



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 9

Nº 1

Marzo 1998

ISSN 0717-1331

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 9 - Nº 1 - MARZO 1998

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1997 - 1999

Presidente:	Dr. Jorge Förster
Vicepresidente:	Dr. Ricardo García
Secretaría:	Dra. Patricia Urrutia
Tesorera:	Dra. Anahi Martínez
Directores:	Dra. Verónica Burón Dra. Marta Hernández Dra. María Eugenia López Dr. Marcos Vallejos Dr. Juan Salinas
Past-Presidente:	Dra. Ximena Keith
Directora del Boletín:	Dra. Isabel López
Comité Editorial:	Dra. Freya Fernández Psic. Gabriela Sepúlveda Fgo. Marcelo Díaz Dr. Ricardo García Dra. Perla David
Secretaría:	Sra. Carolina Martínez

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 9 - Nº 1 - MARZO 1998

ISSN 0717 - 1331

CONTENIDOS

	Página
TRABAJOS ORIGINALES	
Estudio descriptivo de adolescentes atendidos en una Unidad de Salud Mental de un Consultorio de Atención Primaria entre 1986 Y 1992. <i>Dr. Arturo Roizblatt S.; Psic. Andrea Stutman Z.; Marcela Flores E.; Alicia Figueroa M.; Susana Henríquez G.; Sergio Galano T.</i>	3
El cuestionario de Conners y los trastornos hiperkinéticos <i>Drs. Genáio Alves Barbosa, Mardonio Rique, Adriana De Andrade Gaiao</i>	8
REVISIONES	
Espectro Autista <i>Drs. Carmen Quijada G. y Perla David G.</i>	22
Síndrome de Landau-Kleffner: Revisión de la literatura <i>Drs. Perla David G., y Carmen Quijada G.</i>	29
Efectos reproductivos de los errores innatos del metabolismo <i>Dra. Ana C. Flandes J.</i>	35
Síndrome Alcohol Fetal <i>Dra. Francesca Solari B.</i>	40
CONTRIBUCIONES	
Relación madre-hijo inicial: Apego ¿ficción o realidad? <i>Dr. Fernando Pinto L.</i>	49
REUNIONES Y CONGRESOS	51
NOTICIAS	51
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	52

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE UN CONSULTORIO DE ATENCION PRIMARIA ENTRE 1986 Y 1992

Dr. ARTURO ROIZBLATT S.*; Psic. ANDREA STUTMAN Z.** MARCELA FLORES E.**;
AILICIA FIGUEROA M.*; SUSANA HENRIQUEZ G.*; SERGIO GALANO T.*

* Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.

** Unidad de Salud Mental, Consultorio Hernán Alessandri.

Resumen

Se describe la información demográfica, distribución de diagnóstico y lugar de derivación de 685 adolescentes atendidos en una Unidad de Salud Mental, en un Consultorio de Atención Primaria, en Santiago de Chile. En cuanto a sexo, 59,42 % correspondió a mujeres y 40,6% a hombres. El promedio de edad fue 15,46 años (D.S.=1,63). El 62,32 % fue derivado por la orientadora del establecimiento educacional, llamando la atención la poca derivación dentro del consultorio. Desde Medicina se derivó a 11,7% de los adolescentes, y desde Pediatría sólo a un 2,3%. El 53,9% de los consultantes vivía con ambos padres y 29% eran hijos de matrimonios separados. Dentro de los motivos de consulta destacan: 72,3% de problemas familiares y 68,3% de problemas escolares. Los diagnósticos más frecuentes fueron: problema paterno-filial en 25,8%, y trastornos adaptativos mixtos en 24,4%. Se concluye la necesidad de mejorar el sistema de derivación dentro del consultorio, y de enfatizar mecanismos preventivos y de detección precoz de los problemas de los adolescentes, tanto a nivel escolar como familiar. Del mismo modo, se hace necesario desarrollar técnicas, y que al ser entregadas a los adolescentes, mejora en ellos los mecanismos para enfrentar sus conflictos.

Palabras Clave: salud mental; adolescentes.

Introducción

En Chile, en las dos últimas décadas, se ha observado preocupación por los problemas psicológicos del niño y del adolescente, lo que se corrobora en varios estudios realizados al respecto (1,2,3,4,5,6,7).

Esta preocupación puede explicarse porque los

desórdenes mentales en niños y adolescentes son frecuentes, generalmente crónicos, y precursores de trastornos en la edad adulta (19). Así, la sintomatología psiquiátrica en la edad juvenil, no tiende a remitir espontáneamente, sino que se consolida y detiene para configurar un desorden mental en la adultez (9,13, 14,15,16,18). Por otro lado, entre el 7 y el 10% de las consultas de adolescentes en nivel primario de atención, corresponden a desórdenes psiquiátricos según lo encontrado en diversos estudios (8,9,10). En Chile los desórdenes psiquiátricos son la primera causa de consulta (22,8 - 27%) en una Unidad de Adolescencia (11,12). Sólo una pequeña parte de los niños con trastornos psicológicos, están en contacto con algún servicio capacitado para solucionar sus problemas (16,17).

El estudio de los patrones de distribución de estas enfermedades en el tiempo, pueden ayudar a mejorar los servicios de salud mental de niños y adolescentes, mediante el entendimiento creciente de las causas, desarrollo, y curso de los trastornos psiquiátricos. La investigación epidemiológica de psicopatología infantil y del adolescente puede proporcionar información acerca de necesidades, disponibilidad, y efectividad de los servicios.

En la presente investigación, los autores describen información demográfica, distribución de diagnóstico y lugar de derivación, de los adolescentes atendidos en una Unidad de Salud Mental, en un Consultorio de Atención Primaria en Santiago de Chile.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo,

de 685 fichas clínicas correspondientes a adolescentes (12 a 18 años), consultantes en la Unidad de Salud Mental del consultorio Dr. Hernán Alessandri, de la comuna de Providencia, Santiago de Chile, entre los años 1986 y 1992. Se obtuvo los siguientes datos: edad, sexo, escolaridad, lugar de derivación, situación familiar, motivo de consulta y diagnóstico. Los resultados de la tabulación y análisis de la información obtenida se detallan a continuación.

Resultados

De un total de 685 fichas analizadas, 407 (59.4%) correspondía a pacientes de sexo femenino y 278 (40.6%) a pacientes de sexo masculino. (Tabla I).

El promedio de edad fue de 15.5 años (D.S.=1.63), encontrándose el mayor número de pacientes entre los 15 y 17 años de edad.

En cuanto al nivel escolar cursado por los pacientes al momento de consultar, la mayoría de los individuos cursan algún nivel de enseñanza media, siendo III Medio el nivel de mayor frecuencia, con un total de 159 adolescentes (23.2%).

Sólo 369 (53.9%) adolescentes consultantes vivían con ambos padres, por lo tanto, 316 menores (46.1%) vivían en un hogar donde faltaba uno o ambos padres (por lo general el padre). Otro hallazgo fue que en un 29% de los casos, los padres se encontraban separados. (Tabla I).

En relación a la fuente de derivación, de los 685 adolescentes atendidos, 427 (62.3%) son referidos por la orientadora del establecimiento educacional al cual pertenecen, en contraste con los que consultan espontáneamente, que alcanzan solamente a 13 (1.9%). Llama la atención la poca derivación dentro del consultorio, de un servicio a otro, especialmente desde Pediatría (Tabla II). Entre los motivos que llevan a estos adolescentes a consultar, destacan los 495 (72.3%) jóvenes motivados por problemas familiares, en segundo lugar, 486 (68.3%) consultan por problemas escolares y,

en tercer lugar, 51 (7.5%) por enfermedades físicas (Tabla III).

El principal diagnóstico en cuanto a frecuencia, según DSM III R, es **Trastorno Paterno-Filial**, correspondiente a 177 casos (25.8%), e inmediatamente le siguen 167 (24.4%) con **Trastornos Adaptativos Mixtos**. Cabe destacar que el diagnóstico de trastorno de conducta se realizó sólo en 30 (4.4%) casos. Esta cifra pudiera estar subestimada debido a que muchos de los trastornos de conducta pueden manifestarse como trastornos adaptativos. (Tabla IV).

Discusión y Conclusiones

1) La alta derivación proveniente de orientadores educacionales sugiere que el establecimiento escolar es un importante foco de manifestación de la patología del adolescente, lo que estimula a realizar acciones de salud mental a este nivel.

2) Los principales diagnósticos realizados fueron: trastorno paterno-filial y trastorno adaptativo mixto, enfatizando la importancia de desarrollar programas a nivel comunitario y especialmente escolar, una mejor relación paterno-filial, y también para mejorar las capacidades de los adolescentes para enfrentar los problemas familiares. Estos resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones, donde los trastornos adaptativos son el principal diagnóstico, al igual que la frecuencia de consulta por alcoholismo y drogadicción cercana al 1.7%, similar a lo encontrado en nuestro estudio (1,12).

El alto índice de problemas familiares, principalmente paterno-filiales, entre los motivos de consulta, nos hace pensar en la necesidad de desarrollar mecanismos de prevención y detección precoz de situaciones familiares que aumenten el riesgo de desarrollo insatisfactorio del adolescente. En estudios anteriores, se ha demostrado que existe correlación estadísticamente significativa, entre la presencia de problemas familiares y problemas de salud mental del adolescente (6,16).

TABLA I
ANTECEDENTES DE SEXO, ESCOLARIDAD Y SITUACION FAMILIAR

	N	PORCENTAJE (%)
I. SEXO		
Masculino	278	40,6
Femenino	407	59,4
II. ESCOLARIDAD		
5° Básico	4	0,6
6° Básico	11	1,6
7° Básico	44	6,4
8° Básico	55	8,0
1° Medio	144	21,0
2° Medio	125	18,2
3° Medio	159	23,2
4° Medio	128	18,7
Otros	15	2,2
III. VIVEN CON:		
Ambos Padres	369	53,9
Madre Separada	134	19,6
Parientes y Conocidos	40	5,8
Madre Sola por Motivos Laborales	32	4,7
Padre / Madre Separado y Madrastra / Padrastro	31	4,5
Padre / Madre Viudo y Madrastra / Padrastro	30	4,4
Padre / Madre Viudo	20	2,9
Madre Soltera	18	2,6
Hogar de Menores	6	0,9
Padres Adoptivos	4	0,6
Padre Separado	1	0,1

TABLA II
LUGARES PRINCIPALES DE DERIVACION

LUGAR DE DERIVACION	N	Porcentaje (%)
Orientadora del Colegio	427	62,3
Medicina	80	11,7
Centro de Diagnóstico	36	5,3
Centro de Adolescencia	18	2,6
Pediatría	16	2,3
Otros(*)	108	15,8

TABLA III
MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	N	Porcentaje (%)
Problemas familiares	495	72,3
Problemas escolares	466	68,3
Enfermedades físicas	51	7,5
Abuso de alcohol y/o drogas	28	4,1

TABLA IV
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICOS	Número	Porcentaje (%)
Trastorno paterno-filial	177	25,8
Trastorno adaptativo mixto	167	24,4
Trastorno de identidad	71	10,4
Trastorno de ansiedad generalizado	43	6,3
Trastorno adaptativo con ánimo depresivo	26	3,8
Otros	201	29,3

3) La derivación oportuna del adolescente con psicopatología por parte del equipo de salud del Consultorio de Atención Primaria, a la Unidad de Salud Mental, es de importancia, para el diagnóstico y tratamiento oportuno de su patología. A través de este estudio observamos una subutilización de este recurso, lo que debiera llevar al desarrollo de estrategias que mejoren este déficit.

4) Hacemos notar la limitación de un estudio como éste, basado en el método de revisión de fichas clínicas, en cuanto a la fidelidad y calidad de la información obtenida.

Bibliografía

- 1) Florenzano, R., Psicopatología de la adolescencia. *Bol. Hosp. S. J. de Dios, Santiago, Chile*, 1982; 29: 357-363.
- 2) Maddaleno, M., Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Rev. Chil. Pediatr.* 1987; 58: 246-249.
- 3) Zegers, B., Cuestionario para evaluar salud mental en la edad juvenil. *Acta Psiquiat. Psicol. América Latina*. 1987; 33: 219-230.
- 4) Wolncty, L., Red social de apoyo en adolescentes escolares: su medición con apgar de Smilkstein. *Bol. Hosp. S. J. de Dios*. 1989; 36: 147-155.
- 5) Florenzano, R., Conductas de riesgo en adolescentes escolares de Santiago de Chile. *Rev. Med. Chile*. 1993; 121: 462-469.
- 6) Morandé, G., Motivos de consulta y psicopatología en adolescentes. *Revista de Psiquiatría, Chile*. 1988; 5: 5-8.
- 7) García, R., Soto, E., Sepúlveda, G. Población consultante a psiquiatría infantil y de adolescencia en el servicio de salud de la VII Región en un período de dos años. *Cuad. Méd. Soc. (Santiago de Chile)*. 1983; 24: 73-83.
- 8) Fechner-Bates, S., Coyne, J.C., Schwenk, P.L. The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *J. Consult Clinical Psychol.* 1994; 62: 550-559.
- 9) Smeaton, N., A longitudinal study of general practitioner consultations for psychiatric disorders in adolescence. *Psychol. Med.* 1992; 22: 709-715.
- 10) Hogar, C., Children with psychiatric disorders examined by established pediatricians. *Monatsschr - Kinderherlhd.* 1992; 140: 483-487.
- 11) Kaampfer, A.M., Mortalidad y morbilidad del adolescente en Chile. *Rev. Chil. de Pediatr.* 1977; 20: 17-23.
- 12) Maddaleno, M., Estructura de la morbilidad en adolescentes consultantes en el nivel primario. *Rev. Chil. de Pediatr.* 1987; 58: (2).
- 13) Sansone, R.A., Sansone, L.A., Morris, D.W. Prevalence Borderline personality symptoms in two groups of subjects. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 117-118.
- 14) Oldtom, D., Clinical assesment of symptoms in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1980; 50: 697-703.
- 15) Leenstra, A.S., Ormel, J., Giel, R. Positive life change and recovery from depression and anxiety. Three stage longitudinal study of primary care attendors. *Journal Psychiatry*. 1995; 166: 333-343.
- 16) Burket, R.C., Hodgkin, J.D. Pediatrician's perceptions of child psychiatry consultations. *Psychosomatics*. 1993; 34: 402-408.

- 17) Fergusson, D.M., Prevalence and comorbidity of DSM III-R diagnosis in a birth cohort of 15 year olds. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1993; 32: 1127-1134.
- 18) Cohen de Simkins, R., Pronóstico de la reacción de ajuste de la adolescencia: un seguimiento de pacientes adolescentes 10 años después. *Archivo Venezolano de Psiquiatría y Neurología*, 1985; 31: 31-38.
- 19) Klein, R.G., Treatment of psychiatric disorders in children adolescents. *Psychopharmacology Bull.* 1993; 29: 525-535.

Pensamientos

Es importante que tengamos un secreto y el presentimiento de algo incognoscible. Ello llena la vida de algo impersonal, de un numinoso. Quien no ha experimentado esto, se ha perdido algo importante. El hombre debe percibir que vive en un mundo que en cierto sentido es enigmático. Que en él suceden y pueden experimentarse cosas que permanecen inexplicables, y no tan sólo las cosas acontecen dentro de lo que se espera. Lo inesperado y lo inaudito son propios de este mundo. Sólo entonces la vida es completa.

*Carl Gustav Jung
Recuerdos, Sueños, Pensamientos. 1961.*

EL CUESTIONARIO DE CONNERS Y LOS TRASTORNOS HIPERKINETICOS

Dr. GENARIO ALVES BARBOSA*, Dr. MARDONIO RIQUE**, Psiq. ADRIANA DE ANDRADE GAIAO***

* Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Paraíba.

** Universidad Federal de Paraíba

*** Hospital Universitario, Universidad Federal de Paraíba João Pessoa - Brasil.

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron validar el cuestionario de Conners en sus versiones abreviadas para padres y maestros, detectar el factor de hiperactividad, elaborar normas diagnósticas y encontrar la tasa de prevalencia en niños hiperactivos de la ciudad de João Pessoa, en Brasil. La muestra estuvo constituida por 180 niños, con edades comprendidas entre 7 y 13 años, de escuelas públicas y privadas. Los respondientes fueron 180 padres y 180 maestros. Los resultados indicaron la validez del concepto del factor hiperactividad, pues ninguno de los ítems presentaron carga factorial a .40 y el Alpha de Cronbach fue superior a .80 en ambas escalas. El punto de corte se estableció en 59 para padres y en 63 para maestros. Se concluye que el índice de hiperactividad tiene buenos parámetros métricos, debiendo por lo tanto adaptarlo a los criterios de diagnóstico de la CIE-X. Es necesario además diferenciar a los niños con hiperactividad situacional para lo que se necesitan más estudios. La prevalencia inicialmente encontrada en las escalas fue de un 8.8% en una de las escalas y de un 3.3% del total de escolares en ambas las escalas.

Palabras claves:

Cuestionario de Conners; trastornos hiperkinéticos; validación de escalas.

En el campo de la psicopatología infantil los trastornos hiperkinéticos (THK) son uno de los problemas que más tienen preocupados a profesionales del área, padres y educadores. Ellos afectan tanto la conducta emocional y la adaptación social del niño como también su rendimiento escolar, a pesar que éste presente un nivel satisfactorio de inteligencia.

Los THK, en la Psiquiatría Infantil, representan una patología que ha sufrido continuas evoluciones de la nomenclatura a lo largo del tiempo.

Hoffman, un psiquiatra alemán, ya en 1845, en un libro de cuentos infantiles, ha ilustrado tras un dibujo un breve y expresiva conducta de un niño (Zappel Philips: Felipe travieso) con THK, lo que le ha asegurado el título de precursor de estos trastornos. Las primeras descripciones clínicas en relación a estos trastornos, corresponden a Still. El, por primera vez, describió de una manera sintomatológica, el cuadro clínico de niños con THK. Estos niños presentaban temperamento violento, eran altamente disruptivos, perversos, destructivos, con ausencia de respuestas a los castigos, frecuentemente inquietos y molestos, presentando movimientos casi coreiformes, con incapacidad para mantener la atención y fracaso escolar. Esta descripción clínica y la consideración de algunas evidencias etiológicas, fueron la base predominante para la denominación posterior de Disfunción Cerebral Mínima.

Still consideró que el cuadro clínico podría relacionarse con varios factores causales, ya sea de base genética o ambiental y se sumó a la concepción dicotómica de su época, que estimaba a los trastornos como problemas de orden médico o moral, atribuyendo este cuadro clínico a una lesión cerebral. Sin embargo, la existencia de lesiones cerebrales sólo se ha demostrado en algunos casos estudiados, la mayoría de los niños no presentaban antecedentes clínicos significativos en su historia clínica que justificase la enfermedad.

A partir de Sill en 1902, los THK comenzaron a sufrir sucesivas modificaciones de nomen-

clatura, pero el cuadro clínico prácticamente continúa siendo el mismo de la descripción inicial.

La relación establecida por Still, entre el patrón de conducta hiperactiva y la lesión cerebral evidente fue posteriormente confirmada tras los informes que relataban alteraciones comportamentales subsecuentes a las lesiones del SNC, provocadas por enfermedades virales, traumas craneanos y accidentes pre o perinatales.

A partir de los estudios de Strecker en 1924, los THK han pasado a ser objeto de una mayor investigación en el campo de la neurología. Es posible observar que sumando la sintomatología descrita por Still con la de Strecker, se logra definir toda la psicopatología actual de los THK, ya sea a través del DSM-IV o de la CIE-X. Por otro lado, aún siguiendo esta línea predominantemente de influencia neurológica es necesario destacar los estudios de Lauretta Bender en 1942, donde los denominan de "Síndrome Post-encefálico" como una reacción de personalidad tipo psicopática con hiperkinesia. Es ella, por lo tanto, la que utiliza por primera vez el término HIPERKINESIA que a posterior viene a ser aceptado por los investigadores y considerado en los criterios nosográficos internacionales para estos trastornos.

Se puede concluir con lo expuesto, que las hipótesis neuroanatómicas predominaban en aquella época y aún continúan siendo objeto de investigación en los días actuales.

A continuación serán descritas las principales hipótesis neuroanatómicas de los THK.

HIPOTESIS NEUROANATOMICAS DE LOS THK.

Autor	Disfunción
Lafer, 1957	Diencéfalo
Knobel et al., 1959	Funcionalidad cortical
Connors & Eisenber, 1964	Capacidad cortical inhibitoria
Wender, 1971-72	Area límbica
Matte, 1980	Lóbulo frontal
Lou et al., 1984	Lóbulo frontal
Porrino et al., 1984	Núcleo acumbenus
Gualtieri & Hicks, 1985	Lóbulo frontal
Hunt et al., 1985	Locus coeruleus
Evans, 1986	Lóbulo frontal
Chilume et al., 1986	Lóbulo frontal
Lou, 1989	Núcleo estriado
Zmetkin, 1990	Córtex pre-frontal

A partir de los años 40, se iniciaron intentos de una intervención terapéutica y psicopedagógica. La terapia se basaba en anfetaminas, complementadas con la intervención psicopedagógica, dirigida especialmente a las dificultades de aprendizaje y rendimiento escolar que implicaba repitencias y fracaso escolar. Fue en esa década surgió el término "Minimal Brain Damage" o lesión cerebral mínima, siendo también conocido como Síndrome de Strauss. Ya en la década de los 60, el término lesión es substituido por disfunción, pues así explicaría mejor la etiología y también permitía establecer correlaciones anátomo-clínicas.

Con el estudio de Douglas en la década de los 70, el concepto de Disfunción Cerebral Mínima se consideró impropio ya que aludía a un cuadro

clínico más profundo como es el déficit de atención. Estamos de pleno acuerdo con la teoría de Douglas, pues los que trabajamos con niños hiperkinéticos sabemos que el término "mínimo" no dice nada, pues son en la verdad "máximo", debido a los trastornos sociales, ambientales, escolares y clínicos que acompañan a estos niños.

La hiperactividad infantil, despierta así, un mayor interés a partir de los años 40 y continúa siendo un tema de ámbito incierto e impreciso y su intervención sea pediátrica, neurológica, psiquiátrica o escolar resulta ineficaz en la mayoría de los casos. Ha sido, sin duda, el trastorno en el campo de la psicopatología infantil más estudiado en Estados Unidos y Europa, pero continúa sin una respuesta clara y efectiva en términos etiológicos y de intervención. Hasta en el área de la epidemiología no hay un consenso sobre su prevalencia en la población general.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de los THK, tenemos dos vertientes:

- a) la primera, cuando se desea realizar estudios epidemiológicos para la cual se usan instrumentos de screening
- b) la segunda, el diagnóstico clínico basado en la sintomatología, pruebas complementarias y criterios diagnósticos específicos (DSM-IV o CIE-X).

Instrumentos

En términos de diagnóstico y para que podamos acompañar la evolución de cada caso, se necesitan diversas fuentes de informaciones acerca de la conducta del niño. Para eso se utilizan instrumentos standard que permiten cuantificar esa conducta la más precisamente posible y que en seguida podamos operacionalizarlas. Es necesario e indispensable que estos instrumentos sean contestados por maestros y padres, y así verificar si estas informaciones son concordantes.

La manera más eficiente de poder cuantificar este tipo de conducta es mediante el uso de los

instrumentos standard, ya sea para estudios epidemiológicos o para la práctica clínica aislada. Entre ellos, el más utilizado y aplicado en la actualidad es el cuestionario de Conners, elaborado por él en Australia y con amplia experimentación en varios países (Taylor & Sandeberg, 1984; Furlong & Fortman, 1984; Farre & Narbona, 1989; Avila de Encio & Polaino, 1988; Barbosa, 1994).

Este cuestionario fue revisado por Goyette y colaboradores en 1978, siendo estas escalas revisadas, objeto de nuestra investigación en Brasil, validándola para la realización de un estudio epidemiológico de estos trastornos.

Inicialmente las escalas de Conners (para padres y maestros) fueron diseñadas para medir las alteraciones de conducta en aquellos niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico y solamente más tarde, se comenzó a utilizarlas como instrumentos de medición de las conductas de los niños en la población general y clínica.

Este Cuestionario consta de dos versiones. La versión abreviada para maestros con 40 ítems, descritos en orden aleatoria y agrupados en cuatro grandes áreas factoriales: a) hiperactividad, b) inatención, c) pasividad y tensión-ansiedad y d) problemas conductuales. De estos 40 ítems, 10 se refiere a la conducta hiperactiva, constituyendo así el "Índice de Hiperactividad".

Por otro lado, la versión abreviada para padres consta de 42 ítems, 10 constituye el Índice de Hiperactividad. Los ítems de las dos versiones son diferentes, por lo tanto no coincidentes.

Estas informaciones se refieren a la validación de Goyette & Conners (1978). En nuestra validación, primera etapa de la investigación, el objetivo fue adaptar para la población brasileña las formas abreviadas de los Cuestionarios de Conners para padres y maestros, en un estudio piloto en población escolar, con niños con edades comprendidas entre 7 y 14 años. El objetivo de esta validación fue poder difundir en el país este instrumento para cuantificación y seguimiento de los "probables

hiperkinéticos". Utilizamos la clasificación CIE-X, como criterio diagnóstico, por considerarla más criteriosa y de más fácil utilización en términos de diagnóstico, dada la amplitud y divergencia de criterios de diagnósticos en la actualidad sobre los THKS.

Es necesario enfatizar que este instrumento no sirve para diagnosticar niños hiperkinéticos.

Se trata de un instrumento rastreador y complementario a la clínica presentada por el niño.

Metodología

La primera etapa de nuestra investigación consistió en la validación del Cuestionario de Conners en las versiones abreviadas para padres y maestros.

La muestra:

La muestra estuvo constituida por 180 escolares, cuyos maestros (N=180) y padres (N=180) participaron del estudio recibiendo el material del test. Los escolares de ambos sexos tenían edades comprendidas entre 7 y 14 años, fueron seleccionados aleatoriamente en seis escuelas de Joao Pessoa, en Brasil, distribuidas en los barrios según su estrato socio-económico. Los barrios fueron seleccionados mediante sorteo y a los tres de la muestra socio-económicas más elevada, se optó por la selección de escuelas privadas, y a los de estrato socio-económico más inferiores por escuelas públicas. La cuantificación de escuelas obedeció a la proporcionalidad en relación a la población del estrato socio-económico a que pertenecía la escuela. El estudio utilizó escolares como unidad muestral y la técnica estadística de muestreo por conglomerados, además de la selección aleatoria simple. 100 escolares fueron de escuelas públicas y 80 de escuelas privadas.

De estos 180 escolares, 106 (58.9%) eran varones y 74 (41.1%) mujeres (tabla 1).

Tabla 1
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN SEXO.

Varón:	106 - 58,9%
Mujer:	74 - 41,1%
Media:	1,41
Moda:	1,00
Desviación Estandar:	0,493
Mediana:	1,000
Variación:	0,24

Test de Rastreo:

Las versiones brasileñas abreviadas del Cuestionario de Conners para padres y maestros fueron adoptadas por los autores a partir de la versión original inglesa creada por Conners, en 1967 en Australia.

Las escalas de Conners poseen dos versiones: una original y otra abreviada, tanto para padres como para maestros. Todas ellas poseen un factor denominado INDICE de Hiperactividad.

La escala original de padres posee 93 ítems agrupados en ocho factores de acuerdo con el estudio hecho por Conners & Blouim (1980). La escala para maestros consta de 40 ítems.

Las escalas objeto de validación en nuestra investigación fueron las formas abreviadas, más utilizadas en la actualidad.

La escala abreviada para maestros tiene 40 ítems y la de padres 42 ítems. Cada pregunta describe una conducta característica del niño hiperactivo donde padres y maestros deben evaluar de acuerdo como se presentan estas conductas. Para cada pregunta existen cuatro opciones: nunca= 0; a veces= 1; frecuentemente= 2 y siempre= 3. La suma total de puntos para la versión de padres son 126 puntos, en cuanto que para la versión de maestros son 120 puntos.

La aplicación fue fácil y sin ningún problema. El índice de pérdida fue de un 10% de los 200

cuestionarios distribuidos para padres y maestros. Todos los maestros los llenaron, pero 20 padres no lo hicieron o por no comparecer a la escuela o por negarse a responder por considerar algunos de los ítems "ofensivos" a la conducta de sus hijos. Creemos que este índice de pérdida para nuestra realidad no es significativo, ya que Farre & Narbona (1989) en un trabajo similar realizado en Pamplona (España) obtuvieron por parte de los padres una pérdida en el orden de un 16.5%

El cuestionario de Connors aplicado en la comunidad escolar en general sirve para seleccionar los "probables positivos" en estudio epidemiológicos y también, para el momento de la intervención terapéutica, orienta sobre la eficacia farmacológica y de las alteraciones comportamentales de los niños portadores de THKS.

RESULTADOS DE LA VALIDACION

Tabla 2.
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA:
N = 360

1. Tipos de Escuelas:	Pública:100 (55.55%)	Privada: 80 (44.50%)
2. Encuestados:	Maestros: 180(50%)	Padres: 180(50%)
3. EDAD:		
AÑOS	F	% % ACUMULADA
6	2	1.1 1.1
7	52	28.9 30.0
8	39	21.7 51.7
9	30	16.7 68.4
10	27	15.0 83.4
11	18	10.1 93.5
12	9	5.0 98.5
13	3	1.6 100.0
TOTAL:	180	100 100

4. MEDIA: 8.73
5. MODA: 7.00
6. DESVIACION ESTANDAR: 1.63
7. MEDIANA: 8.00
8. VARIACION: 2.68

Para la validación de las dos escalas para el punto de corte (cut-off), utilizamos el score $Z(X=50; SD=10)$ que consiste en la suma total de los puntos obtenidos en todos los ítems divididos por los números de ítems existentes. El criterio resultante para este punto de corte es que el niño haya obtenido una puntuación igual o superior a 70 (score T, corregido por el score Z) para las escalas abreviadas o se sitúa en 2 SD.

La muestra estuvo constituida por 360 encuestados, siendo 180 padres y 180 maestros, en relación al tipo de escuelas se obtuvo 100 escolares con un 55.5% oriundos de escuelas públicas y 80, representando un 45.5%, de escuelas privadas.

La edad comprendió entre 7 y 13 años, con una media de 8.73, teniendo la menor siete años y la mayor 13 años.

De acuerdo con la tabla 1, 106 escolares eran varones, con un 58.9% del total, en cuanto 74 escolares, representando un 41.1%, eran mujeres, con una media de 1.41 y SD 0.493.

De los respondientes del grupo de los padres, en un total de 180, tuvimos una media de 9,84 y un SD de 4.76. Para las respondientes del grupo de maestros, tuvimos también un total de 180, con una media de 7,4 y un SD 6.86 (tabla 3).

Los scores de maestros y padres los encontramos tras el score T, transformado del score Z, de acuerdo con validaciones anteriores que determinan 70 como punto de corte. Por lo tanto, para la escala abreviada de maestros encontramos un punto de corte 63. Para la escala de padres, encontramos como punto de corte 59 (tablas 4 y 5).