

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ALUMNOS DE PREESCOLAR Y PRIMARIA DE ZONA RURAL DE CHIAPAS

Germán Alejandro García Lara
Escuela de Psicología-UNICACH

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se han realizado una gran cantidad de trabajos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). A partir de ello, ha aumentado el conocimiento de las personas llamadas desatentas, hiperactivas o impulsivas.

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV), el TDAH es una de las alteraciones más frecuentes en la infancia y la adolescencia, es un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, con duración mínima de seis meses, más frecuente y grave que el observado habitualmente en los niños con un grado de desarrollo similar” [1]. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual para la edad y el desarrollo del sujeto. También es necesario que al menos seis de los síntomas de hiperactividad-impulsividad (por ejemplo, el niño molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado, se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado) o de desatención (por ejemplo, no pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido, tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos) hayan aparecido durante la infancia, antes de los siete años, se manifiesten en más de un contexto (escolar, familiar, etc.), e interfieran en forma significativa y causen deterioro en el rendimiento escolar, laboral y en las actividades cotidianas.

Existen tres variantes del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: el primer tipo con predominio de déficit de atención, el segundo tipo con predominio de hiperactividad-impulsividad y el tercero, de tipo mixto, que resulta de la combinación de los dos anteriores.

Aunque se carece de datos precisos de la prevalencia del trastorno, se estima que entre 1 y 18% de esta población la padece [2], incluso este rango se amplía hasta 20% [3]. La relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas, de 1 : 2 a 1 : 6 (niñas : niños) [2], y de hasta 1 : 9 [3]. Estas diferencias están muy condicionadas por el tipo de estudio y las características sintomáticas de las niñas, cuya hiperactividad e impulsividad es habitualmente menor. Las diferencias más significativas se encuentran en el subtipo impulsivo-hiperactivo (1 : 4), reduciéndose en el subtipo disatencional (1 : 2) [4].

En México, la Dirección de los Servicios Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) [5], plantea que uno de cada tres niños que solicitan atención lo hacen por el trastorno identificado como déficit de atención. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” constituye la primera causa de solicitud en consulta externa [6]. En Chiapas, se tienen pocos estudios respecto a la prevalencia del problema y su atención en centros de salud o educativos, aunque se reporta este diagnóstico en 2.65 % de los casos atendidos de pacientes de consulta externa del Instituto de Salud del estado de Chiapas [7].

En el estudio de García y García [8], aplicado a una población de 481 alumnos de preescolar, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se registraron 31 casos con las características del trastorno, lo que representa 6.33% del total de la población de estudio. De éstos, tres casos son mujeres y 28 hombres, la proporción entre ambos sexos es de 1 : 9 (mujeres-hombres). Este resultado presenta una proporción mayor a lo encontrado en otros trabajos [2, 9 y 10].

Las cifras tan dispares obtenidas para la prevalencia de este trastorno, se deben a la diferencia entre los criterios diagnósticos empleados (DSM-III; DSM-IV; CIE-9; CIE-10), los métodos y las fuentes de información [3]. De acuerdo con Narbona [8] el entorno poblacional o clínico del que se extraigan las muestras, las referencias socioculturales y la existencia de peculiares factores de riesgo neurobiológico y psicosocial constituyen aspectos que pueden contribuir a la variabilidad en la prevalencia de casos [11].

Las conductas de niños con TDAH, frecuentemente generan respuestas de rechazo, punitivas, con mayores niveles de supervisión en los padres o cuidadores de los niños [12 y 13], así como crecientes conflictos con sus coetáneos. Para los maestros, la atención de alumnos que manifiestan conducta disruptiva, hiperactividad, agresión o falta de atención, representa un verdadero desafío de manejo. Los reportes de agresión física, conllevan frecuentemente la aplicación de sanciones que no inciden en su disminución, por el contrario, acentúan situaciones de bajo rendimiento académico, problemas en la relación social y de comportamiento, así como actitudes de frustración, aislamiento y oposiciónismo, lo que confluye en fuerte rechazo y animadversión hacia éstos. Este hecho es claramente reconocido en niños con trastorno subtipo mixto o hiperactivo impulsivo, no así, en niños con problemas atencionales, quienes pueden llegar a pasar desapercibidos a esta edad, debido a que manifiestan retraimiento, aislamiento social, timidez y ansiedad.

Este déficit, se asocia recurrentemente a otros trastornos relacionados con el lenguaje [14, 15, 16 y 17], conductas sociales agresivas [6, 18 y 19]; bajo rendimiento académico [14, 17, 19 y 20]; problemas en el control de impulsos [18, 21 y 22], entre otros, siendo el cuadro clínico más frecuentemente asociado a los problemas de aprendizaje (14, 17, 23, 24, 25 y 26).

En diversos estudios dirigidos a población escolar [10, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34] se han empleado escalas de valoración para maestros como instrumentos de evaluación. De estos estudios, solamente en cuatro [10, 27 y 34] se incluyen grupos evaluados con un rango de edad de los 3 a los 6 años. No obstante, las diferencias en cuanto a los criterios diagnósticos utilizados y la procedencia de los grupos evaluados, es de hacer notar que los padres valoren las conductas de sus hijos en índices ligeramente menores a los maestros.

La información proporcionada por maestros puede ser un excelente apoyo para el diagnóstico de alteraciones en los niños [35 y 36], ya que provee de referentes importantes en el contexto escolar; permite además contar con información acerca de la conducta de estos con sus pares, por ello, tal vez obtienen mayor sensibilidad de la situación real que viven este tipo de niños.

La rápida aplicación y formato de las escalas utilizadas resulta económica y abrevia costos y tiempo, aunque para obtener información no solo sintomática conductual del trastorno, se hace necesario el uso de otros instrumentos y procesos de evaluación que posibiliten un marco comprensivo más amplio de la alteración.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de niños con trastorno por déficit de atención de zonas rurales de Chiapas.
- Determinar la distribución del trastorno por déficit de atención en función al sexo.
- Contratar la información obtenida de los instrumentos de medición del trastorno por déficit de atención: Escala Escolar Conners Revisada (EEC – R) y la Lista de criterios del DSM IV.

METODOLOGÍA

El trabajo es de tipo exploratorio, constituye un primer acercamiento al conocimiento sobre el TDAH en nuestra entidad. Se considera un estudio no experimental, con un diseño de tipo transeccional descriptivo, cuyo procedimiento consiste en “medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos en una variable o concepto y proporcionar su descripción” [37].

SUJETOS

Los sujetos lo constituyen 316 alumnos de nivel preescolar y primaria de zona rural, atendidos por maestros en servicio que estudian la licenciatura en Educación (LE), en la Unidad 071 de la Universidad Pedagógica Nacional, quienes laboran en centros escolares ubicados en 17 municipios de la zona centro de la entidad.

INSTRUMENTOS

1. Escala Escolar de Conners Revisada para Maestros (EEC – R). Se tomó la versión corta que consta de 20 reactivos y valora aspectos de hiperactividad (ha), déficit de atención (da) y trastorno de conducta (tc) [38]. Las subescalas son las mismas para ambas versiones, el formato es autoadministrado. Se califica en una escala lickert, cuyas opciones de respuesta son de 0 a 3, donde 0 se corresponde con “nada”, 1 “poco”, 2 “bastante” y 3 “mucho”.
2. Lista de criterios del DSM IV. Incluye los criterios especificados en el DSM IV. Nueve criterios que valoran el subtipo déficit de atención (da) y nueve para el subtipo hiperactividad impulsividad (hi), además de tres criterios definitorios para considerar la presencia del trastorno. Se califica con las opciones sí o no y se considera a un sujeto con el trastorno en alguno de los subtipos si cubre al menos 6 de los criterios especificados.

PROCEDIMIENTO

Se convocó a los profesores alumnos de la Licenciatura en Educación, de la Unidad 071 de la Universidad Pedagógica Nacional, a quienes se explicó en qué consistía el estudio, las actividades a realizar e información relacionada con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Una vez hecho esto, a los docentes que aceptaron participar en el estudio, se les capacitó sobre el contenido y aplicación de los instrumentos, en particular, de los criterios referidos en éstos.

Posteriormente, se realizó la aplicación de los instrumentos por parte de los maestros. El periodo de aplicación corresponde al mes de noviembre de 2003 a febrero de 2004.

RESULTADOS

Una vez que se tienen los instrumentos debidamente llenados, se calificaron y se procedió a su captura y análisis estadístico, mediante el SPSS, versión 10.0.

En las variables sociodemográficas, se incluye la edad, escolaridad, sexo y procedencia de los alumnos. La edad de éstos se incluye en un rango de 3 a 14 años de edad, de los que 175 son hombres y 141 mujeres. Su escolaridad es de primero de preescolar a sexto de primaria, además se incluye un grupo de 8 alumnos que acuden a educación especial y tres más de educación inicial. La mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel preescolar (Tabla 1).

Tabla 1
Edad, escolaridad y sexo

E D A D	ESCOLARIDAD																				TOTAL			
	Educ. inicial		PREESCOLAR						PRIMARIA														Educ. Especial	
			1°		2°		3°		1°		2°		3°		4°		5°		6°		Especial			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
3		2	21	12																		21	14	
4		1	22	9	16	16					1											38	27	
5					16	5	18	24														34	29	
6			1				11	11	5	2												17	13	
7			2		1				4		7	11									1	15	11	
8					2				1	1	4	2	7	5		1					2	1	16	10
9					1					1			7	5	1						1		10	6
10											2		2	2	6	3	2	1					12	6
11												1	1	1	1	1	1	3	1	5		2	4	13
12														2	1		1	2	3	5			5	9
13															1			1	1	1	1		3	2
14																					1			1
TOTAL		3	46	21	36	21	29	35	10	4	13	15	17	15	10	5	4	7	5	12	5	3	175	141
																								316

Los alumnos radican en 17 municipios de nuestra entidad, la mayor parte de los cuales corresponde a la región zoque. De éstos, en aquellos en donde fueron realizadas mayor número de aplicaciones son los de Ocozocoautla (45), Venustiano Carranza (33) y Copainalá (30) (Tabla2).

Tabla 2
Procedencia de los alumnos

Municipio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Acala	18	5.7	5.7
Ángel Albino Corzo	15	4.7	10.4
Berriozábal	10	3.2	13.6
Cintalapa	17	5.4	19.0
Coapilla	6	1.9	20.9
Copainalá	30	9.5	30.4
Chicoasén	12	3.8	34.2
Las Margaritas	22	7.0	41.1
Ocozocoautla	45	14.2	55.4
Pantepec	13	4.1	59.5
Pichucalco	8	2.5	62.0
San Fernando	20	6.3	68.4
Socoltenango	16	5.1	73.4
Tecpatán	28	8.9	82.3
Totolapa	3	.9	83.2
Venustiano Carranza	33	10.4	93.7
Villaflores	20	6.3	100.0
Total	316	100.0	

En la aplicación de la Lista de criterios del DSM IV, 51 alumnos (16.1%) cubrieron 6 o más criterios del subtipo de déficit de atención, 28 (8.9 %) del subtipo hiperactivo – impulsivo, 33 (19.4 %) del subtipo mixto y 204 ninguno. En suma, los alumnos que presentan algún subtipo del TDAH son 112, lo que representa 35.4 % (Tabla 3).

Tabla 3
Subtipos de TDAH. Lista de criterios del DSM IV

Subtipo de TDAH	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado	Porcentaje acumulado
Déficit atencional	51	16.1	16.1	16.1
Hiperactivo-impulsivo	28	8.9	8.9	25.0
Mixto	33	10.4	10.4	35.4
Ninguno	204	64.6	64.6	100.0
Total	316	100.0	100.0	

En la Tabla 4, se aprecia la relación entre hombres y mujeres en los puntajes obtenidos en la Lista de criterios del DSM IV. De los hombres, 34 de ellos alcanzaron puntajes de 6 o más para el subtipo déficit atencional¹, 16 para el hiperactivo; 25 para el mixto, y 100 ninguno. Las mujeres, obtuvieron puntajes de 6 o más criterios en 17 de ellas para el subtipo déficit atencional; 12 para el hiperactivo impulsivo; 8 para el mixto y 104 ninguno. La proporción, es de 2 :1 en el subtipo atencional; 1.3 : 1 para el subtipo hiperactivo impulsivo; y 3 : 1 para el mixto.

Tabla 4
Subtipos de TDAH en el DSM IV por sexo

SEXO	CONCEPTO	SUBTIPOS DE TDAH. LISTA DE CRITERIOS DEL DSM IV			NINGUNO	TOTAL
		Déficit atencional	Hiperactivo-impulsivo	Mixto		
Hombre	Número	34	16	25	100	175
	% sin sexo	19.4%	9.1%	14.3%	57.1%	100.0%
	% sin subtipos de TDAH.	66.7%	57.1%	75.8%	49.0%	55.4%
	% del Total	10.8%	5.1%	7.9%	31.6%	55.4%
Mujer	Número	17	12	8	104	141
	% sin sexo	12.1%	8.5%	5.7%	73.8%	100.0%
	% sin subtipos de TDAH.	33.3%	42.9%	24.2%	51.0%	44.6%
	% del Total	5.4%	3.8%	2.5%	32.9%	44.6%
Total	Número	51	28	33	204	316
	% sin sexo	16.1%	8.9%	10.4%	64.6%	100.0%
	% sin subtipos de TDAH.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	16.1%	8.9%	10.4%	64.6%	100.0%

En los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la EEC – R, se consideró el punto de corte hasta una desviación estándar a partir de la media, para indicar la presencia de trastorno de conducta (en 11.48), hiperactividad (7.78), déficit atencional (7.50), o la sumatoria global (25.58) (Tabla 5).

¹ En el DSM IV se considera como criterio de diagnóstico el que un sujeto presente seis o más conductas de las nueve incluidas para cada subtipo.

Tabla 5
Puntos de corte para indicar presencia de TC, H y DA en la EEC - R

	Trastorno de conducta. EEC-R	Hiperactividad. EEC - R	Déficit atencional. EEC - R	Sumatoria EEC - R
Número	316	316	316	316
Media	5.83	4.23	4.28	14.32
Desviación estándar	5.65	3.55	3.22	11.26
Sumatoria hasta una desviación estándar	11.48	7.78	7.50	25.58

A partir del punto de corte, se tiene un total de 43 sujetos que puntúan para considerar el trastorno de conducta (15.8 %); 47 para hiperactividad (14.9 %); 35 para déficit atencional (11.1 %); y 48 de la escala global (15.2 %). La proporción entre hombres y mujeres es de 4 : 1 para trastorno de conducta; 3 : 1 para hiperactividad y déficit atencional; en tanto que en la suma global este es de 3.8 : 1 (Tabla 6).

Tabla 6
Frecuencia y porcentajes de presencia de TC, H y DA en la EEC - R

CONCEPTO	Trastorno de conducta. EEC-R			Hiperactividad. EEC - R			Déficit atencional. EEC - R			Sumatoria EEC - R		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Frecuencia hasta una desviación estándar	140	133	273	139	130	269	149	132	281	137	131	268
Porcentaje hasta una de			84.2			85.1			88.9			84.8
Frecuencia a partir de dos de	35	8	43	36	11	47	26	9	35	38	10	48
Porcentaje a partir de dos de			15.8			14.9			11.1			15.2

Finalmente, el análisis mediante correlación bivariada, muestra que existe una alta correlación significativa al nivel de 0.05 entre los puntajes obtenidos a través de las dos escalas, casi todas por encima de 0.500 (Tabla 7).

Tabla 7
Correlación entre la Lista de criterios del DSM IV y la EEC - RC

SUBTIPO		LISTA DE CRITERIOS DEL DSM IV		ESCALA ESCOLAR DE CONNERS REVISADA		
		Falta de atención	Hiperactividad - impulsividad	Trastorno de conducta	Hiperactividad	Déficit atencional
Falta de atención. DSM IV	Correlación	1.000	.518**	.590**	.460**	.662**
Hiperactividad - impulsividad. DSM IV	Correlación	.518**	1.000	.754**	.758**	.529**
Trastorno de conducta. EEC - R	Correlación	.590**	.754**	1.000	.835**	.680**
Hiperactividad. EEC - R	Correlación	.460**	.758**	.835**	1.000	.598**
Déficit atencional. EEC - R	Correlación	.662**	.529**	.680**	.598**	1.000

** Correlación significativa en el nivel de 0.01.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia según la Lista de Criterios del DSM IV, es de 112 sujetos, mayor para el subtipo déficit atencional (51 casos), seguido del subtipo mixto (33) y del hiperactivo impulsivo (28), lo que representa 35.4% del total de la población, en tanto que en la EEC-R, con puntajes por encima de una desviación estándar a partir de la media como punto de corte, se registran 48 casos, que representa el 15.2 % de la población. Estos datos se añan a las conclusiones reportadas en otros estudios [2 y 11] de que el DSM IV registra mayores índices de prevalencia.

Aun así, es de llamar la atención el índice alcanzado en la Lista de criterios del DSM IV, mucho mayor al reportado en otros estudios incluso de una alta tasa de prevalencia [2 y 3]. Además, el subtipo déficit atencional se encuentra por encima del mixto, cuando otros trabajos lo reportan de manera inversa [4], mientras que el alcanzado a partir de la EEC-R, se encuentra en el rango estimado para esta escala: 1 a 20 %.

En lo referente a la distribución del TDAH por sexo, en la Lista de criterios del DSM IV, los hombres obtienen puntajes superiores a las mujeres en todos los subtipos, más evidente en el subtipo mixto (3: 1), seguido del atencional (2 : 1) y del hiperactivo impulsivo (1.3 : 1). Estos resultados difieren de lo esperable, ya que se reconoce que existe un predominio del subtipo según la personalidad y el sexo del niño [4 y 9]; así el predominio atencional es más frecuente en niñas con independencia de la edad y en los niños el hiperactivo impulsivo, aunque en los datos presentados en este estudio, la diferencia es mínima. Este resultado coincide con los resultados obtenidos de la EEC-R, con puntajes superiores en todas las subescalas, con una proporción de 4:1 para trastorno de conducta; y de 3 : 1 para hiperactividad y déficit atencional.

Estos datos se corroboran con los altos niveles de correlación alcanzados entre ambos instrumentos.

Lo anterior, expresa diferencias significativas respecto de la aplicación de la EEC - R en población de zona urbana y rural, ya que los resultados alcanzados en esta última: de 15.2 % de los casos, son mucho mayores que en la primera: 6.33 % [8]. A dicha variabilidad, se añade la preeminencia de los subtipos del TDAH, lo que abre la posibilidad de que diferentes modalidades en que se presenta la atención, así como la hiperactividad e impulsividad, también sean variables que no son consideradas en las escalas conductuales.

Además, poco se ha explorado sobre los factores vinculados a la dinámica familiar, los patrones de interacción y comunicación, que como cita Berk [14], en aquellas en que existe poca comunicación y diálogo entre padres e hijos, el habla privada tarda más tiempo en desaparecer, con retraso en el desarrollo de otras funciones psicológicas superiores, como la atención. Tal vez, en las familias de zona rural se presenta una escasa comunicación entre padres e hijos, lo que puede explicar en cierto modo la mayor prevalencia del TDAH encontrada en estas zonas, respecto de zonas urbanas. Ello abre nuevas vías de indagación que habrán de explorarse desde otros instrumentos y perspectivas teóricas.

Por otra parte, si se acepta que uno de los principales problemas es la carencia de formación de los docentes en distintas áreas de su quehacer, lo cual no es privativo de estos profesionales, sino de muchos más que se vinculan a este como psicólogos, pedagogos, médicos y trabajadores sociales, entonces ¿cómo brindar atención especializada a niños con este trastorno? Resulta verdaderamente inquietante que la Secretaría de Salud [39], plantee que este es uno de los principales trastornos que se deberán atender en población infantil si no se cuenta con los profesionales para hacerlo y las instituciones de salud no tienen la cobertura suficiente para incidir en comunidades rurales, lo que de alguna forma habrá de atenderse mediante los planes curriculares de formación o actualización de maestros, como ya viene sucediendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª revisión (1997). *DSM IV*. Asociación Americana de Psiquiatría. México.
- 2.- **Fernández Jaen, A.** “Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Epidemiología”, [Material electrónico]. 2002. [292 pp.]. Disponible en:
3. **Cordes, Matthew, T. F. McLaughlin.** Attention deficit hyperactivity disorder and rating scales with a brief review of the Connors Teacher Rating Scale (1998). *International Journal of Special Education* 2004, Vol. 19, Núm. 2.
4. **Cardo, E. y M. Cervera Barceló.** “Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. *Revista de Neurología* 2005; 40 (Supl. 1): S11-15.
5. Centros de Integración Juvenil, A. C. Seminario Preventivo: Trastorno por déficit de atención. Mecanograma. Octubre de 2002, México (Documento de circulación interna).
6. **Vértiz Gargollo, José Ignacio.** Déficit de atención: su relación con el estilo de respuesta de acuerdo con la prueba de igualamiento de figuras familiares y el coeficiente intelectual, en niños de seis a doce años. *Salud Mental*, V. 15, Núm. 2; junio, 1992. México.
7. Programa Sectorial de Salud Mental en el Estado de Chiapas 1999 (1999). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
8. **García Lara, Germán Alejandro y Dulce María García Rodríguez.** Estudio correlacional entre padres y maestros de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. IV Congreso Virtual Interpsiquis 2005.
9. **Narbona, J.** Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Revista Neurología* 2001; 32 (3):229-231.
10. **Szatmari P, Offord DR, Boyle MH.** Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J. Child Psychol Psychiatry* 1985; 26:777-787.
11. **Faraone, Stephen V., Joseph Sergeant, Christopher Gillberg, Joseph Biederman.** La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es éste un trastorno típico de Estados Unidos? *World Psychiatry (Ed Esp)* 2:1; 104-113. Octubre de 2003.
12. **Céspedes Calderón, Amanda.** “XV. Medidas de apoyo al niño y adolescente con TDAH”, en Santana Alfonso, Rubén R, Horacio Paiva e Ilse Lustenberger (editores). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Uruguay, 2003.
13. **Joselevich, Estrella** (Compiladora). *Síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad AD/HD en niños, adolescentes y adultos*. Paidós, 2ª. Reimpresión, Buenos Aires, 2003.

14. **Berk, Laura E.**, 1994. Infants, children, and adolescents. Why children talk to themselves?. *Scientific American*, pp. 78-83. <http://www.abacon.com/berk/ica/research.htm> [Consulta: 15 de febrero de 2003].
15. **Berk, Laura E.**, 1994. Trends in human development. Illinois State University. 33 páginas. <http://www.teachpsych.lemoyne.edu/teachpsych/faces/text/ch10.htm> [Consulta: 15 de febrero de 2003].
16. **Etchepareborda, Máximo C.** "VII. Atención y lenguaje", en Santana Alfonso, Rubén R, Horacio Paiva e Ilse Lustenberger (editores). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, Uruguay, 2003.
17. **Solovieva, Yulia, Luis, Quintanar Rojas, Dulce, Flores Olvera.** *Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2002.
18. **Barragán Pérez, Eduardo**, 2002. *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de Atención, su mundo y sus soluciones*. Altius Editores, México.
19. **Vaquerizo-Madrid, J.** Hiperactividad en el niño preescolar. *Revista de Neurología* 2005; 40 (Supl. 1): S25-32.
20. **Astudillo, Catalina, Carolina, Avendaño R., Martha Lorena, Barco H., Angélica Franco G.**, (Sin fecha). Características que presentan niños de seis años con déficit atencional. www.Puj.edu.co/fhumanidades/psicología/proyectosíntesis.htm. [Consulta: 15 de febrero de 2003].
21. **Arango L., Juan Carlos, Mercedes, Jiménez B.**, 2002. Factores a tener en cuenta en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. www.psicología.com/articulos/ar-jcarango02_2.htm. [Consulta: 15 de febrero de 2003].
22. **Biederman, J., J. Newcorn, y S. Sprich**, Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1991.
23. **Anderson, J. C., Williams, S. C., McGee, R., & Silva, P. A.**, 1987. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
24. **Cantwell, D. P., & Baker, L.** 1991. Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.
25. **Zentall, S. S.**, 1993. Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60, 143-153.
26. **Dykman, R. A., Akerman, P. T., & Raney, T. J.**, 1994. *Assessment and Characteristics of Children with Attention Deficit Disorder*. Prepared for the Office of Special Education Programs, Office of Special Education and Rehabilitative Services, U.S. Department of Education.
27. **Baumgaertel, A, Wolraich, ML, Dietrich M.** Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German Elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:629-638.

28. **Benjumea-Pino, P, Mojarro-Práxedes MA.** Trastornos hiperkinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatría* 1993; 9: 306-311.
29. **Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Lieh-Mak F, Bacon Shone J.** The diagnosis and prevalence of hyperactivity en Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 469-486.
30. **August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW III, et. al.** Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J. Abnorm Child Psychol* 1996; 24:571-595.
31. **Breton JJ, Bergeron L. Valla Jp. et. al.** Québec child mental health survey prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:375-384.
32. **Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA. et. al.** Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:352-357.
33. **Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE. et. al.** Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *Can J. Psychiatry* 2001; 46:931-940.
34. **Pineda DA, Lopera F, Henao GC. et. al.** Confirmation of the high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community. *Revista de Neurología* 2001; 32: 217-222.
35. **Gómez R, Harvey J. Quick C. et. al.** DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher rating of Australian primary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:265-274.
36. **Miller, M. S., Koplewicz, H. S., Klein, R. G., 1997.** Teachers ratings of hyperactivity, inattention, and conduct problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 113-119.
37. **Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio.** *Metodología de la Investigación*. McGrawHill, 3ª edición. México, 2002, p. 273.
38. **Farré-Riba, A. y J. Narbona, 1997.** "Escala Conners. Nuevo estudio factorial con niños españoles", en *Revista de Neurología*, 25 (138) 200-204.
39. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental, 1ª. Reimpresión, México, 2002.