



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Evaluación escalar de la hiperactividad infantil

C. Avila de Encío * y A. Polaino-Lorente **

* Doctora en CC de la Educación.

** Catedrático de Psicopatología en la Universidad Complutense de Madrid.

INTRODUCCION

Si el marco conceptual de la hiperactividad infantil resulta confuso –acaso por el exceso de hipótesis de que hoy disponemos, la mayoría de ellas no verificadas en la práctica experimental–, no más precisos resultan los procedimientos e instrumentos de medida de que disponemos para la evaluación diagnóstica de estos niños.

Los distintos procedimientos de evaluación, acordes con la discusión y polémica de nuestro tiempo, se debaten entre una línea de *evaluación tradicional o conductual*. Si bien es cierto que la evaluación conductual y la evaluación tradicional implican orientaciones conceptuales y metodologías diferentes (Ciminero y Drabman¹; Evans y Nelson²; Kratochwill³; Nelson⁴), las nuevas concepciones de los modelos de rasgos significan, de alguna forma, un cierto acercamiento entre ambos puntos de vista (Chorot⁵).

A nivel *conceptual*, ambos modelos parten de ideas diferentes acerca de la «conducta humana». Así, desde una perspectiva tradicional, la conducta humana se considera como un reflejo de constructos internos (rasgos y estados) de la personalidad y, por tanto, cualquier conducta se interpreta como signo o síntoma de estos determinantes internos. El fundamento de este modelo se encuentra en el «modelo de rasgos» y supone que toda conducta es estable y consistente a lo largo del tiempo y las situaciones (Fernández Ballesteros⁶; Chorot⁵; Kratochwill y cols.⁷).

La evaluación conductual, por el contrario, entiende la conducta humana como un proceso de interacción –no lineal, sino de causación recíproca– entre las variables orgánicas y situacionales. Consecuentemente, la conducta es interpretada como una muestra o repertorio de respuestas ante determinada situación que, en última instancia, mantienen y provocan tales respuestas (Fernández Ballesteros⁶; Chorot⁵; Kratochwill y cols.⁷). Este enfoque se apoya en la «psicología experimental» y considera que la conducta es específica para cada situación.

Es evidente que de tal diversidad de concepciones sobre la conducta humana se van a derivar distintas orientaciones metodológicas para la recogida e interpretación de los datos que es necesario valorar, si se quiere proceder a la evaluación diagnóstica. Pues bien, desde el modelo tradicional la evaluación diagnóstica se aborda mediante métodos de medida indirectos, como son las técnicas proyectivas y psicométricas.

Las primeras se derivan de las teorías dinámicas de la personalidad, y su objetivo consistiría en reflejar los aspectos inconscientes, los conflictos internos y los mecanismos de defensa subyacentes en la personalidad del individuo. Dada la falta de fiabilidad y validez de tales técnicas, así como las dificultades de corrección e interpretación, su valor a nivel diagnóstico es

en la actualidad muy escaso (Chorot⁵; Kratochwill y cols.⁷).

Las técnicas psicométricas, por su parte, se basan en el uso de tests estandarizados contruidos a partir de estrategias teórico-rationales, empíricas y factoriales, que tienen por objeto evaluar las variables organísmicas o rasgos del sujeto, apoyándose en el supuesto de que la conducta es estable. Si la fiabilidad y validez de estas técnicas es relativamente buena, el hecho de ser un procedimiento de medida indirecto y la imposibilidad de establecer pautas correctivas con la información obtenida, les ha restado valor en esta última década frente a los métodos de medida directos (Fernández Ballesteros⁶; Mash y Terdal⁸; Chorot⁵).

La evaluación conductual utiliza una metodología directa, basada en el análisis funcional de la conducta para cada sujeto. Esto es, el evaluador trata de determinar de una manera operativa, objetiva y cuantitativa las relaciones funcionales que surgen entre la conducta problema y los factores que supuestamente la controlan (variables ambientales y cognitivas). Para ello, se utilizan patrones de respuesta específica a tres niveles: motórico, cognitivo y psicofisiológico ante determinadas situaciones (naturales o de laboratorio) y se analiza la conducta en términos de antecedentes (internos y externos) y consecuentes (refuerzos ambientales y auto-refuerzos).

Las distintas técnicas empleadas son los registros psicofisiológicos, la observación sistemática, los autoregistros, los auto-informes específicos y las entrevistas estructuradas. La proximidad temporal de su desarrollo y la ausencia de alternativas impiden, seguramente, un análisis crítico tan desapasionado y cierto como los que se han dirigido al modelo de evaluación tradicional. No obstante, la posibilidad de generalización de este modelo, así como la concordancia con otros criterios diagnósticos, han sido puestos en tela de juicio.

Aunque, así expuesto, parezcan dos metodologías contradictorias, esto no es del todo correcto. En realidad, ni el modelo psicométrico ha prescindido de valorar las variables situacionales ni el modelo conductual se ve totalmente libre de apoyarse, al menos parcialmente, en determinados constructos internos. Es más, actualmente ciertas orientaciones conciben operativamente la conducta como una interacción de rasgos y situaciones (Chorot⁵).

Ahora bien, lo cierto es que la tendencia general en la evaluación diagnóstica infantil ha evolucionado desde una perspectiva tradicional al análisis funcional de conducta, según el modelo de evaluación conductual.

En el caso que nos ocupa, la evaluación de la hiperactividad infantil ha seguido esta misma trayectoria (Berler y Romanczyk⁹; Rosenberg y Beck¹⁰).

En las líneas que siguen nos proponemos analizar

los distintos procedimientos, así como aquellos instrumentos hoy en uso para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad, tanto desde la perspectiva tradicional como desde la perspectiva conductual.

LA EVALUACION TRADICIONAL DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

Desde la perspectiva tradicional, este trastorno se evalúa en razón de medidas de rasgos tales como el nivel de inteligencia, los estilos cognitivos, el análisis del temperamento, la atención y el nivel de actividad motora. En ocasiones, se incluyen también medidas generales de rendimiento en las distintas áreas de conocimiento.

El supuesto básico aquí es que a través de estos índices se llega al origen del mencionado trastorno, lo que es imprescindible para una futura intervención.

Rasgos a evaluar e instrumentos de evaluación

El nivel de inteligencia

El test más frecuente es «The Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (W.I.S.C.-R)» (Escala de Inteligencia para niños de Wechsler, revisada). Esta prueba parte del supuesto de que «la inteligencia forma parte de un gran todo que abarca la personalidad misma». La escala está constituida por doce pruebas, distribuidas en dos grupos: verbal y manipulativo. La mayoría de las pruebas verbales se correlacionan más entre sí que con las pruebas manipulativas y viceversa. Sin embargo, aunque el conjunto de pruebas clasificadas como verbales y manipulativas difieren en los aspectos que su misma denominación sugiere, es posible que existan otras dimensiones factoriales (algunas no intelectuales) que presenten saturaciones en pruebas de ambos grupos, con lo cual se podrían definir otras importantes categorías de clasificación, también, en la evaluación de los resultados psicológicos del niño.

De hecho, distintos análisis factoriales han localizado un factor de atención, de gran interés para la evaluación de la hiperactividad. Así, Milich y Loney¹¹ encontraron un factor consistente que denominaron «Inatención-Memoria» constituido por los subtets de «Información», «Aritmética», «Dígitos» y «Claves». Witkin y cols.¹² hablan del factor «Atención-Concentración», formado por tres subtets: «Aritmética, Dígitos y Claves». Y, finalmente, Kaufman¹³ lo denomina «Factor de Distracción», compuesto por tres subtets: «Aritmética», «Dígitos» y «Claves».

Esta prueba cobra interés en tanto que distintos trabajos han recogido diferencias significativas en el factor de «Atención» para el grupo de niños hiperactivos en contraste con el grupo de niños no hiperactivos

(Morris y Collier)¹⁴. Asimismo, Milich y Loney¹¹ encontraron puntuaciones más bajas en el grupo de niños hiperactivos para la prueba de «Comprensión», lo que está en estrecha relación con las dificultades de interacción personal que manifiestan estos niños. Por otra parte, las puntuaciones altas en la prueba de «Semejanzas» se han interpretado como una manifestación de la «estrategia global para el procesamiento de la información», estrategia que ha sido asociada con la impulsividad (Zelniker y Jeffrey)¹⁵.

Sin embargo, esta escala no ha podido discriminar satisfactoriamente entre niños hiperactivos y niños con dificultades de aprendizaje. No obstante, lo cierto es que nos aporta una información general y no menos preciable sobre el funcionamiento cognitivo y conductual del niño hiperactivo, información que también es útil para el establecimiento de programas de intervención terapéutica.

Los estilos cognitivos

Con frecuencia se ha caracterizado al niño hiperactivo como un niño impulsivo, dependiente de campo y distraído (Ross y Ross¹⁶; Polaino-Lorente^{17, 18}; Morris y Collier)¹⁴.

La impulsividad, la dependencia de campo y la facilidad para las distracciones son estilos cognitivos o modos característicos y consistentes que muestran las personas en sus actividades, tanto perceptivas como intelectuales.

Estos estilos cognitivos son manifestaciones en la esfera cognitiva de dimensiones aún más amplias del funcionamiento personal que abarcan diversas áreas psicológicas. En la investigación sobre estilos cognitivos se ha puesto el acento sobre las funciones adaptativas que favorecen, mediante el proceso cognitivo, la economía psicológica del sujeto. Este énfasis ha conducido a buscar conexiones y consistencias de un área psicológica a otra y a encontrar similitudes estilísticas formales a través de distintas dimensiones psicológicas. El resultado es una visión más integrada y holística de la personalidad.

Los dos primeros rasgos han sido ratificados experimentalmente; sin embargo, «la facilidad para la distracción» resulta más difícil de comprobar en esta réplica.

En primer lugar, la *impulsividad* frente a la reflexividad queda patente cuando se ha de elegir una entre varias alternativas.

El instrumento más empleado para su evaluación es el conocido «Matching Familiar Figures Test» (M.F.F.T.; Test de emparejamiento de figuras familiares), elaborado por Kagan¹⁹. Kagan encontró correlaciones negativas entre la velocidad de la respuesta y la precisión, de tal forma que hipotetizó que el sujeto impulsivo sería aquel que respondía de forma rápida y cometía más errores en comparación con el sujeto re-

flexivo. Los niños se clasifican en «impulsivos» cuando obtienen un número de errores superior a la media, mientras que el tiempo de latencia suele ser inferior a la media.

Aunque parece ser un buen instrumento, su validez ha sido puesta en tela de juicio (Ault, Mitchell y Hartmann)²⁰. Con el deseo de mejorar la calidad psicométrica de este instrumento, surge en 1978 una nueva versión, denominada «Matching Familiar Figures, F-20» (Cairns y Cammock)²¹.

Los estudios realizados con esta nueva versión han encontrado diferencias significativas entre el grupo de niños hiperactivos y el grupo control de niños. Los niños hiperactivos presentan un tiempo de latencia inferior, mientras que el número de errores es superior al del grupo control (Campbell y cols.²²; Cohen, Weiss y Minde²³; Rapoport y col.²⁴; Scheifer y col.²⁵ y Orjales²⁶).

El segundo estilo cognitivo, que ha sido relacionado con la hiperactividad, es la dimensión apuntada por Witkin²⁷ como «Dependencia-Independencia de campo». En su modo de percibir los «dependientes de campo», la percepción está influenciada claramente por toda la organización del campo circundante y los componentes de ese campo son percibidos como algo difuso. En el modo de percibir denominado «independientes de campo», se perciben las partes del campo como componentes discretos, dentro de un ámbito organizado.

El instrumento utilizado para tal fin es el «The children's Embed Figures Test» (E.F.T.; el Test de Figuras Enmascaradas para niños; Karp y Konstadt)²⁸, que consiste en mostrar al niño distintas láminas en las que tiene que averiguar dónde se halla el elemento a desenmascarar (una casa o una tienda de indios). En diversos estudios se ha observado que los niños hiperactivos tienen más dificultades que el grupo control de niños para desenmascarar la figura solicitada y cometen, por tanto, un mayor número de errores (Orjales)²⁶. Lo que se ha interpretado como un estilo dependiente de campo, con la consiguiente dificultad en la discriminación de estímulos dentro del campo perceptivo.

Finalmente, el tercer estilo cognitivo relacionado con la hiperactividad es el de la *flexibilidad-rigidez en el control de la atención*, esto es, la capacidad del niño para controlar los estímulos irrelevantes e inhibir las respuestas incorrectas.

Como medida se ha utilizado el «Colour Distraction Test» (Santostefano y Paley)²⁹. Esta prueba requiere que el niño nombre el color de los distintos ítems que se le presentan bien en presencia de estímulos interferentes, bien en presencia de estímulos distractores. Con este test se obtienen tres puntuaciones: una puntuación referente a la distracción, otra en relación con la interferencia y, finalmente, una puntuación global sobre el tipo de errores (omisión, errores parciales y errores totales).

No se han encontrado diferencias significativas, sin embargo, entre las puntuaciones obtenidas en esta prueba por el grupo de niños hiperactivos y por los niños del grupo control (Campbell y cols.²²; Cohen y cols.²³; Orjales²⁶).

El temperamento

La evaluación del temperamento trata de poner de manifiesto las posibles relaciones existentes entre rasgos de temperamento, desarrollo cognitivo, rendimiento académico y ajuste o adecuación de la conducta (Martin)³⁰.

En relación con el trastorno que nos ocupa, Lambert y Windmiller³¹ elaboraron una entrevista para padres a fin de medir algunos rasgos temperamentales de sus hijos. Los resultados, efectivamente, indicaron que el rasgo de «Distraído» es diferente en el grupo de niños hiperactivos que en el grupo de control.

No obstante, este tipo de medida no goza de mucho prestigio en la actualidad, ya que no contamos con indicadores que nos aporten garantías sobre su validez y fiabilidad.

La integración y madurez viso-motora

El Test Guestáltico de Bender o Test Guestáltico Visomotor, tal como fue ideado por Lauretta Bender, consiste en nueve tarjetas con dibujos abstractos. Los nueve dibujos son adaptaciones de figuras que Wertheimer usó en experimentos sobre la percepción. A los niños a los que se les pasa el test se les pide que copien los dibujos, uno cada vez, con un lápiz en una única hoja de papel en blanco. En este test no hay límite de tiempo.

Hay quien se refiere al test de Bender como a un test de percepción visual (Zach y Kaufman)³²; otros, en cambio, lo entienden como un test de coordinación motriz. El test de Bender es un test de integración viso-motriz.

Bender³³ se muestra partidario de la naturaleza global de la función guestáltica y de la imposibilidad de separar las capacidades perceptiva y motora. El autor se opone a cualquier intento de analizar esta función global a través de sus componentes ya que, evidentemente, el proceso de integración es mucho más complejo que cualquiera de los otros dos: la percepción visual o la coordinación motriz. Una buena percepción visomotriz y un buen resultado en el test de Bender presuponen que el niño posee una relativa madurez o adecuación de la percepción visual. En lo que concierne a la coordinación motriz se da una situación similar. Solamente los niños con buena coordinación de la motricidad fina pueden realizar un protocolo perfecto en el test de Bender. Los niños con una pobre coordinación de la motricidad fina tendrán dificultades para dibujar sin imperfecciones las figuras del test de Bender.

En el caso que nos ocupa este test ha sido utilizado a fin de verificar la impulsividad característica del niño hiperactivo. Sin embargo, los resultados obtenidos no son del todo congruentes (Kagan¹⁹; Adams y cols.³⁴; Sandoval³⁵; Tolor y Brannigan³⁶).

Los déficit de atención

Aunque en general hay cierto acuerdo dentro de la comunidad científica en confirmar la presencia de déficit de atención en el niño hiperactivo, hay pocas pruebas disponibles para su evaluación. Las pruebas de que disponemos están diseñadas para su aplicación en situación de laboratorio y cada una enfatiza un punto distinto de la capacidad de atención: la alerta, la atención focalizada, la atención dividida o la vigilancia. Los procedimientos de evaluación más comunes son los que siguen:

- *El tiempo de reacción en tareas de elección.* Esta medida requiere que el niño hiperactivo centre su atención durante unos pocos segundos sobre una pantalla en la que aparece un estímulo, habitualmente una figura geométrica. El niño tiene que pulsar un botón cada vez que esta figura aparezca en la pantalla. La medida que se recoge es el tiempo de latencia entre la aparición del estímulo y la emisión de la respuesta. Esta tarea es auto-programable y no se inicia hasta que el experimentador se asegure de que el niño, efectivamente, presta atención al estímulo de la pantalla; de ahí quizás el no haber encontrado diferencias entre niños hiperactivos y niños no hiperactivos (Douglas³⁷; Sykes, Douglas y Morgenstern³⁸).

- *El tiempo de reacción en tareas secuenciales.* Esta medida es también auto-programable y requiere que el niño preste atención durante un intervalo de tiempo relativamente largo. El niño se sitúa frente a una pantalla en donde aparecen cinco luces de colores diferentes, cada una con su correspondiente botón. Tan pronto como se encienda una de las luces el niño tiene que pulsar el botón correspondiente. La puntuación recogida es el número de respuestas correctas e incorrectas. En este tipo de tareas se han encontrado diferencias significativas entre niños hiperactivos y niños no hiperactivos en el número de respuestas incorrectas, siendo, evidentemente, superiores los resultados obtenidos por el primer grupo, lo que puede explicarse por el estilo impulsivo que les caracteriza (Douglas)³⁷.

- *El test de ejecución continua.* Esta prueba es una de las medidas más sensibles de que disponemos para la evaluación del déficit de atención del niño hiperactivo. Durante un tiempo de 15 minutos y en intervalos fijos, aparece automáticamente un estímulo que el niño debe detectar con precisión. El test tiene dos modalidades: visual y auditiva, y el estímulo está escrito o aparece en una pantalla o en audio. La duración del estímulo es de 0,2 segundos y el intervalo entre estímulos es de 1,5 segundos. La tarea del niño es responder

únicamente al estímulo significativo, discriminando sonidos o imágenes. Las diferencias entre niños hiperactivos y niños no hiperactivos estriban en el número de respuestas correctas (menor para el grupo de hiperactivos) y el número de respuestas incorrectas (mayor para el grupo de hiperactivos), lo que puede interpretarse como una consecuencia del estilo impulsivo (Douglas³⁷; Orjales y²⁶).

• *Las tareas de vigilancia.* En estas tareas se pide al sujeto que detecte señales poco frecuentes a lo largo de un período que oscila en torno a los treinta minutos. Los estímulos infrecuentes aparecen en el contexto de estímulos que se suceden regularmente. Los resultados encontrados con individuos normales demuestran que la ejecución en las tareas de vigilancia disminuye con el tiempo y mejora con las interrupciones y las presentaciones regulares y consistentes de estímulos.

En los trabajos con niños hiperactivos (Anderson y cols.³⁹; Doyle y cols.⁴⁰) siguieron un procedimiento semejante. Durante treinta minutos se sentaba al niño frente a un panel con luces rojas y verdes; había, además otros estímulos de distracción. La tarea del niño consistía en presionar un botón cada vez que apareciera una combinación específica de luces rojas y verdes. Como variables dependientes se midieron el número de respuestas correctas y el número de falsas alarmas. En comparación con el grupo de niños normales, se encontró que los niños hiperactivos cometían más errores y más falsas alarmas. Según Doyle y cols.⁴⁰, parece ser que esto se debe a que los niños hiperactivos prestan más atención a estímulos visuales extraños, son más impulsivos y tienen más dificultad para mantener la atención.

El nivel de actividad motora

Este evento ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Así, de ser visto como un déficit caracterizado por un exceso de actividad motora crónica e inadecuada, se pasó a considerarlo como un déficit en el que el síntoma patognomónico por antonomasia era un nivel de actividad cualitativamente diferente. El hecho de relegar el exceso de actividad motora a un segundo plano declinó los estudios empíricos al respecto. El hecho de haberlo incluido nuevamente como un elemento esencial y nuclear de este trastorno nos hace reconsiderarlo otra vez.

La medida más utilizada es el *registro de actividad*, que es similar a un «podómetro», que se sitúa a la espalda del niño. Este procedimiento ha sido utilizado para diferenciar entre el grado de hiperactividad recogido por el profesor en el grupo de niños hiperactivos y en el grupo de niños no hiperactivos (Morris y Collier¹⁴). Pero no parece ser una medida fiable y no ha mostrado ser sensible al tratamiento farmacológico.

El *actómetro* es un reloj de pulsera modificado, que mide el movimiento. Este instrumento ha sido utiliza-

do en varios estudios que evalúan la eficacia relativa al tratamiento farmacológico para reducir el nivel de actividad en el grupo de niños hiperactivos.

Finalmente, el *cojín estabilímetro* es una almohadilla-asiento que contiene una aguja para medir el movimiento del niño, mientras está sentado en una silla. Este instrumento diferencia entre niños hiperactivos y no hiperactivos (Sykes y cols.)⁴¹ y ha mostrado ser sensible a las modificaciones que se producen como consecuencia del tratamiento farmacológico (Sprague y cols.)⁴². Según parece, es la medida más fiable de las tres.

EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

La evaluación conductual, más que ofrecer en sí un repertorio de técnicas y procedimientos, se fundamenta en el uso de diferentes estrategias que tienen como fin el análisis sistemático y preciso de un determinado comportamiento con vistas a intervenir sobre él y, por tanto, modificarlo (Mash y Terdal)⁸.

Entre las técnicas propuestas se encuentran la entrevista clínica, las escalas de conducta y los códigos de observación.

La entrevista clínica

El instrumento más utilizado en la evaluación diagnóstica de la hiperactividad infantil es, sin lugar a dudas, la entrevista clínica. Con este instrumento se inicia la recogida de datos, que es imprescindible para el posterior juicio diagnóstico. Aunque con frecuencia se ha criticado su vulnerabilidad y, por tanto, su escasa fiabilidad ante la «orientación psicológica» del evaluador, su utilidad se justifica, sin embargo, por diversos motivos; cfr. Kratochwill³; Morris y Kratochwill⁴³) entre otros, los siguientes:

1. Porque es un instrumento que rompe con la inflexibilidad de las escalas en las distintas opciones de respuestas, añadiendo los «pero» y las «comas» necesarias.

2. Esto permite adentrarse, además, en el análisis de aquellas conductas o problemas de más interés para el evaluador y/o los padres.

3. La entrevista clínica facilita la evaluación cualitativa de la interacción familiar, así como las relaciones entre los profesionales, los padres y el niño, propiciando el clima adecuado para la necesaria colaboración de los padres en cualquier intento de mejora del niño.

4. Finalmente, la entrevista clínica permite detectar aquellos problemas concretos, no estandarizados, que perturban el clima familiar agravando el cuadro, y que no son detectables por la evaluación escalar.

Atendiendo al *planteamiento de las preguntas* y a las diversas *opciones de respuesta*, las entrevistas pueden ser *estructuradas*, cuando las preguntas están ya

establecidas y las respuestas son categorizables; *semiestructuradas*, cuando existe cierta flexibilidad en la forma de plantear las cuestiones y respuestas; y *no estructuradas*, es decir, sin ningún tipo de categorización previa.

Cada tipo de entrevista comporta ventajas e inconvenientes. En la *entrevista no estructurada*, se cuenta con la *ventaja* de poder profundizar en aquellos temas o cuestiones de mayor interés. Sin embargo, el principal *inconveniente* que tienen estriba en que con este tipo de formato no estructurado, con frecuencia se pierde mucha información valiosa.

Por otra parte, estas entrevistas cuentan con escasa fiabilidad y validez. Hay y cols.⁴⁴, a la luz de los factores más estrechamente implicados en la fiabilidad de cualquier entrevista, como son el tipo de pregunta (flexible o rígida) y la codificación de la respuesta (inmediata o remota) y la consistencia en las respuestas dadas por el cliente. Ante estos criterios, es evidente que las entrevistas no estructuradas cuentan con graves problemas para demostrar su fiabilidad y validez.

Estos mismos problemas –aunque en menor grado– surgen en las entrevistas semiestructuradas. No ocurre así en las entrevistas estructuradas, en las que al contar con una categorización previa –tanto de las preguntas a formular como de las distintas opciones de respuesta posibles–, se consigue una evaluación cuantitativa, mejorando con ello la calidad psicométrica de la entrevista. Esta es la razón que, en última instancia, justifica la preferencia por este tipo de entrevistas en la evaluación del déficit de atención con hiperactividad, en el contexto de los modelos de evaluación conductual.

Pese a esta preferencia, la actual literatura científica apenas si nos describe «entrevistas estructuradas» con el suficiente detalle como para ser utilizadas con propósitos de investigación o meramente clínicos (Morris y Kratochwill)⁴³.

Otra de las cuestiones polémicas en este tipo de instrumentos es el *área de contenidos* que debiera abarcar cualquier entrevista. En realidad, esta delimitación depende del modelo teórico que para su elaboración se siga. En general, y dentro del modelo conductual, las entrevistas se han centrado en aquellos aspectos relacionados con el individuo, su ambiente y la interacción entre ambos. Hay que hacer notar, sin embargo, el hincapié que se ha hecho desde esta orientación a los antecedentes y consecuentes, previos y posteriores, respectivamente, a la conducta-problema, objeto de evaluación.

Entre las entrevistas para evaluar el déficit de atención con hiperactividad destacan las que siguen:

1. *Evaluación estructurada infantil* («The Child Assessment Schedule», C.A.S.; Hodges, Kline, Fitch, McKnew y Cytryn)⁴⁵.

2. *Entrevista para padres* («Parental Interview Format»; adaptada por Barkley)⁴⁶.

3. *Evaluación de los síntomas infantiles por medio de los padres* («Parental Account of Childhood Symptoms»; Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg⁴⁷, Institute of Psychiatry, London).

Las escalas de apreciación

Las escalas de apreciación o listas preestablecidas de ítems correspondientes a la «hiperactividad infantil» gozan de gran estimación en nuestros días. En ellas, padres, profesores, compañeros o incluso el mismo niño anotan la ausencia o presencia –y, en este caso, el grado de severidad con que se manifiestan– de conductas específicas que conforman este cuadro infantil.

Estas escalas se han desarrollado fundamentalmente en Estados Unidos, gracias a los trabajos pioneros de Wittenborn, Loo, McNair, Klett y Lasky, Overall y Gorham; Polaino-Lorente⁴⁸. Su objetivo fundamental es la clasificación descriptiva del niño de acuerdo con la sintomatología conductual manifiesta y su grado de severidad.

Para la «hiperactividad infantil» su uso ha sido acogido con gran entusiasmo, ya que su definición se realiza en base a una «desviación cuantitativa» en relación con su grupo de compañeros. Esto es, el niño hiperactivo manifiesta pautas de conducta no ajenas a otros niños sin este déficit, aunque más bien por su frecuencia e intensidad, así como por su inadecuación al contexto donde se encuentra, estas pautas son incorrectas (como, por ejemplo, «levantarse con frecuencia de la silla, mientras ve un programa de televisión infantil»).

Entre las *ventajas* de este instrumento cabe destacar la rapidez en su aplicación, así como los bajos costes de los recursos materiales y personales, su simplicidad y el no requerir experiencia en su administración o corrección. Además, facilita la evaluación individual de cada niño, dando paso al establecimiento de pautas correctivas, según su sintomatología específica.

Entre sus *inconvenientes*, sin embargo, se encuentran: a) la subjetividad del que informa, es decir, que la objetividad de la medida se ve interferida por variables motivacionales y de personalidad, así como por la mayor o menor tolerancia del evaluador a la conducta hiperactiva (Ross y Ross⁴⁶; Polaino-Lorente⁴⁷); b) la calidad psicométrica de la escala, ya que son pocas las que reúnen los criterios de fiabilidad y validez que permiten considerarlas como un instrumento fiable y válido para el juicio diagnóstico, y c) la contaminación entre los ítems, que al no ser independientes unos de otros surgen problemas a la hora de evaluar los cambios producidos por la intervención terapéutica.

Hasta la fecha, son varias las escalas apreciativas de la conducta del niño con hiperactividad; sin embargo, se observan notables *diferencias* entre ellas, en función del concepto de hiperactividad que subyace en la

escala, la fuente informadora empleada, la edad de aplicación, el contexto a evaluar, la codificación de las respuestas, la calidad psicométrica y el propósito que guía la escala.

En relación con el mismo concepto de «déficit de atención con hiperactividad», algunos se limitan a estudiar las conductas anormales en el ámbito motor (una conducta incontrolada y sin finalidad), mientras que otros ponen el acento en los déficit de atención para discriminar los estímulos que son relevantes de los irrelevantes, la sensibilidad a los estímulos distractores y la incapacidad para mantener la atención en intervalos de tiempo más o menos largos. Finalmente, un tercer sector considera este problema de forma más amplia, añadiendo conductas referidas a la ansiedad, la labilidad emocional, el temperamento explosivo y la agresividad (Edelbrock y Rancurello)⁴⁹.

Como consecuencia de esta multiplicidad de orientaciones teóricas acerca del déficit de atención con hiperactividad, cada escala incluye factores referentes a distintos ámbitos psicopatológicos.

Tampoco las fuentes de información —padres, profesores y/o compañeros— son unívocas para todas las escalas. Así, mientras que en las escalas de Conners, padres y profesores responden en versiones diferentes, en la escala de Glow, por ejemplo, sólo se tiene en cuenta el criterio de los compañeros, frente a otras que son exclusivas bien para los padres, bien para los profesores. Este punto es importante, ya que la información que nos proporcionan las distintas fuentes no tienen el mismo grado de fiabilidad pues, como se ha demostrado, lo cierto es que entre padres y profesores el criterio más fiable en este punto es el de los profesores (Vega⁵⁰; Conners y Wells⁵¹; Avila y Polaino⁵²) y entre profesores y compañeros, el de los compañeros (Glow y Glow⁵³; Avila⁵²).

Estrecha relación guarda con la fuente informadora el contexto en el que se evalúa la conducta hiperactiva: en el colegio y/o en el hogar. Esta anotación es importante, puesto que este trastorno puede manifestarse sólo en una sola de esas dos situaciones, de acuerdo a como se señala en la última revisión del DSM-III.

Otro punto de divergencia entre las distintas escalas lo constituye la tabulación de las respuestas, en donde no siempre nos encontramos con las mismas categorías. Así, a título ilustrativo, cabe citar las diferencias entre las escalas de Conners y la de Quay-Petterson. Para las primeras, los criterios de clasificación son «nada/ poco/ bastante/ mucho»; para la de Quay-Petterson, «0-1-2».

En relación con la edad de aplicación, si las escalas de Conners admiten baremos desde los tres a los quince años, la de Quay-Petterson, por citar un ejemplo, sólo es aplicable en edades de ocho a doce años.

La calidad psicométrica de las escalas para el déficit de atención con hiperactividad apenas si es mencionada. Por calidad psicométrica se entiende aquí la con-

sistencia de los resultados de una determinada escala en las medidas obtenidas independientemente, es decir, la fiabilidad en el tiempo y entre jueces. Asimismo, se habla de calidad psicométrica toda vez que la escala mida la conducta o conductas que dice medir, es decir, siempre que sus medidas sean válidas.

Resta decir que el valor de una escala dependerá en gran medida de estos dos aspectos: su fiabilidad y validez, ya que son, en última instancia, los que van a hacer posible la objetivación y normatividad de los criterios necesarios para decidir si un niño tiene un déficit de atención con hiperactividad o no lo tiene. En realidad, son pocas las escalas que cuentan con un suficiente volumen de investigación, como para considerarlas instrumentos de medida fiables y válidos.

Finalmente, también difieren en los propósitos de la evaluación, variando desde un objetivo meramente diagnóstico a la evaluación de seguimiento y, por tanto, de la intervención farmacológica y/o psicopedagógica.

Pese a estas diferencias y a la dificultad que ello conlleva, lo cierto es que su uso favorece la intervención terapéutica, haciendo posible el estudio individual y permitiendo conocer mejor el perfil de cada niño hiperactivo en particular. Además, posibilitan el establecimiento de una evaluación inicial y del seguimiento, valorando la eficacia de cualquier intervención.

A nivel científico, las escalas permiten recabar datos para delimitar la línea base sobre la que se asienta la conducta que hoy denominamos como hiperactiva. Las escalas más utilizadas en la evaluación de la hiperactividad infantil son las que siguen:

- *Las escalas de Conners para padres y profesores.* («Parent Rating Scale» y «Teacher Rating Scale»; Conners)⁵⁴ (tabla 1).
- *Escala de actividad de Werry-Weiss y Peters.* («Scale Activity»; Werry, Weiss y Peters)⁵⁵.
- *Índice de hiperkinesia de David.* («Davids Hyperkinesis Index»; David)⁵⁶.
- *Escala de hiperactividad.* («Spring's Hyperactivity Rating Scale»; Spring y cols.)⁵⁷.
- *Informe del temperamento y la conducta.* («The Behavior and Temperament Survey», B.T.S.; Sandoval, Lambert y Sassone)⁵⁸.
- *Escala para compañeros y para sí mismo.* («Peer Rating Scale»; Glow y Glow)⁵³.
- *Perfil de evaluación escolar de Illinois.* («The Illinois Classroom Assessment Profile», I.C.A.P.; Porges, Ullman, Drasgow, Sleator y Sprague)⁵⁹.
- *Cuestionario de problemas de conducta en la edad preescolar.* («Preschool Behavior Questionnaire», P.B.Q.; Behar y Stringfield)⁶⁰.
- *Escala de conducta de Ozawa.* («Ozawa's Behavior Rating Scale»; Ozawa y Michael)⁶¹.
- *Cuestionario de situaciones escolares y familiares.* («Home and School Situations Questionnaires»; Barkley)⁴⁶.

• *Escala de conducta*. («Rating Scales»; Zukow, Zukow y Bentler)⁶².

• *Cuestionario comportamental para Preescolares*. (C.C.P.; Miranda y Santamaria)⁶³.

• *Inventario revisado de problemas de conducta*. («The Revised Behavior Problem Checklist»; R.B.P.C.; Quay)⁶⁴.

• *Inventario de conducta infantil*. («Child Behavior Checklist»; Achenbach y Edelbrock)⁶⁵.

• *Inventario de personalidad para niños*. («Personality Inventory for Children», P.I.C.; Wirt, Lachar, Klinedinst y Seat)⁶⁶.

Tabla I
Índice de hiperactividad para padres y profesores (Conners)

Es inquieto, no para de moverse	Nada	Poco	bastante	Mucho
Es excitable, impulsivo	Nada	Poco	bastante	Mucho
Molesta a los otros niños	Nada	Poco	bastante	Mucho
Tiene dificultad para acabar lo que ha comenzado y le cuesta centrar la atención	Nada	Poco	bastante	Mucho
Se pone nervioso con facilidad	Nada	Poco	bastante	Mucho
Se distrae con facilidad	Nada	Poco	bastante	Mucho
Deben satisfacerse sus demandas de inmediato, abandona fácilmente	Nada	Poco	bastante	Mucho
Grita con frecuencia	Nada	Poco	bastante	Mucho
Tiene cambios de humor rápidos y frecuentes	Nada	Poco	bastante	Mucho
Tiene estallidos de cólera y su conducta es explosiva e imprevisible	Nada	Poco	bastante	Mucho

Los códigos de observación

Quizá por el desencanto de aquellos que pusieron toda su confianza en las escalas apreciativas, o acaso por el deseo de atenerse al dato concreto, lo cierto es que a partir de la década de los setenta cobran especial relevancia los códigos de observación para la evaluación del niño hiperactivo.

Estos códigos se han ido empleando como un instrumento diagnóstico para la evaluación de los determinantes ambientales que inciden de forma directa sobre la hiperactividad. Asimismo, tienen un papel importante en la evaluación de la eficacia terapéutica sea farmacológica, sea cognitivo-comportamental. En algunas ocasiones se ha utilizado como una medida más de los análisis multivariados en el área de la hiperactividad, o en los estudios prospectivos del niño hiperactivo.

Su uso se justifica por varias razones. En primer lugar, porque los códigos de observación favorecen el apresamiento de aquellas conductas manifiestas, más directamente implicadas en la hiperactividad. En segundo lugar, porque facilitan la intervención terapéutica y la evaluación de su eficacia, al ser categorías de

conducta operativamente definidas. Y, en tercer y último lugar, porque se puede obtener una alta fiabilidad entre jueces, reduciendo los sesgos inherentes a los mismos (el efecto «halo», la mayor o menor tolerancia a la hiperactividad, etc.).

Frente a estas ventajas, este instrumento de medida no está, sin embargo, exento de limitaciones. Además de los inconvenientes frecuentemente citados —los altos costes materiales, económicos y humanos—, que en cualquier caso no son causas que impidan su uso aunque sí lo dificulten, lo cierto es que cuenta con algunas limitaciones como, por ejemplo, el hecho de realizar estas observaciones en una situación, ambiente y momento específicos que pueden dar lugar a no recoger la información más representativa de la conducta habitual del niño. El mayor inconveniente estriba en el área de la hiperactividad, en que su reciente empleo ha dado lugar a una gran variedad de códigos, que en su mayoría carecen de la necesaria réplica experimental que nos permita establecer su fiabilidad y validez como instrumento de medida.

En relación con la hiperactividad, los códigos de observación son escasos aunque prometedores. Los más conocidos son los siguientes:

• *Código de observación en el aula*. («Classroom Observation Code»; Abikoff y Gittelman)⁶⁷.

• *Evaluación de las habilidades sociales*. («The Social Skills Test for Children»; S.S.T.-C.; Williamson y Moody)⁶⁸.

• *Interacción madre-hijo*. («Mother-Child Interaction during Play»; Campbell)⁶⁹.

Para valorar los datos, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en el índice de hiperactividad de la escala.

En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior.

En la escala de profesores, una puntuación de 17 para los niños y de 13 para las niñas hace sospechar la existencia de una posible hiperactividad.

BIBLIOGRAFIA

1. Ciminero AR y Drabman D: *Handbook of behavioral assessment*, New York, Wiley, 1977.
2. Evans IM y Nelson A: Assessment of child behavior problem. En Ciminero AR, Calhoun KS y Adams HE (eds.). *Handbook of behavioral assessment*, New York, Wiley, 1977.
3. Kratochwill TR: Advances in behavioral assessment. En Reynolds CR y Gutkin TB (eds.). *Handbook of school psychology*, New York, Wiley, 1982.
4. Nelson RO: Behavioral assessment: past, present and future. *Behavioral Assessment* 1983, 5:195-206.
5. Chorot P: Perspectivas actuales y futuras de la evaluación psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1984, 39, (2):281-305.
6. Fernández Ballesteros R: *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid, Pirámide, 1981.

7. Kratochwill TR: 1987, citado en Wirt R y cols.: *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
8. Mash EJ y Terdal LG: *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York, Guildford Press, 1981.
9. Berler ES y Romanczyk RG: Assessment of the Learning Disabled and Hyperactive Child: An Analysis and critique. *Journal of Learning Disabilities* 1980, 13 (9):10-12.
10. Rosenberg RP y Beck S: Preferred Assessment Methods and Treatment Modalities for Hyperactive Children Among Clinical Child and School Psychologists. *Journal of Clinical Child Psychology* 1986, 15 (2):142-147.
11. Milich R y Loney J: The factor composition of the WISC for hyperkinetic/MBD males. *Journal of Learning Disabilities* 1979, 12:491-495.
12. Witkin HA y cols.: *Psychological differentiation*. New York, Wiley, 1962.
13. Kaufman AS: *Intelligent testing with the WISC-R*. New York, Wiley, 1979.
14. Morris RJ y Collier SJ: Assessment of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity. En Feome Ch y Matson JL (eds.). *Handbook of assessment in childhood psychopathology*. New York, Plenum, 1987.
15. Zelniker T y Jeffery W: Reflective and impulsive children: Strategies of information processing underlying differences in problem solving, *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1976, 41 (5):1-59.
16. Ross DM y Ross SA: *Hyperactivity: Research, theory and action*. (2.ª ed.), New York, Wiley, 1982.
17. Polaino-Lorente A: Modificación de Conducta en Hiperactividad Infantil. *Revista Española de Pedagogía* 1984, 164-165:233-255.
18. Polaino-Lorente A: Utilidad de las terapias conductual-cognitivas y de otros procedimientos de intervención psicopedagógica en el tratamiento de la Hiperactividad Infantil. *Neuropsychologie Infantile* 1987, 165-184.
19. Kagan J: Reflection-impulsivity and reading ability in primary grade children. *Child Development* 1965, 36 (5):609-628.
20. Ault RL, Mitchell C y Hartmann DD: Some methodological problems in reflection-impulsivity research. *Child Development* 1976, 47:227-231.
21. Cairns E y Cammock T: Development of a More Reliable Version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology* 1978, 14 (5):555-560.
22. Campbell SB, Douglas VI y Morgenstein G: Cognitive Styles in Hyperactive Children and the Effect of Methylphenidate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1971, 12:55-67.
23. Cohen N, Weiss J y Minde K: Cognitive styles in adolescents previously diagnosed as hyperactive. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1972, 13:203-210.
24. Rapoport JL y cols.: Minor physical anomalies and plasma dopamine-beta-hydroxylase activity in hyperactive boys. *American Journal of Psychiatry* 1974, 131:386-389.
25. Scheifer J y cols.: 1975, citado en Ross DM y ROSS SA. *Hyperactivity: Research, theory and action*. New York, Wiley, 1976.
26. Orjales I: *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1991.
27. Witkin HA: The perception of the upright. *Scientific American* 1959, 200:50-56.
28. Karp SA y Konstadt N: *Manual for the Children's Embedded Figures Test*. New York, Cognitive Tests, 1963.
29. Santostefano S y Paley E: Development of cognitive controls in children. *Child Development* 1964, 35:939-949.
30. Martin RG: Temperament: A review of research with implications for the school psychologist. *School Psychology Review*, 1983, 12:266-273.
31. Lambert NM y Windmiller M: An exploratory study of temperament traits in a population of children at risk. *Journal of Special Education* 1977, 11:37-47.
32. Zach L y Kaufman J: 1972, citado en Koppitz EM. *El test gúestáltico de Bender*. Barcelona, Oikos-tau, 1981.
33. Bender L: Use of the Visual Motor Gestalt Test in the diagnosis of learning disabilities. *Journal of Special Education* 1970 (4):29-39.
34. Adams J, Hayden B y Canter A: The relationship between the Canter Background Interference Procedure and the hyperkinetic behavior syndrome. *Journal of Learning Disabilities* 1974, 7:110-115.
35. Sandoval J: The measurement of the hyperactive syndrome in children. *Review of Educational Research* 1977, 47:293.
36. Tolor A y Brannigan GG: *Research and clinical applications of the Bender-Gestalt Test*. Springfield, IL Charles C. Thomas, 1980.
37. Douglas VI: Stoop, Look and Listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1972, 4:159-282.
38. Sykes DH, Douglas VI y Morgenstern G: Sustained attention in hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1973, 14:213-220.
39. Anderson A y cols.: citado en Wirt R y cols.: *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
40. Doyle M y cols.: 1976, citado en Wirt, R y cols.: *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
41. Sykes DH y cols.: Attention in hyperactive children and the effect of methylphenidate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1971, 12:129-139.
42. Sprague RL, Barnes K y Werry J: Methylphenidate and Thioridazine: Learning, reaction time, activity, and classroom behavior in disturbed children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1977, 40:615-628.
43. Morris RJ y Kratochwill TR: 1983: Assessment of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity. En Feome Ch y Matson JL. *Handbook of assessment in childhood psychopathology*. New York, Plenum, 1987.
44. Hay WH y cols.: The reliability of problem identification in the behavioral interview. *Behavioral Assessment* 1979, 1:107-118.
45. Hodges y cols.: 1981, citado en Abikoff H y Gittelman R: Classroom Observation Code: A Modification of the Stony Brook Code. *Psychopharmacology Bulletin* 1985, 21 (4):901-909.
46. Barkley RA: *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, Guilford, 1981.
47. Taylor EA: Childhood Hyperactivity. *British Journal of Psychiatry* 1986, 149:562-573.
48. Polaino-Lorente A: *Psicología Patológica*. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, V.I y II, 1983.
49. Edelbrock C y Rancurello MD: Childhood hyperactivity: an overview of rating scales and their applications. *Clinical Psychology Review* 1985, 5:429-445.
50. Vega JL: *Desarrollo de la Atención y Trastorno por Déficit de Atención*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1988.
51. Conners CK y Wells KC: Pharmacotherapy. En Quay HC y Werry JS (eds.). *Psychopathological disorders of childhood*. New York, Wiley, 1979.
52. Avila C: *Evaluación de la hiperactividad infantil a través de procedimientos clínicos, escalares y observacionales en una población escolar de 2º a 4º de EGB*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1990.
53. Glow RA y Glow PH: Peer and Self-Rating: Children's Perception of Behavior Relevant to Hyperkinetic Impulse Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1980, 8 (4):471-490.
54. Conners CK: *Psychopharmacology Bulletin: Special issue on pharmacotherapy of children*. Washington, DC: NIMH, Government Printing Office, 1973.

55. Werry JS y cols.: Studies on the hyperactive child, IV. An empirical analysis of the minimal brain dysfunction syndrome. *Archives of General Psychiatry* 1968, 19:9-16.
56. Davids A: An objetive instrument for assessing hyperkinesis in children. *Journal of Learning Disabilities* 1971, 4:499-501.
57. Spring y cols.: 1977, citado en Miranda A y Santamaria M: *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia, Promolibro, 1986.
58. Sandoval J, Lambert NM y Sassone DM: The identification and labeling of hyperactivity in children: An interactive model. En Whalen CK y Henker B (eds.). *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*. New York, Academic Press, 1980.
59. Porges SW y cols.: The influences of methylphenidate on heart rate behavioral measures of attention in hyperactive children. *Child Develop* 1975, 46:727-733.
60. Behar L y Springfield S: A behavior Rating Scale for the Preschool Child. *Developmental Psychology* 1977, 10 (5):601-610.
61. Ozawa JP y Michael WB: The concurrent validity of a behavioral rating scale for assessing Attention Deficit Disorder DSM III. In learning disabled children. *Educational and Psychological Measurement* 1983, 43:623-632.
62. Zukow, Zukow y Bentler: 1978, citado en Ross DM y Ross SA: *Hyperactivity: Research, theory and action*. New York, Wiley, 1982.
63. Miranda A y Santamaría M: *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia, Promolibro, 1986.
64. Quay HC: A dimensional approach to behavior disorder: the revised behavior problem checklist. *School Psychology Review* 1983, 12 (3):244-249.
65. Achenbach TM y Edelbrock CS: *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington VT, University Associates in Psychiatry, 1983.
66. Wirt R y cols.: *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
67. Abikoff H, Gittelman R y Klein DF: Classroom Observation Code for Hyperactive Children: A Replication of Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980, 48 (5):555-565.
68. Williamson y Moody: The social Skills Test for Children. En Avila C. *Evaluación de la hiperactividad infantil a través de procedimientos clínicos escalares y observacionales en una población escolar de 2.º a 4.º de EGB*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1990.
69. Campbell, SB y cols.: Parent-Identified Problem Preschoolers: Mother-Child Interaction During Play at Intake and 1-Year Follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1986, 14 (3):425-440.