructivas, incapacidad para trabajar en tareas donde los reforzadores aparecen lejanos y dificultades para seguir instrucciones o mantener la adherencia a las mismas en ausencia del estímulo que las genera (Servera, Bornas, & Moreno, I 2001.).

La impulsividad "cognoscitiva" ha recibido la máxima atención con el desarrollo del estilo cognoscitivo "reflexividad-impulsividad" (R-I) Bornas y Servera (1996); Palacios (1992; Quiroga y Forteza (1988) que a pesar de sus múltiples controversias metodológicas, desde hace más de treinta años es una de las variables más claramente relacionadas con los problemas de rendimiento escolar. En este caso, el niño impulsivo es aquel que tiene tendencia a responder más rápidamente cometiendo un mayor número de errores sobre tareas que impliquen incertidumbre de respuesta, es decir, cuando la respuesta acertada a un problema deriva de la exploración cuidadosa de diversas alternativas. La evaluación de la R-I se ha realizado mayoritariamente a través del test de emparejamiento de figuras familiares (MFF), una prueba sencilla en la que el sujeto busca entre seis dibujos el que es igual al modelo. Sin embargo, la incertidumbre de respuesta se halla presente en tareas más complejas, y aún más en el ámbito escolar, de ahí que poseer una actitud reflexiva en general resulta mucho más adaptativo. La impulsividad correlaciona fundamentalmente con dificultades de aprendizaje y problemas de rendimiento, pero en mucho menor grado con aspectos de comportamiento social (Milich y Kramer, 1985; Servera, 1992 citados por Servera, Bornas, & Moreno, 2001.),

Por último la sobreactividad podríamos definirla como la presencia de niveles excesivos para la edad del niño de actividad motora o verbal. En general, los niños que no pueden controlar su respuesta son niños que hablan continuamente, que casi siempre mantienen una parte de su cuerpo en movimiento, que no pueden estar mucho tiempo sentados, hacen ruidos extraños con la boca, saltan o realizan movimientos corporales en situaciones inapropiadas, etc. En algunas ocasiones se ha centrado en conductas de andar y realizar movimientos de los pies, Barkley & Ullman (1975), mientras en otras se

señalan movimientos relacionados con las manos y el cuerpo como los más relevantes (Luk, 1985). De todos modos, tampoco está claro que los niveles de actividad distingan perfectamente la hiperactividad de otros trastornos infantiles. Fireston y Martin (1979); Sandberg, Rutter y Taylor (1978), reportaron que los niños hiperactivos no siempre se muestran más activos que los normales (Routh, 1978). La sobreactividad motora, excepto en casos graves donde suele darse algún tipo de alteración neurológica, se desencadena en determinadas situaciones o tareas que requieren atención y esfuerzo, siendo más una consecuencia y no causa de los problemas "cognoscitivos" de los niños hiperactivos. (Servera, Bornas, & Moreno, 2001.)

En conclusión y con base en lo anterior se adopta la definición de Barkley (1990) citado por Servera, Bornas, & Moreno, 2001. Sobre que es la hiperactividad:

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficits en las "conductas gobernadas por reglas" y a un determinado patrón de rendimiento" (p. 47).

Por otra parte, los problemas asociados con la hiperactividad normalmente se concentran en estas áreas: trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje y déficits cognitivos, trastornos emocionales con baja autoestima y problemas de relación social.

Safer y Allen (1976) citado por Servera, Bornas, & Moreno, 2001. Ya informaron que el 80% de niños hiperactivos presentaban problemas de conducta y viceversa. En

estudios clínicos controlados se ha observado que el 65% de niños hiperactivos presentan problemas de resistencia, conducta desafiante, rechazo a las órdenes, rabietas, agresividad verbal, etc. (Loney y Milich, 1982; Whalen, 1989). Los trabajos del grupo de Barkley (1990, p. 83-84) citado por Servera, Bornas & Moreno (2001.) señalaron que en muestras clínicas de hiperactividad el 40% de niños presentaba negativismo y trastornos de conducta según el DSM-IV-R. En muestras de adolescentes los porcentajes se situaban entre el 50-60% y el tipo de conducta alterada incluía mentiras, robos, absentismo escolar y en menor grado agresividad física.

Por ejemplo niños con TDA (Trastornos con Déficit Atencional) medicados cuentan de sus dificultades para regular la atención, la actividad y la impulsividad, y el fracaso que este déficit lleva dentro de la familia, grupo de pares y escuela, a lo cual se le suman que también pueden desarrollar problemas de autoestima y depresión. Para dos terceras partes de los casos de TDA, los problema de inatención, impulsividad e hiperactividad, en la adolescencia tardía, persisten aun en la adultez y aproximadamente una tercera parte desarrolla problemas del comportamiento anti-social, inclusive en adolescentes desordenes conductuales y abuso de sustancias, aunque para muchos de estos subgrupos estos problemas persisten en la adultez, llevando a la criminalidad, problemas laborales, tentativas de suicidio, las cuales ocurren en una minoría de casos. (Carr, 2006).

En cuanto al campo escolar, los niños hiperactivos tienden a presentar peores puntuaciones en los tests de inteligencia y en las tareas de rendimiento. Por ejemplo, los datos señalan que el rendimiento de estos niños sobre tests de inteligencia acostumbra a ser entre siete y quince puntos inferior a grupos control (chicos normales o incluso hermanos) (Anastopoulos y Barkley, 1992; Fischer, Barkley, Edelbrock y Smalish, 1990

citado por Carr, 2006). De todos modos, han aparecido dudas si estas diferencias cabe atribuir las a "inteligencia pura" o derivarían de la sintomatología atencional/impulsiva propia de estos niños, aunque es cierto que cuando se ha ejercido algún control sobre estas variables, (por ejemplo Barkley, DuPaul y McMurray 1990 citado por Carr, 2006), las puntuaciones de las muestras de sujetos con hiperactividad se han situado en los márgenes anteriormente mencionados. Ello viene a significar que la mayoría de niños hiperactivos presentará cocientes intelectuales ligeramente por debajo de la normalidad, sin descartar que muchos puedan estar entre los límites de la normalidad y otros pocos cerca de la deficiencia media. (Servera, Bornas, & Moreno, 2001 citado por Carr, 2006).

Los problemas de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje son una de las características más claramente asociadas a la hiperactividad (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Pennington, Groiser & Welch, 1993). Los problemas de rendimiento académico pueden proceder tanto de las evaluaciones de sus maestros como de pruebas de rendimiento estandarizadas. En este último caso las puntuaciones de los niños hiperactivos acostumbran a estar 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media. Prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje etc., pero la problemática se extiende a las habilidades de aprendizaje en general. Los niños hiperactivos organizan peor su material de estudio y adolecen de estrategias de aprendizaje complejas, Hamlett, Pelegrini & Connors (1987) utilizan estrategias de memorización muy pobres (Voelker, Carter, Sprague y Gdowski (1989) e incluso cuando disponen de estrategias ejecutivas son incapaces de mantenerlas activas durante los periodos de tiempo necesarios (Zentall, 1985). De todos modos, hay que

señalar que una característica muy importante de este rendimiento es que es muy variable. (Servera, Bornas & Moreno, 2001 citado por Carr, 2006).

En cuanto a la presencia de déficits cognoscitivos la mayoría de los trabajos se han centrado en los procesos implicados en la resolución de problemas: desde la identificación de las demandas, pasando por la generación de alternativas de solución y especialmente en la evaluación de consecuencias y la planificación de la acción. Meichenbaum (1985) centra el déficit de los niños hiperactivos en los procesos de autorregulación ejercidos por el habla: existe una incapacidad para controlar aspectos emocionales que entorpecen el rendimiento y a la vez no se generan las autoinstrucciones adecuadas para inhibir conductas y controlar la acción. Además, las características comportamentales de estos niños impiden el desarrollo de dos procesos básicos: la automatización de tareas (parece como si siempre empezaran de "nuevo") y los esquemas cognoscitivos, es decir, formas de procesar la información basadas en la reflexión, la adopción de estrategias adaptativas, entre otros. (Douglas y Peters, 1979 citado por Servera, Bornas & Moreno, 2001 citado por Carr, 2006).

Por último, también hay que señalar que los niños hiperactivos suelen presentar trastornos emocionales. Entre el 30-40% de niños hiperactivos presentan cambios de estado de ánimo, síntomas de ansiedad, somatizaciones y sobre todo baja autoestima (Bohline, 1985; Breen y Barkley, 1983; Szatmari, Offord y Boyle, 1989a, 1989b citado por Carr, 2006). Por otra parte, es muy habitual que estos niños también tengan problemas de relaciones sociales con sus compañeros de aula (Pelham y Bender, 1982 citado por Carr, 2006) y un locus de control externo (Linn y Hodge, 1982 citado por Carr, 2006). (Servera, Bornas, & Moreno, 2001. citado por Carr. 2006).

Uno de estos trastornos emocionales es la depresión como trastorno de estado de ánimo según un informe de la (Organización Mundial de la Salud - OMS 2003 citado por Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martinez, Trujillo, Quiceno. 2006) aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupará el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003; Gómez, Álviz y Sepúlveda, 2003 citado por Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martinez, Trujillo, Quiceno. 2006). Por otro lado, (Riso, 1992 citado por Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martinez, Trujillo, Quiceno. 2006) plantea que la baja autoestima, cambios de sueño, aislamiento social, cambios del apetito y del peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida son sus síntomas fundamentales. Hoy existe una pluralidad de instrumentos para la evaluación de la depresión infantil. Entre los muchos instrumentos existentes se destaca el CDI (Childrens Depresión Inventory) por su difusión y uso en distintos países (Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martinez, Trujillo, Quiceno. 2006).

Esta controversia sobre si la hiperactividad es un constructo con entidad propia o si, en realidad, se trata de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas, ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comórbidos, con independencia sindrómica (Hinshaw, 1987; Kaliaperumal, Khalilian y Channabasavanna, 1994 citado por Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martinez, Trujillo, Quiceno. 2006), considerando que son las propias características del TDAH las que incrementan la posibilidad de padecer otras alteraciones en el área de la salud mental. Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una

evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja (Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon, 1996; Michanie, 2000; Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996 citado por López, Serrano y Sánchez, 2004).

El TDAH puede manifestar problemas de diagnóstico diferencial con la ansiedad o la depresión. En el caso de la ansiedad es posible la presencia de inatención e inquietud, pero la clínica está asociada a preocupaciones o temores y no a un trastorno que tiene su comienzo antes de los siete años y manifiesta una relativa cronicidad o persistencia. Paralelamente, la depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, por contraposición al TDAH. En resumen, la sintomatología de los TI (Trastornos internalizantes) suele tener un inicio posterior a los siete años, es más episódica que la del TDAH. Los niños con TDAH tienen una proporción mayor de síntomas de ansiedad y depresión que los niños normales o con dificultades de aprendizaje (Biederman, Faraone, Mick et al., 1996; Jensen, Shervette, Xenakis y Richters, 1993 citado por López, Serrano y Sánchez), 2004. Y su comorbilidad con TI oscila entre un 12% y un 41% de los casos (Biederman, Faraone, Milberger et al., 1996; Jensen et al., 1993; Pfiffner et al., 1999 citado por López, Serrano y Sánchez, 2004).

#### *Clasificación y rasgos clínicos*

En cuanto a la clasificación y sus rasgos clínicos en el DSM-IV-TR (APA, 2000<sup>a</sup>), ICD 10 (WHO, 1992, 1996) y ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2000, 2001) se encuentran los criterios diagnósticos para el TDAH. Por ejemplo en el DSM-IV-TR, el trastorno con déficit de atención con hiperactividad, presentan los siguientes criterios:

seis o más de los siguientes síntomas de inatención han persistido durante por lo menos 6 meses. Inatención (a) a menudo no prestan atención acerca de detalles o formas, cometen errores y son descuidados en los trabajos escolares; (b) tienen dificultades en tareas que impliquen sostenimiento de la atención; (c) a menudo no parecen escuchar cuando le hablan directamente; (d) a menudo no siguen instrucciones y no finalizan sus trabajos escolares; (e) presentan dificultades en organizar las tareas y actividades; (f) evitan o no les gusta tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; (g) a menudo pierden cosas necesarias para desarrollar las tareas o actividades; (h) se distraen con facilidad por estímulos extraños; (i) a menudo olvidan las actividades diarias.

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido los últimos seis meses. Los rasgos importantes son disminución de la atención y excesiva actividad, estos dos rasgos son necesarios para el diagnóstico y deben evidenciarse en más de una situación (casa o escuela). La disminución de la atención se hace evidente en abruptas finalizaciones de las tareas y seguimientos de actividades, el niño cambia con frecuencia de una actividad a otra, aparentemente pierde el interés en una tarea porque ellos se desvían en otra actividad.

La excesiva actividad implica inquietud excesiva sobre todo en situaciones que requieren relativa calma, en muchas ocasiones dependiendo de la situación en la que el niño puede correr o saltar alrededor de un asiento, cuando se suponía que él o ella deberían permanecer sentados. El estándar para un diagnóstico debe ser que la actividad es excesiva en un contexto o situación y con la comparación con otros niños de su misma edad y coeficiente. Estos rasgos del comportamiento son evidentes en la estructura, organización de situaciones que requiere un alto grado de autocontrol. Los rasgos clínicos del TDAH en la parte cognitiva, afecta el comportamiento, la salud

mental y el ajuste interpersonal. Con respecto a la cognición su spam atencional es corto, distractibilidad y una incapacidad para prever las consecuencias de sus acciones. Otro importante déficit cognitivo incluye pobre tiempo de estimulación, pobre habilidades de planeación, demora en la internalización del discurso y el idioma, déficit de memoria y pobre desempeño escolar. Hay una pobre internalización de las reglas de conducta social y en algunos casos se puede presentar una baja autoestima. Con respecto a la afectividad, se puede presentar excitabilidad asociada con falta de control de impulsos, en cuanto al estado emocional dominante; mal humor, depresión asociada con baja autoestima en algunos casos. También enojo asociada con baja tolerancia a la frustración esto puede ser un rasgo clínico significativo. Con el TDAH es alta la proporción de comorbilidad, con: agresividad, conducta anti-social, conductas de riesgo y comportamiento inadaptables asociados con inatención. (Carr, 2006).

### *Prevalencia*

En los estados unidos, se estima que el TDAH ocurre en aproximadamente el 3-7% de la población infantil y aproximadamente en el 2-5% de la población adulta. Entre los niños la proporción por género es aproximadamente de 3:1, siendo los varones más propensos que las niñas a tener el desorden. Entre adultos, la proporción por género se reduce a 2:1 o menos. Se ha encontrado que el desorden existe virtualmente en todos los lugares en los que ha sido investigado, incluyendo América del norte, América del sur, puerto rico, Gran Bretaña etc. es más probable encontrar el desorden en familias en donde otros tienen el desorden o en donde la depresión es más común. También es más probable que ocurra en aquellos con problemas de conducta y delincuencia, desordenes de tic o síndromes de Tourette o problemas de aprendizaje. (Barkley, Murphy Bauermeister. 1998)

Según Pérez, Olvera, León, García, Aguilar, Cruz, Reynaga; en el resumen de las características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) fue realizado dentro del primer Consenso Latinoamericano de TDAH celebrado en la Ciudad de México en el 2007. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, y en Latinoamérica, se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas.

La prevalencia estimada fue de 5.29% (IC95% 5.01–5.56), estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa ( $P < 0.001$ ) entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas. No existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos.<sup>3</sup> Se caracteriza por la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad que impactan en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar así como en los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente. (Pérez, Olvera, León, García, Aguilar, Cruz, Reynaga. 2007)

Debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables. En el DSM IV-TR (Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, de la Academia Americana de Psiquiatría), se sugiere una prevalencia del 3-5%. Sin embargo, estas cifras varían enormemente en función de la población estudiada, el método de estudio realizado y los criterios requeridos. En fechas recientes se ha llegado a proponer una prevalencia del 17,1%. (Artigas; Pallarés, 2003)

Por otro lado Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez, Miranda y Cols (1999) utilizaron una lista de chequeo de los síntomas del TDA, según el criterio A del DSM-IV: aplicaron a padres de niños y adolescentes entre 4 y 17 años en la ciudad de Manizales, encontraron una prevalencia de TDA del 16,1%. (Citado por Artigas; Pallarés, 2003)

### *Comorbilidad*

Existe una serie de características que suelen acompañar en mayor o menor número y con carácter más o menos severo a los tres criterios diagnósticos del TDAH. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es, junto con la dislexia, la causa más importante de fracaso escolar.

En un estudio realizado en Suecia por el grupo de Gillberg, se ponía en evidencia que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos. Las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y el trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC). (Citado por Artigas; Pallarés, 2003)

Las comorbilidades en el TDAH son más la regla que la excepción, hasta dos terceras partes de los pacientes con TDAH presentan otro trastorno comórbido. En la literatura científica internacional se ha reportado al TND (trastorno negativista desafiante) como enfermedad comórbida más frecuentemente asociada al TDAH, en los estudios latinoamericanos también se considera que los TD (trastorno disociales) son muy frecuentes. (Pérez, Olvera, León, García, Aguilar, Cruz, Reynaga. 2007)

La comorbilidad con trastorno bipolar; se considera importante por la sobreposición de los síntomas con los del TDAH, sobre todo en el grupo de niños de corta edad (preescolares), su tratamiento se establece con antipsicóticos atípicos o el uso de estabilizadores del ánimo. Los trastornos del aprendizaje son otra comorbilidad frecuente, en especial los problemas de lecto-escritura que dificultan aún más el rendimiento académico; así como los trastornos de ansiedad, los cuales pueden compartir muchos de los síntomas y su tratamiento es indispensable. (Pérez, Olvera, León, García, Aguilar, Cruz, Reynaga. 2007)

Se debe insistir en considerar y jerarquizar las comorbilidades, para atender adecuadamente las enfermedades, reconociendo que en ocasiones como en los trastornos de aprendizaje, debe primero atenderse el TDAH y después valorar la evolución del problema de aprendizaje. Las comorbilidades alteran la calidad de vida del paciente y de la familia, agravan la evolución, hacen más complejo el tratamiento y su adherencia al mismo ya sea farmacológico, conductual, social o familiar. (Pérez, Olvera, León, García, Aguilar, Cruz, Reynaga. 2007)

En otro estudio realizado por: López, Serrano y Sánchez (2004) sobre; el perfil comórbido del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y trastornos depresivos y/o de ansiedad (TI), explorando el modelo que predice esta asociación psicopatológica. Se analizó una muestra de 90 casos con TDAH (6-16 años) y mediante investigación diferencial se compara la agrupación TDAH+TI con la ausencia de esta comorbilidad. Se consideraron las variables perfil intelectual, resultados académicos, dimensión relacional y antecedentes psiquiátricos. Se utilizan estadísticos descriptivos y exploratorios, implementando un procedimiento de regresión logística.

Los resultados reflejan que los casos de TDAH presentan alteración en dimensiones académicas, relacionales, familiares y clínicas. La agrupación TDAH+TI está conformada por 45 casos que representan el 50% de la muestra total de TDAH, con mayor incidencia en el sexo masculino (TDAH+TI= 76% / TDAH sin TI= 88%), La distribución de los TI es de 45% en ansiedad generalizada, 18% ansiedad de separación, 15% fobia simple, 10% fobia social 5% trastorno obsesivo-compulsivo, 3% depresión mayor y 3% trastorno distímico. No se aprecia un perfil diferencial entre TDAH+TI y TDAH sin TI. (López, Serrano y Sánchez 2004)

En otro estudio realizado en la ciudad de Medellín; pineda, Kamphous, Mora, Restrepo, Puerta, Palacio y Cols. (1999). Usaron un cuestionario multidimensional de la conducta el cual fue aplicado a padres de niños de 6 a 11 años de edad y encontraron una prevalencia del TDA del 18%, en los niños de 6 a 11 años, un 8,6% tendrían riesgo de TDA de tipo combinado y un 10,6% tendrían puntuaciones sospechosas de descontrol temperamental, en las niñas la prevalencia del TDA fue del 9.4%: adicionalmente un 1.9% de la muestra obtuvo puntuaciones sospechosas de TDA combinado con comorbilidad múltiple. Además de dificultades a nivel cognitivo, en el lenguaje, en el funcionamiento adaptativo, en el desarrollo motor en el aspecto emocional, en el rendimiento académico. (Citado por Moreno y Martínez. 2006)

En cuanto a los problemas de aprendizaje Wicks y Israel (1997) definen el trastorno específico de aprendizaje como una alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o el uso del lenguaje sea oral o escrito que puede manifestarse en una capacidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir con corrección o hacer cálculos matemáticos. . (Citado por Moreno y Martínez. 2006)

Servera, Bornas y Moreno (2001) y Wicks e Israel (1997) reportan que una de las problemáticas más comunes con la cual se observa comorbilidad del TDA, son las conductas externalizantes, se estima que entre el 20 y 30% lo presenta y que estos porcentajes aumentan diez puntos al llegar a la adolescencia. . (Citado por Moreno y Martínez. 2006)

En conclusión se puede decir que es muy frecuente la prevalencia del TDA-H en niños de edad escolar, principalmente de sexo masculino, lo cual comúnmente se asocia con problemas de conducta que van a tener un impacto en el específicamente en el ambiente familiar y escolar, así como en la autoestima. . (Moreno y Martínez. 2006)

Los estudios realizados recientemente en Colombia informan de una prevalencia mucho mayor, que afecta al 16% de esta población; esta discrepancia se ha explicado como resultado de varios factores, entre los que se cuentan el uso de criterios más o menos restrictivos en el establecimiento del diagnóstico. Otros autores consideran que la alta prevalencia informada en estos estudios obedece a la existencia de factores de riesgo psicosocial del entorno poblacional del que se extraen las muestras; sin embargo, los resultados informados en Colombia concuerdan con un reciente estudio longitudinal realizado en Rochester , con una incidencia acumulada a los 19 años para todas las formas posibles de TDAH del 16,0% (14,717,3%); sólo el 7,4% recibe un diagnóstico de confirmación mediante una entrevista psiquiátrica estructurada, y sólo el 6,6% de los afectados recibe tratamiento, lo que puede indicar que parece haber un subregistro en el diagnóstico en países desarrollados. (Bará Jiménez, Vicuña, Pineda & Henao. 2005)

#### *Pregunta de investigación*

¿Se encuentra relación entre los niveles de atención, la hiperactividad, la depresión en niños entre 7 a 11 años de edad de acuerdo con el reporte de sus docentes.

## *Objetivos*

### *Objetivo general*

Determinar la relación entre los niveles de atención, la hiperactividad y la depresión en niños entre los 7 y 11 años de edad de acuerdo con el reporte de sus maestros

### *Objetivos específicos.*

Describir los niveles de hiperactividad en niños de 7 a 11 años de edad.

Describir los niveles de depresión en niños de 7 y 11 años de edad.

Describir los niveles de atención en niños de 7 y 11 años de edad.

Describir los niveles de dificultades en el aprendizaje en niños de 7 y 11 años de edad.

Establecer el grado de relación que se puede obtener de acuerdo a: edad, género, nivel de atención, hiperactividad y depresión.

## *Justificación*

Un número cada vez mayor de niños y niñas presentan problemas de atención y problemas asociados a estos como la hiperactividad y la depresión que han perturbado gravemente sus actividades en la escuela, en sus relaciones familiares y sociales.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, y en Latinoamérica, se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas. Los estudios realizados recientemente. En el DSM IV-TR (Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, de la Academia Americana de Psiquiatría), se sugiere una prevalencia del 3-5%. Sin embargo, estas cifras varían enormemente en función de la población estudiada,

el método de estudio realizado y los criterios requeridos. En Colombia informan de una prevalencia mucho mayor, que afecta al 16% de esta población.

Por eso es importante la realización de este trabajo de investigación ya que a corto plazo y largo plazo nos brinda un medio de reflexión, creación de conocimiento, investigación, de búsqueda de información que ofrezcan nuevas herramientas en la comprensión de esta problemática que aborda a toda una sociedad. Este aporte de conocimiento en torno a esta temáticas, es de vital importancia en nuestro desarrollo profesional, ya que el describir los problemas más frecuentes en la conducta del niño que se presentan en la convivencia de su diario vivir (casa, escuela) y la percepción que tiene los cuidadores ya sean padres, tutores, profesores sobre las conductas que presentan estos, en cuanto a niveles de atención e hiperactividad y otros problemas conductuales asociados como: ansiedad, depresión, conductas antisociales etc., los datos obtenidos de estas fuentes de información son de vital importancia. Ya que de la adquisición de los aportes que ellos nos ofrezcan se podrá realizar propuestas de intervención que ayuden a la solución de los diferentes problemas que se presentan en las aulas de clase y en contextos familiares.

A mediano plazo la realización de este trabajo investigativo nos brinda la oportunidad de desarrollar nuestras aptitudes investigativas para la realización de artículos científicos que brinden aportes de conocimientos en torno a la hiperactividad, niveles de atención y depresión de 7 a 11 años de edad, también nos brinda la oportunidad de la obtención del título de especialización en psicología clínica de la niñez y la adolescencia.

Este trabajo de investigación se realizara mediante una metodología de tipo descriptiva correlacional; se describirán las percepciones de los padres y maestros

respecto a los niveles de atención e hiperactividad que presentan los niños de edades que comprende entre los 7 a 11 años.

## Metodología

### *Diseño*

Diseño de tipo descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal

### *Participantes*

Se trabajo con un grupo de 254 escolares, 118 niños y 136 niñas, con edades comprendidas entre 7 y 11 años. Sus respectivos padres, trabajadores del campo y operarios y 14 docentes profesionales con experiencia promedio de 6 años en el trabajo con niños de escuela elemental. Los participantes fueron seleccionados de manera intencional y una vez conocieron el objetivo de la investigación dieron su consentimiento informado para participar.

### *Instrumentos*

El sistema multidimensional de evaluación del comportamiento de los niños y los adolescentes. (BASC) desarrollada por Reynolds y Kamphaus (1992). Esta escala permite determinar perfiles de la conducta, en los diversos trastornos psicológicos definidos por el DSM IV. Entre ellas problemas de comportamiento y trastornos emocionales el evaluador elige la alternativa que mejor describe el comportamiento del niño en términos de su frecuencia (nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre) y sobre esta base se obtiene un puntaje que muestra normalidad, riesgo, alto y clínicamente significativo. Igualmente permite identificar atributos positivos que pueden ser capitalizados en el proceso de tratamiento. Consta de tres cuestionarios, uno para padres, otro para docentes y uno de autoevaluación para niños mayores de 8 años. Esta prueba fue estandarizada en Medellín, Colombia, por el grupo de neuropsicología y

conducta de la universidad de San Buenaventura; el grupo de neurociencia de la universidad de Antioquia, el instituto neurológico de Antioquia y la universidad de Georgia (Kamphaus, Jiménez, Pineda, Rowe, Fleckenstein, Restrepo, Puerta, Jiménez, Mora, Sánchez, García y Palacios. 2000)

Se realizó un análisis estadístico con el paquete estadístico SPSS versión 15.0, obteniéndose: *La Media, Desviación Y Percentiles*, el análisis de correlación es a través del estadístico chi cuadrado para las variables género y edad, y prueba de hipótesis en las variables en que se encontró relación con Spearman.

### *Resultados y Análisis de Resultados*

Según el análisis descriptivo correlacional entre la hiperactividad, los problemas de atención y la depresión en niños de 7 a 11 años de edad de colegios de Chía según el reporte de sus docentes. Se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1.

#### *Edad*

Edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
			acumulado
6	40	15,7	15,7
7	41	16,1	31,9
8	40	15,7	47,6
9	53	20,9	68,5
10	56	22,0	90,6
11	24	9,4	100,0
Total	254	100,0	

Fuente: Las Autoras

En la Tabla 1. Edad: se presenta la variable socialdemográfica edad; en ella se puede observar que la variable edad esta comprendidas entre los 9 y 10 años, se encuentra el mayor porcentaje 20,9% y 22,0% respectivamente, siendo el grupo de 9 años el más representativo.

Tabla 2.

*Genero*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	118	46,5	46,5	46,5
Masculino	136	53,5	53,5	100,0
Total	254	100,0	100,0	

Fuente: Las Autoras

En cuanto a la Tabla 2 Género se puede observar que el 53,5% de la muestra fueron niños, frente a un 46,5% de niñas. En cuanto al aprendizaje presentando mayor dificultad en los niños. Encontrando una muestra homogénea.

Tabla 3.

*Variables clínicas*

Variable	% riesgo	% clínico	%normal
Atención	31,4	20	69,8%.
Aprendizaje	19,7	19,8	60,4%
Depresión	11	48,1	41%
Hiperactividad	20,9	35,2	44%

Fuente: Las Autoras

En la tabla 3 Las variables clínicas atención, no muestran un comportamiento clínicamente significativo el 20% de esta población presenta problemas relacionados con déficit en atención. El 31,4 no se encuentra en riesgo en cuanto la variable atención. La variable aprendizaje no muestra un comportamiento clínicamente significativo con un porcentaje de 19,8%.

La variable depresión no muestra un comportamiento clínicamente significativo con un porcentaje de 48,1 por ciento. La variable hiperactividad no muestra un comportamiento clínicamente significativo con un porcentaje de 35, 2 por ciento. En general las variables mencionadas se encuentran dentro de un rango de normal, no muestran una significación clínicamente.

Tabla 4

*Variable atención*

Variabes	Correlación de Spearman	Sig. aproximada
Aprendizaje	,659	,041
Depresión	,388	000

Hiperactividad	,592	,000
----------------	------	------

Fuente: Las Autoras

En cuanto a la variable atención se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad y depresión. Clínicamente se encontró relación con el aprendizaje.

Tabla.5.

*Variable aprendizaje*

Variabes	Correlación de Spearman	Sig. aproximada
Depresión	,416	,000
Hiperactividad	,449	,000

Fuente: Las Autoras

En cuanto al variable aprendizaje se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad, clínicamente se encontró relación con la depresión.

Tabla 6

*Variable depresión*

Variable	Correlación de Spearman	Sig. aproximada
Hiperactividad	388	000

En cuanto a la variable depresión se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad y clínicamente entre estas dos variables.

### *Discusión*

El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre los niveles de atención, la hiperactividad y la depresión en niños entre los 7 y 11 años de edad de

acuerdo con el reporte de sus maestros y analizada la información contenida en la base de datos, se obtuvo lo siguiente:

Las variables clínicas atención, no muestran un comportamiento clínicamente significativo el 20% de esta población presenta problemas relacionados con déficit en atención. El 31,4 no se encuentra en riesgo en cuanto la variable atención. La variable aprendizaje no muestra un comportamiento clínicamente significativo con un porcentaje de 19,8%.

Según Castroviejo (2008). La expresión de dichos trastornos tiene relación con la edad y el sexo de los pacientes, estas las alteraciones clínicas en la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, hay que enfatizar en la diferente expresión que tiene el cuadro en cada edad.

En nuestra investigación se pudo visualizar que la presencia de dichas variables se encontró en las edad entre los 9 y 10 años, se encuentra un mayor porcentaje 20,9% y 22,0%, respectivamente siendo el grupo de 9 años el más representativo. De igual forma se presenta más presencia de déficit de atención, hiperactividad en niños (53,5%), que en las niñas (46,5%).

En otra investigación realizada por Moreno y Martínez (2006). Encontraron una mayor presencia del TDAH en niños que en niñas; el 16 de los 18 niños diagnosticados con el trastorno eran niños y solo 2 eran niñas.

En cuanto a la variable atención se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad. Clínicamente se encontró relación con el aprendizaje.

En relación con los problemas académicos, los estudios empíricos, utilizando el DSM IV-R, se ha encontrado que los niños con deficiencias atencionales muestran más problemas en la lectura comparados a los niños normales En un estudio llevado a cabo

por Carlson et al, se encontró que en tareas de lectura y deletreo la ejecución de los niños con un TDAH con hiperactividad (TDAH/+H) y un TDASH sin hiperactividad (TDAH/H) era considerablemente peor que la del grupo control. Es más, Berkeley et al, que compararon un grupo de niños con un TDAH/+H, niños con TDAH/H, otro grupo con dificultades en el aprendizaje y un grupo de niños control, hallaron que los tres grupos clínicos tenían una ejecución peor en las tareas de lectura y deletreo que el grupo control, pero no diferían entre ellos. (Roselló & Amado, 2002).

En cuanto al variable aprendizaje se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad, clínicamente se encontró relación con la depresión y en cuanto a la variable depresión se encontró relación estadísticamente significativa con la hiperactividad y clínicamente entre estas dos variables.

Moreno y Martínez (2006). Encontraron con respecto a esto; la atención selectiva, se encontró que tanto en los dos grupos que trabajaron (control y experimental), tuvieron dificultades a este nivel, no encontraron diferencia entre los dos grupos, las características de TDAH sobre las variables conducta externalizante, rendimiento académico y atención selectiva, concluyeron que los niños que son diagnosticados con este trastorno, tienen mayor probabilidad de presentar dificultades en el rendimiento académico y en menor medida, problemas de atención selectiva y conductas externalizantes.

Nosotros encontramos mayor presencia de hiperactividad en relación con problemas de aprendizaje en este grupo de niños y niñas.

Portellano (1984), citado por Moreno y Martínez (2006); menciona que los niños con TDAH presentan un rendimiento académico insuficiente e insatisfactorio debido a que no logran las conocimientos escolares requeridos.

En cuanto a la variable depresión en nuestra investigación encontramos relación estadísticamente significativa así como clínicamente con la hiperactividad. Presentándose más la variable clínica depresión en las niñas (46,5%) que en los niños.

En cuanto a investigaciones realizadas sobre). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Fernández, Arias, Sutil. (2002) encontraron en el que mayor índice de prevalencia de trastornos depresivos es en las niñas.

Por otra parte la relación entre esta variable depresión y rendimiento académico en cuanto a su significación clínica se encontró relación.

En un estudio sobre el rendimiento académico vinculado a variables nutricionales y psicológicas en estudiantes de una zona socioeconómica humilde de Argentina; Tifner, Bortoli y Pérez; (2006) encontraron que en la población que mayor se presenta depresión es en las mujeres siendo este un predictor de bajo rendimiento académico, es decir que a más síntomas de depresión peor rendimiento académico, lo que concuerda con la investigación ya que la relación entre problemas de aprendizaje y depresión fue significativa al igual que el porcentaje de la población que mas presentaba depresión es en el de las mujeres.

### *Conclusiones*

El trastorno de hiperactividad es el de mayor relevancia tanto clínica, como estadísticamente dentro del grupo de este grupo de niños. El valor de significancia clínica de estas escalas se encuentran entre lo normal, y estadísticamente se encuentra correlaciones significativas entre estas variables. Aun así Estas ocurrencias causan que los niños tengan conflictos con su ambiente, en el que padres, educadores y profesionales están involucrados.

Por otro lado Estos niños muestran un riesgo de presentar otros trastornos asociados En la revisión de la literatura en el marco teórico de este trabajo se pudo constatar que existe una variación de síntomas del TDA/H relacionados con la depresión, estrés, bajo auto concepto, ansiedad, agresividad o trastorno oposicionista desafiante.

### *Recomendaciones*

Los niños con TDAH presentan en algún momento de la vida otro trastorno psiquiátrico sobreagregado, lo que se denomina comorbilidad del TDAH: como problemas de aprendizaje y depresión.

Es importante el desarrollo de intervenciones a este grupo de niños que presentaron un alto porcentaje en cuanto estas variables clínicas; atención problemas de aprendizaje y hiperactividad de igual modo al grupo de niñas que presenta depresión; ya que ya que depende en gran medida de la imagen deseada que se tiene del niño y del umbral de tolerancia respecto de la desviación comportamental que aceptan educadores, padres y maestros.

A la luz de nuestra experiencia, creemos que la hiperactividad, problemas de aprendizaje, depresión y problemas de atención, debe ser abordado por

Varias actores que influyen sobre los futuros comportamientos de estos niños en sus diferentes ámbitos de interrelación como son; padres, maestros, psicólogos, además de los niños mismos, sugerimos la necesidad de un abordaje interdisciplinario para estos casos

Por otra parte es importante en cuanto la aplicación de instrumentos que nos permitan visualizar mejor el comportamiento de variables como la atención ya que nos

remonta a la pregunta de si es valioso estudiar esta ya que hace parte de la hiperactividad

## Referencias

- Amador, J. A; Campos, Idiázabalm.a. Alecha MA.A., García, J.S; Espadaler Gamissans J.M & Santacana, M.F. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Psicothema Vol. 14, N° 2: 350-356* Universidad de Barcelona y Hospital del Mar (Barcelona).
- Artigas Pallarés, J. (2006). El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Revista Pediátrica Atención Primaria*
- Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*.
- Bará Jiménez P. Vicuña, D.A. Pineda, G.C. Henao. (2005) Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia., *Revista Anuario de Psicología*. Vol. 36, N° 3, 261-280, Facultad de Psicología Universidad de Barcelona.
- Barragán, Pérez E. Peña, Olvera F. Ortiz, León S. García, Ruiz Matilde. Hernández, Aguilar J. Palacios-Cruz L. Suárez-Reynaga A. (2007) Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 64, septiembre-octubre 2007.
- Barkley, R, A. Murphy, K, R y Bauermeister,J,J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad un manual de trabajo clínico. The Guilford Press.
- Carr A. (2006).The Hand Book of Child and Adolescent Clinical *Psychology*. Chapter 11 Attention and over-activity problems 421-456. Routledge-Taylor Y Francis Group.

- Fernández, Arias, Sutil. (2002). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* Vol. 12 N° 004: 525-532. Universidad de Oviedo España
- López-villaloboz,;Serrano-Pintado,;Sánchez-Mateos. (2004). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*; Vol. 6, N° 3: 402-407. Recuperado el 22 de Marzo de 2008 en [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com).
- Moreno Méndez, J. Martínez león N. (2006.) Conductas externalizantes, rendimiento académico y atención selectiva en niños con y sin hiperactividad. Tesis de maestría Universidad Católica de Colombia. 18 de octubre del 2006
- Ortiz-Luna, J.A & Acle-Tomasin, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología*; 42 (1): 17-21.
- Pineda, D.; Aguirre, D.C.; Puertas, I; Pineda, D. & Lopera, F. (2006). La utilidad de un listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención-hiperactividad en población general y familias antioqueñas.
- Pineda, D, A. Lopera, F. Henao, G. C. Castellano, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad Colombiana. *Revista de Neurología*. Vol 32 (3): 217-222
- Puerta, I. (2003). Instrumento de evaluación de los trastornos de conducta. II congreso internacional de neuropsicología. Grupo de neurociencias de la universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Universidad de San Buenaventura Medellín Colombia

- Roselló A, L. Amado B, R.M. Bo. 2002. patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología clínica*. Numero 1.pp 181-192 *be limited*. [Rev Neurol clin 2000; 1: 181-92] Recuperado el 22 de Marzo de 2008 en <http://www.revneurologia.com/RNC/0101/a010181.pdf>
- Sell-Salazar, F- (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Revista Nuerologica* Recuperado el 22 de Marzo de 2008 de [www.paidopsiquiatria.com](http://www.paidopsiquiatria.com)
- Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. (2001). *Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento*.
- Tifner, Bortoli y Pérez (2006). El rendimiento escolar vinculado a variables nutricionales y psicológicas en estudiantes de una zona socioeconómicamente humilde de la ciudad de San Luis Argentina. *Revista intercontinental de psicología y educación*. Vol 8 Numero 001:143-152. Universidad intercontinental. Distrito federal, México
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortua, L., Martinez, P., Trujillo, C., Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression inventory CDI. *Revista perspectiva en psicología*. Vol. 2, No. 1. 217-227.
- Caballo, (2002). Manual de psicología clínica infantil y adolescente: trastornos generales. Ed. pirámide.
- Kamphaus, Jiménez, Pineda, Rowe, Fleckenstein, Restrepo, Puerta, Jiménez, Mora, Sánchez, García y Palacios. 2000)



## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

### INSTRUMENTS FOR BEHAVIOR ASSESSMENT

#### CONFERENCES

#### TOPIC: **NEUROPSYCHOLOGICAL TESTING**

Isabel Cristina Puerta

*Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.  
Universidad de San Buenaventura. Medellín. Colombia*

### Abstract

### Key Words:

### Resumen

*Objetivo. En esta revisión se hace un abordaje, desde el punto de vista teórico-clínico, de varios instrumentos utilizados en el área de la neuropsicología, psicología y psiquiatría, basado en los métodos de entrevista, que se han diseñado para evaluar la sintomatología asociada en varias categorías o tipologías diagnóstica en las diferentes ediciones del Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales. Desarrollo. El estudio de la Psicopatología, especialmente en el niño y en el adolescente, tiene un requisito previo que es el conocimiento completo de la naturaleza de la organización de los trastornos categóricos por ejes y la razón de los grupos de síntomas y sus variantes colocados en cada criterio. Por consiguiente, para realizar el diagnóstico en psicopatología infantil se requiere el cumplimiento de diferentes criterios de acuerdo con la presencia de diferentes alteraciones asociadas a una patología en particular y los diferentes instrumentos de evaluación aporta un enfoque múltiple que permite evaluar los problemas comportamentales. Conclusiones. En la actualidad contamos con una serie de instrumentos de diagnóstico, recomendados para el estudio clínico individual que se puede aplicar tanto a padres como profesores y se hace necesario investigar si los síntomas reportados por los padres como por los maestros poseen características similares, o si por el contrario la observación comportamental en diferentes contextos difieren entre sí, para lo cual se requiere realizar un análisis mayor de las particularidades contextuales en las cuales se desenvuelve el paciente.*

### Palabras Clave:

El diagnóstico psicopatológico se basa exclusivamente en los criterios clínicos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual estadístico para el diagnóstico de los trastornos mentales [1].

No existe ningún examen de laboratorio que pueda confirmar éstos diagnósticos, motivo por el cual es indispensable el uso de escalas de evaluación comportamental estandarizadas y validadas que se acoplen a los criterios del DSM-IV para determinar las alteraciones comportamentales propias de cada uno de los síndromes.

Por consiguiente en los últimos años ha habido un creciente interés en el perfeccionamiento de instrumentos para el diagnóstico de la psicopatología del niño y del adolescente [2] utilizando diferentes enfoques, lo cual ha originado un gran debate acerca de la fiabilidad comparativa de los diversos métodos. [2, 3, 4]. Sin embargo, el uso de cuestionarios estandarizados ha sido la forma más generalizada para realizar los diagnósticos de la mayoría de los trastornos psiquiátricos en todo el mundo. [5].

Cuando se usan los cuestionarios basados en criterios bien delimitados se logra efectuar un enfoque más preciso de los diagnósticos en Psicología y Psiquiatría, que facilita una valoración cuantitativa en el estudio tanto de la prevalencia como de la gravedad de las enfermedades mentales [6].

El DSM-IV [1], ha propuesto varias categorías o tipologías diagnósticas y un sistema de entrevistas estructuradas, siendo éstas últimas objeto de numerosas discusiones [1-5], debido a que exige un conocimiento completo y amplia experiencia clínica acerca de la naturaleza de la organización de los trastornos categóricos por ejes, de la razón de los grupos de síntomas, así como del origen de sus variantes, conllevando a que la identificación de síntomas a través de las entrevistas estructuradas de manera dicotómica o categorial requiere psiquiatras o psicólogos clínicos con gran experiencia en las diversas dimensiones de la psicopatología.

Lo ideal es que una entrevista estructurada se realice con el paciente y sea confirmada por un familiar cercano; también se requiere que la aplique un profesional con experiencia. Durante la práctica habitual, con la utilización de la entrevista no necesariamente se obtiene el diagnóstico. Los clínicos usualmente recurren a entrevistas abiertas y a interpretaciones intuitivas para determinar el diagnóstico, sin embargo las investigaciones de las enfermedades mentales no son posible sin el uso del método de referencia y las escalas estandarizadas, procedimientos absolutamente indispensables para obtener información cuantitativa, relativamente objetiva, precisa y fiable [7-13].

Las medidas tradicionales del valor diagnóstico de una prueba son la sensibilidad y la especificidad. Estas miden la discriminación diagnóstica de una prueba, comparada con la del criterio de referencia.

La sensibilidad mide la proporción de los individuos con la alteración, identificados correctamente por la prueba, expresada en porcentajes. Mide la capacidad de la prueba para detectar la alteración o los casos definidos como positivos.

La especificidad mide la proporción de los individuos sanos que se identifican correctamente como tales por la prueba, es decir, las personas que se clasifican como negativas. La capacidad de que la prueba de un resultado positivo para los que se realmente se enferman, con la exclusión de falsos positivos, se llama valor predictivo positivo (VPP). La capacidad de la prueba para clasificar como sanos a los que realmente están exentos de la enfermedad y evitar así la inclusión de falsos negativos, se denomina valor predictivo negativo (VPN).

Los falsos positivos son aquellos sujetos sanos que obtienen una puntuación en la prueba, semejante a la obtenida por lo enfermos. Los falsos negativos son aquellos sujeto enfermos que puntúan en la prueba como si estuvieran sanos.

En los niños y adolescentes, el uso de cuestionarios, a través de padres y maestros es más utilizada porque se estima que poseen la comprensión lectora necesaria para completar las encuestas de manera más objetiva con respecto a los pensamientos, sentimientos y comportamientos que ellos mismos, sin embargo, recientemente se viene usando cuestionarios de autoinforme mediante listas de síntomas (Checklist) para el diagnóstico categórico en los estudios de neuroepidemiología y epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes con la ventaja de ser mas breve, pues se derivan directamente de los síntomas del criterio A del DSM-IV, y a su vez, proporcionan información indirecta acerca de la frecuencia y gravedad de tales síntomas [14].

El enfoque multidimensional demuestra que en la clínica psicológica realmente es mucho más frecuente encontrar múltiples trastornos en comorbilidad que encontrar trastornos unicategoriales, sin embargo requieren tiempo para ser aplicados y programas computarizados para ser calificados [15,-17], convirtiéndose en una desventaja en comparación con la lista de síntomas [1, 14], la cual puede ser contestada en menos de 10 minutos y puede calificarse manualmente utilizando una sola tabla de referencia.

Actualmente existe un gran debate en torno a la validez del diagnóstico categórico o dicotómico, enfrentado al diagnóstico de perfiles de la conducta [15, 18].

Los instrumentos presentado en la actual revisión son para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Evaluación del Trastorno Disocial de la Conducta (TDC) y la Escala Multidimensional de la Conducta (EMC).

## **EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) -CHECKLIST PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH-**

La lista de síntomas para TDAH se construyó siguiendo el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenbach [19], que califica los síntomas del criterio A de ADHD (del inglés Attention Déficit Disorders with Hyperactivity) del DSM III y del DSM III-R [20, 21] de 0 (nunca) a 3 (casi siempre). La lista de síntomas para TDAH se basa, entonces, en la calificación cuantitativa y semicontinua de 0 (nunca) a 3 (casi siempre) de cada uno de los 18 síntomas de las tres dimensiones del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH [1]. Esta lista de síntomas debe ser contestada por los padres. La puntuación mínima para la escala total es 0 y la máxima 54. La puntuación de la escala de inatención varía de 0 a 27, la de la subescala de hiperactividad de 0 a 18 y la de la subescala de impulsividad de 0 a 9. Se hizo una subescala conjunta de hiperactividad-impulsividad que varía de 0 a 27.

En nuestro estudio, [14] la consistencia interna del instrumento, primero con 18 ítems de la escala total, luego con nueve ítems de inatención, después con nueve ítems de hiperactividad-impulsividad y, finalmente con seis ítems de hiperactividad, fue muy sólida para ambos sexos y para todas las edades (coeficiente de alfa de Cronbach 0.85 a 0.92).

El análisis factorial, mediante la utilización de la matriz rotada oblimim para dimensiones correlacionadas [22] en la muestra dividida según el sexo, encontró que para los niños la lista de síntomas para TDAH se agrupa en dos dimensiones: la primera está formada por las preguntas de inatención y explica el 36.9% de la varianza; la segunda dimensión la forman las preguntas de hiperactividad e impulsividad agrupadas, y explica el 14.1% de la varianza. Las dos dimensiones tienen una correlación modesta entre sí (0.37), lo cual indica que en un porcentaje inferior al 40% algunos elementos de estas dos dimensiones se superponen. Esta estructura se mantiene estable en todos los grupos de edad, con una ligera variación en el porcentaje de explicación de la varianza (33.4 a 34.9% para el factor 1 y 10.8 a 14.4% para el factor 2).

En las niñas el análisis factorial descubrió también dos dimensiones, pero al contrario que en los niños, el primer factor estuvo formado por los ítems de hiperactividad-impulsividad, que explicó el 39.3% de la varianza. El segundo factor estuvo formado por las preguntas relacionadas con inatención, que explicó el 12.2% de la varianza. La matriz de correlación de los componentes muestra una mayor superposición de estas dos dimensiones en las niñas (0.45).

Tabla 1

PADRES\_\_\_\_\_ MAESTROS\_\_\_\_\_

<b>CHECKLIST PARA DDA BASADA EN EL DSM-IV Universidad de Antioquia- Universidad de San Buenaventura</b>					
Nombre: _____		Edad: _____			
Contestado por: _____		Fecha: _____			
Nunca: <b>N</b>	Algunas veces: <b>AV</b>	Frecuentemente : <b>F</b>	Siempre: <b>S</b>		
PREGUNTAS		FRECUENCIA			
INATENCIÓN					
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
3. No parece escuchar lo que se le dice.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las ordenes.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD					
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
14. Esta permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
15. Habla demasiado.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.		<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>

17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.	<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás	<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
Puntuación Total				

### EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)

La lista de síntomas para TDC se construyó siguiendo el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenbach [19], que fue retomado para la lista de síntomas del criterio A de TDC. Se construyó un cuestionario con 14 síntomas del criterio A del DSM-IV [1] para el diagnóstico de TDC. Se elaboró una escala de calificación discreta de 0 (nunca) a 3 (casi siempre); al elegir una escala con cuatro posibles repuestas, se disminuye la probabilidad de la llamada respuesta central o deseada [14, 15, 18,]. En nuestro estudio la lista de síntomas fue contestada por los mismos adolescentes (autoinforme). La puntuación mínima para la escala total es 0 y la máxima 42.

En nuestro estudio, a las puntuaciones obtenidas se le realizó un análisis de fiabilidad utilizando el método ítem/escala mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach para 14 preguntas; el coeficiente alfa logrado fue de 0.86. Lo anterior indica que la escala tiene una alta consistencia interna y, por lo tanto, puede utilizarse para estudios demográficos sobre salud mental o como apoyo cuantitativo en el diagnóstico clínico del TDC en los adolescentes.

Un análisis de factores exploratorio inicial, mediante la utilización de un método de extracción de principal componente y una rotación oblimin para factores correlacionados, encontró una estructura de tres factores, que explicaba el 49.1% de la variabilidad. El primer factor estuvo formado por preguntas relacionadas con la "violencia" y explicó el 32.3% de variabilidad. El segundo factor estuvo compuesto por cuestiones relacionadas con "violaciones graves de la norma" y explicó el 8.9% de la variabilidad. Finalmente el tercer factor estuvo conformado por preguntas relacionadas con conductas de "crueldad" para las personas, los animales y las cosas, y explicó el 7.9% de la estructura subyacente.

Dada la distribución de las puntuaciones, puede considerarse que una puntuación directa hasta 8, la cual corresponde a una puntuación T de 60 y a un percentil de 85, puede estimarse dentro de la distribución normal de las dos desviaciones estándares para nuestros adolescentes; una puntuación entre 9 y 13, que corresponde a una puntuación T entre 61 y 65 y a un percentil entre 85 y 94, puede considerarse como de riesgo; y una puntuación directa de 15 ó mayor, que corresponde a una puntuación T entre 66 a 82 y a un percentil entre 95 y 99 se puede considerar clínicamente significativa. Estos puntos de corte son sugeridos como referencias para los estudios de validación clínica, lo cual permitirá calcular los diversos niveles de sensibilidad y de especificidad en el diagnóstico de TDC [23, 24].

Tabla 2

### AUTOINFORME

CUESTIONARIO BASADO EN LOS CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA				
Por favor, responda el siguiente cuestionario, de la manera mas sincera posible.				
Señale con una "X" la respuesta que usted considere que ha presentado durante el último año y con qué frecuencia.				
Nunca: N	Algunas veces: AV	Frecuentemente : F	Siempre: S	
PREGUNTAS	FRECUENCIA			
1. Intimida o amenaza a otras personas?	N	AV	F	S
2. Ha provocado de manera intencional incendios?	N	AV	F	S
3. Ha entrado violentamente a las casa o vehículos ajenos?	N	AV	F	S
4. Se ha quedado fuera de la casa en la noche sin permiso?	N	AV	F	S
5. Inicia las peleas y arremete físicamente a otros?	N	AV	F	S
6. Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas?	N	AV	F	S
7. Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos?	N	AV	F	S
8. Se ha fugado o se ha escapado de la casa por más de 24 horas?	N	AV	F	S
9. Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros (bates, cuchillos, etc)	N	AV	F	S
10. Es cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir?	N	AV	F	S
11. Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo?	N	AV	F	S
12. Ha robado o atracado usando armas o amenazando a otros?	N	AV	F	S
13. Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales?	N	AV	F	S

14. Ha sido cruel con los animales y le gusta hacerlos sufrir?

N

AV

F

S

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LA CONDUCTA (EMC).**

El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta (BASC, del inglés Behavior Assessment System for Children) ha demostrado tener suficiente fiabilidad y validez para proporcionar una información pertinente y completa que se relaciona muy con los criterios diagnósticos de numerosas categorías diagnósticas del DSM-IV [1].

La Escala BASC [18] es multidimensional porque mide varios aspectos de la conducta y de la personalidad, incluyendo dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). La escala fue diseñada para facilitar el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una variedad de desordenes emocionales y de la conducta. También para ayudar en el diseño de planes de intervención. Cuando se usan individualmente, los componentes del BASC son instrumentos fiables y muy sofisticados en términos psicométricos que proveen al clínico de una variedad de información útil.

La Escala BASC mide múltiples dimensiones, y además de evaluar problemas de comportamiento y trastornos emocionales, también permite identificar atributos positivos que pueden ser capitalizados en el proceso de tratamiento.

En el rango de dimensiones evaluadas ayuda a establecer un diagnóstico diferencial entre las categorías específicas del trastorno (tales como las del DSM-IV) y las categorías generales de otros problemas (tales como los descritos para la educación especial o "Individual with Disabilities Education Act" en los EEUU). La escala cumple todos los requisitos gubernamentales en los Estados Unidos relacionados con el diagnóstico de trastornos emocionales severos en los escolares [18]. Cada componente de la Escala está diseñado para un ambiente específico o para el tipo de persona que lo contesta. Este diseño obedece al conocimiento de que algunos comportamientos son más importantes o tienen más valor en algunos ambientes que en otros, y pueden ser detectados o referidos mejor por un informante que por otro. Por consiguiente, son de gran valor interpretativo porque están construidas alrededor de situaciones o conductas claramente especificadas. Sus componentes tienen alta consistencia interna y fiabilidad, y son fáciles de administrar y de calificar. Sus normas están basadas en muestras grandes y representativas diferenciadas de acuerdo con la edad de 360 niños de Medellín-Colombia [16, 17, 25].

Los componentes de este instrumento ofrecen varios tipos de validez, que le permiten al clínico medir la veracidad y la consistencia de los informantes. Son consistentes no sólo a través de los diferentes géneros y edades, sino también entre los distintos formularios: los del profesor, los de los padres y el autoinforme. Además se presentan para diferentes grupos de edades, así, existe una escala para niños preescolares en edades entre los 4 y 5 años, en edades escolares entre los 6 y 11 años, y para adolescentes entre los 12 y 18 años. Esto es importante porque asegura una interpretación más confiable entre las escalas.

En edades preescolares entre los 4 y 5 años, se poseen cuestionario para padres y maestros.

En edades escolares y adolescentes entre los 6 y 18 años, se poseen cuestionario para padres, maestros y autoinforme (para mayores de 8 años).

A continuación se muestran las escalas clínicas y adaptativas de los cuestionarios de Padres y Maestros.

Las escalas clínicas y adaptativas de los cuestionarios de padres y maestros, son las siguientes:

Escalas Clínicas:

*Hiperactividad:* la tendencia a ser excesivamente activo, precipitación en el trabajo o en actividades y actúa sin pensar.

*Agresión:* la tendencia a actuar de manera hostil (verbal o físicamente) y amenazadora hacia los demás.

*Problemas de conducta:* la tendencia a un comportamiento antisocial, rompiendo reglas, incluyendo la destrucción de propiedad privada.

*Depresión:* Sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).

*Somatización:* la tendencia a ser demasiado sensible y quejarse de pequeñas dolencias físicas.

*Ansiedad:* la tendencia a estar nervioso, con miedo y preocupado por problemas reales o imaginarios.

*Problemas de Atención:* la tendencia a distraerse fácilmente y capacidad de concentrarse sólo momentáneamente.

*Problemas de Aprendizaje:* la presencia de dificultades en el estudio, particularmente en la comprensión o realización del trabajo escolar.

*Atipicidad:* la tendencia a comportarse de manera inmadura, "extraña". Se asocia comúnmente con psicosis (p.e., alucinaciones visuales o auditivas).

*Aislamiento:* la tendencia a evadirse de los demás y rechazar todo contacto social.

Escalas Adaptativas:

*Adaptabilidad:* la habilidad para adaptarse a cambios ambientales.

*Compañerismo:* las habilidades asociadas con la consecución de metas académicas, sociales o comunitarias, en particular, la habilidad de trabajar bien con los demás.

*Habilidades Sociales:* las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, la escuela y la comunidad.

*Habilidades en el estudio:* las habilidades que conducen a resultados académicos positivos, incluyendo habilidad organizativa y buenos hábitos de estudio.

A continuación se describen las escalas clínicas y adaptativas del cuestionario de Autoinforme:

Escalas Clínicas:

*Actitud hacia el colegio:* Tendencia a mostrar actitud negativa o rechazo hacia el lugar de estudio.

*Actitud hacia los profesores:* tendencia a mostrar actitud negativa o rechazo hacia los profesores que le dictan algunas clases.

*Depresión:* Sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas

(síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).

*Somatización*: la tendencia a ser demasiado sensible y quejarse de pequeñas dolencias físicas.

*Locus de control*: la tendencia a asumir como propias o ajenas la responsabilidad de las conductas emitidas.

*Búsqueda de sensaciones*: la tendencia a buscar satisfacción en actividades de peligro físico.

*Sensación de inadecuación*: Tendencia a sentir que se encuentra excluido de las normas establecidas socialmente.

*Ansiedad*: la tendencia a estar nervioso, con miedo y preocupado por problemas reales o imaginarios.

*Estrés Social*: la tendencia a incrementar sus niveles de activación fisiológica, en situaciones sociales.

*Atipicidad*: la tendencia a comportarse de manera inmadura, "extraña". Se asocia comúnmente con psicosis (p.e., alucinaciones visuales o auditivas).

#### Escalas Adaptativas:

*Autoconfianza*: la creencia de que es capaz de realizar las actividades propuestas (autoeficacia).

*Autoestima*: La creencia de que se es valioso y se quiere a sí mismo.

*Relación con padres*: Establecimiento adecuado de un patrón de comunicación y de relación familiar.

*Relaciones interpersonales*: Establecimiento de un adecuado patrón de comunicación y de relación con los demás.

La calificación de cada uno de los cuestionarios se realiza mediante el programa American Guidance Service, inc (AGS) [26].

En Colombia se posee un Software para su calificación, el cual está diseñada de acuerdo con el Behavior Assessment System for Children de Cecil R. Reynolds y Randy W. Kamphaus [18], que brinda un reporte de las puntuaciones directas obtenidas con sus respectivas puntuaciones descriptivas, de acuerdo con la estandarización realizada en la Ciudad de Medellín por el Grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad de San Buenaventura, el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, El Instituto Neurológico de Antioquia (INDEA) y la Universidad de Georgia [27].

Tabla 3

ESCALAS EVALUATIVAS DE LOS PADRES (6-11 AÑOS). C. Reynolds & R. Kamphaus			
Nombre del Niño: _____			
Fecha: _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad: _____	
Escuela: _____		Grado: _____	
Sexo: M: _____ F: _____	Nombre del Padre: _____		
<b>INSTRUCCIONES</b>			
En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) pudiera actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando el niño en los últimos seis meses. Si el niño(a) ha tenido cambios durante este periodo, describa entonces la conducta más reciente. Por favor marque cada ítem. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.			
Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre. N			
Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces. V			
Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente. (A menudo) F			
Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre. S			

1. Se adapta bien a los(as) maestros(as) nuevos(as)	N V F S	31. Toma medicamentos	N V F S
2. Amenaza con hacerle daño a otras personas	N V F S	32. Felicita a los demás cuando les pasan cosas buenas	N V F S
3. Se preocupa	N V F S	33. Se queja de frío	N V F S
4. Escucha las instrucciones que se le dan	N V F S	34. Le pega a otros(as) niños(as)	N V F S
5. Se mece hacia delante y hacia atrás por largos periodos de tiempo	N V F S	35. Tiene problemas de los ojos	N V F S

6. Se va de casa sin permiso	N V F S	36. Se calma fácilmente cuando está enojado(a)	N V F S
7. Dice: "no tengo ningún amigo(a)"	N V F S	37. Se burla y fastidia a los demás	N V F S
8. Es incapaz de esperar turnos	N V F S	38. Se preocupa de lo que piensan los padres	N V F S
9. Asiste a actividades extracurriculares	N V F S	39. Olvida las cosas	N V F S
10. Dice: "por favor" y da las gracias	N V F S	40. Repite continuamente una actividad	N V F S
11. Se queja de asfixia	N V F S	41. Usa lenguaje vulgar y grosero	N V F S
12. Inicia conversaciones fácilmente con gente que recién conoce	N V F S	42. Dice, "nadie me comprende"	N V F S
13. Juega con fuego	N V F S	43. Necesita demasiada supervisión	N V F S
14. Le gusta lucirse con los demás	N V F S	44. Inicia actividades por si mismo(a)	N V F S
15. Es demasiado serio(a)	N V F S	45. Tiene sentido del humor	N V F S
16. Se orina en la cama	N V F S	46. Se queja de dolores	N V F S
17. Trata de herirse a sí mismo (a)	N V F S	47. Evita competir con otros(as) niños(as)	N V F S
18. Tiene amigos(as) que están metidos (as) en problemas	N V F S	48. Se altera cuando se cambian planes	N V F S
19. Dice: "quiero matarme"	N V F S	49. Discute con los padres	N V F S
20. Se levanta de la mesa durante las comidas	N V F S	50. Dice:"Los exámenes me ponen nervioso	N V F S
21. Se une a clubes o grupos sociales	N V F S	51. Se distrae fácilmente	N V F S
22. Anima (estimula) a la gente a que hagan las cosas lo mejor posible	N V F S	52. Toca constantemente las cosas, tales como sus propios cabellos, uñas o ropa	N V F S
23. Se queja de mareos	N V F S	53. No le importan los sentimientos de los demás	N V F S
24. Cambia su rumbo para evitar tener que saludar a alguien	N V F S	54. Se frustra fácilmente	N V F S
25. Desafía o reta a otros(as) niños(as) a que hagan cosas	N V F S	55. Es inquieto(a) cuando ve una película	N V F S
26. Tartamudea	N V F S	56. Tiene muchas ideas	N V F S
27. Dice, "Tengo miedo de lastimar a alguien"	N V F S	57. Se ofrece a ayudar a los demás	N V F S
28. Tiene problemas con la policía	N V F S	58. Vomita	N V F S
29. Lloro fácilmente	N V F S	59. Es tímido(a) con otros niños(as)	N V F S
30. Le dan rabieta	N V F S		
60. Es un(a) mal (a) perdedor(a) (Se enoja cuando pierde)	N V F S	100. Presenta convulsiones o ataques	N V F S
61. Se esfuerza demasiado en complacer a los demás	N V F S	101. Generalmente le eligen como líder	N V F S
62. Sueña despierto(a)	N V F S	102. Elogia o halaga a los demás	N V F S
63. Tiene que quedarse castigado(a) en el colegio	N V F S	103. Se enferma	N V F S
64. Se molesta fácilmente	N V F S	104. Inicia conversaciones apropiadamente	N V F S
65. Juguetea nerviosamente con objetos durante las comidas	N V F S	105. Tiene una buena actitud	N V F S
66. Tiene habilidad para lograr que otros trabajen juntos	N V F S	106. Insulta a los(as) otros(as) niños(as)	N V F S
67. Tiene buenos modales en la mesa	N V F S	107. Dice: "tengo miedo de equivocarme"	N V F S
68. Le dan infecciones en el oído	N V F S	108. Termina sus tareas a tiempo	N V F S
69. Se orina o ensucia en la ropa cuando necesita ir al baño	N V F S	109. Juega en el inodoro	N V F S
70. Va al médico con frecuencia	N V F S	110. Ha sido suspendido(a) del colegio	N V F S

71. Se adapta bien a los cambios en la rutina	N V F S	111. Dice:"no le caigo bien a nadie"	N V F S
72. Critica a los demás	N V F S	112. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S
73. Tiene miedo de morir	N V F S	113. Dice lo que piensa si la situación lo requiere	N V F S
74. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N V F S	114. Responde cuando se le habla	N V F S
75. Parece no estar en contacto con la realidad	N V F S	115. Tiene problemas para respirar	N V F S
76. Miente para salirse de apuros	N V F S	116. Evita a otros(as) niños(as)	N V F S
77. Se queja de no tener amistades	N V F S	117. Se adapta bien a los cambios de planes de la familia	N V F S
78. Interrumpe las conversaciones de los demás....	N V F S	118. Discute cuando no le siguen la corriente	N V F S
79. Es creativo(a)	N V F S	119. Dice:"no soy muy bueno(a) para esto"	N V F S
80. Da sugerencias sin ofender a otros	N V F S	120. Escucha atentamente	N V F S
81. Tiene dolores de cabeza	N V F S	121. Escucha cosas que no son reales	N V F S
82. Se niega a participar en actividades de grupo	N V F S	122. Miente	N V F S
83. Comparte sus juguetes y pertenencias con otros(as) niños(as)	N V F S	123. Está triste	N V F S
84. Se queja de las normas o reglas	N V F S	124. Se sube (trepa) a las cosas	N V F S
85. Se preocupa de cosas que no se pueden cambiar	N V F S	125. Toma decisiones fácilmente	N V F S
86. Termina su tarea de principio a fin sin descansar	N V F S	126. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S
87. Come cosas que no son alimento	N V F S	127. Se queja de que el corazón le palpita o late muy rápido	N V F S
88. Se mete en problemas en el vecindario	N V F S	128. Se aferra al padre o la madre cuando está en lugares desconocidos	N V F S
89. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N V F S	129. Es cruel con los animales	N V F S
90. Es demasiado activo(a)	N V F S	130. Se preocupa por las tareas	N V F S
91. Da buena sugerencia para resolver problemas	N V F S	131. Ve cosas que no existen	N V F S
92. Pide ayuda con cortesía	N V F S	132. Duerme con sus padres	N V F S
93. Tiene reacciones alérgicas	N V F S	133. Dice:" soy muy feo(a)"	N V F S
94. Muestra miedo frente a gente desconocida	N V F S	134. No oye bien	N V F S
95. Destruye las cosas de otros(as) niños (as)	N V F S	135. Tiene mucha energía	N V F S
96. Se preocupa de lo que piensan los maestros	N V F S	136. Muestra interés en las ideas de los demás	N V F S
97. Se queja de no poder detener pensamientos indeseados	N V F S	137. Tiene problemas del estómago	N V F S
98. Se mete en problemas	N V F S	138. Ofrece ayuda a otros niños	N V F S
99. Dice: "quiero morirme" u "ojalá estuviera muerto"	N V F S		

**BASC ESCALAS EVALUATIVAS DE LOS MAESTROS (6-11 AÑOS). C. Reynolds & R. Kamphaus**

Nombre del Niños: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Sexo: M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) pudiera actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando el niño en los últimos seis meses. Si el niño(a) ha tenido cambios durante este periodo, describa entonces la conducta más reciente. Por favor marque cada ítem. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre. N

Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces. V

Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente. (A menudo) F

Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre. S

1. Se adapta bien a los nuevos(as) maestros(as)	N V F S	31. Hace trampas en los exámenes y en los trabajos escolares.	N V F S
2. Discute cuando no le siguen la corriente	N V F S	32. Se queja de que se burlan de él.	N V F S
3. Come uñas	N V F S	33. Habla demasiado duro	N V F S
4. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N V F S	34. Intimida a los demás	N V F S
5. Fija la mirada en el vacío	N V F S	35. Busca llamar la atención mientras hace las tareas	N V F S
6. Le importa poco los sentimientos de los demás	N V F S	36. Motiva a otros para hacer las cosas bien	N V F S
7. Permanece desmotivado mucho tiempo si se le cancela su actividad favorita	N V F S	37. Analiza la naturaleza de los problemas antes de empezar a resolverlos	N V F S
8. Hace las tareas a la carrera	N V F S	38. Es terco(a)	N V F S
9. Asiste a actividades extracurriculares	N V F S	39. Destruye las cosas de otros(as) niños (as)	N V F S
10. Tiene dificultades para terminar los exámenes	N V F S	40. Es nervioso(a)	N V F S
11. Ofrece ayuda voluntariamente	N V F S	41. Tiene dificultad para poner atención a las amonestaciones	N V F S
12. Se queja de frío	N V F S	42. Come cosas que no son comida	N V F S
13. Realiza las lectura asignadas	N V F S	43. Tiene que quedarse castigado(a) en el colegio	N V F S
14. Se niega a hablar	N V F S	44. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N V F S
15. Se orina o defeca accidentalmente	N V F S	45. Golpetea con los pies o con el lápiz	N V F S
16. Amenaza con herir a los demás	N V F S	46. Tiene muchas ideas	N V F S
17. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N V F S	47. Dice que los libros son difíciles de entender	N V F S
18. Se distrae fácilmente durante los trabajos en clase	N V F S	48. Tiene sentido del humor	N V F S
19. Intenta autoagredirse	N V F S	49. Se queja de su salud	N V F S
20. Se vuela de la clase	N V F S	50. Hace trabajos extras para mejorar sus	N V F S

21. Dice: <<no tengo amigos(as)>>	N V F S	calificaciones	
22. Molesta a los demás durante la clase	N V F S	51. Juega solo(a)	N V F S
23. Es creativo(a)	N V F S	52. Tartamudea	N V F S
24. Comete errores por descuido	N V F S	53. Es contestón(a) con los profesores	N V F S
25. Dice: <<por favor, y gracias>>	N V F S	54. Dice:<<tengo miedo de cometer errores>>	N V F S
26. Se queja de asfixia	N V F S	55. Los periodos de atención son muy cortos	N V F S
27. Estudia con los(as) compañeros(as)	N V F S	56. Parece fuera de la realidad	N V F S
28. Evita competir con otros(as) niños(as)	N V F S	57. Roba en el colegio	N V F S
29. Culpa a los demás	N V F S	58. Dice: <<nadie me quiere>>	N V F S
30. Ve cosas que no están ahí	N V F S	59. Actúa sin pensar	N V F S
60. Toma decisiones con facilidad	N V F S	102. Tiene problemas para hacer nuevos (as) amigos(as)	N V F S
61. Pierde materias en el colegio	N V F S	103. Se burla de los demás	N V F S
62. Halaga a los demás	N V F S	104. Repite la misma frase una y otra vez	N V F S
63. Se queja de calor	N V F S	105. Tiene problemas en la lectura	N V F S
64. Trabaja bien, aún en las materias que no le gustan	N V F S	106. Presenta convulsiones o ataques	N V F S
65. Evita a los(as) otros(as) niños(as)	N V F S	107. Hace las cosas a la carrera	N V F S
66. Da órdenes a los demás	N V F S	108. Hace pataletas	N V F S
67. Juega con el agua del inodoro	N V F S	109. Canturrea	N V F S
68. Se queja de lo que hace la policía	N V F S	110. Sugiere las cosas sin ofender a los demás	N V F S
69. Dice:<<nadie me entiende>>	N V F S	111. Pide compensar las asignaturas perdidas	N V F S
70. Grita en clase	N V F S	112. Tolerancia bien la frustración	N V F S
71. Critica a los demás	N V F S	113. Se queja de las normas	N V F S
72. Toma medicamentos	N V F S	114. Se enferma antes de los exámenes	N V F S
73. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S	115. Olvida las cosas	N V F S
74. Tiene confianza en sí mismo(a) ante los exámenes	N V F S	116. Escucha cosas que no son reales	N V F S
75. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N V F S	117. Ha sido suspendido(a) del colegio	N V F S
76. Le pone apodo a los demás	N V F S	118. Se ve triste	N V F S
77. Es temeroso(a)	N V F S	119. Es el(la) payaso(a) de la clase	N V F S
78. Tiene problemas de concentración	N V F S	120. Trabaja bien bajo presión	N V F S
79. Se queja de incapacidad para bloquear pensamiento no deseados	N V F S	121. Tiene mala caligrafía	N V F S
80. Se ha fugado del colegio	N V F S	122. Admite sus errores	N V F S
81. Lloro fácilmente	N V F S	123. Tiene dolores de cabeza	N V F S
82. Interrumpe las conversaciones de los demás	N V F S	124. Tiene buenos hábitos de estudio	N V F S
83. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N V F S	125. Es tímido(a) con los adultos	N V F S
84. Tiene problemas con la ortografía	N V F S	126. Tiene problemas para cambiar de una tarea a otra	N V F S
85. Pide ayuda con cortesía	N V F S	127. Golpea a otros(as) niños(as)	N V F S
86. Se queja de dolores	N V F S	128. Dice: <no soy muy bueno(a) para esto>	N V F S
87. Lee	N V F S	129. Escucha las instrucciones	N V F S

88. Lo(la) escogen de último(a) en los juegos	N V F S	130. Habla solo(a) sin sentido	N V F S
89. Admite sus fracasos	N V F S	131. Tiene amigos(as) con problemas	N V F S
90. Es presumido(a)	N V F S	132. Dice: <<me gustaría morirme>> u <<ojalá estuviera muerto(a)>>	N V F S
91. Muestra inseguridad antes de los exámenes	N V F S	133. Es demasiado inquieto(a)	N V F S
92. Escucha atentamente	N V F S	134. Pertenece a clubes y organizaciones	N V F S
93. Mastica la ropa o las cobijas	N V F S	135. Dificultad para completar bien las tareas por no seguir las instrucciones	N V F S
94. Es vulgar en su lenguaje	N V F S	136. Se ofrece a ayudar a los demás	N V F S
95. Se altera fácilmente	N V F S	137. Tiene fiebres	N V F S
96. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S	138. Usa la biblioteca del colegio	N V F S
97. Motiva a los demás para trabajar juntos	N V F S	139. Se niega a participar en actividades de grupo	N V F S
98. Tiene problemas con las matemáticas	N V F S	140. Es un buen perdedor(a)	N V F S
99. Felicita a los demás cuando les pasa cosas buenas	N V F S	141. Tiene ideas raras	N V F S
100. Se enferma	N V F S	142. Tiene problemas visuales	N V F S
101. Termina las tareas	N V F S	143. Tiene problemas auditivos	N V F S
		144. Tiene dificultades para esperar turnos	N V F S
		145. Es elegido(a) como líder	N V F S
		146. Se balancea por períodos largos	N V F S
		147. Se interesa por las ideas de los demás	N V F S
		148. Es organizado(a)	N V F S

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
- Jensen PS, Edelbrock C. Subject and interview characteristics affecting reliability of the diagnostic interview schedule for children. *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27: 413-15.
- Edelbrock C, Costello A. Convergence between statistically derived behavior problem syndrome and child psychiatric diagnoses. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 16: 216-31.
- Gould MS, Bird H, Jaramillo BS. Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 287-313.
- Edelbrock C, Crnic K, Bohnert A. Interview as communication: an alternative way of administering the diagnostic interview schedule for children. *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27: 447-453.
- Pineda D, Ardila A, Rosselli M, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4-to 17 year-old children in the general population. *J Abnormal Child Psychol* 1999; 27: 455-62.
- Colimon KM. *Fundamentos de Epidemiología*. Medellín, Colombia: Díaz de Santos SA; 1990.
- Zahner GEP, Hsieh CC, Fleming J. Introduction to epidemiologic research methods. In Tsuang MT, Tohen M, M Zhaner GEP, eds. *Textbook in psychiatric Epidemiology*. New York; Wiley Liss; 1995. p. 229-52.
- Goldstein JM, Simpson JC. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In Tsuang MT, Tohen M, Zhaner GEP, eds. *Textbook in psychiatric Epidemiology*. New York; Wiley Liss; 1995. p. 229-52.
- Somervell PD, Beals J, Boehnlein J, Leung P, Manson SM. Criterion validity of the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale in a population sample from American Indian village. *Psychiatric Res* 1993; 47: 255-66.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology*. 3 ed. Baltimore: William & Wilins; 1996.
- First MB, Spitzer RI, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, SCID-I, versión en español*. Barcelona: Masson; 1999.
- Frances A, Mack AH, First MB, Widiger T, Ford S, Vetterlo N, et al. DSM-IV and psychiatric Epidemiology. In Tsuang MT, Tohen M, M Zhaner GEP, eds. *Textbook in psychiatric Epidemiology*. New York; Wiley Liss; 1995. p. 273-9.
- Pineda DA, Henao GC, Puerta IC, Mejía SE, Gómez LF, Miranda ML, et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol* 1999; 28: 365-72.
- Kamphaus RW, Frick PJ. *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior*. Boston: Ally & Bacon; 1996.
- Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Puerta IC, Palacio LG, Jiménez I, et al. Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Rev Neurol* 28: 952-9.
- Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Restrepo MA, Puerta IC, Palacio LG, et al. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Rev Neurol* 28: 672-81.
- Reynolds C, Kamphaus RW. *Behavior assessment system for children-BASC*. Circle Pines: American Guidance Service; 1992.
- Achenbach TM. The child behavior profile: 1, boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 478-88.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 ed.), Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 ed. revised), Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1987.
- Afifi AA, Clark V. *Computer-aided multivariate analysis*. 2 ed. New York: Van Nostrand Reinhold Company; 1990.
- Pineda DA, Puerta IC, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Cuestionario Breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Rev Neurol* 2000; 30: 12: 1145-50.
- Puerta IC, Pineda DA, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Autoinforme para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta en adolescentes escolarizados. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2000; 2 (2): 19-26.
- Kamphaus RW., Jiménez ME., Pineda D., Rowe EW., Fleckenstein L., Restrepo MA, Puerta IC., Jiménez I., Mora O., Sánchez, JL., García A., Palacio LG. Análisis transcultural de un instrumento de dimensiones múltiples en el diagnóstico del déficit de atención. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2000; 2

(2): 51-63

26. Software BASC Enhanced Assist, el cual posee además un Manual de instrucciones para su uso, IBM versión 1.0 (BASC Plus). IBM Versión 1.1. (BASC Enhanced ASSISTM) for IBM PC and compatible computers with a minimum of 640 K memory.

27. Puerta CA, Ríos J, Puerta IC, Pineda DA. Sistema de Evaluación Multidimensional de la Conducta (EMC). Trabajo de Grado. Universidad de San Buenaventura, 2000.

Tabla 1.  
Estadísticos

		Edad	Género	Atención	Aprendizaje	Depresión	Hiperactividad
N	Válidos	254	254	254	254	254	254
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		8,46	1,54	58,96	58,22	68,35	63,92
Mediana		9,00	2,00	65,00	60,00	75,00	70,00
Moda		10	2	70	80	91	90
Desv. típ.		1,592	,500	24,953	26,867	25,036	23,045
Varianza		2,534	,250	622,639	721,815	626,783	531,056
Asimetría		-,113	-,143	-,402	-,314	-,857	-,604
Error típ. de asimetría		,153	,153	,153	,153	,153	,153
Curtosis		-1,163	-1,995	-,974	-,883	-,182	-,681
Error típ. de curtosis		,304	,304	,304	,304	,304	,304
Mínimo		6	1	7	4	8	4
Máximo		11	2	99	99	99	99
Percentiles	25	7,00	1,00	45,00	40,00	55,00	45,00
	50	9,00	2,00	65,00	60,00	75,00	70,00
	75	10,00	2,00	80,00	80,00	91,00	85,00

Tabla 2.  
*Edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6	40	15,7	15,7	15,7
	7	41	16,1	16,1	31,9
	8	40	15,7	15,7	47,6
	9	53	20,9	20,9	68,5
	10	56	22,0	22,0	90,6
	11	24	9,4	9,4	100,0
	Total	254	100,0	100,0	

Tabla 3.  
*Género*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	118	46,5	46,5	46,5
	2	136	53,5	53,5	100,0
	Total	254	100,0	100,0	

Tabla 4.  
Atención

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7	1	,4	,4	,4
Válidos				
8	5	2,0	2,0	2,4
15	18	7,1	7,1	9,4
20	4	1,6	1,6	11,0
25	5	2,0	2,0	13,0
30	19	7,5	7,5	20,5
35	10	3,9	3,9	24,4
45	24	9,4	9,4	33,9
50	16	6,3	6,3	40,2
55	11	4,3	4,3	44,5
60	6	2,4	2,4	46,9
65	15	5,9	5,9	52,8
70	34	13,4	13,4	66,1
75	5	2,0	2,0	68,1
80	29	11,4	11,4	79,5
85	26	10,2	10,2	89,8
91	5	2,0	2,0	91,7
93	10	3,9	3,9	95,7
94	6	2,4	2,4	98,0
95	3	1,2	1,2	99,2
96	1	,4	,4	99,6
99	1	,4	,4	100,0
Total	254	100,0	100,0	

Tabla 5.  
*Aprendizaje*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	2	,8	,8	,8
	5	2	,8	,8	1,6
	6	3	1,2	1,2	2,8
	10	16	6,3	6,3	9,1
	15	9	3,5	3,5	12,6
	25	5	2,0	2,0	14,6
	30	8	3,1	3,1	17,7
	40	31	12,2	12,2	29,9
	45	11	4,3	4,3	34,3
	50	32	12,6	12,6	46,9
	60	10	3,9	3,9	50,8
	65	25	9,8	9,8	60,6
	70	12	4,7	4,7	65,4
	75	5	2,0	2,0	67,3
	80	33	13,0	13,0	80,3
	85	3	1,2	1,2	81,5
	91	7	2,8	2,8	84,3
	92	1	,4	,4	84,6
	93	6	2,4	2,4	87,0
	94	16	6,3	6,3	93,3
	95	11	4,3	4,3	97,6
96	3	1,2	1,2	98,8	
99	3	1,2	1,2	100,0	
	Total	254	100,0	100,0	

Tabla 6.  
*Depresión*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	10	3,9	3,9	3,9
	10	4	1,6	1,6	5,5
	30	28	11,0	11,0	16,5
	45	1	,4	,4	16,9
	50	16	6,3	6,3	23,2
	55	23	9,1	9,1	32,3
	65	22	8,7	8,7	40,9
	70	18	7,1	7,1	48,0
	75	10	3,9	3,9	52,0
	80	27	10,6	10,6	62,6
	85	23	9,1	9,1	71,7
	91	39	15,4	15,4	87,0
	93	4	1,6	1,6	88,6
	94	3	1,2	1,2	89,8
	95	10	3,9	3,9	93,7
	99	16	6,3	6,3	100,0
	Total	254	100,0	100,0	

Tabla 7.  
*Hiperactividad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	,4	,4	,4
	15	9	3,5	3,5	3,9
	20	6	2,4	2,4	6,3
	25	11	4,3	4,3	10,6
	30	10	3,9	3,9	14,6
	40	13	5,1	5,1	19,7
	45	14	5,5	5,5	25,2
	50	9	3,5	3,5	28,7
	55	21	8,3	8,3	37,0
	60	18	7,1	7,1	44,1
	70	30	11,8	11,8	55,9
	75	23	9,1	9,1	65,0
	80	21	8,3	8,3	73,2
	85	21	8,3	8,3	81,5
	90	37	14,6	14,6	96,1
	91	2	,8	,8	96,9
	92	1	,4	,4	97,2
	94	1	,4	,4	97,6
	95	4	1,6	1,6	99,2
	99	2	,8	,8	100,0
	Total	254	100,0	100,0	

Grafico 1.  
*Edad*

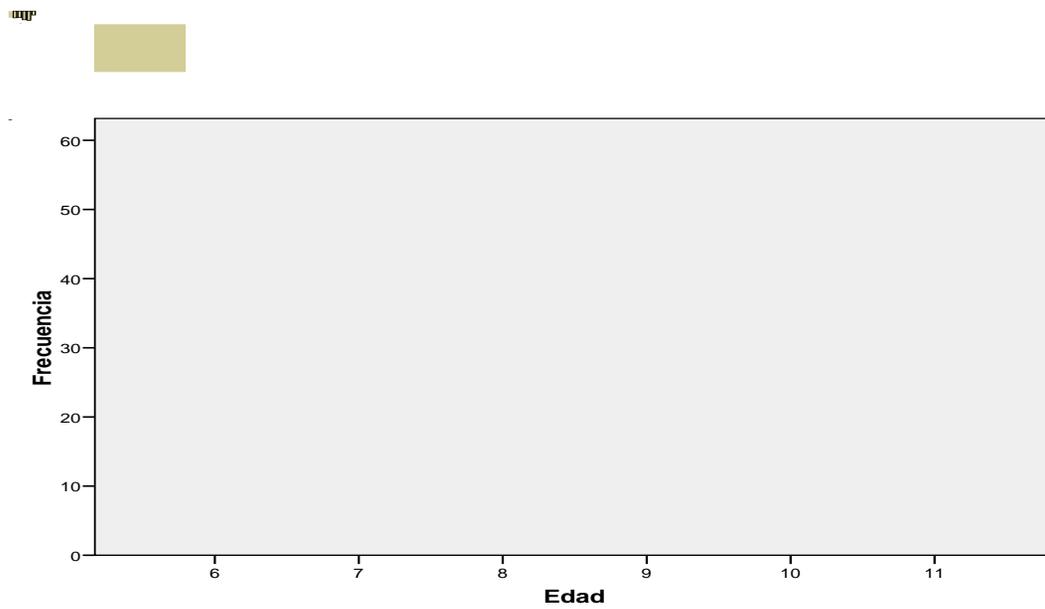


Grafico 2.  
Género

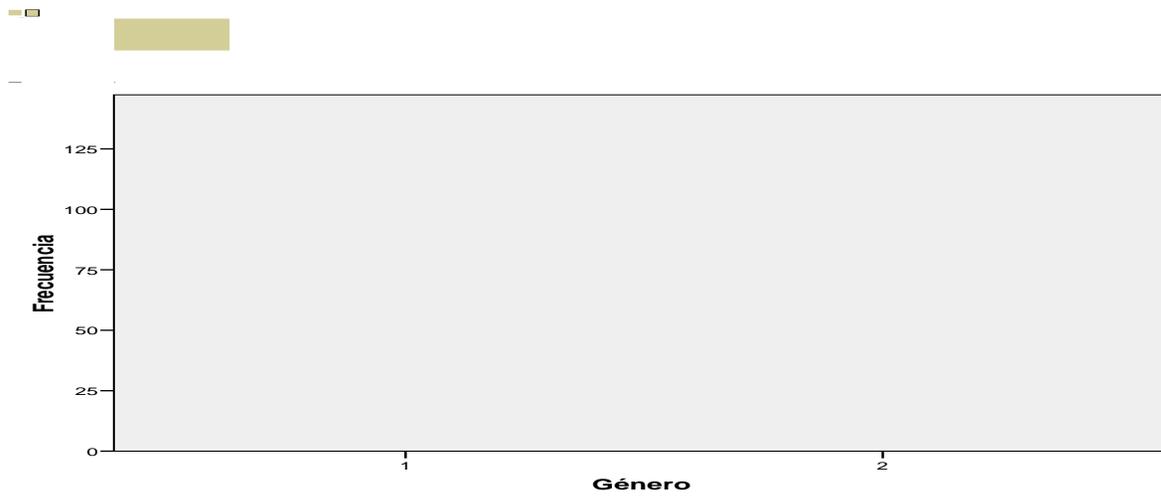


Grafico 3.  
*Atención*

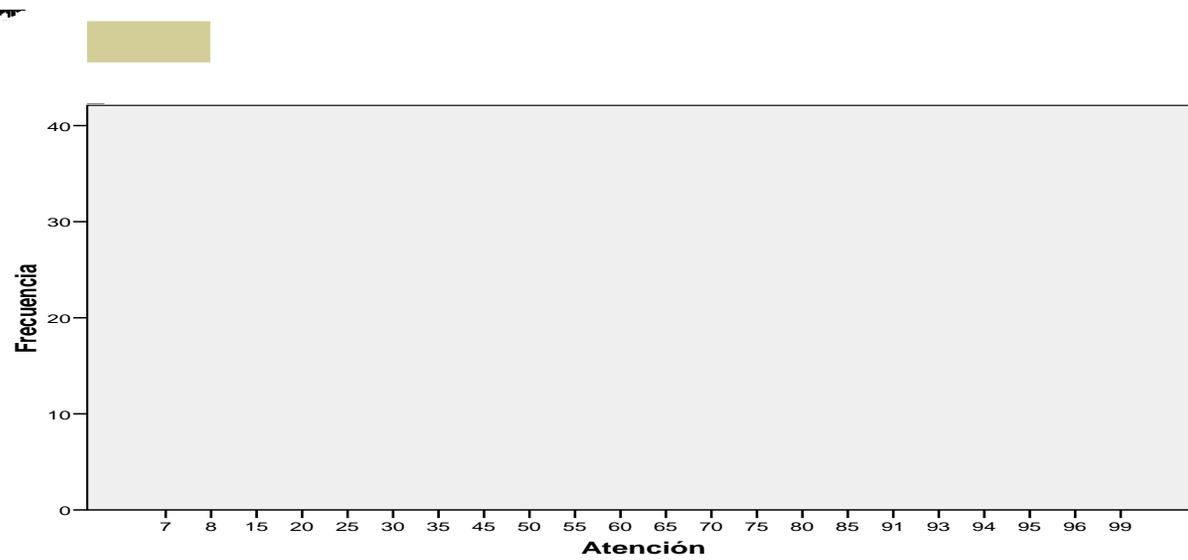


Grafico 4.  
*Aprendizaje*

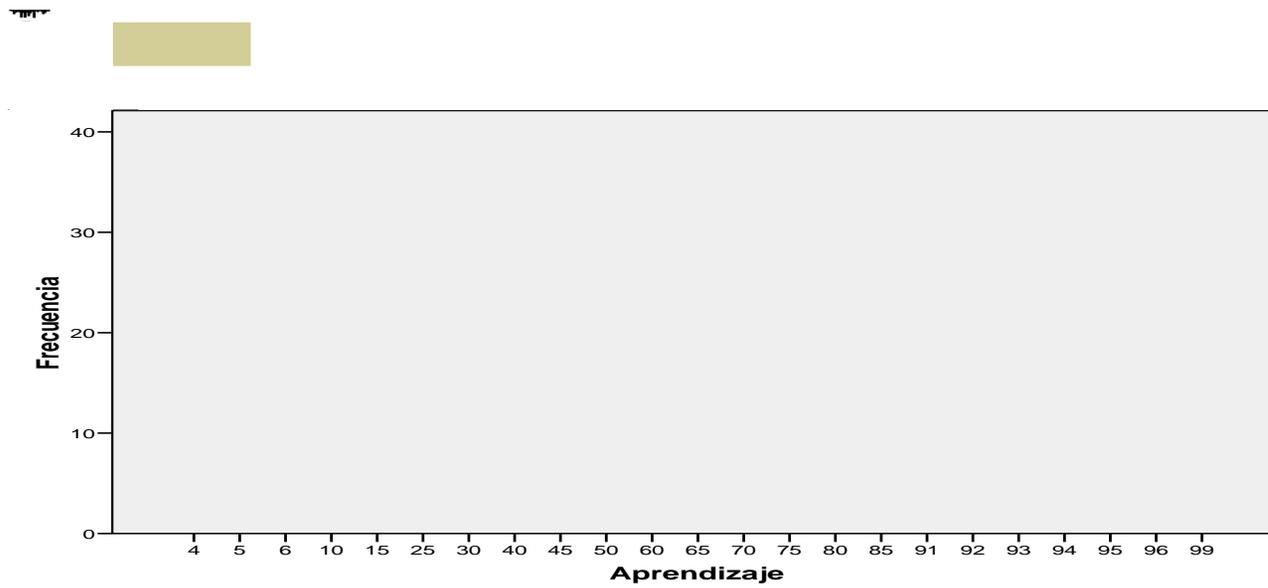


Grafico. 5  
*Depresión*

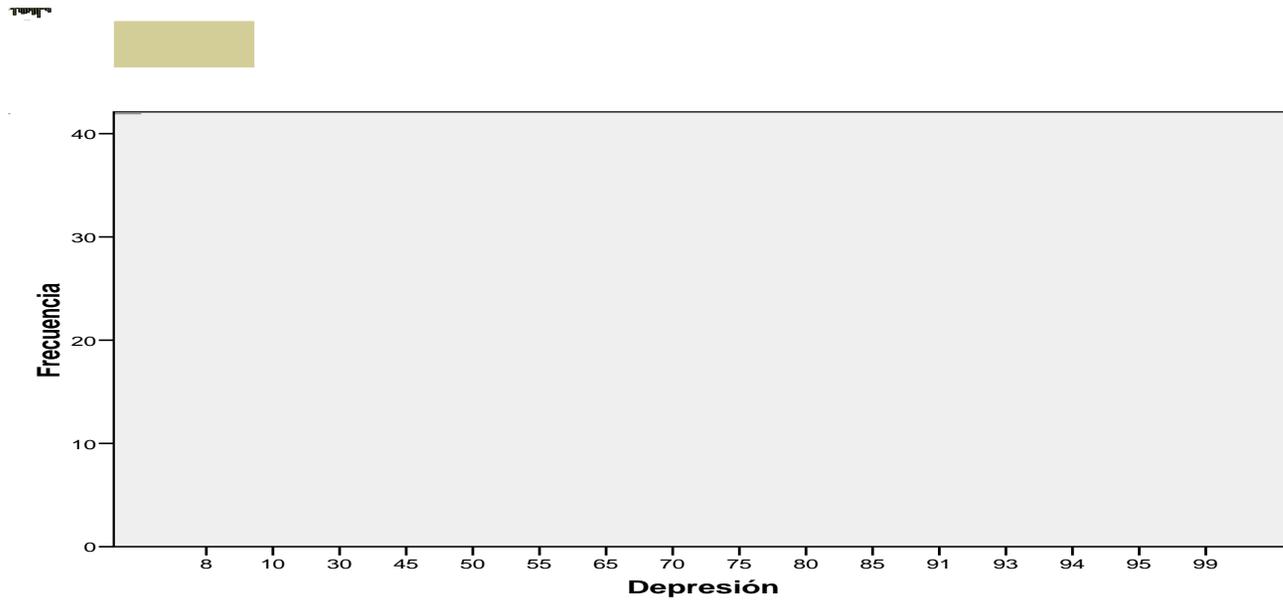
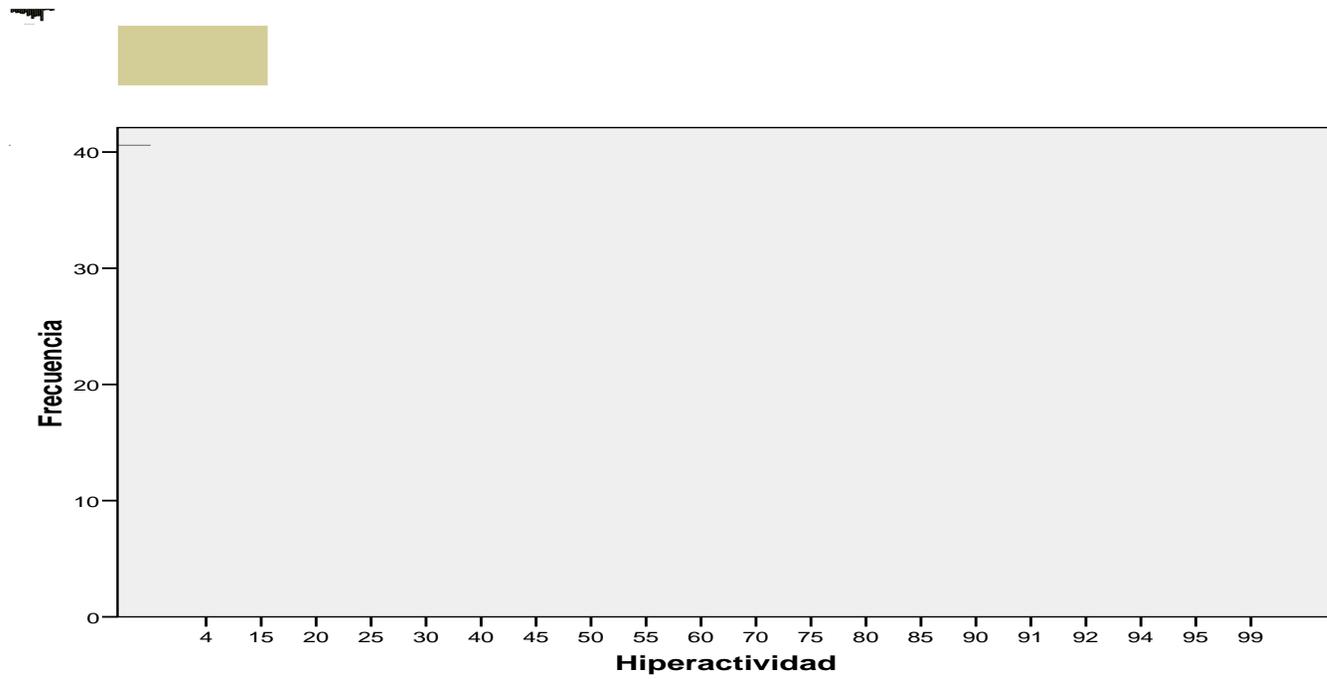


Grafico 6.  
*Hiperactividad*



Correlaciones de variables

*Atención \* Aprendizaje*

Recuento	Aprendizaje																						Total	
	4	5	6	10	15	25	30	40	45	50	60	65	70	75	80	85	91	92	93	94	95	96		99
Atención	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0	0	2	6	3	1	0	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	1	0	1	1	0	1	3	4	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	19
	0	1	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	1	0	0	4	0	1	1	8	0	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	24
	0	0	0	1	0	1	0	0	2	3	3	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	16
	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11
	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	2	7	0	0	0	0	0	1	0	0	15
	0	0	0	1	0	0	0	5	1	6	4	7	2	1	4	0	0	0	0	2	1	0	0	34
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	5
	0	0	0	0	2	0	0	4	0	4	0	4	4	0	5	0	0	0	3	3	0	0	0	29
	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	2	1	0	4	3	2	1	2	4	2	0	0	26
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	5
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	3	3	0	10
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	0	0	6
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	2	2	3	16	9	5	8	31	11	32	10	25	12	5	33	3	7	1	6	16	11	3	3	254

Tablas. 8  
Atención \* Aprendizaje

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	762,632(a)	462	,000
Razón de verosimilitudes	480,762	462	,264
Asociación lineal por lineal	106,690	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,649	,040	13,556	,000(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,659	,041	13,893	,000(c)
N de casos válidos		254			

Tabla 9.  
*Atención \* Depresión*

Tabla de contingencia																	
Recuento																	
	Depresión																Total
	8	10	30	45	50	55	65	70	75	80	85	91	93	94	95	99	
Atención	7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	8	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5
	15	1	1	4	0	6	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	18
	20	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
	25	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
	30	2	1	4	0	1	3	1	2	0	0	1	3	0	0	0	19
	35	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	1	10
	45	0	0	4	0	2	5	3	0	0	1	4	1	0	1	1	24
	50	0	1	0	0	1	0	2	1	1	4	1	4	0	0	0	16
	55	0	0	2	0	2	1	4	0	1	1	0	0	0	0	0	11
	60	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	6
	65	0	0	1	1	1	0	4	3	0	1	0	1	0	1	2	15
	70	1	0	0	0	2	4	1	2	3	7	3	3	0	1	2	34
	75	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5
	80	1	0	2	0	0	4	3	2	0	3	2	8	2	0	0	29
	85	1	0	0	0	0	1	1	3	1	4	5	6	1	0	2	26
	91	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	5
	93	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	5	0	0	0	10
	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	6
	95	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
	96	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	10	4	28	1	16	23	22	18	10	27	23	39	4	3	10	16	254

*Atención \* Depresión*

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	348,522(a)	315	,094
Razón de verosimilitudes	319,644	315	,417
Asociación lineal por lineal	38,786	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,392	,057	6,755	,000(c)
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,388	,055	6,684	,000(c)
N de casos válidos	254			

Tabla 10.  
*Hiperactividad \* atención*

Tabla de contingencia																					
Recuento																					
	Hiperactividad																			Total	
	4	15	20	25	30	40	45	50	55	60	70	75	80	85	90	91	92	94	95	99	4
Atención	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	8	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	15	0	2	2	1	3	3	0	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	20	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	25	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	30	0	3	1	1	3	0	1	1	1	0	3	2	0	1	2	0	0	0	0	19
	35	0	0	0	2	0	3	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	10
	45	0	1	1	1	1	0	0	1	4	2	5	4	1	0	1	0	1	1	0	24
	50	0	0	0	1	0	3	0	1	6	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	16
	55	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	2	3	2	0	0	0	0	0	0	11
	60	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
	65	0	0	1	0	0	2	0	1	1	4	3	0	2	1	0	0	0	0	0	15
	70	0	0	0	0	1	0	2	0	5	2	3	3	6	7	5	0	0	0	0	34
	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	5
	80	0	0	0	2	0	0	2	0	0	3	2	4	2	2	11	1	0	0	0	29
	85	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	4	2	2	4	8	0	1	0	1	26
	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	5
	93	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	0	1	3	0	0	0	0	10
	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	6
	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	1	9	6	11	10	13	14	9	21	18	30	23	21	21	37	2	1	1	4	2	254

*Hiperactividad \* atención*

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	859,670(a)	399	,000
Razón de verosimilitudes	423,244	399	,194
Asociación lineal por lineal	85,909	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

*Correlación de sperman*

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,583	,044	11,383	,000(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,592	,045	11,650	,000(c)
N de casos válidos		254			

Tabla 11.  
Aprendizaje \* Depresión

Tabla de contingencia																	
Recuento	Depresión															Total	
	8	10	30	45	50	55	65	70	75	80	85	91	93	94	95		99
Aprendizaje	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	5	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	6	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
	10	3	1	6	0	0	2	1	0	0	2	0	1	0	0	0	16
	15	0	0	3	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
	25	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	5
	30	2	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	40	1	0	4	0	0	5	2	0	0	4	5	5	1	0	0	31
	45	0	1	0	0	2	0	1	2	3	2	0	0	0	0	0	11
	50	2	1	2	0	2	1	9	2	1	4	4	1	0	0	1	32
	60	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	2	2	0	1	0	10
	65	0	0	1	0	0	1	1	2	1	7	4	3	0	1	2	25
	70	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	6	0	0	1	12
	75	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
	80	1	0	3	1	3	2	1	3	2	2	4	4	1	1	3	33
	85	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
	91	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	7
	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	93	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	0	0	0	6
	94	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	6	2	0	1	16
	95	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	2	1	0	0	0	11
	96	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Total	10	4	28	1	16	23	22	18	10	27	23	39	4	3	10	16	254

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	396,336(a)	330	,007
Razón de verosimilitudes	346,255	330	,258
Asociación lineal por lineal	50,706	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,448	,054	7,948	,000(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,416	,055	7,259	,000(c)
N de casos válidos		254			

Tabla 12.  
Aprendizaje \* Hiperactividad

Tabla de contingencia																					
Recuento																					
	Hiperactividad																			Total	
	4	15	20	25	30	40	45	50	55	60	70	75	80	85	90	91	92	94	95		99
Aprendizaje	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	10	0	3	1	3	2	0	0	2	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	16
	15	1	1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	25	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	30	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	8
	40	0	0	0	3	0	0	6	1	1	2	6	4	1	3	4	0	0	0	0	31
	45	0	3	1	0	3	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
	50	0	0	0	0	1	4	0	1	7	1	2	2	4	3	6	0	0	0	1	32
	60	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	10
	65	0	0	1	1	0	0	2	0	1	4	3	2	4	2	2	2	0	1	0	25
	70	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	1	2	4	0	0	0	0	12
	75	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
	80	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	7	5	5	2	2	0	0	0	3	33
	85	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	91	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	7
	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	93	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	6
	94	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	2	2	8	0	0	0	0	16
	95	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	7	0	0	0	0	11
	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3
	99	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	1	9	6	11	10	13	14	9	21	18	30	23	21	21	37	2	1	1	4	2	254

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	801,556(a)	418	,000
Razón de verosimilitudes	424,853	418	,398
Asociación lineal por lineal	54,768	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,465	,052	8,344	,000(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,449	,053	7,985	,000(c)
N de casos válidos		254			

Tabla 13  
*Depresión \* Hiperactividad*

Tabla de contingencia Depresión * Hiperactividad																					
Recuento																					
	Hiperactividad																			Total	
	4	15	20	25	30	40	45	50	55	60	70	75	80	85	90	91	92	94	95	99	4
Depresión	8	0	1	0	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10
	10	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	30	0	4	2	1	1	1	0	1	4	0	4	5	3	1	0	1	0	0	0	28
	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	50	1	2	1	1	1	4	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	16
	55	0	1	0	3	1	0	2	2	0	1	6	4	1	0	2	0	0	0	0	23
	65	0	1	0	0	0	2	0	0	4	3	5	1	1	1	3	0	0	0	1	22
	70	0	0	1	0	3	2	0	0	0	5	1	1	2	1	2	0	0	0	0	18
	75	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	10
	80	0	0	2	0	0	2	3	1	1	2	1	3	3	5	3	0	0	0	1	27
	85	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	1	4	2	2	6	1	1	0	0	23
	91	0	0	0	1	1	0	5	3	2	1	4	2	3	3	13	0	0	0	0	39
	93	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	4
	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
	95	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	10
	99	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	1	2	5	0	0	0	1	16
Total	1	9	6	11	10	13	14	9	21	18	30	23	21	21	37	2	1	1	4	2	254

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	386,670(a)	285	,000
Razón de verosimilitudes	288,236	285	,435
Asociación lineal por lineal	32,341	1	,000
N de casos válidos	254		

*Correlación de sperman*

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,358	,055	6,077	,000(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,388	,055	6,692	,000(c)
N de casos válidos		254			

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN

ORIENTACIONES PARA SU ELABORACIÓN:

El Resumen Analítico de Investigación (RAI) debe ser elaborado en Excel según el siguiente formato registrando la información exigida de acuerdo la descripción de cada variable. Debe ser revisado por el asesor(a) del proyecto. EL RAI se presenta (quema) en el mismo CD-Room del proyecto como un segundo archivo denominado: "RAI "

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	Especialización en psicología clínica de la niñez y la adolescencia
2	TÍTULO DEL PROYECTO	Análisis descriptivo correlacional entre la Hiperactividad, los problemas de atención y la depresión en niños de 7 a 11 años de edad de colegios de Chia según el reporte de sus docentes
3	AUTOR(es)	Acosta Rivera Sandra Y Paez Baez Heidy Milena
4	AÑO Y MES	Noviembre del 2009
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	Acosta Barreto Rocio
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	the hiperactividad, the deficit of attention and the depression, of agreement with the report of their educational ones in 245 students (118 children and 136 girls) of the Chia schools in ages among the 7 to 11 years and of socioeconomic stratum under and half low. and it was obtained as a result: 52,2% presents problem related with the hiperactividad followed by learning with, 42,1% attention with 30,7% and depression with 35,1%. AND. the correlation positive and significant between and attention, depression, hiperactividad, learning hiperactividad: they plows correlated statistically significant.
7	PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES	Deficit de atención, Hiperactividad, Depresión Aprendizaje y Docentes
8	SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Sector educación
9	TIPO DE INVESTIGACIÓN	Diseño de tipo descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal
10	OBJETIVO GENERAL	Determinar la relación entre los niveles de atención, la hiperactividad dificultades en el aprendizaje y la depresión en niños entre los 7 y 11 años de edad de acuerdo con el reporte de sus maestros
11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Describir los niveles de hiperactividad en niños de 7 a 11 años de edad. Describir los niveles de depresión en niños de 7 y 11 años de edad. Describir los niveles de atención en niños de 7 y 11 años de edad. Describir los niveles de dificultades en el aprendizaje en niños de 7 y 11 años de edad. Establecer el grado de relación que se puede obtener de acuerdo a: nivel de atención, hiperactividad, dificultades de aprendizaje y depresión.

12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>Amador, J. A; Campos, Idiazabalm.a. Alecha MA.A., García, J.S; Espadaler Gamissans J.M &amp; Santacana, M.F. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Psicothema Vol. 14, Nº 2: 350-356 Universidad de Barcelona y Hospital del Mar (Barcelona).</p> <p>Artigas Pallarés, J. (2006). El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. Revista Pediátrica Atención Primaria</p> <p>Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista de Neurología.</p> <p>Bará Jiménez P. Vicuña, D.A. Pineda, G.C. Henao. (2005) Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia., Revista Anuario de Psicología. Vol. 36, Nº 3, 261-280, Facultad de Psicología Universidad de Barcelona.</p> <p>Barragán, Pérez E. Peña, Olvera F. Ortiz, León S. García, Ruiz Matilde. Hernández, Aguilar J. Palacios-Cruz L. Suárez-Reynaga A. (2007) Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 64, septiembre-octubre 2007.</p> <p>Barkley, R, A. Murphy, K, R y Bauermeister, J, J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad un manual de trabajo clínico. The Guilford Press.</p> <p>Carr A. (2006).The Hand Book of Child and Adolescent Clinical Psychology. Chapter 11 Attention and over-activity problems 421-456. Routledge-Taylor Y Francis Group.</p> <p>Fernández, Arias, Sulil. (2002). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema Vol. 12 Nº 004: 525-532. Universidad de Oviedo España</p> <p>López-villaloboz:Serrano-Pintado.; Sánchez-Mateos. (2004). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. Psicothema: Vol. 6, Nº 3: 402-407.Recuperado el 22 de Marzo de 2008 en www.psicothema.com.</p> <p>Moreno Méndez, J. Martínez león N. (2006.) Conductas externalizantes, rendimiento académico y atención selectiva en niños con y sin hiperactividad. Tesis de maestría Universidad Católica de Colombia. 18 de octubre del 2006</p> <p>Ortiz-Luna, J.A &amp; Acle-Tomasin, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. Revista de Neurología: 42 (1): 17-21.</p> <p>Pineda, D.; Aguirre, D.C.; Puertas, I; Pineda, D. &amp; Lopera, F. (2006). La utilidad de un listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención-hiperactividad en población general y familias antioqueñas.</p> <p>Pineda, D, A. Lopera, F. Henao, G. C. Castellano, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad Colombiana. Revista de Neurología. Vol 32 (3): 217-222</p> <p>Roselló A, L. Amado B, R.M. Bo. 2002. patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por</p>
13	RESUMEN O CONTENIDO	<p>la hiperactividad, el déficit de atención y la depresión, de acuerdo con el reporte de sus docentes en 245 alumnos (118 niños y 136 niñas) de los colegios de chía en edades entre los 7 a 11 años y de estrato socioeconómico bajo y medio bajo. Se obtuvo el siguiente resultado: 52,2% de la población presenta problemas relacionados con la hiperactividad seguido de aprendizaje con, 42,1% inatención con un 30,7% y depresión con 35,1%. Se encontró correlación positiva y significativa entre: atención, depresión, hiperactividad y problemas aprendizaje e hiperactividad.</p>
14	METODOLOGÍA	<p>Se trabajó con un grupo de 294 escolares, 118 niños y 136 niñas, con edades comprendidas entre 7 y 11 años. Sus respectivos padres, trabajadores del campo y operarios y 14 docentes profesionales con experiencia promedio de 6 años en el trabajo con niños de escuela elemental. Los participantes fueron seleccionados de manera intencional y una vez conocieron el objetivo de la investigación dieron su consentimiento informado para participar.El sistema multidimensional de evaluación del comportamiento de los niños y los adolescentes. (BASC) desarrollada por Reynolds y Kamphaus (1992). Esta prueba fue estandarizada en Medellín, Colombia, por el grupo de neuropsicología y conducta de la universidad de San Buenaventura: el grupo de neurociencia de la universidad de Antioquia, el instituto neurológico de Antioquia y la universidad de Georgia (Kamphaus, Jiménez, Pineda, Rowe, Fleckenstein, Restrepo, Puerta, Jiménez, Mora, Sánchez, García y Palacios. 2000) Se realizó un análisis estadístico con el paquete estadístico SPSS versión 15.0, obteniéndose: La Media, Desviación Y Percentiles, el análisis de correlación es atreves del estadístico chi cuadrado para las variables género y edad, y prueba de hipótesis en las variables en que se encontró relación con sperman</p>
15	CONCLUSIONES	<p>El trastorno de hiperactividad es el de mayor relevancia tanto clínica, como estadísticamente dentro del grupo de este grupo de niños. El valor de significancia clínica de estas escalas se encuentran entre lo normal, y estadísticamente se encuentran correlaciones significativas entre estas variables. Aun así Estas ocurrencias causan que los niños tengan conflictos con su ambiente, en el que padres, educadores y profesionales están involucrados.</p> <p>Por otro lado Estos niños muestran un riesgo de presentar otros trastornos asociados En la revisión de la literatura en el marco teórico de este trabajo se pudo constatar que existe una variación de síntomas del TDAH relacionados con la depresión, estrés, bajo auto concepto, ansiedad, agresividad o trastorno oposicionista desafiante.</p>

16	RECOMENDACIONES	<p>Los niños con TDAH presentan en algún momento de la vida otro trastorno psiquiátrico sobrecargado, lo que se denomina comorbilidad del TDAH: como problemas de aprendizaje y depresión.</p> <p>Es importante el desarrollo de intervenciones a este grupo de niños que presentaron un alto porcentaje en cuanto estas variables clínicas: atención problemas de aprendizaje y hiperactividad de igual modo al grupo de niñas que presenta depresión; ya que ya que depende en gran medida de la imagen deseada que se tiene del niño y del umbral de tolerancia respecto de la desviación comportamental que aceptan educadores, padres y maestros.</p> <p>A la luz de nuestra experiencia, creemos que la hiperactividad, problemas de aprendizaje, depresión y problemas de atención, debe ser abordado por</p> <p>Varias actores que influyen sobre los futuros comportamientos de estos niños en sus diferentes ámbitos de interrelación como son: padres, maestros, psicólogos, además de los niños mismos, sugerimos la necesidad de un abordaje interdisciplinario para estos casos</p> <p>Por otra parte es importante en cuanto la aplicación de instrumentos que nos permitan visualizar mejor el comportamiento de variables como la atención ya que nos remonta a la pregunta de si es valioso estudiar esta ya que hace parte de la</p>
*	CODIGO DE LA BIBLIOTECA	No aplica para usted.