



- ◆ 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)

La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico

M.^a C. Avila de Encío (1), A. Polaino (2).

(1) Licenciada en CC. de la Educación. Universidad Complutense de Madrid. (2) Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

El tema de la hiperactividad infantil continúa siendo un tema nuevo si consideramos que su estudio, iniciado hace ya más de cuarenta años por profesionales de muy distantes disciplinas (Polaino, 1984; Schachar, 1986; Whalen, 1986) se sitúa, todavía hoy, en un ámbito de incertidumbre e imprecisión. De aquí que la intervención, tanto en el ámbito pediátrico como en el ámbito escolar, fundada sólo en «meros supuestos», resulte la mayoría de las veces ineficaz.

Una simple ojeada a la literatura actual sobre el tema (Ehrhardt, 1985; Carlson, 1986; Connors & Wells, 1986) pone de relieve que la mayoría de los autores coinciden en describir a estos niños como niños impulsivos e hiperexcitables, que frecuentemente manifiestan serios problemas atencionales así como de incoordinación visomotora. Casi siempre presentan también dificultades en el aprendizaje escolar, especialmente torpeza para escribir o dibujar, sumar, restar, multiplicar o dividir; su lectura es muy pobre y difícilmente retienen la información adecuada para su edad y nivel, a pesar de la intensa ejercitación a que se les somete. Otros síntomas asociados, no menos importantes, han sido descritos como su baja autoestima, su escasa tolerancia a la frustración, dificultades en la relación con sus iguales y conductas agresivas tanto con los adultos como con otros niños, bien directa o indirectamente, o mediante desafíos, insultos o incluso amenazas.

Los estudios de seguimiento realizados en estos niños hiperactivos ponen de relieve que cuando son adultos continúan teniendo dificultades en las relaciones interpersonales, por lo que fácilmente son considerados como «anti-sociales» (Minde et al., 1979); su rendimiento laboral es más bajo que el de sus compañeros (Weiss et al., 1975); cambian con una frecuencia mayor de trabajo (Borland, 1976); sufren más accidentes de tráfico y, algunos de ellos, han sido penalizados por realizar actos delictivos (Hussey & Meyster, 1977).

Aunque la incidencia de la hiperactividad varía mucho de un país a otro, una estimación moderada la sitúa en el 3% de los niños, que en edad escolar, menores de diez años, sufren este problema (Apa, 1980) en la población americana, siendo la tasa de incidencia más frecuente en los niños que en las niñas (10/1; Apa, 1980).

A pesar de estos datos o precisamente por la confusión existente, gran parte de la actual investigación del problema se centra en la evaluación de la hiperactividad infantil. Su vigencia se justifica, porque aunque la mayoría de los investigadores son coincidentes al señalar el tipo de conductas que deben darse en un niño para que sea considerado como hiperactivo, no obstante, persisten las discusiones acerca de los criterios que deben satisfacer tales comportamientos (intensidad, duración frecuencia, variables contextuales, etc.), para que pueda hablarse con rigor de hiperactividad. Es decir, *no contamos todavía con una línea-base comportamental criterial* bien establecida que, operacionalmente, sea útil para la evaluación de estos niños. Por otra parte, los diferentes instrumentos empleados para la evaluación de la hiperactividad infantil están faltos de la necesaria *validez y fiabilidad*, como han confirmado las investigaciones de numerosos autores (Sandoval, 1977; Kratwhol, 1977, Ross & Ross, 1976; Gardner, 1977; Stephens, 1978; Berler & Ramonczyk, 1980).

De otro lado, puesto que la *información* necesaria para proceder a la evaluación ha de basarse en los datos aportados por padres y profesionales, estos datos corren el *peligro* «...de estar sesgados por la mayor o menor tolerancia personal que los diferentes observadores tengan a la hiperactividad infantil» (Polaino, 1984).

Es pues, imprescindible que el estudio de la hiperactividad en el ámbito de la pediatría —que es donde inicialmente acuden estos niños para solucionar su problema—, se centre en el desarrollo de pruebas mejor definidas y más objetivas, cuyas medidas sean fiables y válidas, de manera que nos permitan establecer criterios claros y precisos para la evaluación de la hiperactividad infantil. Sin el concurso de estas pruebas difícilmente puede establecerse el diagnóstico de hiperactividad y, lo que es todavía más importante, tampoco se podrá evaluar la eficacia terapéutica y/o modificadora que generan las distintas estrategias de intervención y/o el empleo de psicofármacos (tema en el que incide otro artículo en esta misma publicación).

En las líneas que siguen nos proponemos examinar minuciosamente las cuatro escalas de Connors, instrumento que es sin duda alguna el más utilizado a este respecto. Hemos optado por estas escalas, no sólo por ser las mejor conocidas, sino también por ser las más citadas en la bibliografía disponibles y, sobre todo, porque han demostrado aportar un criterio válido para medir la eficacia farmacológica en el cambio comportamental de los niños hiperactivos en el contexto pediátrico donde más se han empleado.

Las escalas de Connors

Las escalas de Connors nacieron en 1969, inspiradas en los criterios diagnósticos de hiperactividad infantil establecidos por el *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-II)*, con la pretensión de constituirse en un instrumento útil para la evaluación y seguimiento de los niños hiperactivos, tanto en la clínica como en el

ámbito familiar y pedagógico. Múltiples trabajos, desde entonces hasta hoy, se han dirigido a demostrar la fiabilidad y validez de este instrumento, integrando en la actualidad la batería estandarizada del Instituto Nacional de Salud Mental.

Pese a que este instrumento ha sido aceptado con gran entusiasmo, la variedad de poblaciones y procedimientos estadísticos utilizados en las distintas in-

vestigaciones hace difícil establecer una conclusión rigurosa acerca de su fiabilidad y validez. Por otra parte, el cambio operado en los criterios diagnósticos formulados en la última edición del DSM-III (APA, 1980) sobre la hiperactividad infantil, hace que emerja la duda acerca de la viabilidad del ya citado instrumento para la identificación de los niños hiperactivos en el ámbito pediátrico.

APENDICE I
ESCALA PARA PADRES DE CONNERS (PRS)

N P B M

- | | N | P | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Es escrupuloso para comer | | | | |
| 2. No come demasiado | | | | |
| 3. Exceso de peso | | | | |
| 4. Inquietud | | | | |
| 5. Pesadillas | | | | |
| 6. Se despierta frecuentemente por la noche | | | | |
| 7. Tiene dificultades para dormirse | | | | |
| 8. Es miedoso ante las situaciones nuevas | | | | |
| 9. Tiene miedo de la gente | | | | |
| 10. Tiene miedo de estar solo | | | | |
| 11. Le preocupa la enfermedad y la muerte | | | | |
| 12. Realiza movimientos rígidos | | | | |
| 13. Tiene espasmos musculares | | | | |
| 14. Con frecuencia le dan temblores | | | | |
| 15. Tartamudez | | | | |
| 16. Tiene dificultades para entender lo que se le dice | | | | |
| 17. Enuresis | | | | |
| 18. Constantemente necesita ir al cuarto de baño | | | | |
| 19. No controla la defecación | | | | |
| 20. Tendencia al estreñimiento | | | | |
| 21. Tiene dolores de cabeza | | | | |
| 22. Tiene dolores de estómago | | | | |
| 23. Tiene vómitos | | | | |
| 24. Tiene dolores en general | | | | |
| 25. Tiene diarreas | | | | |
| 26. Se chupa el dedo | | | | |
| 27. Se muerde las uñas | | | | |
| 28. Muerde las mantas, ropa u otros objetos | | | | |
| 29. Se muerde el pelo | | | | |
| 30. Comportamiento inmaduro en relación con su edad | | | | |
| 31. Lloro fácilmente | | | | |
| 32. Busca que se le ayude en la realización de tareas que puede hacer solo | | | | |
| 33. Dependencia de sus padres y adultos en general | | | | |
| 34. Lenguaje inmaduro en relación con su edad | | | | |
| 35. Se enfada consigo mismo | | | | |
| 36. Se deja llevar fácilmente por otros niños | | | | |
| 37. Es infeliz | | | | |
| 38. Es resentido | | | | |
| 39. Tiende a dominar, es un «matón» | | | | |
| 40. Fanfarronea con frecuencia | | | | |
| 41. Es irrespetuoso con los adultos | | | | |
| 42. Es tímido con los otros niños | | | | |
| 43. Teme no caer bien a los otros niños | | | | |
| 44. Es muy susceptible, se hiere fácilmente | | | | |
| 45. No tiene amigos | | | | |
| 46. Tendencia a sentirse defraudado por sus hermanos | | | | |
| 47. Es tacaño | | | | |
| 48. Se pelea constantemente con sus hermanos | | | | |

A pesar de estas dificultades trataremos a continuación del perfil técnico de las escalas de Conners, así como de los datos disponibles acerca de su fiabilidad y validez, a fin de poder determinar, con mayor precisión su utilidad en la evaluación de la hiperactividad infantil e informar al pediatra del alcance y eficacia de su empleo.

Perfil técnico de las escalas de Conners

Las escalas de Conners, que surgieron en el campo de la psicología clínica, cuentan con dos versiones (la original y la abreviada), tanto para ser cumplimentada por los padres como por los profesores. Unas y otras contienen 10 ítems que se agrupan constituyendo un «Índice de Hiperactividad», por ser

**APENDICE I (continuación)
ESCALA PARA PADRES DE CONNERS (PRS)**

	N	P	B	M
49. Problemas frecuentes en su relación con otros niños				
50. Tendencia a «mandar», a dirigir a otros niños				
51. Habla mal de otros niños				
52. Es inquieto, exceso de actividad motora				
53. Es impulsivo				
54. No termina las tareas que empieza				
55. Tiene un temperamento explosivo y su conducta no es predecible				
56. Es destructivo con objetos y cosas que le rodean				
57. Tendencia a romper objetos y cosas que maneja				
58. Es resentido				
59. Juega con sus órganos sexuales				
60. Participa en juegos sexuales con otros niños				
61. Es pudoroso				
62. No aprende en el colegio				
63. No le gusta ir al colegio				
64. Tiene miedo al colegio				
65. Es muy fantasioso				
66. Con frecuencia hace «novillos»				
67. No respeta las reglas escolares				
68. No admite los errores cometidos				
69. Culpa a otros niños de sus propios errores				
70. Cuenta historias irreales				
71. Roba a sus padres				
72. Roba en el colegio				
73. Roba en almacenes y otros lugares				
74. Provoca incendios				
75. Tiene problemas con la policía. ¿Por qué?				
76. Es muy perfeccionista en el orden de las cosas				
77. Las cosas deben hacerse siempre de la misma forma				
78. Se pone metas demasiado altas				
79. Se distrae con facilidad, problemas de atención				
80. Es muy nervioso, se pelea con frecuencia				
81. No se le puede dejar solo				
82. Continuamente está dando saltos, trepando, etc.				
83. Se levanta muy temprano				
84. No puede estar sentando mientras come				
85. Se pone nervioso, y se «excita» fácilmente				
86. No es capaz de esperar a sus demandas, éstas deben satisfacerse inmediatamente				
87. Suele llevar los zapatos y la cremallera mal atados y/o desabrochada				
88. Es muy llorón				
89. Realiza actividades repetitivas que no puede controlar				
90. Actúa como si condujera un motor				
91. Cambia bruscamente de humor				
92. No es consciente de lo que ocurre a su alrededor				
93. No puede atarse los zapatos el solo				

N = Nada, P = Poco; B = Bastante; y M = Mucha. Todo ello en relación con la frecuencia con la que se presenta esa conducta.

precisamente los que mejor describen la conducta específica del niño hiperactivo.

La escala de Conners para *padres* contiene 93 ítems, reagrupados en ocho factores, de acuerdo con el estudio realizado por Conners & Blouin (1980; véase apéndice 1).

— Alteraciones de conducta: ítems 30, 32, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 67, 68, 69, 70 y 71.

— Miedo-Ansiedad: ítems 8, 9, 10, 11, 12, 31, 33, 42, 43, 44, 46, 63 y 64.

— Inquietud-Impulsividad: ítems 52, 53, 80, 82, 83, 85, 86 y 90.

— Inmadurez-Problemas de aprendizaje: ítems 30, 45, 60, 62, 63 y 67.

— Problemas psicósomáticos: ítems 5, 6, 21, 22, 23, 24 y 25.

— Obsesión: ítems 76, 77 y 78.

— Conductas antisociales: ítems 68, 71, 72, 73 y 74.

— Inmadurez-Hiperactividad: ítems 1, 4, 12, 13, 14, 18, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 36, 44, 52, 53 y 54.

INDICE DE HIPERACTIVIDAD: ítems 49, 52, 53, 54, 55, 79, 80, 85, 88 y 91.

La escala de Conners para *profesores* es mucho más breve y está compuesta de 39 ítems, repartidos en seis factores (Trites et al., 1980; véase apéndice 2):

— Hiperactividad: ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 17, 24, 29, 32, 35 y 38.

— Alteraciones de conducta: ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 29, 31, 32, 36 y 38.

— Labilidad emocional: ítems 3, 9, 10, 12, 13, 16, 21 y 36.

— Ansiedad-Pasividad: ítems 24, 26, 30, 33, 34 y 37.

— Conducta antisocial: ítems 22, 23, 25, 27 y 28.

— Problemas en el sueño: ítems 8, 11, 22 y 39.

INDICE DE HIPERACTIVIDAD: ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 16 y 21.

De acuerdo con los datos del estudio de Trites et al. (1982), podemos concluir que la mayor parte de la varianza viene explicada por el Factor 1 (*hiperactividad*; 36,6%) que contiene 17 ítems, siendo la correlación media de cada ítem con el factor I de 0,49.

El factor II (*alteraciones de conducta*) explica el 10,5% de la varianza, siendo la correlación media de cada ítem con el factor II de 0,52.

Sólo un 6,1% de la varianza es explicada por el factor III (*labilidad emocional*), cuya correlación media ítem-factor es de 0,45.

El factor IV (*ansiedad-pasividad*) explica un 4,5% de la varianza y la correlación media ítem-factor es de 0,37.

El factor V (*conducta antisocial*) contiene cinco ítems y explica el 3,4% de la varianza, siendo la correlación media entre ítem-factor de 0,49.

Finalmente, los cuatro ítems del factor VI (*problemas de sueño*) explican un 2,8% de la varianza, con una correlación media ítem-factor de 0,27.

Con el tiempo, el propio Conners ha modificado y abreviado estas dos escalas (Conners, 1982) que, a pesar de tener menos ítems, son en lo esencial iguales a las escalas originales. En esta nueva formula-

ción la escala para *padres* ha quedado reducida a 48 ítems con los que se han extraído los cinco factores siguientes (Goyette, Conners & Ulrich, 1978):

— Problemas de conducta: ítems 2, 8, 14, 19, 20, 27, 35 y 39.

— Problemas de aprendizaje: ítems 32, 41, 43 y 44.

— Impulsividad-Hiperactividad: ítems 4, 5, 11 y 13.

— Ansiedad: ítems 12, 16, 24 y 47.

INDICE DE HIPERACTIVIDAD: ítems 4, 7, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37 y 38.

La escala de *profesores* ha quedado reducida a 28 ítems con lo que se han extraído los tres factores siguientes (Goyette et al., 1978):

— problemas de conducta: ítems 4, 5, 6, 10, 11, 12, 23 y 27.

— Hiperactividad: ítems 1, 2, 3, 8, 14, 15 y 16.

— Falta de atención-pasividad: ítems 7, 9, 10, 20, 21, 22, 26 y 28.

INDICE DE HIPERACTIVIDAD: ítems 1, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 21 y 26.

De acuerdo con los datos aportados por Furlong & Fortman (1984), de los tres factores de esta última escala, los dos primeros explican la mayor parte de la varianza (el factor I, explica el 39,9%, mientras que el factor II explica el 29,6% de la varianza total).

Cada ítem describe una conducta característica de los niños hiperactivos, cuyos padres y/o profesores deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se presenten esos comportamientos. Para la calificación de los ítems se proponen cuatro opciones: NADA-POCO-BASTANTE-MUCHO, con una puntuación de 0 a 3, salvo para la escala original de los padres, que la puntuación es de 1 a 4.

Al final se suman las puntuaciones obtenidas en todos los ítems correspondientes a un determinado factor y se dividen por el número de ítems que lo integran, a fin de obtener la puntuación media para ese factor. Estas puntuaciones se transforman a su vez en puntuaciones Z ($\bar{x}=50$; $G=10$). El criterio resultante para la inclusión de un niño en la categoría de hiperactividad —según estas escalas— consiste en obtener una puntuación total igual o mayor a 70, o cuando la puntuación en alguno de los factores se sitúa a dos o más desviaciones de la media.

Según se ha demostrado, el índice de hiperactividad obtenido a través de este instrumento es sensible a la acción de la medicación (Sprague & Sleater, 1973), mejorando tras la administración del medicamento.

Propiedades psicométricas de la escala

Por *calidad psicométrica* entendemos la consistencia de los resultados de una determinada escala en medidas obtenidas independientemente, es decir, se trata de su fiabilidad tanto en el tiempo como entre los diferentes jueces. Asimismo se habla de calidad psicométrica, cuando la escala mide la conducta o conductas que dice medir, esto es que sus medidas sean válidas. El valor de una escala dependerá en gran medida de su fiabilidad y validez, ya que son, en última instancia, las características que nos aseguran la posible objetivación y normatividad de los criterios necesarios para decidir si un niño es hiperactivo o no.

En el caso de las escalas de Conners, aceptadas en el mercado con gran entusiasmo (como lo demuestra la enorme cantidad y variedad de estudios en los que se han utilizado como principal instrumento de medida), se hace difícil el análisis de su calidad psicométrica, dada la ausencia de homogeneidad de las muestras estudiadas.

La fiabilidad entre los distintos jueces parece haber quedado suficientemente demostrada en numerosas investigaciones (Goyette et al., 1978; Glow, 1979; Kazdin et al., 1983; Christie et al., 1984; Schachar et al., 1986), en las que a pesar de que la correlación entre los distintos jueces no ha sido muy alta, sí que fue estadísticamente significativa.

ESCALA ABREVIADA PARA PADRES DE CONNERS (APRS)

N P B M

1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores
3. Tiene dificultades para hacer y mantener amistades
4. Es impulsivo, irritable
5. Quiere controlar, y dirigir en toda situación
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas
7. Es llorón
8. Es desgarbado en su porte externo
9. Está en las nubes, ensimismado
10. Tiene dificultad para aprender
11. Es más movido de lo normal
12. Es miedoso
13. No puede estarse quieto
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)
15. Es mentiroso
16. Es retraído, tímido
17. Causa más problemas que otros de su misma edad
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad
19. Niega sus errores
20. Es discutidor
21. Es huraño
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera
23. Es desobediente, obedece con desgana
24. Le preocupa excesivamente el estar solo o enfermo
25. No acaba las cosas que empieza
26. Es susceptible, se pica fácilmente
27. Tiende a dominar, es un «matón»
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos
29. Es a veces cruel con animales o niños pequeños
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese pequeño
31. Se distrae fácilmente, escasa atención
32. Le da la cabeza frecuentemente
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente
35. Pelea con mucha frecuencia, con cualquier motivo
36. No se lleva bien con sus hermanos
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, escasa atención
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños
39. Habitualmente es un niño triste
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas
41. Se queja de dolores de vientre
42. Tiene trastornos del sueño
43. Tiene otros tipos de dolores
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia
45. Se siente marginado o engañado en su familia
46. Suele ser exagerado, «fardón»
47. Deja que le manipulen o abusen de él
48. No controla bien el pis o tiene problemas de defecación

N = Ninguna frecuencia; P = Poca frecuencia; B = Bastante frecuencia; M = Mucha frecuencia.
(Traducción de Narbona, 1982).

En este sentido, se han estudiado las correlaciones entre las respuestas, independientemente ofrecidas por los padres y las madres en la APRS (Escala Abreviada para Padres de Connors). Los resultados obtenidos van de 0,46 para el factor de «problemas psicósomáticos», a 0,57 para el factor de «problemas de conducta», con una correlación media de 0,51 y de 0,55, respectivamente, para el índice de hiperactividad (Goyette et al., 1978).

El análisis de las puntuaciones emitidas por diferentes profesores (Glow, 1979; Kazdin et al., 1983) muestran correlaciones significativas entre las medidas, tomadas independientemente, variando de 0,66 para el factor II (problemas de conducta) a 0,7 para el factor I (hiperactividad-falta de atención).

Las correlaciones entre padres y profesores, respecto del índice de hiperactividad, aunque son significativas ($r=0,49$), no alcanzan valores tan altos como los anteriores (Goyette et al., 1978).

Estos datos nos sugieren que el sesgo introducido en las escalas, como consecuencia de la mayor o menor tolerancia del juez —padres o profesores— hacia la conducta hiperactiva del niño, no interfiere de forma significativa la apreciación de su conducta, a pesar de que la conducta hiperactiva se perciba de forma diferente, en función del contexto en el que se evalúe.

En cuanto a la consistencia de los resultados, en función de intervalos de tiempo más o menos largo, los estudios llevados a cabo (Connors, 1973; Glow,

APENDICE II ESCALA PARA PROFESORES DE CONNERS (TRS)

N P B M

- | | N | P | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Frecuentemente se pelea con otros niños | | | | |
| 2. Murmulla y hace otros ruidos en clase | | | | |
| 3. Sus demandas deben satisfacerse inmediatamente | | | | |
| 4. Poca coordinación motora | | | | |
| 5. Es inquieto, exceso de actividad motora | | | | |
| 6. Es impulsivo, excitable fácilmente | | | | |
| 7. Se distrae con facilidad, problemas de atención | | | | |
| 8. No termina las tareas que empieza, poca capacidad para concentrarse | | | | |
| 9. Es excesivamente sensible | | | | |
| 10. Su aspecto es el de un niño serio o triste | | | | |
| 11. Tiene mucha fantasía | | | | |
| 12. Es un niño «resentido» | | | | |
| 13. Lloro con frecuencia | | | | |
| 14. Tiene problemas con otros niños | | | | |
| 15. Se enfada y discute con los otros niños fácilmente | | | | |
| 16. Cambia de estado de humor bruscamente | | | | |
| 17. Es «astuto» | | | | |
| 18. Es un niño «destrutivo» | | | | |
| 19. Roba | | | | |
| 20. Es mentiroso | | | | |
| 21. Tiene un temperamento explosivo y su conducta no es predecible | | | | |
| 22. Es un niño aislado del grupo | | | | |
| 23. Es un niño rechazado por el grupo de clase | | | | |
| 24. Se deja llevar fácilmente por otros niños | | | | |
| 25. No tiene sentido del «juego limpio» | | | | |
| 26. Carece de aptitudes para el liderazgo | | | | |
| 27. No sigue la marcha de niños del sexo opuesto | | | | |
| 28. No sigue la marcha de niños del mismo sexo | | | | |
| 29. Molesta o interfiere las actividades de otros niños | | | | |
| 30. Es sumiso y tímido ante los adultos | | | | |
| 31. Es desafiante ante los adultos | | | | |
| 32. Es insolente ante los adultos | | | | |
| 33. Es tímido ante los adultos | | | | |
| 34. Es un niño temeroso ante los adultos | | | | |
| 35. Demanda frecuentemente atención por parte del profesor | | | | |
| 36. Es un niño «testarudo» | | | | |
| 37. Presenta ansiedad por agrandar | | | | |
| 38. No es cooperativo | | | | |
| 39. Tiene problemas de asistencia en el colegio | | | | |

N = Ninguna frecuencia; P = Poca frecuencia; B = Bastante frecuencia; M = Mucha frecuencia.

Glow & Rump, 1982) indican una alta fiabilidad para periodos de breve duración, disminuyendo progresivamente a medida que asciende el intervalo temporal. Así, de acuerdo con los datos aportados por Conners (1985), las correlaciones se distribuyen en un continuo que va de 0,7 a 0,9, cuando el tiempo transcurrido entre las evaluaciones es para la TRS (Escala para Profesores de Conners) de un mes. Sin embargo, cuando el intervalo es de un año, la fiabilidad en la PRS (Escala para Padres de Conners), varía de 0,3 a 0,7, tal y como Glow et al. (1982) han señalado.

Estas conclusiones, no obstante, deben ser confirmadas por futuras investigaciones. Por otra parte, debiera tenerse en cuenta que la hiperactividad, como diversos autores señalan (Safer & Allen, 1973; Velasco Fernández, 1980; Schworm, 1982), evoluciona con el tiempo hacia otras diferentes formas de comportamiento.

En relación con la validez de las escalas de Conners el marco empírico es bastante más complejo que el anterior, pues a la escasez de las investigaciones disponibles se suma la heterogeneidad de las muestras estudiadas y la diversidad de los criterios empleados para el cálculo de los distintos tipos de validez.

Respecto a la validez de contenido, está claro que

las escalas de Conners son buenos instrumentos para la discriminación entre niños con problemas de conducta y niños normales (Conners, 1969; Conners, 1970; Conners, 1973). Sin embargo, todavía no se ha confirmado con certeza la calidad de estas escalas para diferenciar a los niños con problemas de atención con y sin hiperactividad, de acuerdo con la nueva clasificación nosológica propuesta por la APA (DSM-III, 1980). En este sentido, la investigación llevada a cabo en California por Furlong & Fortman (1984), con una muestra de 108 escolares de clases normales y especiales, ha puesto de manifiesto que el factor I (atención-hiperactividad) explica el 39,9% de la varianza, a la vez que su correlación con el resto de los ítems alcanza valores comprendidos entre 0,61 y 0,85. Todo lo cual permite pensar que a pesar de que las escalas miden en buena parte la conducta motora y los déficits de atención de estos niños, los ítems en ellas incluidos no discriminan con suficiente precisión a los niños con déficits de atención que cursan con y sin hiperactividad, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (1980).

La validez empírica ha sido estudiada a través de estudios correlacionales de los resultados obtenidos por estas escalas y otras similares. Así, la correlación hallada entre la TRS y la ATRS (Escala Abreviada

ESCALA ABREVIADA PARA PROFESORES DE CONNERS (ATRS)

	N	P	B	M
1. Tiene excesiva inquietud motora				_____
2. Emite sonidos de calidad y en situación inapropiados				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención				
8. Molesta frecuentemente a otros niños				
9. Está en las nubes, ensimismado				
10. Tiene aspecto enfadado, huracán				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos				
14. Intranquilo, siempre en movimiento				
15. Es impulsivo e irritable				
16. Exige excesivas atenciones del profesor				
17. Es mal aceptado en el grupo				
18. Se deja dirigir por otros niños				
19. No tiene sentido de la regla del «juego limpio»				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo				
21. No termina las tareas que empieza				
22. Su conducta es inmadura para su edad				
23. Niega sus errores o culpa a los demás				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				

N = Ningua frecuencia; P = Poca frecuencia; B = Bastante frecuencia; M = Mucha frecuencia.
(Traducción de Narbona, 1982).

para Profesores de Conners) varía entre 0,90 y 0,94, respectivamente (Goyette et al., 1978; Werry et al., 1975). La relación entre esta escala, la de Quay-Peterson (1971) y la de David (Arnold et al., 1981), confirman de nuevo la alta significación estadística de las correlaciones entre estas tres escalas, para todos los factores.

Finalmente, y en relación con la *validez estructural*, el trabajo anteriormente citado de Arnold et al. (1981) indica que la *consistencia interna* del instrumento ha sido también calculada en otras investigaciones (Glow, 1979; Glow, 1981; Glow et al., 1982), cuyos resultados señalan puntuaciones que varían entre 0,56 y 0,91, para la TRS, y entre 0,63 y 0,85, para la PRS.

La *validez discriminante* de estas escalas entre niños con problemas de conducta, neuróticos e hiperactivos es algo que todavía no ha sido confirmado.

Como podemos ver, pese al abundante empleo que de estas escalas se está haciendo en la actualidad, todavía necesitamos más investigación a fin de poder garantizar el rigor que su uso precisa.

Aplicaciones de las escalas de Conners

Las cuatro escalas de Conners han sido utilizadas principalmente en el ámbito pediátrico y educativo y en la investigación aplicada.

Las escalas de Conners han mostrado ser muy útiles tanto para la *identificación de niños hiperactivos*, como para los estudios de seguimiento, tras la *intervención terapéutica* (Furlong et al., 1984).

Estas escalas se han empleado como un valioso instrumento para la detección de niños con problemas de conducta. Pero a pesar de su eficacia, la ausencia de estudios sobre su *validez de contenido* hace que, por el momento, se recomiende su empleo para el diagnóstico clínico con mucha precaución y prudencia. A pesar de todo esto, su utilidad en el diagnóstico pediátrico de los niños hiperactivos es desde luego recomendable, siempre que el pediatra no tome la puntuación en alguna o en varias de las ya citadas escalas como único criterio para establecer el juicio diagnóstico de esta entidad nosológica. Su utilidad será mayor para el pediatra si se sirve de este instrumento como un criterio más de referencia. En cualquier caso, su uso debe incluirse forzosamente en la clínica pediátrica, de forma que se optimice el diagnóstico clínico de la hiperactividad infantil y —lo que es acaso más importante— puedan valorarse qué procedimientos terapéuticos son más eficaces. En los Apéndices I y II de esta colaboración se incluyen las escalas.

En todo caso, la información aportada por estas escalas es de gran valor por cuanto que describe, de forma bastante clara y precisa, la conducta anómala del niño así como la intensidad de la misma. Además, el uso de las escalas de Conners hace posible la evaluación de las diferencias individuales, de tanta importancia para los fines terapéuticos del pediatra.

Finalmente, el valor de estas escalas en el ámbito clínico se acrece respecto a la toma de decisiones en la intervención terapéutica, ya que al especificar los componentes conductuales que son inadecuados, nos permite establecer las pautas correctivas perti-

nentes para cada caso, así como su continua, rápida y precisa evaluación.

Por otra parte, muchas de las hipótesis postuladas en relación con la *etiología* de esta alteración han sido analizadas, utilizando las escalas de Conners como instrumento de medida. Igualmente estas escalas han servido en todos aquellos estudios relacionados con la *evolución y pronóstico* de estos niños, habiéndose hallado que mientras que las conductas referentes a la actividad motora disminuyen con el tiempo, las conductas antisociales y agresivas aumentan (Schworm, 1982).

Esto hace que en el campo de la *investigación aplicada*, las escalas de Conners hayan sido utilizadas con fines epidemiológicos, etiológicos y pronósticos. En relación con la *prevalencia* de esta alteración, las escalas de Conners constituyen un instrumento estandarizado, operacional y replicable, con suficiente capacidad para evaluar la incidencia de la hiperactividad infantil, sin necesidad de recurrir a las ambiguas especulaciones clínicas (Edelbrock, 1985). En este sentido, una de las aplicaciones más relevantes ha sido la realizada por Trites et al. (1979), quienes emplearon la ATRS en una muestra de 14.000 escolares canadienses, estimando la incidencia y distribución de los problemas de conducta, según el sexo y la edad.

Conclusiones

A la luz de los datos expuestos cabe concluir, que a pesar del importante papel que las escalas de Conners juegan en la confirmación del diagnóstico, en la evaluación y en el seguimiento de la hiperactividad infantil, no menos real resulta la inadecuación de sus ítems a los criterios clínicos (DSM-III, 1980), o a las escalas de observación (Kazdin et al., 1983; Schachar et al., 1986).

De ahí que estas escalas, pese a su gran contribución al campo de la intervención médica en la hiperactividad, no parecen cubrir las áreas sintomatológicas de más relevancia para este trastorno infantil. Dicho de otra forma: la mayor parte de la varianza se explica por el factor de «problemas de conducta», que precisamente está constituido por unos ítems que hacen mayor referencia a los síntomas *asociados* a la hiperactividad (en lugar de a los *esenciales* que permiten establecer su diagnóstico), de acuerdo con el criterio postulado en el DMS-III.

Por otra parte, el *índice de hiperactividad* (inserto en todas y cada una de las escalas) *no responde al criterio que permite diferenciar a los niños con déficits de atención e hiperactividad del subtipo residual que cursa con problemas de tipo afectivo*. De otro lado, algunos de los ítems son demasiado generales, mientras que otros, por el contrario, son más específicos, lo que podría dar lugar al *solapamiento entre algunos ítems*.

No deja de ser curioso, además, que los *ítems relacionados con la hiperactividad y la impulsividad aparezcan conjuntamente* —salvo para la PRS— *en un solo factor*, cuando ambos constituyen elementos esenciales para la evaluación de la hiperactividad.

Finalmente, hay que hacer notar que los *déficits de atención* se infraestiman —sólo se constituyen como factor para la ATRS— a pesar de que, de acuerdo con los anteriores criterios clínicos (DSM-III, 1980), constituyan una de las principales alteraciones en estos niños.

Por estas razones cabe deducir que las escalas de Conners responden más a la evaluación de los problemas de conducta en general, que a la hiperactividad en concreto, lo que debe tenerse en cuenta por el pediatra. En síntesis, estas escalas no constituyen un criterio *suficiente*, aunque sí parcialmente *necesario* para emitir un juicio diagnóstico, siendo recomendable emplearlas en forma asociada a otros criterios pertinentes.

Bibliografía

1. ARNOLD, L. E., BARNEBEY, N. S. and SMELTZER, D. J.: First Grade Norms, Factor Analysis and Cross Correlation for Conners, Davids, and Quay-Peterson Behavior Rating Scales. *Journal of Learning Disabilities*. V. 14: 269-275, 1981.
2. BERLER, E. S. and ROMANCZYK, R. G.: Assessment of the learning disabled and hyperactive child: and analysis and critique. *Journal of Learning Disabilities*, V. 13, n.º 10: 536-538, 1980.
3. BORLAND, (1976), citado en SHAFFER, D. and GREENHILL, L.: A critical note on the predictive validity of the hiperkinetic syndrome. *Journal child of Psychology and Psychiatry*. V. 20: 61-72, 1979.
4. CARLSON, C. L., LAHEY, B. B. and NEPPER, R.: Direct Assessment of the cognitive correlates of Attention Deficit Disorders with and without hyperactivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. V. 8, n.º 1: 69-86, 1986.
5. CONNERS, C. K. and BLOUIN, A. G.: *Hyperkinetic Syndrome and Psychopathology children*, Paper presented at the American Psychological Association, Montreal.
6. CONNERS, C. K.: *The Conners Rating Scales: Instruments for the Assessments of Childhood Psychopathology*, un press. 1985.
7. CONNERS, C. K.: Rating Scales for use in drug studies with children. *Psychoparma. Bul.: Special Issue, Pharmacotherapy with children*. 24-84, 1973.
8. CONNERS, C. K.: A teacher rating scale for use in drug study with children. *American Journal of Psychiatry*. 126: 884-888, 1969.
9. CONNERS, C. K.: Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development*. 41: 667-682, 1970.
10. CONNERS, C. K. and WELLS, K. C.: *Hyperkinetic children. A Neuropsychosocial Approach*. London Sage, 160 pp. 1986.
11. EDELBROCK, C. and RANCURELLO, M. D.: Childhood hyperactivity: an overview of rating scales and their applications. *Clinical Psychology review*. V. n.º 5: 429-445, 1985.
12. EHRHARDT, K. J., BIENEFELD, CH. and OTHMANN, R.: Attention and distractibility in hyperactive children: methods and empirical results. *Z. Kinder-Jugendpsychiatrie*. 13: 95-109, 1985.
13. FLICEK, M. and LANDAU, S.: Social status problems of Learning disabled and Hyperactive/Learning disabled boys. *Journal of Clinical Child Psychology*. V. 14, n.º 4: 340-344, 1985.
14. FURLONG, M. J. and FORTMAN, J. B.: Factor analysis of the abbreviated Conners Teacher Rating Scale: implications for the assessment of hyperactivity. *Psychology in the schools*. V. 21: 289-293, 1984.
15. GOYETTE, CH.; CONNERS, C. K. and UL-RICH, R. F.: Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 6: 221-236, 1976.
16. GLOW, R. A., GLOW, P. H. and RUMP, E. E.: The stability of Child Behavior Disorders: A one year test-retest study of Adelaide versions of Conners Teacher and Parent Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 10: 33-60, 1982.
17. GLOW, R. A.: Cross-validation and normative data on the Conners Parent and Teacher Rating Scale, in Gadow, K. D., Loney, J. (Eds.). *The psychosocial aspects of drug treatment for hyperactivity*. Westview Press, Boulder. 107-150, 1979.
18. GLOW, R. A.: A validation of Conners TQ and A Cross-Cultural Comparison of prevalence of hyperactivity in children. *Advances in Human Psychopharmacology*. V. 1: 303-320, 1981.
19. GLOW, R. A. and GLOW, P. H.: From trait to category of child behavior disorder: advances in the use of the Adelaide Parent Rating Scales. *Advances in the Behavioral Measurement of Children*. V. 1: 175-216, 1984.
20. HUSSEY and METOYER, (1977), citado en SHAFFER, D. and GREENHILL, L.: op. cit.
21. KAZDIN, A. E., ESVELDT-DAWSON, K. and LOAR, L. L.: Correspondence of teacher rating and direct observations of classroom behavior of psychiatric impatent children. *Journal of abnormal child psychology*. V. 11, n.º 4: 549-564, 1983.
22. MINDE y col. (1979), citado en SHAFFER, D. and GREENHILL, L.: op. cit.
23. POLAINO, A.: Modificación de conducta en hiperactividad infantil. *Revista Española de Pedagogía*. 164:165: 233-256, 1984.
24. ROSS and ROSS: *Hyperactivity: Current issues, research and theory*, John Wiley & Sons, 118-156, 1982.
25. SAFER, D. J. and ALLEN, R. P. (1979): *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*, Madrid, Santillana, 314.
26. SANDOVAL (1977), citado en SHAFFER, D. and GREENHILL, L.: op. cit. 1979.
27. SCHACHAR, R., SANDBERG, S. and RUTTER, M.: Agreement between Teachers' Rating and Observations of Hyperactivity, Inattentiveness and Defiance. *Journal of Abnormal Child Psychology*. V. 14. n.º 2: 331-345, 1986.
28. SCHWORM, R. W.: Hyperkinetic: myth, mystery and matter. *Journal of special education*. V. 16. n.º 2: 129-148, 1982.
29. SPRAGUE, R. L., ULLMAN, and SLEATOR, (1981), citado en ROOS and ROOS: op. cit.
30. TRITES, R. L., BLOUIN, A. G. and LAPRADE, K.: Factor analysis of the Conners Teacher Rating

Scale based on a large normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48: 615-623, 1982.

31. TRITES, R. L. y col.: Prevalence of Hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*. V. 4, n.º 2: 179-188, 1979.

32. VELASCO FERNANDEZ, R.: *El niño hiperquiénico*. 2.ª ed., Mexico, Trillas, 131 pp.

33. WHALEN, C. K. and HENKER, B.: Type a behavior in normal and hyperactive children: multisource evidence of overlapping constructs. *Child Development*. V. 57, n.º 3: 685-699, 1986.

34. WERRY, J. S., SPRAGUE, R. L. and COHEN, M. N.: Connors Teacher Rating Scale for use in drug studies with children: an empirical study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 3: 217:229, 1975.