

TÉCNICA DE RELAJACIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADAS, CHICLAYO- PERÚ

RELAXATION TECHNIQUE FOR CHILDREN WITH DISASTER DISTRESS OF ATTENTION AND HYPERACTIVITY IN PRIVATE EDUCATIONAL INSTITUTIONS, CHICLAYO

Oscar Teófilo Heredia Pérez¹

Fecha de recepción: 28 febrero 2017

Fecha de aceptación: 28 marzo 2017

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un problema de salud que tiene orígenes neurológicos durante la niñez y que puede afectar a lo largo de la vida.

El objetivo de este estudio fue proponer la técnica de relajación para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en una institución educativa privada. Para el desarrollo del estudio se diagnosticó el déficit de atención e hiperactividad en los sujetos investigados, para ello se utilizó guía de entrevista a padres, observación de la conducta del niño y exámenes de TDAH. La población y muestra fueron 150 niños entre 6 a 11 años de tres instituciones educativas públicas. El tipo de investigación fue descriptivo, cuantitativo y transversal. Los principales resultados fueron que el 33 % tuvieron TDAH con hiperactividad, según sexo el 14,7 % con hiperactividad son mujeres y 18,7 % son hombres, según las edades tienen TDH con hiperactividad los niños entre 10 a 11 años en un 14,7 %, le siguen los niños entre 8 a 9 años con 11,3 % y finalmente entre 6 a 7 años con 7,3 % de una población de 50 niños.

En la institución A que es una entidad educativa de zona urbano margina el índice de TDAH con hiperactividad resultó más alto que en las otras con un 12,0 %, seguido de la institución B de estrato social medio con 10 % y finalmente la institución C de nivel medio también con 11,3%. Concluyéndose que de los 150 niños estudiados en tres colegios públicos el 33% presentan TDAH con hiperactividad

Palabras clave: Déficit de atención, relajación, trastorno de hiperactividad.

Abstract

Attention-deficit / hyperactivity disorder is a health problem that has neurological origins during childhood and can affect throughout the live.

The objective of this study was to propose the relaxation technique for children with attention deficit hyperactivity disorder in a private educational institution. For the development of the study, the attention deficit and hyperactivity was diagnosed in the subjects investigated, using a parent interview guide, observation of the child's behavior and ADHD tests. The sample population was 150 children aged 6 to 11 from three public educational institutions. The type of research was descriptive, quantitative and transversal. The main results were that 33% had ADHD with hyperactivity, according to sex 14.7% with hyperactivity are women and 18.7% are men, according to the ages have TDH with hyperactivity children between 10 to 11 years in a 14, 7%, followed by children between 8 and 9 years old with 11.3% and finally between 6 and 7 years with 7.3% of a population of 50 children.

In institution A that is an educational entity of urban area margin the ADHD index with hyperactivity was higher than in the others with 12.0%, followed by institution B of middle social stratum with 10% and finally institution C Of middle level also with 11.3%. Concluding that of the 150 children studied in three public schools, 33% have ADHD with hyperactivity

Keywords: Attention deficit, hyperactivity disorder, relaxation.

¹ Adscrito a la Escuela Profesional de Medicina Humana, Magister, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú. Email: oscarherediaperez@gmail.com , registro ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3736-7343>

1. Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico con un componente neurobiológico y hereditario, de inicio en la infancia y que puede persistir a lo largo de la vida, caracterizado por grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad. El TDAH está asociado a trastornos de conducta, del ánimo, déficits neuropsicológicos, uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y afecta el desempeño académico, familiar y social de quien lo padece (Kaplan & Sadocks, 2009). La prevalencia del TDAH en el Perú varía entre 5 a 10% de acuerdo a las características del estudio (Saavedra, 2001); y, en Latinoamérica, oscila en el rango de 5 a 20% (Schilling, 2004). Kessler estimó la prevalencia de TDAH adulto en 4,4% (Kessler, Adler & Barkley, 2006).

La presente investigación tuvo como objetivo proponer una técnica de relajación para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en instituciones educativas privadas, Chiclayo 2016.

Los psicólogos y terapeutas del comportamiento denominan a este cuadro trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Refiere a un trastorno neurobiológico crónico que afecta a menores de entre 4 y 17 años, y se caracteriza por la dificultad de estos en mantener la atención voluntaria a diferentes actividades que lo requieren, como las clases del colegio. (El Comercio, 2014)

Aunque en el país no existen estadísticas oficiales, se estima que entre el 3% y el 7% de la población escolar sufre algún grado de TDAH. Los expertos calculan que en un salón de clases de 30 alumnos puede haber de 1 a 2 niños con este desorden neurológico, que les impide enfocar su atención por un largo tiempo, controlar sus reacciones e interactuar con otros pequeños sin parecer muy toscos.

Las investigaciones revelan que es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas (aún no se saben las causas) y que sus primeros síntomas aparecen antes de los 4 años.

Sin embargo, la patología recién se vuelve evidente cuando el pequeño comienza a ir a la escuela. Allí debe respetar horarios, reglas y se hacen tangibles los problemas conductuales que le dificultan aprender y relacionarse de manera adecuada con sus compañeros y profesores.

Myriam Velarde, directora del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), recalca la importancia de un diagnóstico clínico precoz y un abordaje interdisciplinario. No solo se necesita la intervención de un neurólogo, sino también la de un psiquiatra y la de un psicólogo para evaluar sus niveles de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad, sensoriomotricidad y conductas sociales. Además, es indispensable la colaboración de la profesora para identificar las reacciones del menor ante ciertos estímulos.

Explica que la medicación solo se recomienda si la terapia conductual no da los resultados deseados después de cuatro meses, o si la vida del niño es seriamente afectada por el trastorno, pero su uso debe ser prescrito y controlado por un médico, y sometido a un riguroso control interdisciplinario.

En el país un gran número de padres rechaza esta posibilidad. Temen que la salud de sus hijos se comprometa aún más con la ingesta de psicoestimulantes. Estas medicinas mejoran la atención, regulan la actividad motora hiperactiva y, ocasionalmente, la capacidad motora fina; pero en casos aislados pueden tener efectos colaterales como insomnio, pérdida de apetito y de peso, irritabilidad y dolores abdominales. Por eso el uso de medicamentos aún está bajo discusión.

Arturo Ruiz Paredes, psicólogo clínico del Instituto Médico del Lenguaje y Aprendizaje (IMLA), advierte que este trastorno no tiene cura, pero que con un buen tratamiento personalizado, aplicado desde muy temprana edad, el paciente puede evitar limitaciones en su rendimiento escolar, en su percepción de sí mismo y desarrollo social. “Antes se pensaba que los pequeños con TDAH no eran muy inteligentes. Hoy se ha comprobado que muchas veces tienen el coeficiente intelectual más alto que otros niños de su edad y pueden convertirse en profesionales brillantes, solo es cuestión de darles las herramientas adecuadas para vencer sus dificultades”, afirma el experto.

En revisión realizada por Abikoff y Klein (1992), sobre las características específicas de la hiperactividad y los problemas de conducta en la infancia, se concluye que la hiperactividad está asociada a una pobre ejecución académica, a un deficiente procesamiento de la información y a una psicopatología parental, mientras que los problemas de conducta están asociados al rechazo maternal, a una pobre supervisión parental y al abuso de alcohol en padres (Frick, 2004). Otro estudio sobre hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, se observó que la hiperactividad era predictora de un rendimiento académico bajo, mientras que los problemas de conducta estaban relacionados con el rendimiento académico sólo si correlacionaba con hiperactividad (Copeland, 1995).

Los Síntomas del DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2002) para la hiperactividad son: A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento, a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud), a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor y a menudo habla en exceso.

El tercer componente del TDAH es la impulsividad. Esta se traduce por conductas de impaciencia, incapacidad para aplazar la respuesta, responder antes de que la pregunta haya sido formulada por completo, e interrumpir frecuentemente, provocando problemas en situaciones sociales. Asimismo, los individuos pueden hacer comentarios fuera de lugar, mostrar falta de atención para la comprensión de las normas, hacer payasadas, etc.

Es decir, los niños son incapaces de autocontrolarse, de adecuar su conducta a las demandas del entorno y de demorar la gratificación. Se ha señalado la naturaleza multidimensional de esta sintomatología que, según él, incluye aspectos cognitivos y comportamentales. Asociadas a las conductas de hiperactividad e impulsividad se encuentra la desinhibición social, la falta de precaución en situaciones peligrosas y el quebrantamiento de forma impulsiva de las normas sociales, por lo que estos niños sufren fácilmente continuos accidentes y son rechazados por su grupo de iguales (Eysenck, Easting, Pearson, 1984).

Entendiendo la impulsividad dentro de este sistema, los niños impulsivos serían aquellos cuyo sistema de autorregulación falla ante determinadas situaciones y su comportamiento resulta precipitado, irreflexivo o ineficaz, es decir, son considerados como niños con un pobre desarrollo del control inhibitorio comportamental y que conlleva otros factores como dificultades cognitivas en el estilo de resolución de problemas. Se asocian con la impulsividad 3 conceptos básicos que se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: a) actuar sin pensar; b) la velocidad incrementada en la respuesta y, c) la impaciencia. Además surgen otros indicadores estrechamente relacionados, como son un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.

Estos aspectos concurrentes hacen que un niño impulsivo, aún sin proponérselo, llame la atención desfavorablemente. Puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente, los compañeros comenzarán a quejarse y evitarlo de distinta forma ya que no disfrutarán de sentarse con él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela.

Los indicadores de la impulsividad son la excitabilidad (actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento), el excesivo cambio de una actividad a otra, la dificultad en situaciones grupales en las que se requiere paciencia para actuar según turnos, el requerimiento de mucha supervisión y presencia constante de problemas por comportamientos inapropiados (Velting, Whitehurst, 1997).

Las personas impulsivas se caracterizan por la presencia de altos niveles de actividad, por la incapacidad para demorar la gratificación, por la dificultad de mantener relaciones interpersonales de larga duración y por presentar conductas de tipo antisocial con mayor frecuencia (White, 1994).

La impulsividad puede dar lugar a accidentes como por ejemplo golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente, entre otros, y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias, como por ejemplo patinar en un terreno abrupto.

En cuanto al diagnóstico médico, se dice que éste se basa en los criterios clínicos, mediante criterios diagnósticos de exclusión o inclusión. Este diagnóstico puede estar apoyado por datos de test psicométricos y exploraciones complementarias (19). Para la orientación diagnóstica y su clasificación se emplean generalmente el DSM IV-TR y el CIE-10 que, como ya se ha mencionado, muestran una menor universalización y empleo, dificultando la comparación con otros estudios.

Para muchos autores, el TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia (2,20-22), y todo indica que persiste en la adolescencia y la edad adulta (3,21-23). La prevalencia del TDAH oscila entre 3 % y el 7 %, en población general (APA, 2002) y entre el 10 % y el 15 % en población clínica (Vélez, 1999).

Se han diseñado estudios para valorar la presencia de síntomas del TDAH en una muestra de 1.019 19 niños del área de Barcelona. Dichos autores señalan que la prevalencia de los síntomas del TDAH varía según quién informa (padres o profesores), la edad y sexo de los niños y los criterios de valoración utilizados (Vélez, 1999).

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TDAH varía según la edad, el subtipo del trastorno (TDAH tipo desatento o tipo hiperactivo-impulsivo) y el género. En este sentido, el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es cuatro veces más frecuente en chicos que en chicas (4:1), y en el TDAH tipo desatento, lo es en relación 2:1. Ambos subtipos son más frecuentes entre los ocho y los diez años (Pineda, 2001).

Las conductas de falta de atención son poco frecuentes en preescolar y que aumentan, de manera progresiva, al pasar a la enseñanza primaria, sin que se den diferencias relevantes entre los 6 y 12 años (Vélez, 1999). Los síntomas de hiperactividad-impulsividad son más frecuentes entre 6 y 12 años en los niños, mientras que para las niñas ambos síntomas son poco frecuentes, tanto en preescolar como en la enseñanza primaria.

La presente investigación es importante porque permitió diagnosticar la incidencia de estudiantes con el trastorno en tres instituciones educativas y en base a estos resultados plantear un programa de estrategias de autocontrol emocional dirigido a los niños pero orientado a ser acompañados por los padres que serán agentes importantes en la consecución del tratamiento.

La investigación utilizó los siguientes instrumentos una guía de entrevista a padres, ficha de observación de la conducta del niño y exámenes de TDAH.

La investigación benefició a los estudiantes, docentes y a la familia en general porque planteó un diagnóstico real sobre la incidencia de casos del trastorno en las escuelas públicas del

escenario investigado y se diseñó y validó un programa de técnicas orientadas al tratamiento de estos casos.

2. Material y Métodos

El estudio se ha realizado con un total de 150 niños cuyos padres accedieron a participar en el estudio sobre TDAH y contestaron íntegramente la guía de entrevista utilizada para establecer la prevalencia. Sus edades estaban comprendidas en un rango de edad entre los 6 y los 11 años.

Según el paradigma científico es una investigación positivista llamada también empírico analítica o hipotética-deductiva, cuyo método básico es la experimentación y se apoya en la estadística para probar sus resultados. Según el enfoque de investigación es un estudio cuantitativo porque se observaron la variable de estudio para poder lograr mayor objetividad en los resultados. Según el objetivo que persigue es una investigación descriptiva y prospectiva es descriptiva porque observa y describe una situación problemática y prospectiva porque presentó los escenarios posibles que depara el futuro y se recomendará alternativas estratégicas que permita afrontarlo en mejores condiciones. La presente investigación tendrá en consideración el diseño de investigación descriptivo con propuesta.

La población y muestra fueron 150 niños entre 6 a 11 años de tres instituciones educativas públicas. El tipo de investigación fue descriptivo, cuantitativo y transversal. La muestra lo conformó la totalidad de la población para criterios de representatividad y significatividad, llamándose a esto como muestra censal o poblacional.

3. Resultados

Tabla 1

Distribución según edad de los estudiantes de instituciones educativas públicas, Chiclayo 2016.

INSTITUCIÓN		Edad			Total
		6 - 7 años	8 - 9 años	10 - 11 años	
Institución A	Recuento	17	19	14	50
	% del total	11,3%	12,7%	9,3%	33,3%
Institución B	Recuento	15	15	20	50
	% del total	10,0%	10,0%	13,3%	33,3%
Institución C	Recuento	14	24	12	50
	% del total	9,3%	16,0%	8,0%	33,3%
Total	Recuento	46	58	46	150
	% del total	30,7%	38,7%	30,7%	100,0%

Fuente: Nómina de matrículas de las instituciones educativas

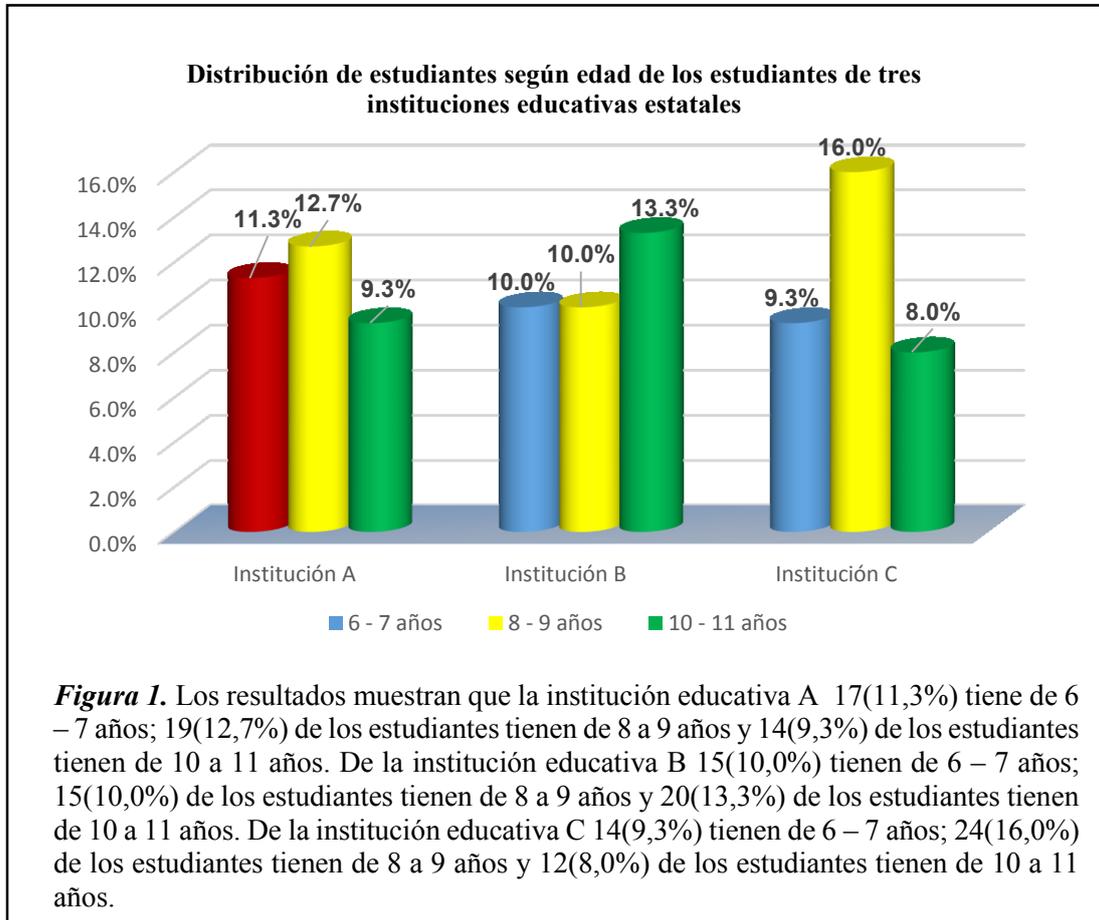


Tabla 2

Distribución de estudiantes que presentan TDH con hiperactividad y TDH sin hiperactividad en los estudiantes de tres instituciones educativas estatales

		<i>Personal</i>
<i>TDH</i>	<i>CON HIPERACTIVIDAD</i>	<i>Recuento 50</i>
		<i>% 33,0%</i>
	<i>SIN HIPERACTIVIDAD</i>	<i>Recuento 100</i>
		<i>% 66,7%</i>
<i>TOTAL</i>		<i>Recuento 50</i>
		<i>% 100,0%</i>

Fuente: Test de TDH

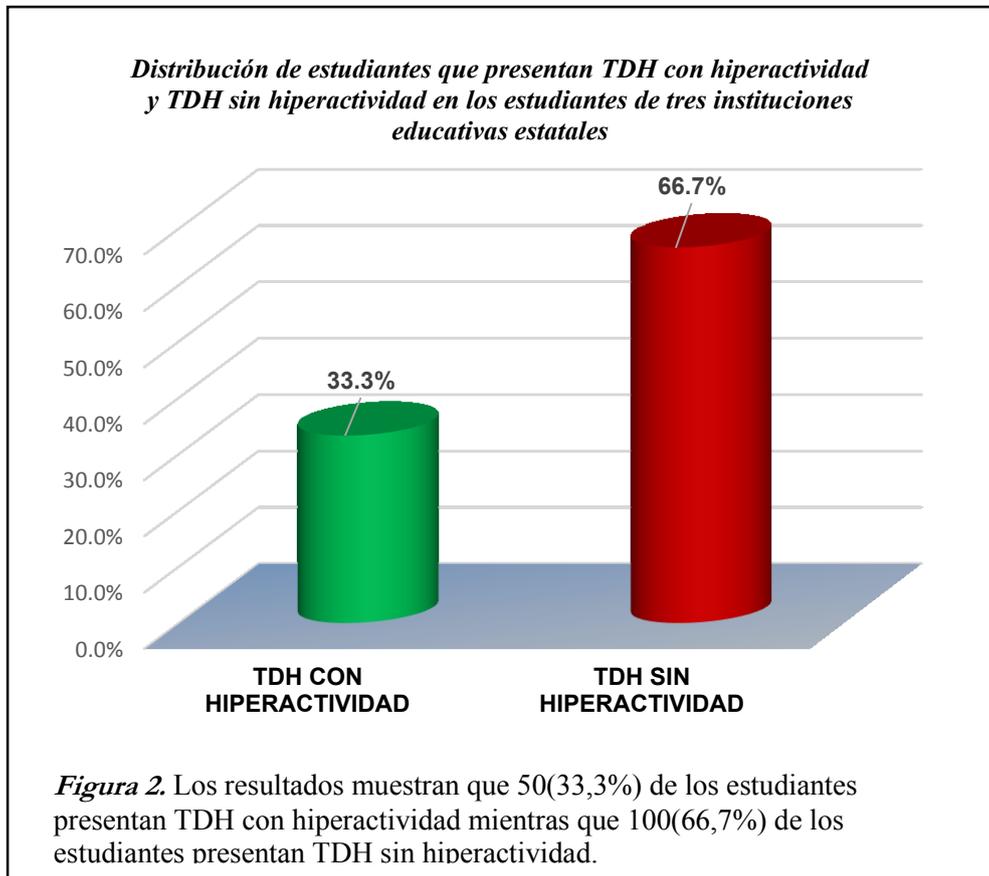


Tabla 3

Distribución de estudiantes que presentan TDH con hiperactividad y TDH sin hiperactividad según el sexo de los estudiantes de tres instituciones educativas estatales

		TDH		Total	
		TDH con hiperactividad	TDH sin hiperactividad		
Sexo	Femenino	Recuento	22	34	56
		% del total	14,7%	22,6%	37,3%
Sexo	Masculino	Recuento	28	66	94
		% del total	18,7%	44,0%	62,7%
Total		Recuento	50	100	150
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

Fuente: Test de TDH

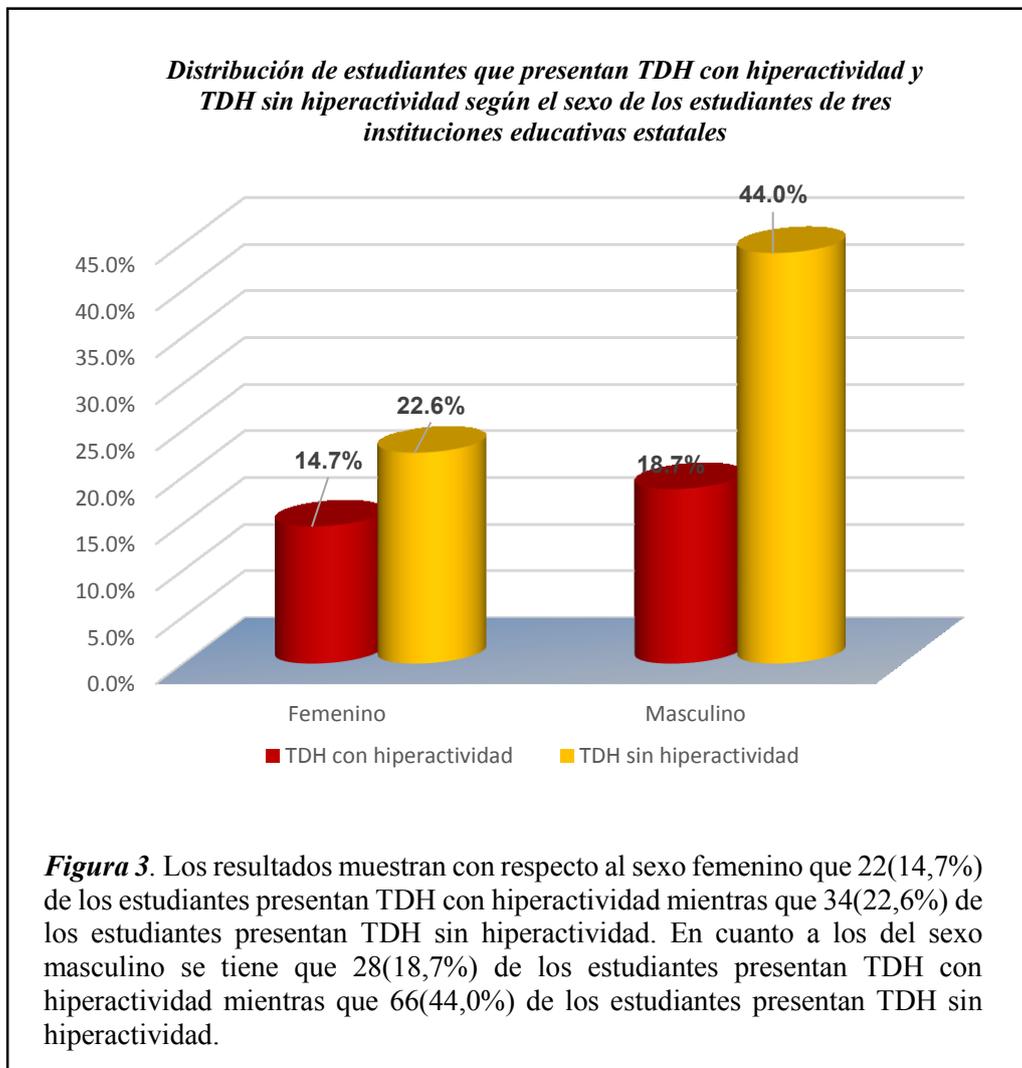


Tabla 4

Distribución de estudiantes que presentan TDH con hiperactividad y TDH sin hiperactividad según la edad de los estudiantes de tres instituciones educativas estatales

		TDH		Total	
		TDH con hiperactividad	TDH sin hiperactividad		
Edad	6 - 7 años	Recuento	11	35	46
		% del total	7,3%	23,3%	30,7%
Edad	8 - 9 años	Recuento	17	41	58
		% del total	11,3%	27,3%	38,7%
Edad	10 - 11 años	Recuento	22	24	46
		% del total	14,7%	16,0%	30,7%
Total		Recuento	50	100	150
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

Fuente: Test de TDH

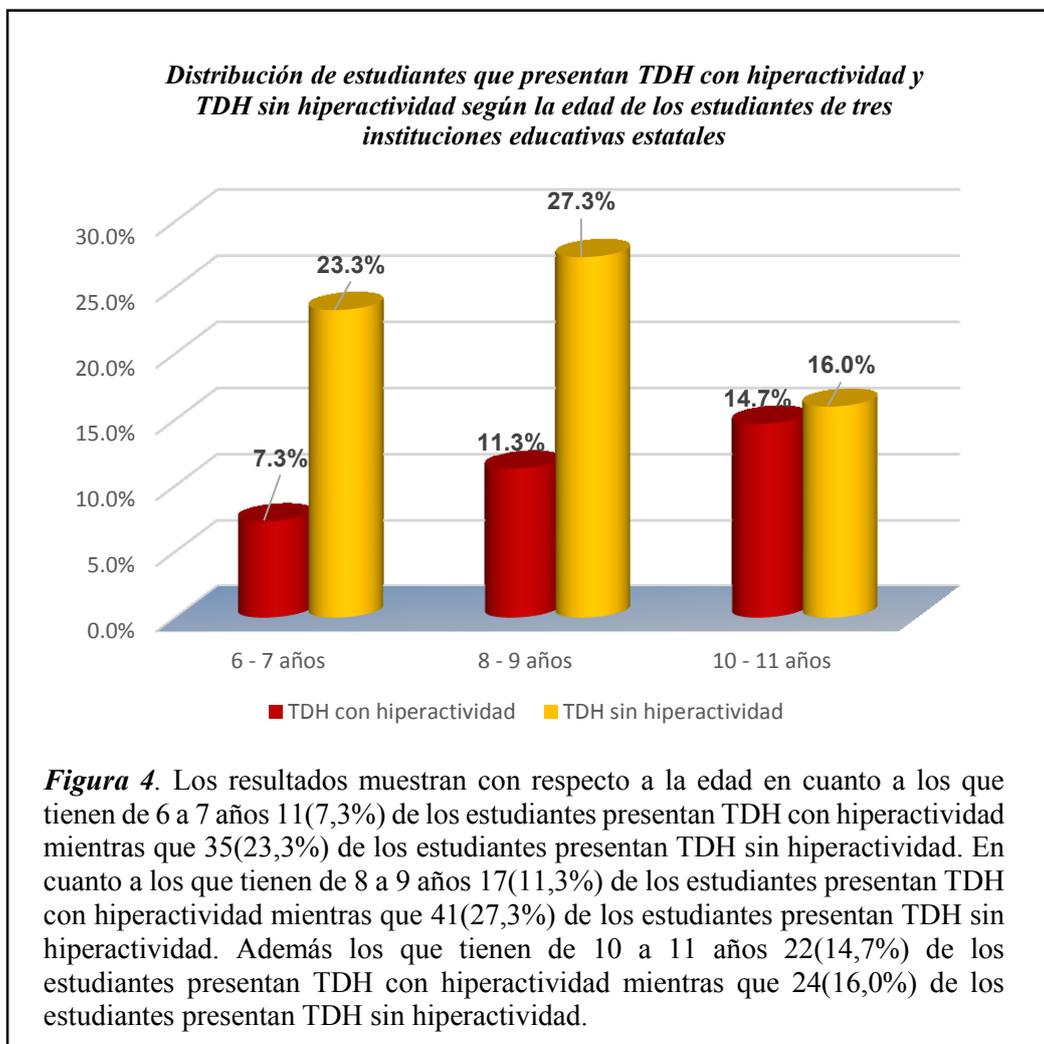
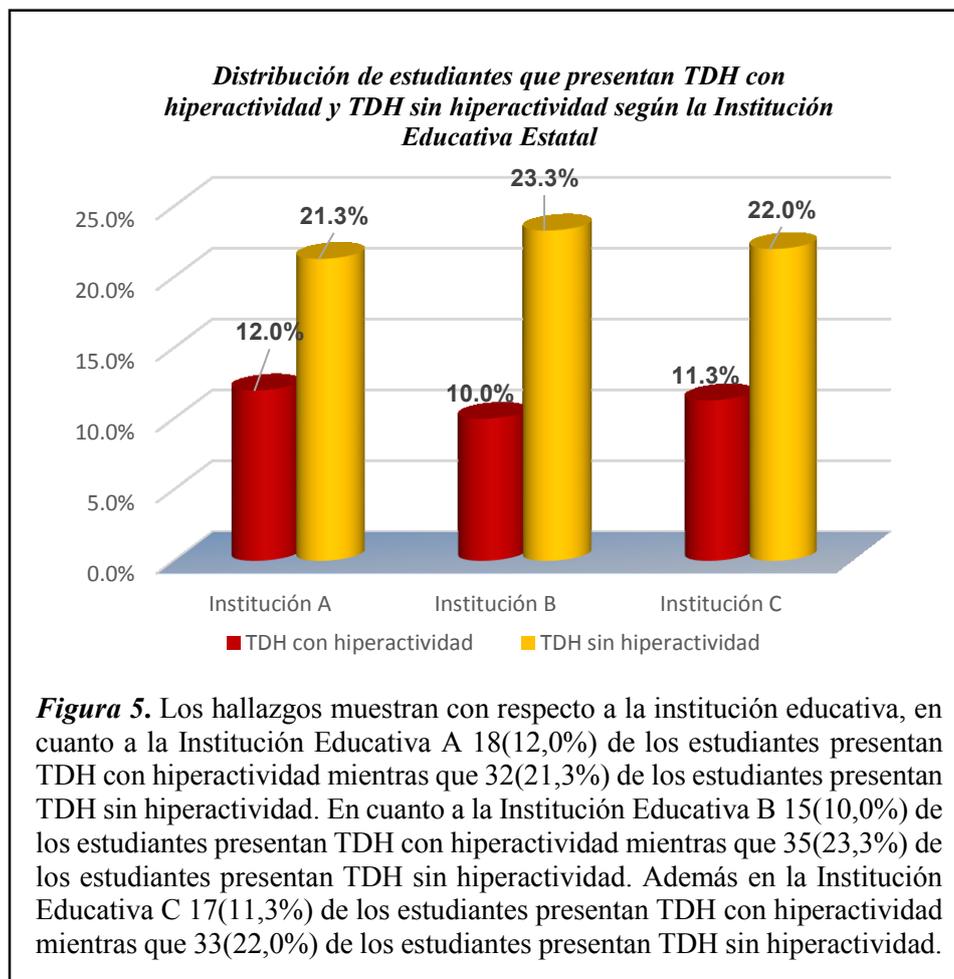


Tabla 5

Distribución de estudiantes que presentan TDH con hiperactividad y TDH sin hiperactividad según la institución educativa estatal

		TDH		Total	
		TDH con hiperactividad	TDH sin hiperactividad		
Institución educativa	Institución A	Recuento	18	32	50
		% del total	12,0%	21,3%	33,3%
	Institución B	Recuento	15	35	50
		% del total	10,0%	23,3%	33,3%
	Institución C	Recuento	17	33	50
		% del total	11,3%	22,0%	33,3%
Total	Recuento	50	100	150	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

Fuente: Test de TDH



4. Discusión

Los datos obtenidos responden al objetivo de estimar la incidencia del TDAH en 150 niños entre los 6 a 11 años de edad, los hallazgos detallaron que la población en estudio tiene los siguientes grupos etareos: En la institución educativa A el 11,3% de la población tiene entre 6 a 7 años; el 12,7% de los estudiantes tienen entre 8 a 9 años y el 9,3% de los estudiantes tienen de 10 a 11 años. En la institución educativa B el 10,0% de los niños tienen de 6 a 7 años; el 10,0% de los estudiantes tienen de 8 a 9 años y el 13,3% de los estudiantes tienen de 10 a 11 años. En la institución educativa C el 9,3% tienen de 6 – 7 años; el 16,0% de los estudiantes tienen de 8 a 9 años y solo el 8,0% de los estudiantes tienen de 10 a 11 años.

Del total de estudiantes los resultados muestran que el 33,3% de los estudiantes presentan TDH con hiperactividad mientras que el 66,7% de los estudiantes presentan TDH sin hiperactividad. Estos resultados se corroboran con un estudio colombiano en el municipio de Manizales quien se estudió 263 niños de 5 a 7 años de edad y se encontró una prevalencia de 8,2 %, corroborándose con la literatura que afirma que la edad más común es la edad de 6 años. (Bara, 2003).

Los resultados muestran con respecto al sexo femenino que el 14,7% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 22,6% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad, en el estudio colombiano de Manizales la relación hombre/ mujer fue 5 a 1. Al parecer es aún un porcentaje menor el que presentan pero aun significativo que podría ir aumentando debido a muchos factores entre ellos la dinámica familiar de las niñas. En cuanto al sexo masculino se tiene que el 18,7% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 44,0% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad. Es importante saber que los varones según las estadísticas siempre tienen una mayor prevalencia para este problema debido probablemente a que practican juegos bruscos con sus compañeros o también producto de ver tanto los videos juegos que incitan a la agresividad y violencia.

Con respecto a la edad en cuanto a los que tienen de 6 a 7 años el 7,3% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 23,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad, el estudio en Colombia arrojó que según la edad de aparición más frecuente de los síntomas, según los padres, fue a los 5 años y, según los profesores, a los 6 años. En cuanto a los que tienen de 8 a 9 años el 11,3% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 27,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad. Además los que tienen de 10 a 11 años el 14,7% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 16,0% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad.

Los hallazgos mostraron con respecto a la Institución Educativa A que el 12,0% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 21,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad. En cuanto a la Institución B el 10,0% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 23,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad. Además en la Institución Educativa C el 11,3% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 22,0% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad.

Estos resultados nos hacen reflexionar con el estudio Velez y Vidarte que en el 2011 afirmaron que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es verdadero problema de salud pública en la población infantil de Colombia, situación que implica unos retos muy grandes de la política de infancia sobre esta problemática y donde además de todos los protocolos de tratamiento realizados hasta el momento se deben incluir abordajes que tengan implícita la motricidad ya que una de las alteraciones comorbidas de esta patología se manifiesta en las

dificultades motrices en primera instancia, y de manera integral involucrar a la familia y la escuela para el éxito en el manejo del evento

5. Conclusiones

- Del total de estudiantes los resultados muestran que el 33,3% de los estudiantes presentan TDH con hiperactividad mientras que el 66,7% de los estudiantes presentan TDH sin hiperactividad.
- Con respecto al sexo femenino que el 14,7% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad.
- En cuanto al sexo masculino se tiene que el 18,7% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad.
- Con respecto a la edad los niños entre 10 a 11 años se halló que el 14,7% de ellos presentan TDA con hiperactividad, siendo estos el mayor grupo.
- Los hallazgos mostraron con respecto a la Institución Educativa A que el 12,0% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 21,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad.
- En cuanto a la Institución B el 10,0% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 23,3% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad.
- Además en la Institución Educativa C el 11,3% de los estudiantes presentan TDA con hiperactividad mientras que el 22,0% de los estudiantes presentan TDA sin hiperactividad.

6. Referencias

- Abikoff, H., Klein, R. (1992). *Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder, comorbidity and implications for treatment*
- Bará, S., Henao, P., Jiménez, A., Pineda, D., Vicuña, C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de los niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali, Colombia. *Rev Neurología*; 37(7):608-15.
- Copeland, P., Weissbrod, S. (1995). *Strategies used by learning disabled children: Does hyperactivity always make things worse* J Learn Disabil; 10(8):473-7
- Cornejo, W., Osio, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Griosaes, H., Castillo, H., Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurología*; 40:12,716-22.
- Eysenck, B., Easting, G., Pearson, R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Pers Indiv Differ*; 5:315-21
- Frick, J. (1994). Family dysfunction, the disruptive behavior disorders. A review of recent empirical findings. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz, *Advances In Clinical Child Psychiat* ; 16,203-227.

- Kaplan, F. & Sadocks, G. (2009). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9th ed.) Washington: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler R, Adler L, Barkley R, et al. (2006). The prevalence and correlates of adultADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*; 163: 716-723.
- Pineda, D., Lopera, C., Palacio, D., Henao, P. (2001). Prevalencia del trastorno por déficit de atención una comunidad colombiana. *Rev Neurología*. 2001; 33:2-17.
- Saavedra-Castillo, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva* 19: 63-103.
- Schilling, L. & Rosa, F. (1992). Epidemiological study on symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Behavior Disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev Bras Psiquiatr*; 26(3): 150-5 tment. *J Consult Clin Psych*.1992; 60(6):881-92.
- Vélez, A., Talero, C., González, R. & Ibáñez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia, *Acta Neurol Col*; 24:6-12
- Vélez, C. & Vidarte, A. (1999). *Caracterización del TDAH en los niños entre 5 y 7 años escolarizados de la ciudad de Manizales*. (T. de Grado). Universidad Autónoma de Manizales.
- Velting, O. & Whitehust, J. (1997). Inattention-hyperactivity and reading achievement in children from low-income families, a longitudinal model. *J Abnorm Child Psych*. 25(4):321-31.
- White, L., Moffitt, E., Caspi, A., Bartusch, J., Needles, J. & Stouthamer-Loeber, M. Measuring (1994). Impulsivity and examining its relationship to delinquency. *J Abnorm Psychol*; 103,192-205