

PREVALENCIA DEL DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS DE LA CIUDAD DE CHILLÁN, CHILE

PREVALENCE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN 3 TO 5 YEAR-OLD CHILDREN FROM CHILLAN, CHILE

GLORIA HERRERA NARVÁEZ

Departamento Ciencias de la Educación, Facultad de Educación y Humanidades,
Universidad del Bío-Bío. Casilla 447 Chillán, Chile.
e-mail: gherrer@ubiobio.cl gherrer2005@hotmail.com

RESUMEN

El déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es un trastorno psicológico que afecta entre el 3 y 5% de la población infantil, según lo informa el Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales DSM-IV (1995). Este trastorno interfiere en la vida no sólo del niño, sino en su entorno familiar y sobretodo escolar.

La necesidad de detección a temprana edad es urgente, ya que al igual que todo trastorno del desarrollo, mientras antes se pesquise mejor es la posibilidad de interacción y por ende de recuperación.

En Chile, no existen estudios sistemáticos, ni instrumentos validados que entreguen este tipo de información en edades tempranas, es por ello que este estudio preliminar da a conocer de manera general un informe que se hace cargo de la consistencia interna de dos instrumentos, y de la detección de posibles casos de niños con déficit atencional con hiperactividad en la edad parvularia.

Para ello se realizó un estudio de corte transversal donde se obtuvo una muestra de 898 niños(as) de 3 a 5 años que asistían regularmente a diversos establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán, Región del Bío-Bío, Chile.

El tamaño de la muestra se calculó en función de la prevalencia del trastorno a nivel internacional y la elección se realizó mediante un muestreo aleatorio sistemático por conglomerados. Se enumeró la cantidad de aulas de 1 a N, de acuerdo a cada estrato económico y se procedió a seleccionar aquellas aulas que correspondían al número elegido. Se seleccionaron 36 aulas distribuidas de manera proporcional para cada nivel socioeconómico.

Mediante este estudio es posible afirmar dos descripciones básicas: 1) El TDAH es perfectamente identificable en un porcentaje de población parvularia chilena; 2) Los instrumentos utilizados presentan un comportamiento consistente lo que los hace fiables a la hora de ser utilizados como instrumentos de verificación.

PALABRAS CLAVES: Prevalencia, párvulo, género, estrato social.

ABSTRACT

According to what the DSM-IV (1995) reports, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychological condition that affects between 3 to 5% of infants. This disorder interferes not only in the lives of children but also in their family's and most importantly in their school environment.

The need to detect this disorder in the early stage is urgent, since, as with all development disorders, the sooner it is identified, the more possibilities for intervention and therefore for recovery.

In Chile, there are neither systematic studies nor validated instruments that may supply this type of information in early stages. For this reason, this preliminary study intends to provide a general report that deals with the detection of possible cases of children who might suffer from Attention Deficit Hyperactivity Disorder at the nursery school age.

For this purpose, a cross-sectional study was conducted. This resulted in a sample consisting of 898 children between three and five years old who regularly attended educational establishments located in the city of Chillán, Bío-Bío Región, Chile.

The size of the sample was calculated based on the prevalence of the disorder at the international level, and the selection was carried out by means of systematic conglomerate. The classrooms were numbered from 1 to N according to each socioeconomic level and the classrooms which corresponded to the number chosen were selected. Those selected were 36 classes that represent one socio economic level each.

From this investigation, it is possible to affirm two basic descriptions: 1) Attentional Deficit Hyperactivity Disorder is perfectly identifiable in a percentage of a nursery school-age group; 2) The instruments used present consistent behavior which makes reliable when used as screening instruments.

KEYWORDS: Prevalence, child, sex genders, social stratus.

Recepción: 20/04/05. Revisión: 02/09/05. Aprobación: 20/12/05.

INTRODUCCIÓN

Este es un estudio preliminar donde se analizan las características de dos instrumentos que informan acerca de la sintomatología del déficit atencional con hiperactividad (TDAH) en niños y niñas de 3 a 5 años.

Es evidente que al evaluar el déficit atencional con hiperactividad infantil, en población general parvularia, se debe tener en cuenta, al igual que en otros aspectos psicopatológicos, el análisis de una serie de factores y variables relacionadas con este trastorno, que faciliten la comprensión de las características específicas y contextuales del mismo. En este referente, tres son las dificultades que aparecen con mucha claridad y que presentan un desafío a cualquier diseño metodológico elaborado para ello:

- 1) La falta de instrumentos específicos de sintomatología del déficit de atención, para los niños de 3 a 5 años en Chile.
- 2) La veracidad de la información, ya que los informantes considerados más válidos, los niños, no poseen un desarrollo cognitivo que les permita expresar sus estados de ánimo, mediante un lenguaje fluido.
- 3) Buscar los informantes adecuados, es decir, aquellas personas que por su contacto

diario y prolongado tienen conocimiento de las diversas características que se mantienen constantes en el comportamiento de los menores en este rango de edad. Siguiendo las indicaciones de diversos autores (Kashani J. *et al.*, 1986; Del Barrio 1990; Domenech-Llaberia y Moreno 1995) se optó por las educadoras de párvulos como las informantes más válidas de los estados de ánimo del niño.

Por estos antecedentes, en este estudio se ha planteado:

- Determinar las características psicométricas, de la versión castellana de las escalas de hiperactividad incluida en: *The general rating of affective symptoms for preschooler (GRASP)* de Javad Kashani y Helen Orvaschel (1986) y *la escala reducida de Conners* (1997). (Conners (r)).
- Proporcionar normas de baremación (percentiles) para la población chilena de habla castellana.
- Determinar el percentil 95, como un punto de corte, bajo criterio estadístico, que pueda diferenciar a la población en dos grupos: con alto déficit atencional con hiperactividad y bajo déficit atencional con hiperactividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

a) Pasos seguidos en la etapa de adaptación

Selección población general

Niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, VIII Región, Chile.

Selección de la población de estudio

Niños y niñas de 3 a 5 años asistentes a los diferentes centros de educación parvularia de la ciudad de Chillán VIII Región, Chile (N= 3519 casos).

Muestra

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la técnica de Rumeau-Rouquette (1988), considerando una prevalencia del 1% y un error muestral del 3% con un 95% de seguridad (895 niños). Mortalidad de la muestra: 0%. Muestra real: 898 sujetos.

Recolección de la información

Aplicación de: Encuesta de datos generales, GRASP, subescala de Hiperactividad (versión en castellano) y Conners versión reducida, a las educadoras de las aulas seleccionadas.

Análisis de la información

Mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS se analizaron los instrumentos como los ítems y las correlaciones entre ellos.

b) Descripción de la población

La población de interés está formada por niños y niñas de tres a cinco años de edad que asisten a los diferentes establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán VIII Región, Chile.

Definida el área de interés a investigar, se procedió a seleccionar un lugar donde realizar dicho estudio. Se optó por la ciudad de

Chillán, VIII Región, Chile teniendo en cuenta, entre otras, las siguientes razones:

- Posibilidad de acceso a la información.
- Cercanía del centro de investigación.
- La homogeneidad presentada por la población.

En el trabajo de terreno el primer contacto se estableció entre la Universidad del Bío-Bío y la Secretaría Ministerial de Educación. De allí se solicitó el censo de los Centros de Educación Parvularia y de Educación Básica.

Una vez definida la población de estudio se envió una carta a los directores de todos los establecimientos donde asistían niños del grupo que interesaba estudiar. El objetivo de la primera entrevista fue dar a conocer en detalle lo que se pretendía hacer en la investigación, las formas cómo se aplicarían los instrumentos, la coordinación que se haría entre los recolectores de la información y las educadoras del nivel correspondiente. Una de las ideas básicas fue considerar las sugerencias del Director y las educadoras en términos de tiempo y coordinación, para la aplicación de test.

En la reunión realizada con las educadoras, se explicó los objetivos de la investigación, se les sensibilizó respecto de la objetividad de las respuestas.

Desde este momento, se procedió a realizar un cronograma que comprendió plazos de entrega de los cuestionarios, de parte de las educadoras.

Una vez entregados los cuestionarios a las educadoras, se procedió a realizar visitas periódicas a los establecimientos, con una frecuencia de una vez por semana. La finalidad de estas visitas era comprobar si había algún inconveniente en la aplicación de los mismos y mantener un contacto estrecho para recuperar el máximo de instrumentos posibles. Estas visitas resultaron ser una estrategia muy adecuada ya que el resultado de ellas ha sido la nula mortalidad de la muestra.

RESULTADOS

Tabla N° 1. Distribución de la población según nivel socioeconómico cantidad de cursos, número de niños y promedio de niños por curso.

Nivel socio-económico	cursos	niños(as)	promedio de niños por curso	% de población por estratos
Alto	24	488	20,3	13,85%
Medio	51	1378	27,2	39,19%
Bajo	62	1653	26,7	46,96%
Total	137	3519	25,7	100%

El fundamento de elección de esta población está basado en el desconocimiento que se tiene en Chile sobre el déficit atencional en población parvularia y en la necesidad de poder proporcionar información que sirva de base en las decisiones educacionales o al menos en la consideración especial de estos niños dentro de la sala común.

La cantidad de niños por cada nivel socioeconómico se describe en la Tabla N° 1 donde se desprende que la mayoría de los niños y niñas provienen de niveles socioeconómicos bajos.

La oferta del sistema educacional chileno se da a través de tres modalidades: colegios particulares, colegios subvencionados y colegios públicos. En el caso particular del nivel parvulario, la oferta pública se canaliza a través de tres instituciones: Escuelas municipales, Fundación Integra y Junta Nacional de Jardines Infantiles. Esta distribución tiene una estrecha relación con los

niveles socioeconómicos de las familias, ya que a los colegios particulares, asisten niños de familias que pueden financiar las altas cuotas de escolaridad que deben cancelar, a los colegios subvencionados, donde asisten generalmente, niños provenientes de familias de nivel socioeconómico medio, y finalmente escuelas municipalizadas, Fundación Integra y JUNJI donde asisten niños de bajos recursos económicos. En la Tabla N° 1 se puede observar que el 46,96% provienen de niveles socioeconómico bajo, el 39,19% de nivel socioeconómico medio y el 13,85% restante de nivel socioeconómico alto.

La cantidad que provenía de los diversos niveles socioeconómicos, así como el número de aulas, fue considerado, con la finalidad de mantener la proporción de la población en el tamaño de la muestra y para determinar la cantidad de aulas que serían necesarias de considerar, de acuerdo a la proporción de niños por aula.

Tabla N° 2. Distribución de la muestra según género y nivel socioeconómico.

	Bajo	Medio	Alto	Total
Niños	101	124	219	444
Niñas	66	194	194	454
Total	167	318	413	898

La distribución por género indica que la cantidad de niños es muy similar a la de niñas en la muestra seleccionada. La diferencia es de 11 casos más a favor de las niñas, situación que también se reproduce en la población.

Las características definitivas de la muestra se dan en los gráficos siguientes. En ellos se aprecia la relación entre los estratos de la población y la consideración en la muestra.

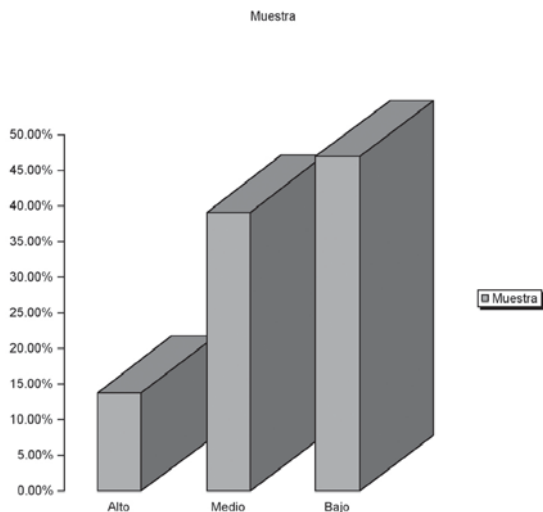


Figura 1. Proporción de la muestra.

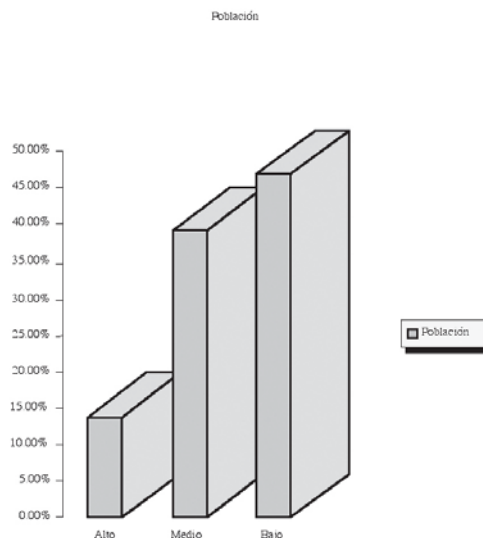


Figura 2. Proporción de la población.

En las Figuras 1 y 2 es posible observar que se mantuvo la proporción de la muestra, similar a la proporción de la población, la mayor cantidad de personas se encuentra en el nivel socio económico bajo.

Es importante destacar que la mortalidad de la muestra es nula. Dentro de los factores que más incidieron en la baja mortalidad de la muestra se encuentran la motivación que se hizo a los profesores participantes en la investigación, y las constantes visitas realizadas a los colegios seleccionados.

Análisis estadístico

Mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS (versión 6.1 para Windows) se desarrolló todo el proceso de análisis.

Para determinar la consistencia interna de

los test se trabajó con el Reliability Analysis. Con el estadístico Alpha de Cronbach, se determinó la consistencia interna de todo el cuestionario (GRASP) como sus correspondientes escalas. Este procedimiento, junto con el análisis de cada ítem, permitió valorar el aporte relativo de cada ítem a la consistencia interna tanto del instrumento como a las escalas que lo componen, (Viladrich, 1995-1996; Martínez, 1995).

Para ver los niveles de correlación entre las diferentes sub-escalas, y otras escalas se utilizó el coeficiente de Pearson, por tratarse de puntuaciones de variables medidas en escalas de razón con valores entre 1 y 30 para la escala de GRASP y entre 1 y 40 para la escala Conners.

El nivel de diferencias entre los promedios de las puntuaciones de los test, obtenidos por los diferentes niveles socioeconómi-

cos se determinaron mediante la utilización de la prueba T, con un nivel de significación del 5% (Ribas, 1995; Pascual *et al.*, 1996). A través de la opción “Release 6.1” se realizó una análisis de baremación, expresando las puntuaciones brutas en puntuaciones porcentuales (percentiles).

Consistencia interna de las escalas de síntomas de déficit de atención: Conners (r) e Hiperactividad Grasp

Aplicada las pruebas de *Conners (r)* (reducida) y la escala de hiperactividad de la *Grasp*,

se procedió a realizar un análisis de consistencia interna para determinar si los instrumentos reunían las características necesarias para poder indagar el grado en que la población parvularia de Chillán está afectada por el déficit atencional con hiperactividad.

Cabe recordar que la prueba fue aplicada a un grupo total de 898 alumnos, lo que constituyó la muestra real, existiendo una diferencia de cuatro sujetos con respecto a la muestra teórica.

A continuación se detallan los niveles de consistencia interna de cada una de las escalas, además se informa respecto de los niveles de fiabilidad por estrato socioeconómico.

Tabla N° 3. Alpha de Cronbach por instrumento de evaluación y estrato socioeconómico.

Nivel socioeconómico	Conners	Hiperactividad Grasp
Alto	0,9151	0,8163
Medio	0,8999	0,7555
Bajo	0,9148	0,8146

Como se observa en Tabla N° 3 en todos los niveles socioeconómicos ambas escalas presentan altos índices de consistencia interna, esto permite confirmar lo planteado en la muestra total respecto de la fiabilidad de éstas en este tipo de población.

El valor de la correlación (Pearson 0,782)

de las puntuaciones totales entre ambas escalas y para el caso del total de la población, indica que ambas escalas están midiendo lo mismo y que pueden usarse a manera de complemento o de confirmación de casos con alta sintomatología de déficit atencional con hiperactividad.

Tabla N° 4. Distribución de los sujetos según nivel socioeconómico, ubicados sobre el percentil 95 en ambas escalas.

Frecuencia nivel socioeconómico			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) acumulado
Alto	8	24,2	24,2
Medio	9	27,3	51,5
Bajo	16	48,5	100,0
Total	33	100,0	

La Tabla N° 4 informa que de los 33 niños que quedaron incluidos dentro del rango de alta sintomatología de déficit atencional (>percentil 95); un 24,2% (8) provie-

nen del nivel socioeconómico alto, un 27,3% (9) provienen del nivel socioeconómico medio y la mayoría de ellos (48,5%) son de origen socioeconómico bajo.

Tabla N° 5. Distribución de los sujetos según género, ubicados sobre el percentil 95 en ambas escalas.

Tabla de frecuencia género			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) acumulado
niños	26	78,8	78,8
niñas	7	21,2	100,0
Total	33	100,0	100,0

En cuanto al género (Tabla N° 5), el 78,8% son niños y un 21,2% son niñas, esta situación se repite en las dos escalas cuando se analizaron por separados y además coin-

cide exactamente con los planteamientos teóricos de diversas investigaciones en el área. (Lopera, 1994; Barkley, 1997; Faraone *et al.*, 1992; Miranda *et al.*, 2000).

Tabla N° 6. Descripción de la intensidad del síntoma de déficit atencional según género.

Género	n	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
Test Conners** niños	26	34,50	3,81	0,75
Test Conners niñas	7	31,00	1,63	0,62
Test hiperactividad Grasp niños	26	24,31	4,31	0,84
Test hiperactividad Grasp niñas	7	21,29	3,20	1,21

La Tabla N° 6 muestra que de los 33 sujetos que componen el grupo de alta sintomatología déficit atencional en ambas escalas, sólo se diferenció significativamente la intensidad de dicho síntoma, en la escala

de Conners, siendo mucho mayor ésta en los niños que en las niñas. En el caso de la escala de la Grasp esta diferencia, es mayor en niños, la diferencia no alcanzó un nivel de significación estadística.

Tabla N° 7. Descripción del síntoma de déficit atencional, según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	n	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
TCON ns alto	8	33,38	3,42	1,21
bajo	9	32,00	2,87	0,96
THIP ns alto	8	25,75	4,68	1,66
bajo	9	21,78	2,49	0,83
TCON ns alto	8	33,38	3,42	1,21
medio	16	34,94	4,06	1,01
THIP ns alto	8	25,75	4,68	1,66
medio	16	23,69	4,51	1,13
TCON ns bajo	9	32,00	2,87	0,96
medio	16	34,94	4,06	1,01
THIP ns bajo	9	21,78	2,49	0,83
medio	16	23,69	4,51	1,13

ns = diferencia no significativa

TCON = Test Conners

THIP = Test hiperactividad Grasp

En la Tabla N° 7 se observa que los niños que provienen de niveles socioeconómicos altos son los que presentan una más alta sintomatología de déficit atencional con hiperactividad.

Además se destaca el hecho que los niños provenientes del nivel socioeconómico bajo son los que presentan con menor severidad los síntomas de déficit atencional con hiperactividad.

Los niños provenientes de hogares de niveles socioeconómicos medios presenta una severidad de los síntomas de déficit atencional con hiperactividad mayores que los niños de nivel socioeconómico bajo, pero, menores que el nivel alto.

Estos valores de severidad fueron calculados en función de las puntuaciones totales obtenidas por los niños en ambas escalas.

En definitiva se puede afirmar que los instrumentos utilizados informan aspectos similares a los que sucede en otros países, lo que indicaría que estos síntomas no sólo están presentes en la población investigada, sino

que además su manifestación en porcentaje e intensidad no difiere mayormente de lo informado en otras investigaciones, por lo cual resulta interesante poder describir con mayor exactitud tanto el diagnóstico clínico como las variables que pueden estar actuando como factores de riesgo o protección del trastorno de déficit atencional con hiperactividad, de la población parvularia chilena.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo presente que en cada aula de clases puedan asistir uno o más niños con trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), el profesor se ve enfrentado a un gran desafío, por la atención que demandan ya que además de ellos, cada curso tiene en promedio entre 25 y 30 niños(as).

Las implicancias educativas que este escenario plantea, tienen que ver específicamente con problemas como dificultad para seguir el ritmo de la clase, interrumpir con

frecuencia para referirse a temas no atinentes, molestar a sus compañeros, pararse a cada rato, jugar o deambular por la sala. Así también es más lento en algunos casos y en otros más rápido e impulsivo en sus respuestas, no obedece, no sigue instrucciones, no acata.

Este niño o niña necesita, por parte del educador(a), un manejo que se caracterice por el cariño, reconocimiento y valorización unido a una gran y sostenida firmeza. Este proceso significa priorizar lo que realmente es importante y dejar pasar lo que no es. El educador(a) debe centrar su atención en las actitudes positivas del niño(a), ya que éste es muy sensible al afecto y a la acogida. El aspecto emocional del aprendizaje y la afectividad tienen importancia para todos los niños(as), pero en estos casos es en forma más crítica, ya que con frecuencia se aburren, se cansan, se desmotivan y se ponen ansiosos.

Es importante capitalizar su capacidad para jugar, las tareas pueden ser divertidas para ellos si se presentan en forma creativa, original y no rutinaria.

Es importante tener en consideración que los niños(as) que presentan este trastorno se caracterizan por su impulsividad cognitiva, por lo tanto su estilo cognitivo predominante es impulsivo, no reflexionan lo suficiente antes de actuar y no anticipan las consecuencias de sus actos. Tienen poca tolerancia a la frustración por lo que se ofuscan con facilidad frente a las dificultades y tienden a cerrarse ante la retroalimentación cuando sienten que no son capaces de enfrentar con éxito una tarea.

El presente trabajo permite tener claridad acerca de lo que ocurre en las unidades educativas que han sido escogidas para este estudio y a través de dos instrumentos de evaluación realizar un estudio preliminar acerca de la magnitud del problema que afecta a algunos niños(as), descartando el mito que la mayoría de ellos presentan este trastorno.

Los niños han cambiado, no tienen las características a las cuales los educadores están acostumbrados, por lo tanto se insiste mucho ante los padres que la mayoría de ellos tienen TDAH cuando en la realidad el porcentaje es mucho menor del que se indica.

El diagnóstico para comenzar un tratamiento debe ser claro y preciso, se requiere estar seguro que el niño tiene TDAH. El educador necesita acostumbrarse a trabajar con todos los niños y niñas y tomar en cuenta esta diversidad.

Esta investigación no pretende entregar más aportes que el mencionado pero sí tiene el gran mérito de sensibilizar a los educadores y reflexionar ante una realidad educativa cada vez más habitual. Hoy la mayoría de los niños o niñas son derivados por situaciones muy simples a diferentes profesionales una y otra vez, debido a que los educadores no han logrado comprender lo que realmente ocurre en las aulas de clases. Nuestros niños no presentan un trastorno, por el contrario, lo que sucede es que en la actualidad los párvulos demandan aprendizajes desafiantes, tienen una mayor cantidad de conocimiento de lo que como adultos esperaríamos encontrar en ellos, son más inquietos, curiosos, críticos consigo mismo y con los demás.

La escasa investigación que existe en Chile, sobre el déficit atencional que puede estar afectando a los niños de edad parvularia, es una problemática necesaria de abordar, en el sentido que la falta de información puede estar ignorando un tema que es de vital importancia en el desarrollo armónico del párvulo.

Desde este punto de vista este artículo, se constituye en un intento de dar a conocer en qué medida dicha problemática se produce, si es que se produce.

El primer problema que enfrenta una investigación de este tipo es la falta de instrumentos correctamente adaptados para la

población chilena, por tal motivo se analizó la consistencia de dos escalas que permitiesen evaluar la sintomatología de déficit atencional del párvulo, se optó por las escalas de Conners y Grasp.

Analizada la información es posible afirmar que las escalas poseen los niveles de consistencia interna necesarios para ser utilizados como instrumentos de screening que apoyen los diagnósticos clínicos más elaborados o para ser utilizados en investigaciones que intentan abordar esta problemática en la población general (Conners alpha =,9107); Grasp alpha = ,7975).

Basándose en la prevalencia informada por diversos autores (Pineda *et al.* 1999;

Orjales 2001) y el DSM-IV (1995), que estaría situada entre el 3% y 5% de los casos de población general, se decidió que todos los casos cuyas puntuaciones en ambas escalas era superior al percentil 95, se denominarían niños con alta sintomatología de déficit atencional con hiperactividad, el resultado fue de 33 casos, es decir, una prevalencia informada por ambos instrumentos de 3,67% de los casos. Este resultado es absolutamente concordante con los planteamientos teóricos que sustentan este tipo de estudio.

El detalle de la prevalencia de los síntomas de déficit atencional, por género y nivel socioeconómico es:

	n	n total	prevalencia
Niños	26	444	5,85%
Niñas	7	454	1,54%
Nivel socio económico alto	8	167	4,79%
Nivel socio económico medio	16	318	3,87%
Nivel socio económico bajo	9	413	2,83%

En síntesis es posible afirmar de acuerdo a este estudio, que la temática del déficit atencional con hiperactividad en edad parvularia se da también en Chile y en proporciones similares a las informadas por especialistas de diversos países.

Que los niveles de consistencia interna de los instrumentos permiten respaldar y dar fiabilidad a la información proporcionada,

Por tanto, es un tema que tratado con mayor profundidad y con otros instrumentos específicos, entrevistas a padres y profesores observación directa, pueden constituirse en un aporte interesante a la explicación del comportamiento de déficit de atención con hiperactividad en el párvulo chileno.

Además una de las tendencias actuales se dirige hacia el diseño y evaluación de trata-

mientos no farmacológicos, particularmente intervenciones educativas, conductuales y cognitivas, que pueden servir de ayuda o alternativa a la medicación, creando así nuevas opciones de investigación en este campo.

La complejidad del déficit atencional con hiperactividad continúa intrigando y desafiando a los investigadores. Los sucesivos resultados incongruentes y poco definidos conducen a preguntas cada vez más perspicaces y a metodologías de investigación más perfeccionadas y cada nuevo descubrimiento contribuye a un gradual conocimiento sobre las causas, características y tratamientos óptimos para estos desconcertantes problemas de conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson (edición original, 1994).
- BARKLEY, R.A. (1997). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Nueva York: Guilford Press.
- CONNERS, C.K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development* 41, 667-682.
- CONNERS, C.K. (1994) Conners Rating Scales. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, N.J: Erlbaum, p. 55.
- CONNERS, C.K. (1997). Conners' Rating Scales-Revised. Toronto Multi-health Systems.
- DEL BARRIO V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Psicological Assessment* 6(2): 171-209.
- DOMENECH-LLABERIA, E., MORENO C. (1995). Depresión en la edad preescolar. Actualizaciones en Psicopatología Infantil. Barcelona: PPU.
- FARAONE, S., BIEDERMAN, J., CHEN, W.J., KRIFCHER, B., KEENAN, K., MOORE, C. (1992) Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder. Evidence for single gene transmission. *Psychiatry genetics*, 2, 257-275.
- KASHANI, J.H.; HOLCOMER., HORSVACHEL H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children for the General population. *American Journal of psychiatry* 143(9): 1138-1143.
- LOPERA, F. (1994). Anamnesis en el trastorno de atención con hiperactividad. *Acta Neurológica Colombiana* 10 (3).
- MARTÍNEZ, R. (1995). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis psicológica.
- MIRANDA, A., JARQUE, S. Y SORIANO, M. (2000) Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28, suplemento N° 2, S182-S188.
- ORJALES, I. (2001) Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y Educadores. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial (CEPE).
- PASCUAL, J., FRÍAS, D., GARCÍA F. (1996). Manual de psicología experimental: Metodología de la investigación. Barcelona: Editorial Ariel.
- PINEDA, D. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de neurología* 28(4), 365-372.
- RIBAS, MD. (1995). Diseños de investigación cuantitativa. Barcelona: Editorial Ariel.
- RUMEAU - ROUQUETTE C., BREART, G., PADIEU, R. (1988). *Méthodes en épidémiologie*. Paris: Medicine-Sciences.
- SINAIKO H., BRISLIN, R. (1973). Evaluating language translations: Evaluating on three assessment methods: *Journal of Applied Psychology* 57: 328-334.
- VILADRICH, M.C. (1995-1996). *Psicometría: esclamamiento multidimensional*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Apuntes Cátedra de psicometría.