



Revista Latinoamericana de Psicología

ISSN: 0120-0534

direccion.rlp@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Ayora Fernández, Amable

Niños con déficit de atención e hiperquinesis (TDA/H)

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 36, núm. 1, 2004, pp. 47-58

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536105>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIS (TDA/H)<sup>1</sup>

AMABLE AYORA FERNÁNDEZ\*  
Universidad Nacional de Loja, Ecuador

### ABSTRACT

Hyperactive children have been studied since the first decades of the XXth. century, particularly in relation to educational problems and behavioral limitations. The attention deficit hyperactivity disorder (ADH/D) is presented in detail. Emphasis is placed on assessment and evaluation, treatment and follow-up. Treatment can be pharmacological, psychotherapeutic, or based on behavior modification and/or cognitive therapy. In this area several disciplines converge, including psychology, education, psychiatry, speech pathology, and others. At the present time neurophysiological and genetic approaches are considered very promising.

**Key words:** attention deficit hiperactivity disorder, educational problems, behavior modification, cognitive therapy.

### RESUMEN

Los niños hiperactivos se han estudiado desde comienzos del siglo XX, especialmente en lo que se refiere a problemas educativos y limitaciones conductuales. En el presente trabajo se presenta en detalle el déficit de atención e hiperquinesis (TDA/H). Se coloca especial énfasis en el diagnóstico y la evaluación, en el tratamiento y en el seguimiento. Los tratamientos pueden ser farmacológicos, psicoterapéuticos, o basados en la modificación de conducta y en la terapia cognitiva. El trabajo que

Continúa →

1 Ponencia presentada en el I Seminario Nacional sobre "El niño difícil y su tratamiento", en la ciudad de Machala (Ecuador).

\* Correspondencia: AMABLE AYORA FERNÁNDEZ, Apartado 490, Loja, Ecuador. E-mail: amableayora@yahoo.com.es

Continuación →

se realiza en esta área es interdisciplinar e incluye a psicólogos, foniátras, educadores, médicos y otros profesionales. En el momento actual los enfoques neurofisiológicos y genéticos se consideran muy promisorios.

*Palabras clave:* déficit de atención e hiperquinesis, problemas educativos, modificación de conducta, terapia cognitiva.

### INTRODUCCIÓN

Es un hecho que el problema de la hiperactividad infantil tiene gran actualidad, y su importancia no se puede desconocer, sin embargo, es importante destacar que la ciencia suele progresar paso a paso, afianzando firmemente cada avance antes de proseguir hacia el siguiente. Es así, que existen ciertos momentos en que los expertos en un tema han logrado un acervo tal de conocimientos que al reunirse determinan un progreso enorme de la actividad científica. Pensamos que así se marcan los grandes momentos del desarrollo del conocimiento humano.

La obra titulada *Salud Mental en Niños y Jóvenes* (Belsasso, 1976) expresa claramente que los países de nuestro continente enfrentan un problema de salud pública que abarca cuando menos a quince millones de personas. Aunque las cifras derivadas de estudios epidemiológicos y estadísticos varían de acuerdo con las publicaciones estudiadas y la metodología utilizada, podemos decir, en términos generales que de los quinientos millones de seres que habitamos el continente americano, el 3% está constituido por personas (de todas las edades) que sufren las consecuencias de una deficiencia global en su desarrollo.

Por lo tanto esta gran problemática que vivimos corresponde a nuestras propias realidades en el orden social, económico, familiar y educativo.

Las palabras cambian, pero la existencia de seres humanos cuyo desarrollo transcurre a un ritmo más lento y con limitaciones de mayor o menor cuantía en sus metas, tiene consecuencias enormes en todos los ámbitos de la vida, planteando

entonces necesidades de prevención, diagnóstico, investigación y tratamientos especializados. La Figura 1 nos orientará de mejor manera en un trabajo integrado.

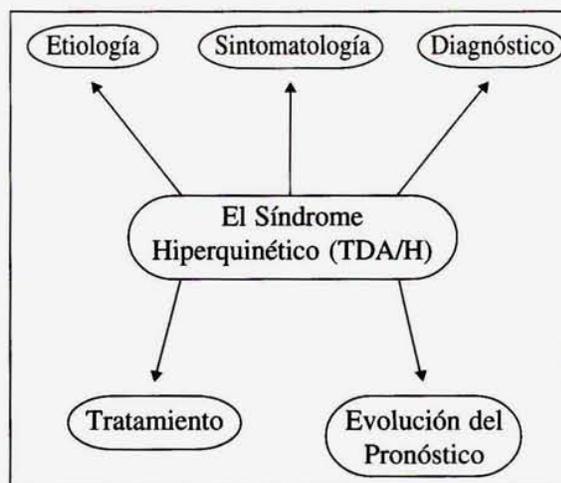


Figura 1: Aspectos relevantes en la investigación de los niños con Hiperquinesis.

Definir la hiperactividad, ha sido un trabajo arduo y nada fácil. Si bien es cierto los estudios en torno al tema se han realizado desde hace muchos años, queremos indicar que su enfoque ha sido en esencia multidisciplinario y en la que han participado psicólogos, pedagogos, foniátricos, kinésicos, médicos, etc. En la actualidad los estudios continúan bajo un marco de influencia de la fisiología del cerebro, la genética y la psiquiatría, entre otras disciplinas.

La hiperactividad inicialmente fue definida como el exceso de actividad física o muscular que se produce, bien en sujetos que no han alcanzado

una suficiente maduración psicomotriz o como síndrome que acompaña a determinados estados patológicos. Entre las formas típicas de manifestarse están los cambios constantes de lugar, la afición a tocarlo todo, la presencia de un movimiento muscular continuo y la falta de coordinación psicomotriz. La característica común a todas estas formas es la falta de capacidad para inhibir las respuestas motoras (*Diccionario de las ciencias de la educación*, 1983).

Por la importancia que reviste el tema de la hiperactividad conocido también en el lenguaje científico con el nombre de *síndrome hiperquinético*, presentamos a continuación los aspectos más relevantes del mismo. Estos aspectos vistos desde una concepción holística nos permitirán un mejor conocimiento de todo el proceso evolutivo de los niños, del diagnóstico, el tratamiento y el curso del pronóstico.

#### DEFINICIÓN DE LA HIPERQUINESIS Y SU ETIOLOGÍA

El hombre está reservado para un número menor de niños que han sido inquietos desde chicos, cuando aprendieron a caminar o entraron al jardín infantil. Esta característica se manifiesta en todas partes: en el colegio, en la casa, en los paseos. Lo retan constantemente, porque se para del banco del colegio, está siempre moviéndose y haciendo ruido, se columpia en el asiento, se le cae el lápiz, interrumpe su trabajo y perjudica su aprendizaje.

Además, tiene dificultad para concentrarse y hacer otras cosas en la sala de clases. A veces también tiene impulsividad. Esto significa que no se detiene a pensar antes de actuar, y hace rápidamente lo primero que se le pase por la cabeza, metiéndose en problemas. Existe varios sistemas para solucionar la hiperquinesia, pero primero hay que hacer un diagnóstico cuidadoso para saber de qué tipo de inquietud motora se trata y por qué se ha producido.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) es uno de los problemas más prevalentes en psiquiatría infantil, siendo res-

ponsable de aproximadamente el 30 % de las consultas a los servicios de salud mental infanto-juvenil de USA y Canadá.

Además los estudios realizados en otras culturas como Alemania y Puerto Rico han demostrado que alrededor del 5% de la población infantil, esto es 1 de cada 20 niños, se ve afectado por este trastorno, con una predominancia en varones de 3 a 1 respecto a las mujeres.

Las primeras descripciones de este trastorno datan de principio del siglo XX (1937), y a través del tiempo han ido recibiendo distintas denominaciones: disfunción cerebral mínima, síndrome hiperquinético, hasta el actual déficit de atención con hiperactividad (TDA/H), el que según el DSM-IV puede subtipificarse en tres categorías: tipo combinado, con predominancia de déficit de atención, y con predominancia de hiperactividad-impulsividad.

Si bien no está claramente definida la causa del trastorno, las evidencias surgidas de las investigaciones realizadas hasta el momento apuntan a la existencia de una base biológica. Partiendo de las mismas podemos destacar:

*Factores hereditarios* Los estudios que se han llevado a cabo para investigar la concordancia en el diagnóstico muestran entre el 20% y el 32% de los parientes en 1° grado (padres y hermanos) que presentan el mismo trastorno (Carlson, *et al*, 1987).

La concordancia encontrada en un estudio realizado sobre 127 pares de gemelos monocigóticos y 111 dicigóticos fue para los primeros del 51% y del 33% para los segundos (Goodman & Stevenson, 1989).

*Factores lesionales* Son responsables sólo del 5% de los TDA/H. Incluye las afecciones del S.N.C., los traumatismos del cráneo, intoxicaciones con ciertas sustancias como plomo, etc. (Rutter, 1977).

*Factores neurológicos.* Basados en dos tipos de hallazgos inespecíficos y específicos. Entre los primeros podemos mencionar una ligera mayor incidencia de problemas durante el embarazo y el

parto, así como también de un retraso en la aparición de pautas del desarrollo motor y alteraciones neurológicas leves tales como lateralidad cruzada, mala coordinación y torpeza motora. Entre los segundos cabe mencionar los resultados obtenidos de determinados estudios biológicos, los que han evidenciado lo siguiente:

- Bajos niveles de dopamina de LCR.
- Baja actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha (medida con tomografía por emisión de positrones).
- Alteraciones estructurales estadísticamente significativas; menor tamaño, en la parte posterior del cuerpo calloso. Cabe destacar que las zonas corticales orbitofrontal y paralímbica anterior intervienen en el control voluntario de la conducta y en la regulación de la motivación.

Estos hallazgos son coincidentes con los resultados de los tests neuropsicológicos, que muestran una pobre inhibición voluntaria de la conducta e impulsividad (Chelune & Baer, 1986).

*Factores psicosociales* Se ha demostrado que no inciden en tanto factores causales. Sí en cambio son responsables del curso pronóstico que seguirá el trastorno, ya que los problemas severos de conducta y los problemas de autoestima se relacionan con ellos (Bond & McMahon, 1984).

En los últimos años se ha demostrado que el déficit de atención con hiperactividad se presenta en una alta proporción combinado con otros trastornos psiquiátricos como depresión mayor 30%, trastornos por ansiedad 25%, conducta disocial 20% y 40%, y problemas específicos de aprendizaje 20%. Biederman, Faradone, *et al.*, (1992).

Estos altos niveles de comorbilidad se han encontrado en países pertenecientes a diferentes culturas, en estudios realizados sobre población general, así como población clínica, dando lugar a que los investigadores consideren al TDA/H como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potenciales diferentes.

Desde el punto de vista clínico la comorbilidad tiene influencia sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno. Por ejemplo los niños con trastornos del aprendizaje en lectoescritura o en matemáticas (dislexia auditiva o visuoespacial) requieren medidas reeducativas específicas. Los niños que presentan cuadros de ansiedad pueden verse beneficiados por abordajes psicoterapéuticos de orientación cognitivo-conductual.

Desde el punto de vista farmacológico los niños que presentan cuadros depresivos o ansiosos suelen responder mal a la medicación estimulante.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERQUINESIA

A través de los diversos estudios realizados se ha llegado a determinar los siguientes síntomas:

- Atención deficiente
- Hiperactividad
- Impulsividad

Los dos últimos pueden faltar o uno de ellos, pero la deficiencia de la atención siempre está presente. Para confirmar este diagnóstico, es necesario que los síntomas que se mencionan estén presentes en un individuo sin deterioro intelectual y que algunos de ellos hayan comenzado antes de los siete años de edad (a veces, algunos síntomas aparecen en edad muy temprana).

Entre la sintomatología del trastorno de la hiperactividad se han mencionado los siguientes:

El niño no puede permanecer quieto o sentado un largo rato. Al estar sentado se mueve continuamente en el asiento, con exceso de actividad en las manos y piernas.

En su casa va de un lado para el otro alternando la dinámica del hogar y generando, a veces, roces con sus hermanos, con frecuencia necesita correr y/o saltar. No puede dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio, etc.

Estos niños suelen padecer algunas de las siguientes consecuencias:

1. Dificultades de convivencia en su hogar. Suele generar irritación en sus padres que llegan a tener poca paciencia y relaciones tensas con sus hermanos.
2. Bajo rendimiento en el aprendizaje (calificaciones bajas, repetición de grado/año).
3. Problemas de conducta (sanciones disciplinarias). También es común que se observe en ellos:
4. Aislamiento: niño aislado (principalmente por el rechazo de sus compañeros).
5. Frustración: Estos niños tienen una correcta percepción de la realidad y por ello adquieren clara conciencia de sus limitaciones frente a ella.

6. Afectación de su autoestima: baja autoestima (sentimiento de inutilidad, de falta de capacidad, de ser “distinto” de sus compañeros).

7. Agresividad (como reacción ante la percepción de sus desventajas).

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Los tests psicométricos son importantes en la evaluación ya que ayudan a tener un mejor conocimiento del déficit de atención y de su influencia, en la habilidad cognoscitiva y rendimiento académico (Espinosa, Hernández y Acosta, 1991).

Las valoraciones de psicología y psiquiatría son útiles en los niños con trastornos de atención, alteraciones emocionales importantes, como fantasías, agresividad incontrolable y alteraciones en el grupo familiar. Véase Figura 2.

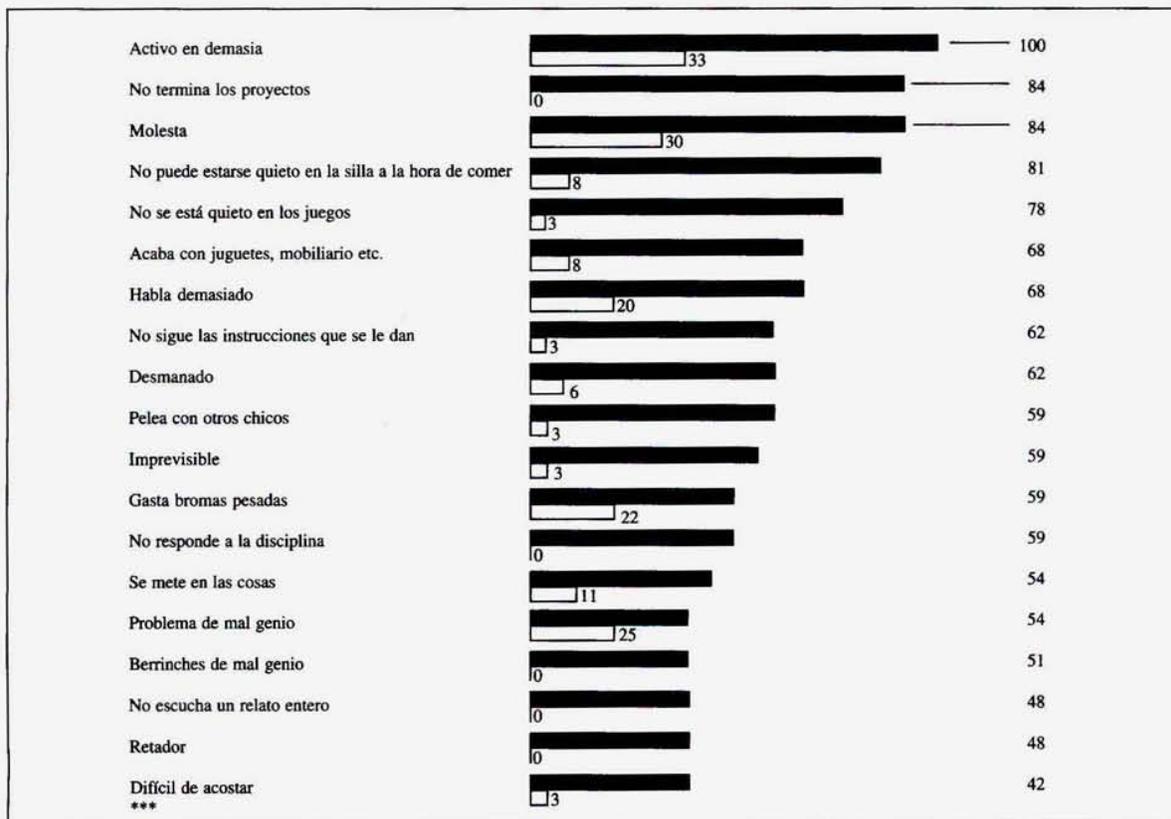


Figura 2: Resultados obtenidos mediante estudio comparativo entre niños TDA/H y niños normales.

Desde el punto de vista farmacológico se utilizan antidepresivos tricíclicos y por último la clonidina, un antihipertensivo con propiedades agonistas alfa adrenérgicas centrales, ha demostrado recientemente su eficacia.

Es importante destacar que si bien estas medicaciones producen una importante mejoría en un corto plazo, cuando se administran como único tratamiento no modifican el pronóstico de estos niños, comparándolos con los que no han recibido modificación, como lo han demostrado los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes. De ahí la importancia de combinar la medicación con medidas psicoterapéuticas que operen en el nivel de los factores psicosociales intervinientes.

En relación al abordaje psicoterapéutico, se utilizan técnicas de orientación a padres, de tipo cognitivo-conductual, cuyos pasos son: brindar información adecuada respecto del trastorno, corregir creencias disfuncionales y enseñar habilidades específicas para la crianza de estos niños. Estos tienen como objetivo disminuir el nivel de estrés y de conflicto que estas familias suelen presentar y que comprometen el desarrollo del niño.

Ampliando la importancia del diagnóstico se debe diferenciar el niño que presenta TDA/H con el que presenta simplemente sobre actividad, que no presenta una patología de base, siendo generalmente transitoria; y del síndrome hiperkinético, en el cual la hiperactividad es severa y constante y se asocia a altas tasas de retardo mental.

Se deben destacar desórdenes afectivos, de personalidad, ansiedad, depresión y retardo mental. Es importante investigar abuso infantil y/o castigos físicos excesivos.

Por lo tanto para el manejo del diagnóstico se deben tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Deberá ser lo más acertado posible.
2. Manejar bien el diagnóstico diferencial: epilepsia.

Estudios complementarios: electroencefalograma, tomografía axial computada, tests como el de WISC revisado (WISC-R) para niños, Bender, etc.

### TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON TDA/H

Los avances de la ciencia nos explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero sí existen medidas terapéuticas eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas impidiendo que las mismas provoquen los severos problemas de adaptación a las demandas académicas y sociales, que son los que prometen el bienestar del niño y su familia y complican el pronóstico.

Estas medidas consisten en la combinación de un abordaje farmacológico y distintas intervenciones psicoterapéuticas.

#### *Técnicas Farmacológicas*

Entre los fármacos más utilizados podemos mencionar los estimulantes (anfetamínicos y sintéticos): pertenecen a esta clase la dextroanfetamina, el metifenidato y la pemolina magnésica. Los estimulantes o anfetaminas son la modalidad de tratamiento más común, el metilfenidato (Ritalina) es recetado en un 90 % de los casos; y recientemente el Aderal.

No debemos olvidar que los "débiles mentales" también pueden semejar por su sintomatología al niño distráctil. Los estudios psicológicos, pedagógicos, foniatrícos, kinésicos y de todas las disciplinas reeducativas correspondientes desarrollarán el diagnóstico integral para luego emplear, las terapéuticas para la rehabilitación del pequeño paciente, según sean las áreas afectadas que puedan o no acompañar al síndrome TDA/H.

Los medicamentos psicotrópicos no curan pero modifican conductas y funciones, lo que hará posible la reeducación, al aumentar los periodos de atención y disminuir la hiperquinesia e irritabilidad.

Los posibles mecanismos de acción de los estimulantes corticales serían los siguientes: en cerebros inmaduros como el del niño los estimulantes corticales excitarán el núcleo caudado, pero no el sistema reticular dando la acción inhibitoria típica de la dopamina.

Además se presume que los referidos medicamentos inhiben la acción del tálamo óptico que en los pacientes disfuncionales obstaculizan la función reguladora que tiene sobre la corteza cerebral.

#### *Técnicas Conductuales*

El TDA/H requiere un manejo interdisciplinario de tipo educacional cognoscitivo, de comportamiento y farmacológico.

El manejo educacional debe tener en cuenta dos factores: el primero consiste en orientación del comportamiento, valoración para la instrucción, metodología para el desarrollo de talentos y habilidades especiales; y el segundo incluye interacciones ambientales, médicas y neuropsicológicas.

La terapia comportamental-cognitiva comprende una serie de estrategias que estimulan al niño a participar activamente en el proceso de aprendizaje (véase Ardila, 1980, 1988, 1993; Ardila *et al.*, 1998).

En la intervención psicoterapéutica se aplican: técnicas de orientación a padres: como brindar información adecuada respecto del trastorno, corregir creencias disfuncionales, enseñar habilidades específicas.

De esta manera se cumple un buen papel disminuyendo el nivel de estrés y de conflicto de los padres de familia. El tratamiento es explicado por Gallardo-López, (1991), bajo las siguientes recomendaciones, a saber:

*Tratamiento de la disciplina.* Castigos no físicos, empleo del “no” cuando sea preciso, empleo de correctivos conductuales, al no cumplir tareas el

mejor castigo es la pérdida de privilegios (de 5 a 10 minutos), castigos cortos.

Es así que:

1. *No al castigo físico:* Este “tratamiento” produce ansiedad tanto en los niños como en los padres, provoca frustración, revancha, agresión física con hermanos o compañeros.
2. Las obligaciones del niño en términos de conducta, suma de privilegios o premios y, como consecuencia el niño asimila el principio del deber y del trabajo asociado a la alegría.
3. Canalizar los impulsos y la actividad en línea positiva: juegos y deportes.
4. Evitar sentimientos de culpabilidad entre los padres.

Es importante tener en cuenta:

- Tiempo dedicado al niño diariamente.
- Cambio de actitud en la vida familiar.
- Los padres deben priorizar los problemas de orden de importancia a fin de abordarlos (4 a 6 conductas).

#### *Técnicas Cognitivas*

Entre las técnicas cognitivas tenemos las siguientes:

1. Mediación verbal
2. Autoinstrucciones
3. Las recompensas sociales son importantes: prestar atención, alabar la buena conducta, acariciarlo, etc.
4. Fijar metas razonables por la buena conducta, ejemplo: premiar al niño por sentarse tranquilamente durante 20 segundos.

5. Los sistemas de fichas o puntos son muy importantes en un calendario en que puedan ver sus logros a fin de que pueda obtener objetos deseados.
6. La técnica de autocontrol es fundamental para lograr una mejor socialización.

La importancia de la mediación verbal o instrucciones se refiere a las normas o reglas que se dan para ejecutar algo o para el manejo de algo. Es una técnica habitual muy familiar y que deberá estar siempre presente en cualquier tipo de tratamiento que se emplee con niños hiperactivos.

La utilización de instrucciones se refiere, en nuestro caso, a la formulación o enunciado claro de objetivos de conducta que se programan y que son evaluados de forma sistemática.

Está comprobado que hay una relación evidente entre la claridad de las instrucciones y las respuestas objetivo que se persiguen como meta. Las instrucciones sirven de estímulo para el niño. Además son sumamente valiosas siempre que se trate de incrementar una conducta, mantenerla, reducirla, o debilitarla, caso que es precisamente el que nos preocupa en la presente investigación.

En relación a las autoinstrucciones se basan en el papel directivo del habla sobre la conducta. Consiste en aprender a hablar antes de actuar, enfrentándose así de una manera consistente y sistemática a la solución de los problemas. Mediante autoinstrucciones (instrucciones que el niño se da así mismo) el niño va autodirigiendo progresivamente su conducta hacia la consecución de la conducta meta deseada.

Los pasos que hay que enseñar al niño impulsivo o hiperactivo son los siguientes:

1. Identificación del problema y toma de conciencia de lo que se trata de hacer. ¿Qué es lo que tengo que hacer?
2. Concentración de la atención en el tema y guía de la respuesta "Bien, ahora detente y repite las instrucciones con cuidado".

3. Autorrefuerzo "Bien, lo estoy haciendo bien"; entre otras explicaciones de rigor científico.

#### CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO EN EL TDA/H

Se ha estimado que sólo alrededor del 40 % de los niños con este trastorno finalmente superan su problema al llegar a la vida adulta.

En la edad de la adolescencia estadísticamente entre el 70 % y 80 % siguen reuniendo los criterios para TDA/H; el 35 % repitieron al menos un año académico, y tienen el triple de accidentes de auto que el resto de la población de la misma edad. Estas y otras manifestaciones se han podido evidenciar en los pacientes con TDA/H.

#### FACTORES QUE INCIDEN EN EL PRONÓSTICO

1. El nivel socioeconómico y el coeficiente intelectual están relacionados con un mejor desempeño académico y un menor índice de trastornos de conducta severos.
2. El grado de agresividad está relacionado en forma directa con un mal pronóstico en las áreas académica social, y con un mayor riesgo de adicciones y conductas delictivas.
3. El grado de aceptación o rechazo que haya experimentado el niño en la relación con sus padres incidirá sobre la presencia o no de problemas interpersonales en la edad adulta.
4. La presencia de problemas psiquiátricos en los padres, así como de hostilidad en las interacciones familiares aumenta el riesgo de trastornos emocionales y de conducta en estos niños.

#### CONCLUSIONES

En relación al trastorno del déficit de atención con hiperactividad TDA/H, podemos sacar las si-

guientes conclusiones:

1. La necesidad de realizar nuevas investigaciones científicas con la participación activa del equipo multidisciplinario: psicólogos, pedagogos, foniátricos, terapeutas de niños y adolescentes, genetistas, etc.
2. El TDA/H dada la naturaleza y el proceso evolutivo tiene incidencias directas en el comportamiento y el aprendizaje de quienes lo padecen, en la familia, en los educadores, entre otros agentes sociales.
3. Precisión del diagnóstico sobre bases científicas dada la influencia de los factores biológicos, sociales, familiares, psicológicos y del aprendizaje.
4. Frente a la problemática que presentan los niños y adolescentes con (TDA/H), a nivel de las relaciones sociales se han venido empleando: terapias farmacológicas, terapia de modificación de conducta, terapia cognitiva y terapia familiar, con óptimos resultados en el proceso de resocialización.
5. Actualmente el trastorno se conoce como el déficit de la atención con o sin hiperactividad en la que se dividen los síntomas en dos grupos: "Atención" e "Hiperactividad-impulsividad".
6. En la evaluación del (TDA/H) existen recursos técnicos especializados como: el tests of variable of attention or TOVA, que en el criterio de los autores son muy apreciados por los padres del niño y que presenta una evaluación objetiva. Asimismo existen formularios del tipo BASC, por sus siglas en inglés (behavioral assesment scale for children and adolescent); el formulario de Conners y que tienen importancia en el campo educativo y de los aprendizajes.
7. En la gran mayoría de los pacientes con (TDA/H) son varones y en donde ha sido frecuente hallar entre sus progenitores y familiares cercanos antecedentes conductuales.

Consideramos que se posee en la actualidad una visión comprensiva del TDA/H y de sus implicaciones a nivel de los problemas en el aprendizaje, su inmadurez emocional, trastornos de la conducta personal y social. Es un trastorno que bajo nuestra percepción tiene gran trascendencia y en la que existen muchas facetas todavía de estudiar. El déficit de atención e hiperquinesis (TDA/H) asociado con el desarrollo en niños y adolescentes necesita recibir atención inmediata dentro de un *humanismo comportamental y científico*. (Véase Andújar, 1994; Dubey, 1976; Espinosa, Hernández y Acosta, 1991; Gallardo López, 1991; Kort, 1991; Rey, 2001, 2003).

#### REFERENCIAS

- Andújar, C.A. (1994). Técnicas cualitativas y cuantitativas en la medición del estrés. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 12, 23-45.
- Ardila, R. (1980). *Terapia del comportamiento, fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Ardila, R. (1988). Terapia del comportamiento con niños. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 6, 95-102.
- Ardila, R. (1993). *Síntesis experimental del comportamiento*. Bogotá: Editorial Planeta.
- Ardila, R. et al. (Eds.). (1998). *Manual de análisis experimental del comportamiento*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Belssao, G. (1976). *Salud mental en niños y jóvenes*. México: Editorial Trillas.
- Bond, C., & McMhom, R. (1984). Relationships between maternal distress and child behavior problems, maternal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Carlson, C., Laney, B. et al. (1987). Sociometric status of clinical referee children with attention deficit disorders with and without hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

- Chelune, G., & Baer, R. (1984). Developmental norm forms of the Wisconsin Card Sort Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
- Chelune, G., Fergusson, W. et al. (1986). Frontal loss disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 16, 221-234.
- Dubey, D. (1976). Organic factors in hyperkinesis: a critical review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 353-366.
- Espinosa, G., Hernández, A. y Acosta, P. M. T. (1991). *Trastornos del aprendizaje*. Bogotá: Esquemas Publicitarios.
- Gallardo López, B. (1991). *Hijos hiperactivos*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Kort, F. (1991). Skinner y la terapia cognitiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23, 247-251.
- Rey, C. (2001). Empatía en niños y adolescentes con trastorno disocial, y el grado de rechazo, marginación afectiva y permisividad de que son objeto por parte de sus padres y madres. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 12, 23-45.
- Rey, C. (2003). La medición de la empatía en preadolescentes y adolescentes varones: adaptación y validación de una escala. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 185-194.
- Sánchez Cerezo, S. (1983). *Diccionario de ciencias de la educación*. Madrid: Publicaciones Diagonal Santillana.

## APÉNDICE A

### PAUTAS DE CONDUCTA PARA DIAGNOSTICAR LA HIPERACTIVIDAD

1. El niño es muy inquieto. No para de moverse. Cuando está sentado mueve los pies, las piernas, los brazos, las manos o alguna parte de su cuerpo.
2. Es muy raro que permanezca sentado en su asiento un rato seguido.
3. No suele mantener la atención concentrada ni en las tareas escolares ni en el juego si éste precisa atención. Se distrae fácilmente con cualquier cosa.
4. Suele responder alocadamente a las preguntas sin reflexionar y enterarse de lo que se le pide e incluso antes de terminar de plantear la pregunta.
5. Es muy difícil que aguarde su turno en clase o cuando juega y ha de respetar el turno del grupo o juego.
6. Le cuesta mucho seguir hasta el final las instrucciones que se le dan y ello no por mala idea o porque no comprenda las instrucciones.
7. No suele acabar las tareas que se le encomiendan.
8. Cambia con mucha frecuencia de una actividad a otra sin acabar la anterior.
9. Suele interrumpir y meterse donde no le llaman, tanto en la conversación de los adultos o de sus padres como en las actividades y juegos que otros niños están realizando.
10. No suele jugar con tranquilidad.
11. Se mete con facilidad en jaleos y problemas.
12. Sufre más accidentes de los normales.
13. Con frecuencia es una “auténtica cotorra” y charla demasiado.
14. Con frecuencia no escucha lo que se le dice.
15. Es más agresivo de lo normal y se pelea con facilidad con sus compañeros y hermanos.

16. Con frecuencia se pone inconscientemente en peligro ya que no valora las posibles consecuencias peligrosas de sus actos o los riesgos a los que se expone, por ejemplo, corre como un loco por la casa sin darse cuenta de que se puede estrellar con el cristal, o coge un cuchilloafiladísimo de cocina con el que se puede cortar, o cruza una calle con tráfico sin mirar atrás.
17. Suele perder las cosas necesarias para su trabajo en la escuela: lápices, gomas, bolígrafos, libretas, libros, deberes.